

Пациент с инфарктом миокарда в анамнезе: сравнение тактики ведения терапевтом и кардиологом по данным регистра РЕГАТА (РЕГистр пациентов, перенесших инФАрКТ миокарда)

Переверзева К. Г.¹, Якушин С. С.¹, Грачева А. И.¹, Лукьянов М. М.², Драпкина О. М.²
¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Рязань; ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, Россия

Цель. Оценить качество диагностики и лечения пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе в реальной амбулаторно-поликлинической практике с помощью регистрового исследования.

Материал и методы. В 2012-2013 гг. в исследование включен 481 пациент с ИМ в анамнезе, обратившийся в поликлинику по месту жительства. У 87,5% референсный визит был к терапевту или кардиологу, у 12,5% — к любому другому врачу поликлиники. Медиана возраста — 72 [62;78] года, доля мужчин составила 51,4% (n=247), медиана давности последнего перенесенного ИМ — 5 [2;9] лет до даты включения в регистр.

Результаты. 23,5% пациентов с перенесенным ИМ никогда ранее не обращались к кардиологу, 37,2% пациентов были на приеме у врача-кардиолога в течение предыдущих 12 мес. до включения. Частота использования лабораторно-инструментальных методов обследования являлась недостаточной, вне зависимости от того, у какого врача наблюдался больной. У пациентов, наблюдающихся у кардиолога, частота применения ряда методов исследования (электрокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, эхокардиография, проба с физической нагрузкой) была значимо выше. Лекарственная терапия по поводу сердечно-сосудистых заболеваний была назначена на последнем визите к терапевту и/или кардиологу в 91,9% случаев. Частота назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента составила 49,6%, сартанов — 25,6%, бета-адреноблокаторов — 57,7%, антагонистов кальциевых каналов — 21,7%, нитратов пролонгированного действия — 20,0%, статинов — 45,1% антиагрегантов — 67,3%. У пациентов, посещавших и не посещавших кардиолога, частота

назначения основных групп препаратов статистически значимо не отличалась, за исключением статинов: пациентам, консультированным кардиологом, они были назначены в 50,0% случаев, тем, кого не консультировали — в 23,9% (p<0,0001).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что на амбулаторно-поликлиническом этапе качество ведения пациентов с постинфарктным кардиосклерозом выше у кардиологов, чем у терапевтов. Однако в целом пациентам с данной патологией инструментально-лабораторное обследование и медикаментозное лечение в должном объеме не проводятся, вне зависимости от того, у какого врача (терапевта или кардиолога) они наблюдаются.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлинический регистр, РЕГАТА, инфаркт миокарда, постинфарктный период, ведение терапевтом и кардиологом.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 26/03-2020

Рецензия получена 09/04-2020

Принята к публикации 16/04-2020



Для цитирования: Переверзева К. Г., Якушин С. С., Грачева А. И., Лукьянов М. М., Драпкина О. М. Пациент с инфарктом миокарда в анамнезе: сравнение тактики ведения терапевтом и кардиологом по данным регистра РЕГАТА (РЕГистр пациентов, перенесших инФАрКТ миокарда). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2525. doi:10.15829/1728-8800-2020-2525

Post-myocardial infarction patients: a comparison of management by a physician and a cardiologist according to the REGATA register

Pereverzeva K. G.¹, Yakushin S. S.¹, Gracheva A. I.¹, Lukyanov M. M.², Drapkina O. M.²

¹I. P. Pavlov Rязан State Medical University. Rязань; ²National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Aim. To assess the quality of diagnostics and treatment of outpatients with a history of myocardial infarction (MI) according to REGATA register.

Material and methods. In 2012-2013, 481 patients with a MI history who sought help in ambulatory care clinic were included in the study. In 87,5% of cases, the reference visit was to a physician or cardiologist, in

12,5% — to other specialist. The median age was 72 [62; 78] years (men — 51,4% (n=247)). The median time of previous MI was 5 [2; 9] years before the inclusion date.

Results. A total of 23,5% of patients with previous MI had never visited a cardiologist before, 37% of patients visited a cardiologist in the last 12 months before being included in the registry. The use of diagnostic

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (920) 994-55-58

e-mail: pereverzevakg@gmail.com

[Переверзева К. Г.* — к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, ORCID: 0000-0001-6141-8994, Якушин С. С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, ORCID: 0000-0002-1394-3791, Грачева А. И. — клинический ординатор кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, ORCID: 0000-0002-7605-0683, Лукьянов М. М. — к.м.н., руководитель отдела клинической кардиологии, ORCID: 0000-0002-5784-4525, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

tests was insufficient, regardless of specialty of a doctor managing a patient. In patients managed by a cardiologist, electrocardiography, 24-hour Holter ECG monitoring, echocardiography, exercise tolerance test were much more often used. Cardiovascular agents were prescribed at the last visit to a physician and/or cardiologist in 91,9% of cases. Angiotensin converting enzyme inhibitors were used in 49,6% of patients, sartan medicines — 25,6%, beta-blockers — 57,7%, calcium channel antagonists — 21,7%, long-acting nitrates — 20,0%, statins — 45,1 %, antiplatelet agents — 67,3%. In patients who visited/not visited a cardiologist, the frequency of prescribing cardiovascular agents did not significantly differ, except for statins (50,0% vs 23,9%, respectively ($p < 0,0001$)).

Conclusion. The results obtained indicate that quality of managing outpatients after MI is higher by cardiologists than by physicians. However, the use of diagnostic tests and cardiovascular agents is insufficient, regardless of specialty of a doctor managing a patient.

Key words: outpatient register, REGATA, myocardial infarction, post-myocardial infarction period.

Relationships and Activities: none.

Pereverzeva K. G.* ORCID: 0000-0001-6141-8994, Yakushin S. S. ORCID: 0000-0002-1394-3791, Gracheva A. I. ORCID: 0000-0002-7605-0683, Lukyanov M. M. ORCID: 0000-0002-5784-4525, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: pereverzevakg@gmail.com

Received: 26/03-2020

Revision Received: 09/04-2020

Accepted: 16/04-2020

For citation: Pereverzeva K. G., Yakushin S. S., Gracheva A. I., Lukyanov M. M., Drapkina O. M. Post-myocardial infarction patients: a comparison of management by a physician and a cardiologist according to the REGATA register. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2525. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2020-2525.

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, БАБ — бета-адреноблокаторы, ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ПФН — проба с физической нагрузкой, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляция предсердий, ХМ-ЭКГ — холтеровское мониторирование электрокардиограммы, ХС — холестерин, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография, ЭхоКГ — эхокардиография, РЕГАТА — РЕГИстр пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Введение

В последние годы в России наблюдается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и уменьшение их вклада в общий показатель смертности [1, 2]. Тем не менее, в 2018г в России от болезней системы кровообращения скончалось 856127 человек, из них 453306 от ишемической болезни сердца (ИБС) в целом и 56904 человек от инфаркта миокарда (ИМ), в частности [3]. Данная форма ИБС характеризуется высокой летальностью в остром периоде заболевания в случае развития первичного ИМ и еще более высокими показателями летальности при повторном ИМ [4]. Более того, значительная часть пациентов благоприятно переживают острый период ИМ за счет внедрения высокотехнологичных методов лечения, что обуславливает в дальнейшем рост числа пациентов со стабильными формами ИБС, с развивающимися с течением времени повторными ИМ, с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и нарушениями ритма, в т.ч. фибрилляцией предсердий (ФП) [5]. Эти пациенты вносят значительный вклад в показатели смертности от ССЗ.

Таким образом, становится весьма актуальной проблема адекватного ведения пациентов с ИМ в постинфарктном периоде. При этом следует учитывать, что по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрава России), которые приводит в своей работе Титова Е. Я. [5], Россия находится в условиях кадрового дефицита, в ней не хватает 148,2 тыс. врачей, а большая нагрузка по ведению таких пациентов, особенно в сельской местности, ложится не на врача кардиолога, а на врача терапевта. Поэтому задача современной науки — помочь терапевту в принятии обо-

снованного клинического решения, что возможно только при анализе уже существующей реальной клинической практики, а также на основании изучения отдаленного прогноза в этой группе пациентов при использовании самых доступных методов изучения, которыми являются медицинские регистры [6].

В настоящей статье приводятся данные, касающиеся качества диагностики и лечения в поликлинической практике пациентов с ИМ в анамнезе.

Цель: изучить структуру сопутствующей патологии, оценить качество диагностики и лечения пациентов с ИМ в анамнезе в реальной амбулаторно-поликлинической практике с помощью регистрового исследования.

Материал и методы

В регистр РЕГАТА (РЕГИстр пАциентов, перенесших инфаркт миокарда) был включен 481 пациент, обратившийся к любому врачу поликлиники по месту жительства (две городские и одна сельская) в марте-мае, сентябре-ноябре 2012г и в январе-феврале 2013г, с наличием в амбулаторной карте записи о перенесенном ранее ИМ. Датой включения в регистр считали день данного референсного обращения в поликлинику за вышеуказанный период. Критерием исключения в представленном исследовании являлось отсутствие постоянного проживания в г. Рязани или Рязанской области. Все данные о пациентах были получены из записей в амбулаторных картах, а также из всех медицинских документов, вложенных в них. Диагноз перенесенного ИМ считался правомочным на основании соответствующей записи в амбулаторной карте, вне зависимости от его давности и объема дополнительной информации. Сведения о назначенной лекарственной терапии регистрировались на основании записей в амбулаторных картах пациентов, оставленных в ходе последних визитов к врачу-терапевту и/или кардио-

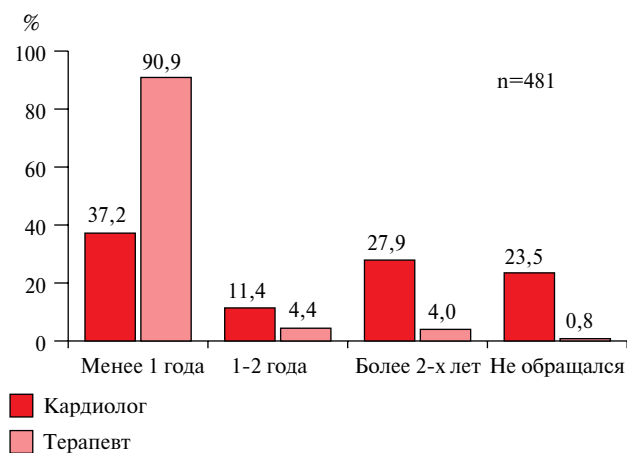


Рис. 1 Доля лиц с перенесенным ИМ, не обращавшихся и обращавшихся к терапевту, кардиологу на различные сроки до включения в регистр.

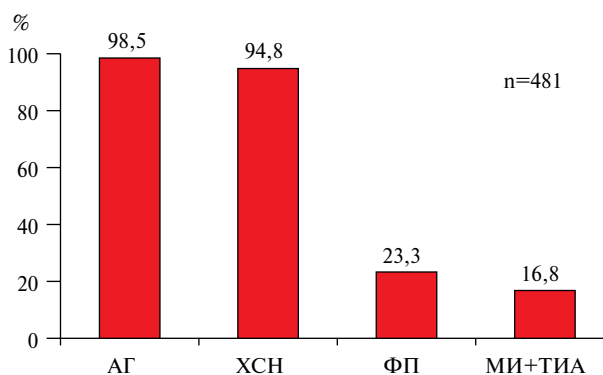


Рис. 2 Профиль сочетанной сердечно-сосудистой патологии у больных, перенесших ИМ.

Примечание: МИ — мозговой инсульт, ТИА — транзиторная ишемическая атака.

логу. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной и непараметрической статистики, статистически значимыми различиями считались различия при $p < 0,05$. Медиана возраста всех пациентов составила 72 [62;78] года, мужчин было 51,4% ($n=247$). При этом возраст мужчин был статистически значимо меньшим, по сравнению с возрастом женщин: медиана возраста мужчин составила 65 [58; 74] лет, а женщин 76 [70;81] лет ($p < 0,0001$). 21,8% ($n=105$) пациентов перенесли повторный ИМ, при этом число повторно перенесенных ИМ варьировало от двух (70,4%) до 7 (1,0%). Сведения о давности перенесенного ИМ имелись в амбулаторных картах 76,5% ($n=368$) пациентов, среди которых медиана давности последнего перенесенного ИМ составила 5 [2;9] лет до даты включения в регистр. 87,5% ($n=421$) пациентов приходили на референсный визит к терапевту или кардиологу и 12,5% ($n=60$) пациентов приходили на референсный визит к любому другому врачу поликлиники. Все 481 пациент по данным амбулаторной карты обращались за весь период ее ведения к терапевту и/или кардиологу.

Результаты

Давность последнего обращения пациентов с ИМ в анамнезе к врачу терапевту и кардиологу до включения в регистр представлена на рисунке 1. Обращает на себя внимание тот факт, что 23,5% пациентов с перенесенным ранее ИМ по данным амбулаторной карты никогда не обращались к кардиологу и только 37,2% пациентов были на приеме у врача-кардиолога в течение предыдущих 12 мес. до включения, и это несмотря на то, что значительное число включенных в исследование пациентов имели сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, профиль которой представлен на рисунке 2, а также стенокардию III и IV функциональных классов (ФК), встречающуюся в 70,8% и в 0,4% случаев, соответственно. Более того, 93,8% ($n=451$) больных имели сочетание ИМ с артериальной гипертензией (АГ) и ХСН, а 22,7% ($n=109$) — с АГ, ХСН и ФП.

Давность перенесенного ИМ у пациентов, никогда не обращавшихся к кардиологу поликлиники, составила 7 [3;12] лет до включения, у пациентов, обращавшихся к кардиологу более чем 2 года назад (от момента включения), — 7 [4;11] лет до включения, у пациентов, обращавшихся к кардиологу в срок 12-24 мес. до включения — 6 [3,5;9] лет и у пациентов, обращавшихся к кардиологу в течение 12 мес. до индексного визита — 3 [1;6] года.

При более подробном анализе группы пациентов, не обращавшихся к врачу кардиологу за весь период ведения амбулаторной карты, было выявлено, что по сравнению с пациентами, обратившимися к врачу кардиологу хотя бы однократно, они значительно реже имели стенокардию III ФК — в 57,5% ($n=65$) и 72,8% ($n=268$), соответственно ($p=0,002$), а также ХСН — в 91,2% ($n=103$) и 96,0% ($n=353$), соответственно ($p=0,0003$). Пациенты, обратившиеся к кардиологу хотя бы однократно, значительно чаще предъявляли жалобы: на боли ангинозного характера — в 86,7% ($n=319$) и 69,0% ($n=78$) случаев, соответственно ($p < 0,0001$); ощущения сердцебиения — в 38,6% ($n=142$) и 23,0% ($n=26$) ($p=0,002$); одышку при физической нагрузке — в 69,3% ($n=255$) и 55,8% ($n=63$) ($p=0,005$).

За весь период наблюдения, предшествовавший референсному визиту в поликлинику, у 86,5% ($n=416$) пациентов хотя бы однократно контролировали уровень общего холестерина (ХС), у 14,8% ($n=71$) — ХС липопротеинов низкой плотности, у 15,6% ($n=75$) — ХС липопротеинов высокой плотности, у 25,4% ($n=122$) — триглицеридов. В течение 12 мес. до включения в регистр уровень глюкозы крови определяли у 64,9% ($n=312$) пациентов, билирубина — у 99,8% ($n=480$), аспаратаминотрансферазы — у 53,8% ($n=259$), аланинаминотрансферазы — у 54,1% ($n=260$), креатинина — у 53,4% ($n=257$), гемоглобина — у 80,7% ($n=388$), тирео-

Таблица 1

Частота назначения по поводу ССЗ основных групп лекарственных препаратов у больных, перенесших ИМ

Параметр	Обращавшиеся к кардиологу (n=368)	Не обращавшиеся к кардиологу (n=113)	p
Терапия назначена, % (n)	89,9 (331)	87,1 (99)	p=0,48
Аспирин, % (n)	65,8 (242)	58,4 (66)	p=0,15
Клопидогрел*, % (n)	3,3 (12)	3,5 (4)	p=0,68
Статины, % (n)	50,0 (184)	23,9 (27)	p<0,0001
ИАПФ/сартаны, % (n)	73,9 (272)	70,8 (80)	p=0,45
БАБ, % (n)	57,1 (210)	53,1 (60)	p=0,45
ААР**, % (n)	10,1 (37)	13,3 (15)	p=0,34
АКК, % (n)	21,2 (78)	19,5 (22)	p=0,69
НПД, % (n)	20,7 (76)	17,7 (20)	p=0,49

Примечание: ААР — антагонисты альдостероновых рецепторов, АКК — антагонисты кальциевых каналов, НПД — нитраты пролонгированного действия, * — в виде монотерапии; ** — вне зависимости от фракции выброса левого желудочка.

тропного гормона — у 54,1% (n=33) больных. Значение международного нормализованного отношения у больных с ФП не определялось. В течение года до включения у 63,0% (n=303) пациентов выполнялась электрокардиография (ЭКГ), за весь период ведения амбулаторной карты у 0,6% (n=3) пациентов проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), у 16,1% (n=77) — суточное мониторирование ЭКГ, у 56,3% (n=271) — эхокардиография (ЭхоКГ), у 5,0 (n=24) — проба с физической нагрузкой (ПФН). Ультразвуковое исследование сосудов дуги аорты было выполнено у 9,6% (n=46) пациентов, тест шестиминутной ходьбы при наличии ХСН — у 0,7% (n=3). Коронароангиография проводилась 8,9% (n=43) пациентов, стентирование коронарных артерий — 4,6% (n=22), коронарное шунтирование — 2,5% (n=12).

При этом среди пациентов, обращавшихся к кардиологу и не обращавшихся к нему, частота определения показателей липидного спектра, уровня глюкозы, гемоглобина, билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, креатинина, международного нормализованного отношения у больных с ФП, уровня тиреотропного гормона статистически значимо не отличалась.

В то же время, пациентам, обращавшимся к кардиологу один или более раз за период ведения амбулаторной карты, по сравнению с не обращавшимися к кардиологу, статистически значимо чаще выполнялись следующие методы исследования: ЭКГ — в 66,0% (n=243) и 53,1% (n=60), соответственно (p=0,013); холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) — в 18,2% (n=67) и 8,8% (n=10), соответственно (p=0,018); ЭхоКГ — в 48,5% (n=227) и 38,9% (n=44), соответственно (p<0,0001) и ПФН — в 6,5% (n=24) и 0%, соответственно (p=0,001).

Лекарственная терапия на последнем визите к терапевту и/или кардиологу была назначена 91,9%

(n=430) пациентов. Частота назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) составила 49,6% (n=232), сартанов — 25,6% (n=120), бета-адреноблокаторов (БАБ) — 57,7% (n=211), антагонистов кальциевых каналов — 21,7% (n=100), нитратов пролонгированного действия — 20,0% (n=96), статинов — 45,1% (n=211) антиагрегантов — 67,3% (n=324). Давность перенесенного ИМ и/или чрескожного коронарного вмешательства <12 мес. до референсного визита зафиксирована у 62 (12,9%) пациентов. При этом двойная антиагрегантная терапия была назначена в 27,4% случаев (у 17 из 62 пациентов). Антагонисты альдостероновых рецепторов были назначены лишь двум пациентам из четырех, у которых имелись данные ЭхоКГ, а фракция выброса левого желудочка была <40%, антикоагулянты при сочетании ИМ в анамнезе и ФП были назначены только в 0,9% случаев (p<0,001).

Частота назначения основных групп препаратов пациентам, посещавшим и не посещавшим кардиолога, представлена в таблице 1, из которой видно, что значимые различия выявлены только для статинов, которые кардиологами назначались чаще. При этом у пациентов, обращавшихся к кардиологу, по сравнению с консультировавшимися у терапевта, процент выполненных от суммарного числа должных назначений лекарственной терапии с доказанным благоприятным действием на прогноз (статины, БАБ, антиагреганты, ИАПФ/блокаторы рецепторов к ангиотензину II) был значимо выше — 62,5% (920 из 1472 показаний) и 48,0% (217 из 452 показаний), p<0,0001.

При этом медианы уровней систолического и диастолического АД у пациентов, посещавших и не посещавших кардиолога, как и процент достижения целевых значений АД статистически значимо не отличались. Медиана систолического АД для

Таблица 2

Сравнительная характеристика групп пациентов с различными сроками обращения в поликлинику до референсного визита (включение в регистр)

Параметр, %	1 (n=179)	2 (n=55)	3 (n=134)	4 (n=113)	p 1-2	p 1-3	p 1-4
	Пациенты, приходившие на визит в срок 12 мес. включения, n=179	Пациенты, приходившие на визит в срок 12-24 мес. включения, n=55	Пациенты, приходившие на визит в срок >24 мес. включения, n=134	Пациенты, не приходившие на визит к кардиологу			
Мужчины	60,9%	65,5%	46,2%	34,5%	нд	0,01	<0,0001
Ангинозные боли	95,5%	74,5%	79,9%	69,0%	<0,01	<0,01	<0,01
Стенокардия III ФК	76,5%	67,3%	79,9%	57,5%	нд	нд	0,04
Жалобы на одышку при физической нагрузке	78,2%	58,2%	61,9%	55,8%	<0,01	<0,01	<0,01
Жалобы на сердцебиение	43,6%	40,0%	31,3%	23,0%	нд	0,03	<0,01
ХСН	98,3%	94,5%	93,3%	91,2%	нд	нд	<0,01
ФП	16,2%	29,1%	26,1%	28,3%	0,03	0,03	0,04
ЭКГ	85,54%	60,0%	42,5%	53,1%	<0,01	<0,01	<0,01
ХМ-ЭКГ	29,1%	9,1%	7,5%	8,8%	0,003	<0,001	0,0002
ЭхоКГ	72,6%	42,5%	47,0%	39,0%	<0,01	<0,001	<0,01
ПФН	5,0%	3,3%	0,7%	0%	нд	0,03	0,02
Коронароангиография	18,4%	5,5%	3,0%	2,7%	0,02	<0,01	<0,01
Лекарственная терапия по поводу ССЗ	91,6%	85,5%	89,6%	87,6%	<0,01	нд	нд
Статины	68,4%	45,5%	32,1%	23,9%	0,01	<0,01	<0,01

Примечание: нд — недостоверно.

пациентов, посещавших и не посещавших кардиолога, составила 140 [130;160] мм рт.ст., диастолического АД — 80 [80;90] мм рт.ст., а процент достижения целевого АД <140/90 мм рт.ст. [7] — 25,9% и 29,8%, соответственно (p=0,41). Медиана частоты сердечных сокращений (ЧСС) по данным ЭКГ среди посещавших и не посещавших кардиолога не отличалась и составила 74 [65;80] и 74,5 [65;85] уд./мин (p=0,47). Процент достижения ЧСС 50-60 уд./мин по данным ЭКГ — 8,1% и 4,1%, соответственно (p=0,21).

В ходе исследования отдельному анализу подверглись не только данные пациентов, никогда не обращавшихся к кардиологу, но также и тех, кто был на приеме у врача-кардиолога в течение 12 мес. до включения. Медиана возраста пациентов, обращавшихся к кардиологу в течение 12 мес. до момента включения, составила 63 [57;72] года, они были статистически значимо моложе пациентов всех остальных групп (p<0,05). Все статистически значимые различия между пациентами, приходившими на визит в течение 12 мес. до включения, и пациентами, приходившими в срок 12-24 мес., >24 мес. до момента включения, и никогда не приходившими на визит к кардиологу, представлены в таблице 2. Статистически значимых различий в частоте назначения ИАПФ/сартанов, БАБ и антиагрегантов во всех анализируемых группах получено не было.

Обсуждение

Результаты, полученные в рамках регистра РЕГАТА, во многом совпадают с данными других регистровых исследований [8-10] и на их основании можно выявить ряд недостатков ведения больных, перенесших ранее ИМ. Так, среди пациентов, перенесших ИМ, каждый четвертый пациент ни разу не был на приеме у кардиолога. Частота использования лабораторно-инструментальных методов обследования у больных ИМ в анамнезе являлась недостаточной, вне зависимости от того, у какого врача (терапевта или кардиолога) наблюдался больной. При этом значимой разницы частоты использования лабораторных методов обследования между наблюдающимися у кардиолога или терапевта не выявлено. Что касается частоты использования инструментальных методов обследования, то у пациентов, наблюдающихся у кардиолога, частота применения отдельных методов исследования (ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭхоКГ, ПФН) была статистически значимо выше. Более того, частота использования инструментальных методов обследования статистически значимо отличалась и внутри группы пациентов, обращавшихся к кардиологу в разные сроки до включения, являясь при этом явно недостаточной, особенно с учетом того, что пациенты, обращавшиеся к кардиологу, статистически значимо чаще предъявляли жалобы на ангинозные боли, сердцебиение и одышку при физической нагрузке.

Кроме того, чем ближе к моменту включения был визит пациента к кардиологу, тем больше был процент больных с такими жалобами.

При этом пациентам с данной симптоматикой значимо чаще назначались только препараты из группы статинов. Процент назначения ИАПФ/сартанов был высоким, и составил >70,0%. В целом частота назначения всех групп лекарственных препаратов была невысокой, что также можно считать недостатком оказания медицинской помощи в этой группе пациентов. Процент достижения целевых показателей АД и ЧСС среди пациентов, перенесших ИМ, также был невысок, а между собой эти значения в группах пациентов, посещавших и не посещавших кардиолога, значимо не различались. Различия по медиане ЧСС, хотя и статистически значимые, не имели существенного клинического значения ввиду того, что они далеки от целевых значений.

Таким образом, то, как наблюдаются, обследуются и лечатся в поликлинике по месту жительства пациенты с постинфарктным кардиосклерозом, в большинстве случаев не соответствует существующим в настоящее время методическим рекомендациям, опубликованным под редакцией Бойцова С. А., Чучалина А. Г. “Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития” [11], а также Приказу Минздрава России от 29.03.2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми” [12], пришедшему на смену действующему на момент включения больных в регистр РЕГАТА Приказу Минздрава России от 21.12.2012г № 1344н “Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения”

Литература/References

1. Drapkina OM, Samorodskaya IV, Starinskaya MA, Boytsov SA. Comparison of Russian regions by standardized mortality rates from all causes and circulatory system diseases in 2006-2016. The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health 2018;21(4):4-12. (In Russ.) Драпкина О.М., Самородская И.В., Старинская М.А., Бойцов С.А. Сравнение российских регионов по уровню стандартизованных коэффициентов смертности от всех причин и болезней системы кровообращения в 2006-2016 гг. Профилактическая медицина. 2018;21(4):4-12. doi:10.17116/profmed20182144.
2. Danilov AV, Kobzar II, Nagibin OA, et al. Morbidity and mortality from cardiovascular diseases in Ryazan district: 2014-2018. Science of the young (Eruditio Juvenium). 2019;7(3):439-49. (In Russ.) Данилов А.В., Кобзарь И.И., Нагибин О.А. и др. Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в рязанской области: 2014-2018 гг. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019;7(3):439-49. doi:10.23888/HMJ201973439-449.
3. Demographic Yearbook of Russia. 2019: Stat.sat. Rosstat. M., 2019. 252 p. (In Russ.) Демографический ежегодник России. 2019: Стат.сб. Росстат. М., 2019. 252 с. ISBN 978-5-89476-479-5.
4. Gafarov VV, Gafarova AV. World health organization program “acute myocardial infarction register” as audit health assessment Vestnik NSUEM. 2015;(4):200-22. (In Russ.) Гафаров В.В., Гафарова А.В. Программа Всемирной Организации Здравоохранения “Регистр острого инфаркта миокарда” как аудит оценки здоровья населения. Вестник НГУЭУ 2015;(4):200-22.
5. Titova EYa. Personnel policy in healthcare: risks and solutions Health Risk Analysis 2017;(1):125-31. (In Russ.) Титова Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения. Анализ риска здоровью. 2017;(1):125-31. doi:10.21668/health.risk/20171.14.
6. Boytsov SA, Martsevich SYu, Kutishenko NP, et al. Registers in cardiology: Their principles, rules, and real-word potential. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2013;12(1):4-9. (In Russ.) Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;12(1):4-9. doi:10.15829/1728-8800-2013-1-4-9.
7. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) [13]. Но поскольку анализируемые данные относятся к 2012-2013гг, они могут не в полной мере отражать ситуацию, сложившуюся с наблюдением постинфарктных больных в настоящее время. Поэтому с целью оценки качества назначаемой лекарственной терапии, в т.ч. пациентам с ИМ, было проведено исследование “Оценка динамики назначения медикаментозной терапии у больных ССЗ на амбулаторно-поликлиническом этапе”, результаты которого будут опубликованы в последующих работах авторов представленного исследования.

Важным резервом повышения качества ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе больных, перенесших ранее ИМ, является осуществление диспансерного наблюдения кардиологами, терапевтами в соответствии с установленным порядком, а также повышение частоты назначения необходимых лекарственных средств, включенных в схему комплексного медикаментозного лечения.

Заключение

Результаты, полученные в рамках регистра РЕГАТА, свидетельствуют о том, что на амбулаторно-поликлиническом этапе качество ведения пациентов с постинфарктным кардиосклерозом выше у кардиологов, чем у терапевтов. Однако в целом пациентам с этой патологией инструментально-лабораторное обследование и медикаментозное лечение в должном объеме не проводятся, вне зависимости от того, у какого врача (терапевта или кардиолога) они наблюдаются.

Отношения и деятельность: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

- and of the European society of Cardiology (ESC) Russ J Cardiol. 2014;(1):7-94. (In Russ.) Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013. Российский кардиологический журнал. 2014;(1):7-94. doi:10.15829/1560-4071-2014-1-7-94.
8. Loukianov MM, Boytsov SA, Yakushin SS, et al. Diagnostics, treatment, associated cardiovascular and concomitant non-cardiac diseases in patients with diagnosis of "atrial fibrillation" in real outpatient practice (according to data of registry of cardiovascular diseases, RECVASA). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2014;10(4):366-77. (In Russ.) Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С. и др. Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом "фибрилляция предсердий" в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики (по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний РЕКВАЗА). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014;10(4):366-77. doi:10.20996/1819-6446-2014-10-4-366-377.
 9. Garganeeva AA, Kuzheleva EA, Efimova EV, Tukish OV. Drug therapy of patients with myocardial infarction as the most important component of a polyclinic stage of cardiorehabilitation. CardioSomata. 2015;6(3):22-6. (In Russ.) Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Ефимова Е.В., Тукиш О.В. Медикаментозная терапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда, как важная составляющая поликлинического этапа кардиореабилитации. КардиоСоматика. 2015;6(3):22-6.
 10. Pereverzeva KG, Vorobev AN, Nikulina NN, et al. Features of examination of patients with coronary heart disease in outpatient practice according to observation in a registry study Pavlov Russian Medical Biological Herald. 2014;22(1):90-6. (In Russ.) Переверзева К.Г., Воробьев А.Н., Никулина Н.Н. и др. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрационного наблюдения. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014;22(1):90-6. doi:10.17816/PAVLOVJ221.
 11. Guidelines for dispensary observation of patients with chronic non-communicable diseases and patients with a high risk of their development. (SA Boytsov, AG Chuchalin, eds). Moscow, 2014. 112 p. <http://diaregistry.ru/assets/files/documents/Dispansernoe-nablyudenie-bolnih-hronicheskimi-NIZ-2014.pdf> (17 mar 2020) (In Russ.) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014. 112 с. Интернет-ресурс: <http://diaregistry.ru/assets/files/documents/Dispansernoe-nablyudenie-bolnih-hronicheskimi-NIZ-2014.pdf> (17 mar 2020). ISBN 978-5-9905774-0-4.
 12. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 29, 2019 No. 173n "On approval of the procedure for conducting dispensary monitoring for adults". <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1271073/> (In Russ.) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.03.2019г №173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1271073/>
 13. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 21, 2012 N 1344n "On approval of the Procedure for the Dispensary Monitoring" <http://base.garant.ru/70321224/> (In Russ.) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012г № 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения". Электронный ресурс. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70321224/>