Приверженность посещению поликлиники и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным амбулаторного этапа наблюдения в регистре РЕГИОН-М (посещение поликлиники и выживаемость после инсульта)

Марцевич С.Ю.¹, Толпыгина С.Н.^{1*}, Чернышева М.И.², Загребельный А.В.¹, Воронина В.П.¹, Лукьянов М.М.¹, Кутишенко Н.П.¹, Дмитриева Н.А.¹, Лерман О.В.¹, Лукина Ю.В.¹, Благодатских С.В.¹, Окшина Е.Ю.¹, Парсаданян Н.Э.², Драпкина О.М.¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, Москва, Россия

² Городская Поликлиника №218, Москва, Россия

Цель. Оценить двухлетнюю выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в зависимости от приверженности посещению ими районной поликлиники до и после выписки из стационара.

Материал и методы. В амбулаторную часть регистра РЕГИОН-М были включены 684 пациента, прикрепленных к Городской поликлинике №64 г. Москвы, выписанных из Городской клинической больницы им. Ф.И. Иноземцева г. Москвы в период с 1.01.2012 г. по 30.04.2017 г. с подтвержденным диагнозом ОНМК (мозговой инсульт/транзиторная ишемическая атака).

Результаты. Из всей когорты посещали поликлинику в течение года перед развитием референсного ОНМК 83,2% пациентов и 84,2% – после выписки из стационара. Пациенты, посещавшие поликлинику до и после референсного ОНМК, были старше, чаще имели сахарный диабет, коморбидные заболевания и инвалидность. За 22 мес наблюдения смертность составила 28,8% (197 из 684 человек). Среди лиц, обращавшихся или не обращавшихся в поликлинику до референсного ОНМК, различие в смертности оказалось статистически не значимым (27,4% против 35,7%, $p < 0,1$), при этом смертность была почти в два раза ниже среди пациентов, обращавшихся в поликлинику хотя бы 1 раз после выписки (25,7%), чем среди пациентов, не обратившихся туда после выписки ни разу – 45,4% ($p < 0,0001$). При введении поправки на пол и возраст (относительный риск смерти для них составил 1,009; 95% доверительный интервал 1,005-1,012, $p < 0,0001$), сохранялась статистическая значимость снижения риска смерти при приверженности посещению поликлиники пациентами после выписки – относительный риск смерти 0,366; 95% доверительный интервал 0,269-0,500, $p < 0,0001$).

Заключение. Более низкая смертность среди лиц, посещавших районную поликлинику после перенесенного ОНМК, подтверждает важную роль врачебного наблюдения в постгоспитальном периоде. При этом существует резерв в улучшении отдаленного прогноза жизни больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку, за счет большего охвата пациентов врачебным наблюдением в поликлинике.

Ключевые слова: мозговой инсульт, транзиторная ишемическая атака, регистр, отдаленная выживаемость, летальность, врачебное наблюдение, приверженность посещению поликлиники.

Для цитирования: Марцевич С.Ю., Толпыгина С.Н., Чернышева М.И., Загребельный А.В., Воронина В.П., Лукьянов М.М., Кутишенко Н.П., Дмитриева Н.А., Лерман О.В., Лукина Ю.В., Благодатских С.В., Окшина Е.Ю., Парсаданян Н.Э., Драпкина О.М. Приверженность посещению поликлиники и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным амбулаторного этапа наблюдения в регистре РЕГИОН-М (посещение поликлиники и выживаемость после инсульта). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(3):386-393. DOI:10.20996/1819-6446-2021-06-04.

Adherence to Attendance at Outpatient Clinic and Longterm Survival of Patients after Stroke in Outpatient Setting: the Data of REGION-M Registry

Martsevich S.Yu.¹, Tolpygina S.N.^{1*}, Chernysheva M.I.², Zagrebelsky A.V.¹, Voronina V.P.¹, Lukyanov M.M.¹, Kutishenko N.P.¹, Dmitrieva N.A.¹, Lerman O.V.¹, Lukina Yu.V.¹, Blagodatskikh S.V.¹, Okshina E.Yu.¹, Parsadanyan N.E.², Drapkina O.M.¹

¹ National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

² Moscow City Polyclinic №218, Moscow, Russia

Aim. Assess the two-year survival rate of patients who have undergone acute cerebral circulation disorder, depending on their commitment to visiting the district polyclinic before and after discharge from the hospital.

Material and methods. The outpatient part of the REGION-M register included 684 patients attached to the Moscow City Polyclinic №64, discharged from the Moscow City Clinical Hospital n.a. F.I. Inozemtsev of from 01.01.2012 to 04.30.2017 with a confirmed diagnosis of acute cerebral circulation disorder (cerebral stroke / transient ischemic attack).

Results. Of the entire cohort, 83.2% of patients and 84.2% after hospital discharge attended the clinic during the year before the development of reference acute cerebral circulation disorder. Patients who attended the clinic before and after the reference stroke were older, more likely to have diabetes, comorbid disease and disability. For 22 months of follow-up, mortality was 28.8% (197 out of 684 people). Among those who applied and did not apply to the clinic before the reference acute cerebral circulation disorder, the difference in mortality tended to be reliable (27.4% versus 35.7%, $p < 0.1$), while mortality was almost twice as low among patients who applied to the clinic at least 1 time after discharge (25.7%) than among patients who did not apply after discharge – 45.4%, $p < 0.0001$. When adjusting for sex and age (the relative risk of death for them was 1.009, 95% confidence interval 1.005-1.012, $p < 0.0001$), the statistical validity of reducing the risk of death was maintained when patients were committed to visiting the clinic after discharge – the relative risk of death 0.366 (95% confidence interval 0.269-0.500, $p < 0.0001$).

Conclusion. Lower mortality among those who visited the district polyclinic after undergoing stroke confirms the important role of medical observation in the posthospital period. At the same time, there is a reserve in improving the long-term prognosis of the lives of patients who have suffered a cerebral stroke or transient ischemic attack, due to greater coverage of patients with medical supervision in the clinic.

Key words: cerebral stroke, transient ischemic attack, registry, long-term survival, mortality, medical follow-up, adherence to visiting a polyclinic.

For citation: Martsevich S.Y., Tolpygina S.N., Chernysheva M.I., Zagrebelny A.V., Voronina V.P., Lukyanov M.M., Kutishenko N.P., Dmitrieva N.A., Lerman O.V., Lukina Y.V., Blagodatskikh S.V., Okshina E.Y., Parsadanyan N.E., Drapkina O.M. Adherence to Attendance at Outpatient Clinic and Longterm Survival of Patients after Stroke in Outpatient Setting: the Data of REGION-M Registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2021;17(3):386-393. DOI:10.20996/1819-6446-2021-06-04.

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): stolpygina@gnicpm.ru

Received/Поступила: 18.05.2021

Accepted/Принята в печать: 24.05.2021

Введение

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) остается одной из значимых причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире [1]. Большая часть этих пациентов умирает в острой стадии болезни, однако и выжившие больные имеют неблагоприятный прогноз, в первую очередь, из-за высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и повторных ОНМК [1,2]. Особенности развития и исходы острой фазы ОНМК/транзиторной ишемической атаки (ТИА) были изучены в целом ряде российских регистров [3-6]. Представленная публикация является первой, в которой приводятся результаты двухлетнего наблюдения пациентов, перенесших ОНМК, из поликлинической части регистра РЕГИОН-М (РЕГИСтр больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения и госпитализированных в московский стационар) с учетом факта посещения ими районной поликлиники. Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что раннее начало комплекса мер по вторичной профилактике ССО у лиц, перенесших ОНМК, способно значительно снизить риск развития повторного инсульта [7,8], но для этого необходимо продолжение врачебного наблюдения и лечения на амбулаторном этапе. Немаловажную роль в обеспечении эффективной вторичной профилактики ССЗ играет приверженность пациентов не только к лечению, но и к посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), в т.ч. после выписки из стационара. В литературе имеются данные российского регистра ЛИС-3 [9,10], не выявившее статистически значимого влияния на риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и острого коронарного синдрома (ОКС) приверженности к посещению ЛПУ до развития референсного события, но выявившее повышение качества терапии у пациентов, регулярно посещавших ЛПУ. На настоящий момент нет опубликованных результатов исследований, изучавших влияние приверженности посещению ЛПУ на ближайший и отдаленный прогноз жизни перенесших инсульт пациентов.

Учитывая высокую социальную значимость инсульта и важность вторичной профилактики ССО, представляется важным изучить влияние приверженности к

посещению ЛПУ на выживаемость пациентов после перенесенного ОНМК/ТИА в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики.

Цель исследования: оценить двухлетнюю выживаемость больных, перенесших ОНМК или ТИА, в зависимости от приверженности к посещению ими районной поликлиники до и после выписки из стационара.

Материал и методы

Подробно протокол всего госпитально-поликлинического ретроспективно-проспективного регистра РЕГИОН и отдельных его частей был опубликован ранее [11-13]. В данной части исследования использованы данные амбулаторной проспективной части регистра РЕГИОН-М, в которую были включены все пациенты, прикрепленные к Городской поликлинике №64 г. Москвы, выписанные из Городской клинической больницы им. Ф.И. Иноземцева г. Москвы в период с 1.01.2012 г. по 30.04.2017 г. с подтвержденным диагнозом ОНМК: мозговой инсульт или ТИА. Факт прикрепления к Городской поликлинике №64 г. Москвы устанавливался по адресу регистрации, указанному пациентом или его родственниками при поступлении в стационар. На основании электронной базы данных Городской поликлиники №64 были выделены 684 пациента, выписанных за указанный период из данного стационара с диагнозом «ОНМК». Информация, содержащаяся в амбулаторных картах больных, такая как социально-демографические признаки, тип перенесенного ОНМК, наличие факторов риска (ФР), сердечно-сосудистых и сопутствующих заболеваний, факта посещения поликлиники и назначенной в поликлинике лекарственной терапии до поступления в стационар по поводу ОНМК, в первые 6 мес после выписки и в более поздние сроки (6-22 мес после выписки), во время последнего состоявшегося визита в поликлинику на момент завершения периода наблюдения, вносилась в КИН (Карту Индивидуального Наблюдения). В КИН вносились данные из амбулаторной карты и из документов, вложенных в нее. Учитывались данные о последнем обращении пациентов в поликлинику к врачам любой специальности и терапии, назначенной врачами следующих специально-

стей: кардиолог, терапевт, невролог, психиатр. Наличие заболевания фиксировалось на основании любого упоминания в диагнозе до референсного ОНМК. Под приверженностью пациентов посещению ЛПУ понимали зарегистрированный в амбулаторной карте пациента факт обращения в поликлинику по месту жительства (№64) к врачам любой специальности. Медиана длительности наблюдения составила 22 мес (13-37,7). В качестве конечной точки была выбрана «смерть от всех причин» как наиболее точно оцениваемый исход наблюдения. Лиц с неустановленным жизненным статусом на момент завершения периода наблюдения не было, но, поскольку часть больных, включенных в амбулаторно-поликлиническую часть регистра РЕГИОН-М, после выписки из стационара в поликлинику не обращалась, то статус их жизни устанавливался на основании данных ЕМИАС или в телефонном разговоре с родственниками. Доля пациентов, посещавших и не посещавших поликлинику в течение 12 мес до референсного ОНМК, составила 569 из 684 (83,2%), а посещавших хотя бы один раз после выписки за 2 года наблюдения – 576 из 684 (84,2%)

Статистический анализ

Для статистической обработки результатов применялся пакет статистических программ SPSS Statistics 23.0 (IBM, США). При нормальном распределении количественные показатели представлены в виде М (среднее значение) $\pm$ σ (среднеквадратичное отклонение), при ненормальном – в виде медианы (МЕ) и межквартильного диапазона [25%; 75%]. Номинальные и порядковые переменные представлены в виде абсолютного количества и % от общего числа. Различия между группами пациентов определялись при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Для определения прогностической значимости влияния конкретных факторов на общую смертность использовался регрессионный анализ с определением относительного риска (ОР) и 95% доверительных интервалов (ДИ) с корректировкой на заведомо значимые показатели (пол и возраст больных). Уровень статистической значимости был установлен при $p < 0,05$.

Результаты

Из 684 больных, включенных в амбулаторную часть регистра РЕГИОН-М, мужчин было 286 (41,8%), женщин – 398 (58,2%). Средний возраст мужчин был $65,1 \pm 12,8$ лет, женщин – $71,1 \pm 14,5$ год, т.е. женщины были статистически значимо старше ($p < 0,01$). В табл. 1 представлена клинико-анамнестическая характеристика пациентов, включенных в амбулаторную часть регистра РЕГИОН-М. Как видно из таблицы, большая часть пациентов перенесла ишемический инсульт (75%) или ТИА (17%) и имела значительную

коморбидную отягощенность как сердечно-сосудистыми (артериальная гипертензия [АГ], ишемическая болезнь сердца [ИБС], хроническая сердечная недостаточность [ХСН], фибрилляция предсердий [ФП]), так и иными соматическими заболеваниями (сахарный диабет [СД], хроническая болезнь почек, хронические заболевания легких). Кроме того, почти 18% пациентов перенесли инсульт ранее.

Несмотря на наличие у большинства пациентов хронических заболеваний, 16,8% пациентов не посещали поликлинику в течение последнего года перед развитием референсного инсульта, а после выписки из стационара 15,6% вообще не появились в районной поликлинике в течение 22 мес наблюдения. Доля пациентов, посетивших поликлинику в первые 6 мес после выписки, была статистически значимо меньше, чем до референсного ОНМК и позже 6 мес (табл. 2).

Для выяснения факторов, которые могли стать причиной обращения и необращения пациентов в поли-

Table 1. Clinical and anamnestic characteristics of patients who underwent acute cerebrovascular accident in the outpatient part of the REGION-M register (n=684)

Таблица 1. Клинико-анамнестическая характеристика больных, перенесших ОНМК, в амбулаторно-поликлинической части регистра РЕГИОН-М (n=684)

Признак	n (%)
Тип ОНМК	
• ТИА	118 (17,2)
• ишемический	514 (75,1)
• геморрагический	48 (7)
• ишемический+геморрагический	4 (0,05)
ИБС	423 (61,8)
ИМ в анамнезе	84 (12,3)
ОНМК/ТИА в анамнезе	121 (17,7)
ХСН	103 (15)
Фибрилляция предсердий	112 (16,4)
Артериальная гипертензия	574 (83,9)
Порок сердца	13 (2)
Заболевания щитовидной железы	91 (13,3)
Хронические болезни легких	99 (14,5)
Анемия	39 (5,4)
Массивные кровотечения	6 (0,9)
Тромбозы в анамнезе	8 (1,1)
Хроническая болезнь почек	97 (14,2)
Онкологические заболевания	64 (9,4)
Сахарный диабет	122 (17,8)
ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА – транзиторная ишемическая атака	

Table 2. Visiting the polyclinic by patients who underwent acute cerebrovascular accident at various stages of follow-up (n=684)

Таблица 2. Посещение поликлиники больными, перенесшими ОНМК, на различных этапах наблюдения (n=684)

Параметр	Посещение поликлиники	
	Да	Нет
До ОНМК, n (%)	569 (83,2)	115 (16,8)
После ОНМК (в любое время), n (%)	576 (84,2)	108 (15,8)
В первые 6 мес после выписки из стационара после перенесенного референсного ОНМК, n (%)	438 (64,0)	246 (36,0)**
Позже, чем 6 мес после ОНМК, n (%)	536 (78,4)	148 (21,6)

**p<0,01 по сравнению с пациентами, посещавшими поликлинику
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

клинику после референсного ОНМК, была проанализирована возможная взаимосвязь с наличием инвалидности и СД, при которых пациенты имеют право на льготное лекарственное обеспечение, а также ряда хронических сопутствующих заболеваний. Было установлено, что пациенты, посещавшие поликлинику до референсного ОНМК, чаще имели инвалидность (38,5% против 11,3%, $p<0,001$), они были статистически значимо старше ($69,1\pm13,7$ против $66,2\pm16,1$ лет, $p<0,05$), среди них было больше жен-

щин (59,5% против 47%, $p<0,05$), они чаще имели АГ, ИБС, СД, ОНМК в анамнезе, ХСН, ФП, заболевания почек, онкологические заболевания (рис. 1).

Таким образом, проведенный анализ показал, что посещали поликлинику до референсного ОНМК преимущественно коморбидные и имеющие инвалидность пациенты. Так, пациенты, имевшие инвалидность до референсного ОНМК, статистически значимо чаще посещали поликлинику как до него, так и в первые 6 мес и позже ($p<0,001$ для всех).

Пациенты, посещавшие поликлинику после референсного ОНМК, также чаще имели инвалидность (56% против 32,0%, $p<0,001$), были статистически значимо старше ($69,1\pm13,7$ против $66,2\pm16,1$ лет, $p<0,05$), среди них было больше мужчин (45% против 35%, $p<0,05$), они чаще имели АГ, ИБС в том числе, ИМ в анамнезе (15,6% против 4,8%, $p<0,001$), СД, ОНМК в анамнезе, ХСН, ФП, заболевания почек, онкологические заболевания (рис. 2).

Таким образом, приверженность пациентов посещению поликлиники могла быть обусловлена наличием хронических заболеваний и льгот на получение лекарственных препаратов. Так, из 122 больных СД посещали поликлинику до референсного ОНМК 110 (90,2%) и 104 (85%) после него. Среди 232 лиц, имевших инвалидность до госпитализации, посещали поликлинику до референсного ОНМК 219 (94,4%) и 209 (90,1%) после него.

Figure 1. Clinical characteristics of patients depending on the visit to the polyclinic before the reference stroke

Рисунок 1. Клиническая характеристика пациентов, посещавших и не посещавших поликлинику до референсного ОНМК

Figure 2. Clinical characteristics of patients depending on the visit to the polyclinic after the reference stroke

Рисунок 2. Клиническая характеристика пациентов, посещавших и не посещавших поликлинику после референсного ОНМК

За 2 года наблюдения по данным ЕМИАС умерло 28,8% (197 из 684) пациентов, выписанных из стационара после перенесенного ОНМК. Среди умерших доля мужчин была меньше, чем женщин (37,6% против 62,4%, $p<0,001$). Средний возраст умерших больных был выше, чем у оставшихся в живых и составил $76,7 \pm 11,2$ лет против $65,3 \pm 13,9$ лет ($p<0,001$).

При раздельном анализе смертности в подгруппах пациентов, перенесших ОНМК, обратившихся и не обратившихся в поликлинику в течение 2 лет после выписки из стационара, было выявлено, что среди обращавшихся хотя бы 1 раз умерло 25,7% ($n=148$ из 576), а среди не обратившихся ни разу – 45,4%, ($n=49$ из 108), $p<0,0001$ (рис. 3).

Различие по смертности среди лиц, обращавшихся и не обращавшихся в поликлинику до референсного ОНМК, имело лишь тенденцию к статистической значимости (27,4% против 35,7%, $p<0,1$).

При внесении поправки на пол и возраст независимый вклад фактора посещения поликлиники после референсного ОНМК в многофакторном анализе сохранялся. ОР смерти для посещения поликлиники составил 0,366 (95% ДИ 0,269-0,500, $p<0,001$), для пола/возраста – 1,009 (95%ДИ 1,005-1,012), $p<0,001$. Таким образом, приверженность посещению поликлиники после выписки из стационара оказалась самостоятельным прогностически благоприятным фактором.

Figure 3. Kaplan-Meier curves for patient survival with and without the polyclinic visiting after the reference stroke

Рисунок 3. Кривые Каплана-Майера для выживаемости пациентов, посещавших и не посещавших поликлинику после развития референсного ОНМК

Обсуждение

В нашем исследовании при анализе обращаемости в поликлинику пациентов до развития ОНМК установлено, что около 83% всех больных посещали поликлинику в течение последних 12 мес до референсного события. Углубленный анализ показал, что посещали поликлинику преимущественно пациенты, имеющие инвалидность и хронические заболевания, т.е. коморбидные. Тем не менее, под наблюдением врачей до развития референсного ОНМК находились не все пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском, у которых должна была проводиться первичная и вторичная профилактика ССО. Схожая ситуация была выявлена в больничном регистре ЛИС-2, где до развития референсного ОНМК лечение получала лишь небольшая часть пациентов [14].

После выписки в течение года обратились в поликлинику только 84,2% пациентов. Причину неявки пациентов в поликлинику после выписки из стационара установить точно не представлялось возможным, лишь у 5% пациентов в карте была пометка, что они наблюдаются в другом лечебном учреждении. Можно было предположить, что часть пациентов не смогли придти в поликлинику из-за моторных нарушений, возникших после ОНМК, однако такие тяжелые последствия обычно ведут к получению пациентом группы инвалидности, а анализ показал, что из 289 пациентов с инвалидностью после референсного ОНМК 266 (92%) посещали поликлинику после выписки из стационара. Количество пациентов, обратившихся в поликлинику в первые 6 мес, было статистически значимо меньше, чем до госпитализации и позднее 6 мес. Из этого следует, что пациенты, посетившие поликлинику за первые 6 мес после выписки из стационара, продолжали посещать ее в дальнейшем, а часть пациентов, не пришедших в поликлинику сразу после выписки, пришли позднее. Однако 15,8% пациентов не посетили поликлинику ни разу за 2 года после выписки из стационара. В доступной нам литературе не было найдено данных о факторах, влияющих на посещение больными поликлиник после выписки из стационара после перенесенного ОНМК, но есть данные по пациентам, перенесшим ОКС. В рамках госпитального регистра ЛИС-3 было показано, что до развития ОКС только 43,4% выписанных из стационара больных регулярно посещали врачей лечебно-профилактических учреждений, а 24,4% ни разу не посетили ЛПУ по поводу ССЗ. В этом исследовании к факторам, положительно ассоциированным с приверженностью к посещению ЛПУ, явились: женский пол, возраст, ведение малоактивного образа жизни, наличие высшего образования, наличие в анамнезе ССЗ (ИБС, ранее перенесенный ИМ, ОНМК, АГ, сахарный диабет), а к факторам, отрицательно ассоциированным с приверженностью к

посещению ЛПУ – курение и занятость на работе [9–10].

Другой возможной причиной неявки пациентов в поликлинику представлялось то, что некоторые пациенты после референсного ОНМК не нуждались в больничном листе или выдаче бесплатных лекарств, не имели инвалидности или поводов для обращения к врачу, т.е. были «легче», чем посетившие поликлинику. В пользу данного предположения говорит более молодой возраст не обратившихся в поликлинику после выписки ($66,2 \pm 16,1$ года против $69,1 \pm 13,7$, $p < 0,05$), меньший процент инвалидов (32% против 56%, $p < 0,001$) и коморбидных пациентов, что схоже с результатами изучения приверженности посещению ЛПУ пациентами после ОКС в исследовании ЛИС-3. Среди причин непосещения ЛПУ пациентами после ОКС ($n=53$) в ходе телефонного опроса были названы: отсутствие свободного времени/хорошее самочувствие (24,5%), трудности записи на прием (11,3%), физические трудности передвижения (20,8%), неверие в необходимость посещения (24,5%), предпочтение стационарного лечения амбулаторному (5,7%) [15].

Тем более удивительным оказался тот факт, что смертность в течение 2 лет наблюдения среди лиц, не посетивших поликлинику ни разу после референсного ОНМК и изначально менее отягощенных, была почти в 2 раза выше, чем у пациентов, посещавших ее (45,4% против 25,7%, $p < 0,001$). Возможно, различия в уровне смертности объясняется тем, что пациенты, обращающиеся в поликлинику после перенесенного инсульта, находятся под врачебным наблюдением и получают лечение, направленное на вторичную профилактику. Данное предположение соответствует данным Ю.В. Семеновой с соавт., говорящим о том, что, хотя сама по себе приверженность к посещению ЛПУ не влияла на ближайший прогноз после ОКС, но статистически значимо улучшала качество лекарственной терапии получаемой до и после ОКС [9, 10, 15]. Также косвенное подтверждение мы нашли в результатах Российского клинического исследования [16] по реабилитации пациентов после перенесенного ОНМК на амбулаторном этапе. В нем была выявлена значительная разница в уровне смертности среди пациентов, получавших эффективную вторичную профилактику ССО, как немедикаментозную (отказ от вредных привычек, повышение физ. активности, снижение веса), так и медикаментозную. За период в среднем пятилетнего наблюдения умер 61 из 350 больных, поэтому смертность составила 17,4%, ежегодная смертность – 5,5%. Наиболее частой причиной смерти были повторный инсульт, инфаркт миокарда или острая сердечно-сосудистая недостаточность. Большинство ($n=281$) больных проводили эффективную профилактику повторного инсульта, и только небольшая часть (45 из 326)

больных отказывалась от регулярного приема лекарственных средств даже при наличии рекомендаций со стороны врачей. Смерть от инсульта, инфаркта или острая сосудистая смерть развилась у 5% из 281 больного, которые принимали регулярное лечение, и у 47% из 45 больных, которые постоянно не принимали ни антигипертензивные препараты, ни антитромбоцитарные средства после перенесенного ишемического инсульта. От регулярного приема лекарственных средств статистически значимо чаще отказывались мужчины, курильщики, злоупотребляющие алкоголем пациенты. В группе больных, перенесших ишемический инсульт и регулярно принимающих лечение, значительно реже, чем у пациентов, отказавшихся от регулярного лечения, возникали повторный инсульт (3% и 16% соответственно), ИМ (1% и 7%), смерть от ССЗ (1% и 13,8%). Таким образом, вероятной причиной более высокой смертности среди пациентов, не посещавших поликлинику после перенесенного ОНМК, явилось их нежелание заниматься своим здоровьем, посещать врача и принимать лекарственные препараты.

Несмотря на выявленные недостатки в проведении вторичной профилактики ССЗ на амбулаторном этапе у пациентов, перенесших ОНМК, которые будут представлены нами в отдельных публикациях, приверженность посещению ЛПУ после выписки из стационара повышала выживаемость пациентов, находящихся под наблюдением врачей поликлиники.

Заключение

Более низкая смертность среди лиц, находящихся на амбулаторном лечении после перенесенного ОНМК, подтверждает важную роль врачебного наблюдения в постгоспитальном периоде. При этом существует резерв в улучшении отдаленного прогноза жизни больных, перенесших ОНМК, за счет большего охвата пациентов врачебным наблюдением и лечением на амбулаторном этапе.

Отношения и Деятельность: нет.
Relationships and Activities: none.

References / Литература

- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2017 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-603. DOI:10.1161/CIR.0000000000000485.
- Martsevich SYu, Kutishenko NP, Suvorov AYU, et al., on behalf of the working group study "LIS-2" The study of anamnestic factors and their role in estimation of short-term (in-hospital) prognosis in patient underwent brain stroke or transient ischemic attack, by the data LIS-2 registry. *Russian Journal of Cardiology*. 2015;6(122):14-9 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Суворов А.Ю., и др. от имени рабочей группы исследования "ЛИС-2". Анализ анамнестических факторов и их роль в определении ближайшего (госпитального) прогноза у больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку. Результаты регистра ЛИС-2. Российский Кардиологический Журнал. 2015;6(122):14-9]. DOI:10.15829/1560-4071-2015-6-14-19.
- Boytsov SA, Martsevich SYu, Ginzburg ML, et al. Lyubertsy study on mortality rate in patients after cerebral stroke or transient ischemic attack (LIS-2). Design and medical treatment estimation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2013;9(2):114-22 (In Russ.) [Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2013;9(2):114-22]. DOI:10.20996/1819-6446-2013-9-2-114-122.
- Boytsov SA, Lukyanov MM, Yakushin SS, et al. Outpatient register of cardiovascular diseases in the Ryazan Region (RECVASA): principal tasks, experience of development and first results. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):44-50 (In Russ.) [Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С. и др. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2014;6:44-50]. DOI:10.15829/1728-8800-2014-6-3-8.
- Chugunova SA, Nikolaeva TY, Kuzmina ZM, et al. Stroke epidemiology in Yakutsk based on the population-based register in 2015. *Far East Medical Journal*. 2017;3:80-5 (In Russ.) [Чугунова С.А., Николаева Т.Я., Кузьмина З.М., и др. Эпидемиология инсульта в Якутске по данным территориально-популяционного регистра за 2015 г. Дальневосточный Медицинский Журнал. 2017;3:80-5].
- Khutueva LS, Efremov VV. Clinical and epidemiological characteristics and stroke risk factors in Ingushetia. *New Technologies*. 2012;1:234-9 (In Russ.) [Хутиева Л.С., Ефремов В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска мозговых инсультов в республике Ингушети. Новые Технологии. 2012;1:234-9].
- Skvortsova VI, Shetova IM, Kakorina EP, et al. Reduction in stroke death rates through a package of measures to improve medical care for patients with vascular diseases in the Russian Federation. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2018;21(1):4-10 (In Russ.) [Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П., и др. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Профилактическая Медицина. 2018;21(1):4-10]. DOI:10.17116/profmed20182114-10.
- Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with Stroke or transient ischemic attack A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:227-76. DOI:10.1161/strokeaha.111.614933.
- Semenova YuV, Kutishenko NP, Zagrebelsky AV, et al. Adherence to attendance at outpatient clinic, quality of prehospital therapy, and direct outcome of acute coronary syndrome: analysis within LIS-3 registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(4):430-4 (In Russ.) [Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Загребельный А.В., и др. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии и ближайшие исходы острого коронарного синдрома: исследование в рамках регистра ЛИС-3. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016;12(4):430-4]. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-4-430-434.
- Semenova YuV, Kutishenko NP, Zagrebelsky AV, et al. Influence of patients' prehospital attendance at outpatient clinics on long-term outcomes of Acute Coronary Syndrome: LIS-3 study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(3):363-9 (In Russ.) [Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Загребельный А.В., и др. Влияние догоспитальной приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений на отдаленные исходы острого коронарного синдрома: исследование ЛИС-3. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(3):363-9]. DOI:10.20996/1819-6446-2017-13-3-363-369.
- Boytsov SA, Martsevich SYu, Kutishenko NP, et al. The study "Register of Patients after Acute Stroke (REGION)". Part 1. Hospital Prospective Register of Patients after Acute Stroke (According to the Results of the Pilot Phase of the Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(6):645-53 (In Russ.) [Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., и др. Исследование «Регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН)». Часть 1. Госпитальный проспективный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по результатам пилотного этапа исследования). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016;12(6):645-53]. DOI:10.20996/1819-6446-2016-12-6-645-65.
- Martsevich SYu, Kutishenko NP, Lukyanov MM, et al. The study Hospital register of patients with acute cerebrovascular accident (REGION): characteristics of patient and outcomes of hospital treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(6):32-8 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукьянов М.М. и др. Исследование «Госпитальный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН)»: портрет заболевшего и исходы стационарного этапа лечения. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2018;17(6):32-8]. DOI:10.15829/1728-8800-2018-6-32-38.
- Voronina VP, Zagrebelsky AV, Lukina YuV, et al. Features of cerebral stroke course in patients with diabetes mellitus according to the REGION-M register. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(5):60-5 (In Russ.) [Воронина В.П., Загребельный А.В., Лукина Ю.В., и др. Особенности течения мозгового инсульта у больных сахарным диабетом по данным регистра РЕГИОН-М. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2019;18(5):60-5]. DOI:10.15829/1728-8800-2019-5-60-65.

14. Martsevich SYu, Kutishenko NP, Suvorov AYU, et al. The study of anamnestic factors and their role in estimation of short-term (in-hospital) prognosis in patients underwent brain stroke or transient ischemic attack by the data from LIS-2 REGISTRY (lyubertsy study mortality in patients after stroke). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2015;6(122):14-9 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Суворов А.Ю. и др. Анализ анамнестических факторов и их роль в определении ближайшего (госпитального) прогноза у больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку. Результаты регистра ЛИС-2 (люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2015;6(122):14-9]. DOI:10.15829/1560-4071-2015-6-14-19.
15. Martsevich SYu, Semenova YuV, Kutishenko NP, et al. Assessment of patients compliance for ambulatory institution visits and its influence on the quality of treatment before development of acute coronary syndrome, by the LIS-3 registry. *Russian Cardiology Journal*. 2016;134(6):55-60 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., и др. Оценка приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3. Российский Кардиологический Журнал. 2016;134(6):55-60]. DOI:10.15829/1560-4071-2016-6-55-60.
16. Parfenov VA, Verbitskaya SV. Secondary prevention of ischemic stroke: international recommendations and clinical practice. *Neurology J*. 2014;2:4-10 (In Russ.) [Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Вторичная профилактика ишемического инсульта: международные рекомендации и клиническая практика. Неврологический Журнал. 2014;2:4-10]. DOI:10.18821/1560-9545-2014-19-2-4-10.

Сведения об Авторах/About the Authors

Марцевич Сергей Юрьевич [Sergey Yu. Martsevich]
eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0002-7717-4362
Толпыгина Светлана Николаевна [Svetlana N. Tolpygina]
ORCID 0000-0003-0160-0158
Загребельный Александр Васильевич [Alexander V. Zagrebelny]
ORCID 0000-0003-1493-4544
Чернышева Маргарита Ивановна [Margarita I. Chernysheva]
ORCID 0000-0002-4631-6997
Воронина Виктория Петровна [Victoria P. Voronina]
ORCID: 0000-0001-5603-7038
Кутишенко Наталья Петровна [Natalia P. Kutishenko]
eLibrary SPIN 7893-9865, ORCID 0000-0001-6395-2584
Дмитриева Надежда Анатольевна [Nadezhda A. Dmitrieva]
ORCID 0000-0001-8119-9645

Лерман Ольга Викторовна [Olga V. Lerman]
ORCID 0000-0002-3299-1078
Лукина Юлия Владимировна [Yulia V. Lukina]
eLibrary SPIN 8949-4964, ORCID 0000-0001-8252-3099
Благодатских Светлана Владимировна
[Svetlana V. Blagodatskih] ORCID 0000-0001-8445-0153
Лукьянов Михаил Михайлович [Mikhail M. Lukyanov]
eLibrary SPIN 6842-9870, ORCID 0000-0002-5784-4525
Окшина Елена Юрьевна [Elena Yu. Okshina]
ORCID 0000-0001-7891-3721
Парсаданян Нателла Эдуардовна [Natella E. Parsadanyan]
ORCID 0000-0001-7037-8277
Драпкина Оксана Михайловна [Oxana M. Drapkina]
eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430