

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КИРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Дорофеева Юлия Андреевна

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
ДО И ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

специальность 3.1.20. Кардиология

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор, Е.И. Тарловская

Киров, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ВВЕДЕНИЕ.....	9
ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	17
1.1. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗНАЧИМОСТЬ ОТ МОМЕНТА ОТКРЫТИЯ ДО СЕГОДНЯШНИХ ДНЕЙ.....	17
1.2. ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ДРУГИХ, ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	21
1.3. ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ И ЕЁ ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	25
1.4. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	28
1.5. ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ.....	41
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	44
2.1. МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ	44
2.2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	47
2.3. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	47
2.4. ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	50
2.5. ОЦЕНКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
2.6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПРОСНИКОВ И ШКАЛ	54
2.7. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ	55
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	57
3.1 ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР.....	57

3.2 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ	59
3.2.1 Ретроспективная оценка, имеющихя в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний	59
3.2.2 Ретроспективная оценка, имеющихя в анамнезе сопутствующих (не сердечных) заболеваний	67
3.2.3 Ретроспективная оценка полиморбидности у пациентов до госпитализации с острым коронарным синдромом	72
3.2.4 Ретроспективная оценка факторов сердечно-сосудистого риска в анамнезе у пациентов до госпитализации с острым коронарным синдромом	76
3.3 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТОЯННО ПРИНИМАЕМОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ РЕФЕРЕНСНОМУ ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОЛИМОРБИДНОСТИ.....	79
3.3.1 Ретроспективная оценка гиполипидемической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома	82
3.3.2 Ретроспективная оценка антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома	87
3.3.3 Ретроспективная оценка антиаритмической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома	97
3.3.4 Ретроспективная оценка терапии ишемической болезни сердца у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома	103
3.3.5 Ретроспективная оценка антигипертензивной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома	110

<i>3.3.6 Ретроспективная оценка терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома</i>	<i>114</i>
3.4 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ I И II ЭТАПОВ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РЕФЕРЕНСНОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	118
<i>3.4.1 Ретроспективная оценка пути следования пациентов от момента возникновения референсного острого коронарного синдрома до II этапа кардиореабилитации и их распределение по лечебно-профилактическим учреждениям.....</i>	<i>118</i>
<i>3.4.2 Ретроспективная оценка тяжести референсного острого коронарного синдрома в зависимости от его вида</i>	<i>119</i>
<i>3.4.3 Ретроспективная оценка проведения лечебно- диагностических процедур на I и II этапах кардиореабилитации</i>	<i>120</i>
<i>3.4.4 Ретроспективная оценка степени полиморбидности у пациентов с фибрилляцией предсердий после референсного острого коронарного синдрома</i>	<i>126</i>
<i>3.4.5 Ретроспективная оценка медикаментозной терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, а также рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе при выписке по завершению II этапа пациентам с фибрилляцией предсердий, перенесших референсный острый коронарный синдром</i>	<i>129</i>
3.5 ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ III ЭТАПА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	159
<i>3.5.1 Проспективная оценка сердечно-сосудистых событий, произошедших во время III этапа кардиореабилитации у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром.....</i>	<i>160</i>
<i>3.5.2 Проспективная оценка наблюдения профильными специалистами пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, причин и кратности вызовов скорой медицинской помощи, а также причин и кратности госпитализаций в стационар за период III этапа кардиореабилитации</i>	<i>163</i>

<i>3.5.3 Проспективная оценка приверженности к «прогноз-модифицирующей» медикаментозной терапии, рекомендованной при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, анализ причин её изменения, эффективности и безопасности в течение всего периода III этапа кардиореабилитации</i>	<i>168</i>
<i>3.5.4 Проспективный сравнительный анализ самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации, пациентами с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки.....</i>	<i>203</i>
3.6 ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И ОБЩЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ (СМЕРТЬ ОТ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ) ЗА ПОСЛЕДУЮЩИЕ 6 ЛЕТ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ III ЭТАПА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕФЕРЕНСНОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, А ТАКЖЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭТО COVID-19 И/ИЛИ ВАКЦИНАЦИИ ОТ НЕЁ.....	208
ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	218
ВЫВОДЫ.....	248
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	250
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	251
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	271

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

2АТТ – двойная анти тромботическая терапия	МКВ – медикаментозная кардиоверсия
3АТТ – тройная анти тромботическая терапия	МКШ – маммарокоронарное шунтирование
α АБ – α -адреноблокатор	МНО – международное нормализованное отношение
α АМ – α -адреномиметик	МС – метаболический синдром
Edec (DT) – время замедления раннего трансмитрального кровотока	МТ – медикаментозная терапия
\bar{e} ср – усредненная (септально-латеральная) ранняя диастолическая волна трансмитрального кровотока	нАК – не дигидропридиновый антагонист кальция
FORTA – Fit fOR The Aged	НК – неотложная кардиология
HbA _{1C} – гликированный гемоглобин	НРС – нарушение ритма сердца
РАР сист. – систолическое давление в легочной артерии	НС – нестабильная стенокардия
r _s – корреляция Спирмена	НСЗ – не сердечные заболевания
U – критерий Манна-Уитни	НТГ – нарушение толерантности к углеводам
W – критерий Вилкоксона	ОАК – оральные антикоагулянты
E/ \bar{e} ср – соотношения E-волны кровотока на митральном клапане к \bar{e} -волне при тканевом доплере	ОКС – острый коронарный синдром
p – статистическая значимость различий	ОТ – окружность талии
ААг – антиагреганты	ОТС – относительная толщина стенок
ААнТ – антиангинальная терапия	ОХС – общий холестерин
ААП – антиаритмические препараты	ОШ – отношение рисков
ААТ – антиаритмическая терапия	ПИР – прямые ингибиторы ренина
АВК – антагонист витамина К	ПМ – полиморбидность
АГ – артериальная гипертензия	ПОМ – поражение органов мишеней
АГП – антигипертензивный препарат	ПОАК – прямые оральные антикоагулянты
АГТ – антигипертензивная терапия	ПССП – пероральные сахароснижающие препараты
АД – артериальное давление	ПСЦ – периферический сосудистый центр
АИР – антагонисты имидазолиновых рецепторов	ПТФС – посттромбофлебитический синдромом
АК – антагонисты кальция	РКИ – рандомизированные клинические исследования

АКШ – аортокоронарное шунтирование	РСЦ – региональный сосудистый центр
АЛТ – аланинаминотрансфераза	РФ – Российская Федерация
АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов	РЧА ЛВ – радиочастотная катетерная абляция легочных вен
АРА – антагонисты рецепторов к ангиотензину II	СВР – спонтанное восстановление ритма
АРНИ – ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор	СГ – сердечные гликозиды
АС – атеросклероз	СД – сахарный диабет
АСК – ацетилсалициловая кислота	СК – стенокардия
АСТ – аспаратаминотрансфераза	СКФ – скорость клубочковой фильтрации
АТТ – антитромботическая терапия	СМП – скорая медицинская помощь
БАБ – β -адреноблокаторы	СН – сердечная недостаточность
ВАШ – визуально-аналоговая шкала	СНсФВ – сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса левого желудочка
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения	СНнФВ – сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса левого желудочка
ВОП – врач общей практики	ПД – петлевой диуретик
ВТД – время терапевтического диапазона	СР – синусовый ритм
ГКС – глюкокортикостероиды	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ГЛЖ – гипертрофия миокарда левого желудочка	ССО – сердечно-сосудистое осложнение
ГЛТ – гиполипидемическая терапия	ССС – сердечно-сосудистое событие
ГМА – Государственная Медицинская Академия	СССУ – синдром слабости синусового узла
ГМУ – Государственный Медицинский Университет	СЦ – сосудистый центр
ГХЕ – гиперхолестеринемия	США – Соединенный штаты Америки
ДАК – дегидропиридиновые антагонисты кальция	T ₄ св. – тироксин свободный
ДД – длительного действия	ТБА – транслюминальная баллонная ангиопластика
ДИ – доверительный интервал	ТГ – триглицериды
ДЛО – долговременное лекарственное обеспечение	ТД – тиазидный диуретик
ДЛП – дислипидемия	ТИА – транзиторная ишемическая атака
ДПК – двенадцатиперстная кишка	ТК – тактика контроля
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт	ТКР – тактика контроля ритма

ЗНО – злокачественное новообразование	ТЛТ – тромболитическая терапия
ИАПФ – ингибиторы ангиотензин превращающего фермента	ТПП – терапия профилактики пароксизмов
ИБС – ишемическая болезнь сердца	ТТГ – тиреотропный гормон
ИКАГ – ингибиторы карбоангидразы	ТО – тромботические осложнения
ИКДО – индекс конечно диастолического объема	ТФН – толерантность к физической нагрузке
ИМ – инфаркт миокарда	ТЭО – тромбоэмболические осложнения
ИММ – индекс массы миокарда	ФВ – фракция выброса
ИМТ – индекс массы тела	ФК – функциональный класс
ИПМ – индекс полиморбидности	ФП – фибрилляция предсердий
ИПП – ингибиторы протонной помпы	ФР – факторы риска
КА – коронарные артерии	ХБП – хроническая болезнь почек
КАГ – коронароангиография	ХВН – хроническая венозная недостаточность
КВР – кардиоваскулярный риск	ХМ-ЭКГ – Холтеровское мониторирование электрокардиограммы
КД – короткого действия	ХС – холестерин
КЖ – качество жизни	ХС-ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
КМП – кардиомиопатия	ХС-ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
КОКБ – Кировская областная клиническая больница	ХСН – хроническая сердечная недостаточность
КР – клинические рекомендации	ЦРБ – центральная районная больница
КХО – кардиохирургическое отделение	ЧКВ – чрезкожное коронарное вмешательство
ЛЖ – левый желудочек	ЧСС – частота сердечных сокращений
ЛП – левое предсердие	ЩЖ – щитовидная железа
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение	ЭКВ – электрокардиоверсия
ЛС – липидный спектр	ЭКГ – электрокардиограмма
МАУ – микроальбуминурия	ЭКС – электрокардиостимулятор
МИ – мозговой инсульт	ЭХО-КГ – эхокардиография
МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Одной из самых частых причин смерти в Российской Федерации (РФ), как и во всём мире, являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), из которых доминирующей по заболеваемости и смертности является ишемическая болезнь сердца (ИБС) с её тяжелым осложнением в виде острого коронарного синдрома (ОКС) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21]. Кроме этого, самым частым нарушением ритма сердца является фибрилляция предсердий (ФП) [1, 2, 13]. Поэтому пациенты, имеющие в анамнезе ФП в сочетании с ИБС, осложненной ОКС, требуют серьезного терапевтического вмешательства для замедления их прогрессирования и предотвращения повторных сердечно-сосудистых событий [1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27]. С учетом большого числа сопутствующих заболеваний, данная когорта пациентов должна рассматриваться с позиции полиморбидности [1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Важнейшим аспектом оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на всех этапах кардиореабилитации является оценка отдаленных и среднесрочных исходов после перенесенного ОКС [29], улучшение которых возможно только благодаря комплексной кардиореабилитации, важным компонентом которой является медикаментозная терапия с применением препаратов всех классов, входящих в клинические рекомендации по лечению ССЗ [13, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36] с обязательным лекарственным мониторингом [34]. Кроме этого, основной концепцией профилактики ССЗ являются выявление и коррекция факторов риска [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 37]. У пациентов после ОКС это особенно важно в течение первых 12 месяцев от момента его возникновения, так как у них летальность после выписки из стационара в этот период составляет 5–15% [34].

Изучение прогноза жизни больных, перенесших ОКС, очень актуальна, особенно в нашей стране, где ещё далеко не всегда и не везде используется весь спектр лечебных мероприятий, отраженный в современных клинических рекомендациях и продемонстрировавший своё положительное влияние на выживаемость пациентов [15, 16]. Причины этого многофакторны и в определенной степени связаны с несовершенством современной системы здравоохранения, в частности системы кардиореабилитации [34, 35, 36]. Значимую роль играют и финансовые возможности пациентов. Несмотря на то, что проблема обеспеченности лекарственными препаратами пациентов, перенесших ОКС, на амбулаторном этапе в нашей стране была решена введением с 2017 системы долговременного лекарственного обеспечения, но на догоспитальном этапе и после окончания льготного периода данная проблема до сих пор не теряет своей актуальности.

Реальную ситуацию организации медицинской помощи пациентам с ФП до и после ОКС эффективно и быстро можно изучить с помощью регистров, преимущественно с ретроспективно-проспективным дизайном [38, 39]. В мире за последние два десятилетия было создано множество различных кардиологических регистров [38, 39, 40]. В РФ было проведено несколько международных и национальных исследований по созданию регистров ФП, а также создан ряд крупных российских регистров, посвященных острому инфаркту миокарда (ИМ), в том числе и самому ОКС [38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48].

Однако в настоящее время нет ретроспективно-проспективных регистров, посвященных изучению особенностей диагностики и лечения пациентов с ФП и ОКС на всех 3-х этапах кардиореабилитации и последующим наблюдением в течение 6 лет. Всё это определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования

Провести исследование качества диагностики и лечения пациентов с фибрилляцией предсердий до и после острого коронарного синдрома в зависимости от степени полиморбидности с помощью локального ретроспективно-проспективного регистра.

Задачи исследования

1. Ретроспективно изучить структуру факторов риска, сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, индекс полиморбидности и качество медикаментозной терапии согласно национальным клиническим рекомендациям и критериев EURO-FORTA у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу острого коронарного синдрома с помощью локального регистра.

2. Ретроспективно изучить объём и качество диагностических мероприятий, а также качество медикаментозной терапии согласно национальным клиническим рекомендациям и критериям EURO-FORTA у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, за период I-II этапов кардиореабилитации, с помощью локального регистра.

3. Проспективно изучить объём и качество диагностических мероприятий, качество медикаментозной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, за период III этапа кардиореабилитации.

4. Проспективно изучить частоту сердечно-сосудистых событий на III этапе кардиореабилитации (сердечно-сосудистая смертность, частота тромбоэмболических осложнений, госпитализации и обращения к скорой медицинской помощи по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), а также частоту летальных исходов по любой причине за 12 месяцев наблюдения.

5. Проспективно изучить частоту сердечно-сосудистых событий (сердечно-сосудистая смертность, частота тромбоэмболических осложнений, частота декомпенсации сердечной недостаточности) и частоту летальных исходов по любой причине в течение 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу острого коронарного синдрома у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Научная новизна

Благодаря созданию локального ретроспективно-проспективного регистра пациентов с ФП и ОКС Кировской области впервые удалось оценить территориальную распространенность предшествующих ОКС факторов риска, таких, как пол, возраст, артериальная гипертензия, нарушения углеводного и

липидного обмена, ожирения, курения, отягощенного семейного анамнеза в отношении ССЗ у пациентов с ФП в последствии госпитализированных с ОКС. У данной когорты пациентов показана высокая частота гендерных факторов риска и дислипидемии, а также высокий уровень полиморбидности и высокий или очень высокий кардиоваскулярный риск. В исследовании показано, что качество лечения пациентов с ФП согласно национальным клиническим рекомендациям и критериям EURO-FORTA на догоспитальном этапе и на III этапе кардиореабилитации было низким, особенно качество антитромботической терапии. Основными причинами низкого качества лечения были низкий уровень приверженности к медикаментозной терапии, а также низкая приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций.

В исследовании выявлено, что для пациентов с ФП, перенесших ОКС, характерен высокий уровень летальности в течении последующих 7 лет наблюдения, а наиболее значимыми факторами, которые ассоциировались с летальным исходом за период 7 лет после ОКС являлись: высокая степень полиморбидности, перенесенный COVID-19 у не вакцинированных пациентов, сахарный диабет 2 типа, повторные сердечно-сосудистые события, особенно тромбоемболические осложнения и госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности.

Практическая значимость

Результаты, полученные в ходе данного исследования, непосредственно относятся к реальной амбулаторно-поликлинической практике современной системы здравоохранения Кировской области и в целом РФ.

Представленные в работе данные позволяют выявить основные проблемы амбулаторно-поликлинической системы здравоохранения Кировской области в оказании медицинской помощи пациентам с ФП, в том числе в диспансерном наблюдении, после ОКС на всех этапах кардиореабилитации, что в дальнейшем позволит оптимизировать и индивидуализировать подход к выбору основной жизнесохраняющей терапии (антитромботической, гиполипидемической и

антигипертензивной), в том числе в пожилом и старческом возрасте, основанные на комплексной оценке, имеющихся у пациентов клинико-anamнестических и лабораторно-инструментальных данных, степени выраженности полиморбидности и предполагаемой выживаемости пациентов.

Полученные автором данные могут быть использованы в практической работе врачей общей практики (семейный врач), терапевтов и кардиологов, а также в программах постдипломного образования.

Положения, выносимые на защиту

1. Пациенты с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу острого коронарного синдрома имели низкое качество антитромботической, гиполипидемической, антигипертензивной и антиангинальной терапии, оценённой согласно национальным клиническим рекомендациям и критериям EURO-FORTA.

2. Пациентам с фибрилляцией предсердий, госпитализированным с острым коронарным синдромом на I-II этапах кардиореабилитации редко проводилось чрескожное коронарное вмешательство, но медикаментозная терапия в основном соответствовала действующим клиническим рекомендациям, хотя у пациентов пожилого и старческого возраста согласно критериям EURO-FORTA, были выявлены некоторые несоответствия.

3. Для пациентов с фибрилляцией предсердий после острого коронарного синдрома на III этапе кардиореабилитации характерны низкое качество диспансерного наблюдения, низкий уровень приверженности пациентов к терапии, а также низкая приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций.

4. Для пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, характерен высокий уровень летальности в течении 12 месяцев после острого коронарного синдрома (7,98%) и в течении последующих 6 лет наблюдения (31,90%). Наиболее значимыми факторами, которые ассоциировались с летальным исходом за период 1-7 лет после острого коронарного синдрома являлись: высокая степень полиморбидности (≥ 5 баллов Чарлсон), сахарный диабет 2 типа, перенесенный COVID-19 у не вакцинированных

пациентов, повторные сердечно-сосудистые события, особенно тромбозэмболические осложнения и госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Прием оральных антикоагулянтов в целом и в частности, прямых оральных антикоагулянтов ассоциировались со снижением риска летального исхода.

Апробация работы

По результатам диссертационной работы опубликовано 14 печатных работ, в том числе 6 работ цитируемых и индексируемых в международной базе Scopus: 4 публикации в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации основных результатов диссертаций на соискание учёных степеней доктора и кандидата наук; 3 публикации в зарубежных журналах, 7 работ в прочих изданиях.

Основные результаты работы представлены и обсуждены на следующих мероприятиях межрегионального и международного значения на территории РФ, в том числе конкурсные работы, отмеченные призовыми местами, а также за рубежом:

- Конгресс III международной Евразийской ассоциации терапевтов (Пермь, 20-21 ноября 2015 года, 1 стендовый доклад);
- XXIII Российский национальный конгресса "Человек и лекарство", (Москва, 2016 год, финалист конкурса научных работ молодых ученых по специальности «Кардиология», диплом участника);
- «Российский национальный конгресс кардиологов 2016» (Екатеринбург, 20-23 сентября 2016 года, участие в конкурсе на лучший постерный доклад, диплом III степени);
- 27-й конгресс Европейского общества кардиологов, посвященный изучению вопросов гипертонии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (Милан, Италия, 16-19 июня 2017 года, 1 стендовый доклад);
- Конференция «Экстренная кардиология - 2017. Трудные проблемы неотложной кардиологии: полиморбидность пациентов» (Нижний Новгород, 29-30 ноября 2017 года., 1 устный доклад с презентацией);

- Конференция «Трудные проблемы неотложной кардиологии: полиморбидность пациентов»» (Нижний Новгород, 29-30 ноября 2017 года, 1 стендовый доклад);
- Всемирный конгресс по острой сердечной недостаточности – сердечная недостаточность 2018 (Вена, Австрия, 26-29 мая 2018 года, 1 стендовый доклад);
- XIII Конференция ЕАТ "Терапевтические аспекты кардиологической практики" (Нижний Новгород, 26-27 ноября 2021 года, 1 устный доклад с презентацией).

Обоснованные в диссертационной работе рекомендации применяются в практической деятельности врачей клиники ФГБОУ ВО Кировского Государственного медицинского университета (ГМУ) Минздрава России (ранее ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия (ГМА) и поликлиники №1 КОГ БУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В.И. Юрловой». Основные положения диссертационной работы используются в учебном процессе кафедры семейной медицины и поликлинической терапии и кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России.

Апробация результатов исследования проведена специалистами данного профиля на расширенном межкафедральном заседании кафедры семейной медицины и поликлинической терапии, кафедры госпитальной терапии, кафедры внутренних болезней, кафедры факультетской терапии, кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (протокол № 2 от 21.01.2022 г.).

Личное участие автора

Автором изучена литература зарубежных и отечественных изданий, имеющаяся в свободном доступе по исследуемой тематике; отобраны пациенты для исследования (согласно критериям включения и исключения); разработан дизайн индивидуальной карты больного единого образца (приложение 1) и специальной анкеты (приложение 4); изучена медицинская документация пациентов, имеющаяся до ОКС и на всех 3-х этапах кардиореабилитации (амбулаторные и

стационарные карты, выписки из них); через 12 месяцев от момента возникновения ОКС был произведен телефонный обзвон всех пациентов, включенных в регистр. Пациентам, подтвердившим свой жизненный статус был осуществлен контрольный визит, либо опрос по телефону, с дополнительным проведением оценки приверженности к медикаментозной терапии (МТ) за период III этапа кардиореабилитации при помощи опросника Мориски-Грина и самооценки здоровья непосредственно на данный момент (проспективно) и на момент окончания II этапа (ретроспективно) при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) “термометр здоровья”. Также по истечению 7 лет от момента возникновения референсного ОКС повторно был произведен телефонный обзвон всех пациентов или их родственников в случае смерти пациента, с дополнительным проведением их опроса по специально разработанной анкете. После чего все данные были внесены в индивидуальные карты больных и анкеты в обезличенном виде с последующей статистической обработкой и анализом результатов.

Соответствие диссертации направлению подготовки и её направленности

Основные научные положения данной диссертационной работы соответствуют специальности 3.1.20. (Кардиология) и выполнены в соответствии с планом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, номер Государственной регистрации темы – 122020900212-5 от 08.02.2022 г.

Объем и структура диссертационной работы

Материалы диссертационной работы изложены на 290 страницах машинописного текста и включают введение, обзор литературы, материалы и методы, результаты исследования, обсуждение результатов, заключение, выводы, практические рекомендации, указатель литературы, состоящий из 141 литературных источника (78 отечественный источник и 63 зарубежных). Кроме этого, работа включает 4 приложения, 111 таблиц, 6 рисунков.

ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1. Ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром и фибрилляция предсердий: взаимосвязь, распространенность и значимость от момента открытия до сегодняшних дней

ИБС известна человечеству около 2 тысяч лет, однако классическое описание клинической картины острого ИМ, с прижизненным классическим описанием клинических проявлений тромбоза коронарных артерий (КА) появилось только в 1909 году. [49]. Основными патогенетическими механизмами ИБС являются органические (необратимые) и функциональные (преходящие) патологические процессы в системе КА [15, 16, 20, 49, 50]. К органическим поражениям относится атеросклероз (АС) КА, встречающийся у более 90% пациентов с ИБС, который приводит в не менее чем 96% случаев к прогрессирующему сужению просвета КА (стенозирующему АС КА), либо к острому разрыву бляшек с эмболией и тромбозом [15, 16, 20, 49, 50]. Большое значение в прогностическом течении ИБС имеет количество АС бляшек, их распределение и структура, а также степень обструкции [15, 16, 20, 49, 50]. Именно поэтому, ИБС можно считать поздним проявлением АС КА [14, 50]. К факторам функционального поражения КА относятся спазм и тромбоз КА [49, 50].

ИБС включает в себя острые проходящие (ОКС, внезапная сердечная смерть) и хронические патологические состояния (стабильная стенокардия (СК) I-IV функциональный класс (ФК)) [15, 16, 20, 50]. Наиболее распространенной клинической формой ИБС является стабильная СК [14, 49], а наиболее тяжелой формой и потенциально опасным для жизни состоянием – ОКС [15, 16, 20, 50]. Впервые определение, которого появилось только в 1985 году, отражающее общность патофизиологических механизмов, которые отличают нестабильную СК (НС) и ИМ от стабильной СК [51]. При этом хотелось бы отметить, что самым

тяжелым видом ОКС является ИМ с Q, так как сопровождается некрозом сердечной мышцы [15, 20, 50].

На сегодняшний момент, «золотым стандартом» диагностики ИБС, оценивающим анатомию КА и патогенез ОКС, является коронароангиография (КАГ), которую, по мере возможности и в максимально короткие сроки, рекомендовано проводить всем пациентам с ОКС для принятия решения о необходимости экстренной или плановой реваскуляризации миокарда [14, 15, 16, 20, 22]. Однако в реальной клинической практике применение данных диагностических и лечебных методов имеет ряд ограничений [22]. Это, прежде всего, связано с их инвазивностью, наличием ряда противопоказаний, осложнений, низкой пропускной способностью [22], а также во многом зависит от отдаленности регионарного сосудистого центра (СЦ), в котором есть возможность их провести.

Однако только морфологическими особенностями поражения КА разнообразие клинических проявлений и форм ИБС объяснить невозможно [14, 15, 16, 20, 50]. Это обусловлено и множеством других факторов, из которых особую роль играет сопутствующая патология. Так, например, увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) при различных нарушениях ритма сердца (НРС) повышает потребность в кислороде, при параллельном относительном укорочении времени диастолы, во время которой происходит перфузия сердца, что приводит к уменьшению доставки кислорода [50].

Известно, что из всех многочисленных видов НРС наиболее часто встречается ФП [13, 28, 38, 42, 52], которая примерно в 7,5-15% случаев осложняет течение ИМ, как и ОКС в целом [53]. Поэтому у пациентов с ИБС, особенно в виде ОКС, наличие ФП можно рассматривать как дополнительный и значимый фактор, усугубляющий уже имеющееся нарушение микроциркуляции миокарда [13, 14, 16, 20, 21, 42, 50, 53]. Кроме этого, само по себе нарушение микроциркуляции миокарда, особенно ИМ, является предпосылкой возникновения ФП [13, 14, 42, 50]. Однако рассматриваемое НРС имеет патогенетическую неоднородность, поэтому предпосылки его возникновения противоречивы [13, 50]. В целом же, согласно данным многочисленных исследований, частота встречаемости ФП при ИМ равна

7-19% [54]. ФП известна человечеству ещё с XVII века, но, огромный прорыв в её диагностике произошел только в XX веке, после открытия электрокардиографии (ЭКГ) и в дальнейшем Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ), что с развитием компьютерных технологий, дало возможности для их использования и для диагностики ИБС [55, 56].

Известно, что ОКС, как и ФП, ухудшают сократительную или насосную функцию левого желудочка (ЛЖ) [42], сохранность которой является одной из приоритетных задач современной медицины, определяющей развитие тяжелой сердечной недостаточности (СН) и долгосрочность прогноза после ОКС [19, 50]. В наибольшей степени оценить насосную функцию ЛЖ помогает значение фракции выброса (ФВ) ЛЖ, определяемого в ходе эхокардиографии (ЭХО-КГ), являющейся на данный момент «золотым стандартом» диагностики этой патологии [19]. Всё это определяет значимость данных диагностических методов на современном этапе.

При этом не стоит забывать, что характер развития патологического процесса во многом формирует клиническую картину заболевания и его проявления, что играет важную роль в выборе дальнейшей тактики лечения пациентов. Поэтому тщательный анализ жалоб и анамнеза пациента по-прежнему остаются основой медицинской диагностики, как и много веков назад.

Также неоднократно было доказано, что даже сама по себе ФП уже оказывает негативное влияние на прогноз жизни пациента за счет увеличения риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) (мозгового инсульта (МИ), транзиторной ишемической атаки (ТИА), системной эмболии) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) [13, 52]. И на данный момент самым грозным осложнением ФП принято считать МИ [13, 42]. При этом вероятность его развития не зависит от формы ФП [13], а обусловлена полиморбидностью (ПМ) и возрастом больного, что отражено в шкале оценке риска возникновения инсульта CHA₂DS₂-VASc [1, 2, 13].

Согласно данным шведских реестров 2000-2009 годов, у пациентов перенесших ИМ, ФП ассоциируется, кроме ишемического МИ, с повышенным риском смерти и повторным ИМ [54]. Так, например, общая смертность пациентов в течение первого года, после перенесенного ИМ, составляет примерно 30% [50], а

согласно данным исследования SPRINT, госпитальная и годовая летальность у пациентов с ФП в сравнении с пациентами, имеющими синусный ритм (СР), была выше в 1,6 и 2,4 раза соответственно [53].

Несмотря на то, что АС был обнаружен в артериях египетских мумий, он не имел широкого распространения в древности [57]. Но по мере увеличения средних сроков жизни популяции за счет снижения ранней смертности из-за инфекционных болезней и недостатка питания, АС, в том числе и ИБС, становится настоящей эпидемией современности, делая ССЗ, обусловленные АС, ведущей причиной инвалидности и смертности населения во всем мире, а также МИ [14, 15, 16, 17]. Так на данный момент от ИБС ежегодно умирают около 7 миллионов человек, а от МИ – примерно 6,4 миллионов человек [50, 49, 57]. Например, в РФ летальность от ССЗ опережает среднеевропейские показатели примерно в 2 раза, а в сравнении с отдельными странами мира – примерно в 3,5 раза [49], при этом от ИБС страдает уже каждый 16-й житель нашей страны [22, 21]. Примерно такая же ситуация наблюдается и в Кировской области [21, 62]. Однако какими бы высокими ни казались эти данные – они значительно ниже показателей смертности, существовавших в мире примерно 30-40 лет назад [50, 25]. Например, в Соединенных штатах Америки (США) смертность от ИБС в сравнении с 1963 годом, в котором отмечался её пик, снизилась примерно на 1/2, а внутрибольничная летальность при ОКС – примерно на 2/3 [50]. Это обусловлено прежде всего профилактическими мероприятиями, направленными на ограничение влияния основных факторов риска (ФР) и значительными успехами в диагностике и терапии основных ССЗ, которым стали уделять большое внимание [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 50, 49, 57].

При этом не надо забывать, что примерно 1/2 летальных исходов при ОКС происходит в пределах 1 часа с момента его возникновения и большинство пациентов с данной патологией в реальной амбулаторно-поликлинической практике не успевают попасть в больницу [14, 15, 16, 20, 50]. А отсутствие своевременной адекватной диагностики и терапии ОКС обуславливают возникновение тяжких осложнений и внезапную смерть [14, 15, 16, 20, 49, 57].

Хотелось бы так же отметить, что значительно обострила ситуацию с значительным ростом дебютов ССЗ и возникновением сердечно-сосудистых осложнений (ССО) пандемия covid-19 [58, 59, 60, 61]. Именно поэтому, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют тенденцию нарастания летальности от ССЗ [13, 14, 15, 16, 18, 19, 25]. Всё это обуславливает необходимость выявления основных проблем во всех звеньях современного здравоохранения и своевременного пересмотра стандартов ведения таких пациентов.

1.2. Факторы риска ишемической болезни сердца, острого коронарного синдрома, фибрилляции предсердий и других, основных сердечно-сосудистых заболеваний

В настоящее время существует множество предпосылок того, что в ближайшие годы число больных с ИБС, ОКС и ФП, как и с другими ССЗ, будет только возрастать, что связано, прежде всего, со старением населения, распространением ожирения, сахарного диабета (СД) 2 типа и метаболического синдрома (МС), а также других ФР развития данных заболеваний [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 49]. Так, например, ФР только АС насчитывают уже более 200 [13, 17, 49, 57]. Известно, что ФР оказывают мультипликативный эффект, это, например, когда 2 ФР повышают риск примерно в 4 раза, а 3 ФР – примерно в 7 раз [50].

Все ФР принято делить на немодифицируемые и потенциально модифицируемые [18, 50]. К *немодифицируемым* ФР относят возраст (мужчины ≥ 55 лет, женщины ≥ 65 лет), мужской пол и отягощенный семейный анамнез ССЗ (для мужчин дебют до 55 лет, для женщин – до 65 лет) [10, 18]. Так, на данный момент ИБС и ФП являются одними из основных геронтологических проблем, за счет существенного увеличения их распространенности в популяции, особенно среди пациентов пожилого возраста: частота встречаемости ИБС у лиц ≥ 40 лет составляет 49% у мужчин и 32% у женщин [22, 63], а частота встречаемости ФП для лиц ≥ 60 лет составляет 4-9%, для лиц ≥ 70 лет – уже 9-12% [22, 53, 63], при

этом у мужчин в 1,5-3,4 раза чаще, чем у женщин [53]. Из *модифицируемых* ФР наиболее существенными, кроме уже выше упомянутых нарушений углеводного обмена в виде СД и МС, а также ожирения, являются – гиперхолестеринемия (ГХЕ), артериальная гипертензия (АГ), курение, гиподинамия и хронический стресс [13, 17, 18, 19, 49, 50, 63]. Кроме этого, в последние годы большое внимание стали уделять таким ФР, как повышенный уровень мочевой кислоты (< 420 ммоль/л у мужчин и < 360 ммоль/л у женщин) и тахикардия (ЧСС > 80 ударов в минуту) [18], а также перенесенный COVID-19 [58, 59, 60, 61].

Особую значимость имеет ГХЕ [17, 50], так как её наличие, даже при отсутствии других ФР, достаточно для запуска патологического процесса [57, 63]. Из всего липидного спектра (ЛС) крови, наиболее опасными является холестерин (ХС) в составе липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), немного в меньшей степени – уровень общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) крови [14, 17]. Контроль по снижению именно этих компонентов ЛС крови являются основными направлениями лечения данной патологии, которые необходимо учитывать с учетом группы кардиоваскулярного риска (КВР), к которой относится конкретный пациент [7, 9, 17, 63]. Наибольшее внимание должно уделяться, прежде всего пациентам, относящиеся к IV и V группам КВР, так как они имеют самые низкие и трудно достигаемые целевые показатели ЛС крови с тенденцией в меньшую сторону в последние годы [6, 7, 8, 9, 17], которые более подробно изложены в *Таблица 1*.

Не меньшую значимость имеет и АГ, а именно уровни систолического и диастолического артериального давления (АД), а также наличие поражения органов мишеней (ПОМ) [10, 18]. Целевой уровень АД при этом определен $< 140/90$ мм. рт. ст., а для пациентов, имеющих СД – $< 140/85$ мм. рт. ст. (с тенденцией в меньшую сторону в последние годы – $< 130/80$ мм. рт. ст.) [10, 18]. К основным ПОМ при АГ относят: пульсовое АД ≥ 60 мм. рт. ст., гипертрофия миокарда ЛЖ (ГЛЖ) (индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ > 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин), хроническая болезнь почек (ХБП) со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) 30-59 мл/мин) [10, 18]. Адекватный контроль АД является эффективной профилактикой развития ХСН и других ССЗ [18, 19]. А

учитывая, что ХСН – один из заключительных этапов непрерывного развития основных ССЗ и осложнение большинства из них, то только успешное лечение всех этих заболеваний будет служить профилактикой её развития и декомпенсации [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Таблица 1 – Целевые показатели липидного спектра крови в зависимости от группы КВР

Показатель		На период составления регистра (2013-2016 гг.)	На данный момент (2020-2022 гг.)
ОХС	V КВР	-	Рекомендовано измерение для расчета по шкале SCORE
	IV КВР	< 4,0 ммоль/л	
	III КВР	< 4,5 ммоль/л	
	II КВР	< 5,0 ммоль/л	
	I КВР	< 5,5 ммоль/л	
ХС-ЛПНП	V КВР	-	< 1,4 ммоль/л
	IV КВР	< 1,8 ммоль/л	< 1,4 ммоль/л
	III КВР	< 2,6 ммоль/л	< 1,8 ммоль/л
	II КВР	< 3,0 ммоль/л	< 2,6 ммоль/л
	I КВР	< 3,5 ммоль/л	< 3,0 ммоль/л
ТГ (для всех групп КВР)		< 1,7 ммоль/л	< 3,0 ммоль/л
ХС-ЛПВП (для всех групп КВР)	мужчины	> 1,0 ммоль/л	> 1,0 ммоль/л
	женщины	> 1,2 ммоль/л	> 1,2 ммоль/л

Курение является более значимым ФР для мужчин, хотя и для женщин доказано его неблагоприятное влияние в виде повышения частоты и тяжести АС [50]. Так, например, ежедневное выкуривание хотя бы 1 пачки сигарет в день в течение нескольких лет увеличивает смертность от ИБС в 2 раза, а прекращение курения – существенно снижает данный риск [50].

Известно, что СД и МС индуцируют ГХЕ и увеличивают риск развития АС и МИ [17, 50]. Например, при прочих равных условиях частота ИМ у пациентов при СД повышается в 2 раза [50]. А сочетание СД, МС, АГ, ГХЕ и низкий уровень ХС в составе липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) – чаще всего ассоциируются

с ожирением, особенно абдоминальным [18, 50]. Именно поэтому, целевые показатели индекса массы тела (ИМТ) должны быть ≤ 30 кг/м², а окружности талии (ОТ) ≤ 102 см для мужчин и ≤ 88 см для женщин (с тенденцией в меньшую сторону в последние годы – ОТ ≤ 94 см и ≤ 80 см соответственно) [10, 18]. Кроме этого, не стоит упускать из виду состояния, предшествующие СД и МС – это нарушение толерантности к углеводам (НТГ) и нарушение гликемии натощак (глюкоза плазмы 5,6-6,9 ммоль/л у пациентов без СД и НТГ) [10, 18]. А при уже имеющемся СД – уровень глюкозы плазмы крови натощак должен быть $< 7,0$ ммоль/л и/или гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) $\leq 7\%$ (с тенденцией в меньшую сторону в последние годы – HbA_{1c} $\leq 6,5\%$) [10, 18].

Таким образом, можно сделать вывод, что у изучаемой в данной работе когорты пациентов неизбежно взаимное влияние различных ФР и заболеваний. Они, так или иначе, приведут к изменению «классического» течения имеющейся патологии, представляя собой не просто сумму нескольких изменений в организме, а чрезвычайно сложную его реакцию, формирующую ПМ [12, 24, 25, 26, 28, 42, 64]. На данный момент в мире более 1/2 пациентов, которые имеют те или иные хронические заболевания являются полиморбидными, что составляет примерно 1/4 часть взрослого населения развитых стран [24, 25, 26, 27]. При этом, существует предположение, что одни и те же механизмы управляют старением и связанными с возрастом хроническими заболеваниями, а ПМ является предиктором ускоренного старения однако, ошибочно соотносить ПМ только с гериатрией и её необходимо рассматривать во всех возрастных группах [24, 25, 26, 27, 65]. Кроме этого ПМ обуславливает тенденцию к ухудшению прогноза за счёт роста показателей инвалидности, побочных эффектов применяемой терапии, повышенного использования ресурсов системы здравоохранения и более низкого качества жизни (КЖ) [24, 25, 27, 36]. Именно поэтому, ПМ – одна из самых сложных проблем, с которыми приходится сталкиваться врачам при работе с больными в реальной амбулаторно-поликлинической практике [24, 25, 26, 28, 52, 64], а также даёт право её рассматривать как самостоятельный и довольно весомый ФР, про который почему-то многие врачи часто забывают, несмотря на его давнюю историю.

В свою очередь, изучение вопросов КЖ пациентов, на данный момент, также является одним из приоритетных направлений в медицине [24, 53], позволяющим охарактеризовать тяжесть патологического процесса, выявить наиболее значимые его проявления, оценить эффективность проводимой терапии [24, 53]. Особо остро вопрос КЖ стоит у пожилых пациентов, так как помимо ПМ они имеют особенности психического статуса и часто социально дезадаптированы [24, 25, 65]. Именно поэтому в погоне за увеличением продолжительности жизни нельзя забывать о её качестве [24]. Всё это делает повышение КЖ пациентов мощным инструментом в достижении целей терапии основных ССЗ, уменьшения летальности и повышения продолжительности жизни населения во всем мире.

Таким образом, своевременное выявление и нивелирование ФР основных ССЗ жизненно необходимо, особенно ИБС и ФП, так как первым их проявлением может оказаться ОКС, МИ или внезапная смерть. Профилактика путем контроля ФР может быть первичной (предотвращение самого заболевания/состояния) и вторичной (предотвращение повторного случая заболевания/состояния) [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25]. И на данный момент это является важной стратегией современного здравоохранения, которому уделяют большое внимание и достигнуты значительные успехи в данном направлении, в том числе благодаря внедрению кардиореабилитации.

1.3. Предпосылки возникновения кардиореабилитации и её основные концепции на современном этапе

Первые упоминания о реабилитации, в том числе и о кардиореабилитации относятся к XVIII веку [53], однако, как медицинская наука, реализуемая на практике, она является относительно молодым направлением современной медицины [37, 49]. Это обусловлено тем, что изначально данный термин применялся только в юридической практике, однако многочисленные военные конфликты, привели к необходимости возникновения в послевоенные годы реабилитационной науки как

нового направления в медицине [49]. Так самостоятельной медицинской дисциплиной реабилитация стала лишь в 1947 году [49].

Определение кардиореабилитации неоднократно менялось в зависимости от меняющихся концепций. Благодаря научным исследованиям последнего десятилетия XX века стало понятно, что именно комплексная кардиореабилитация благоприятно влияет на течение ССЗ и неразрывно связана с КЖ и ее продолжительностью у реабилитантов [35, 36, 53]. И в 2005 году Американская ассоциация сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации дает следующее определение кардиореабилитации – «это скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, стабилизацию, замедление прогрессирования и даже обратное развитие атеросклеротического процесса, и, вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность» [53]. Основными компонентами современных программ кардиореабилитации и вторичной профилактики являются оценка объективного статуса пациента и модификация основных ФР, а также оказания психологической помощи [35, 36, 53]. В связи с появлением новых данных клинических исследований по снижению риска ССЗ некоторые из этих рекомендаций периодически обновляются [6, 7, 35, 53]. Так различные рандомизированные клинические исследования (РКИ) разных лет у пациентов, которые прошли комплексную кардиореабилитацию, выявили, снижение как общей, так и от ССЗ смертности реабилитантов на 20-45%, при достоверном снижении 2-летней летальности почти на 39-50%, а годового риска развития повторного ИМ – на 17% [49, 53]. При этом по данным этих же РКИ, смертность пациентов, не проходивших кардиореабилитацию, либо не в полном объеме, оказалась выше на 12,2-25% [49, 53]. Все это делает программы кардиореабилитации эффективным средством вторичной профилактики ССЗ и подчеркивает необходимость прохождения именно всех этапов программы кардиореабилитации, включающих не только медикаментозную терапию (МТ), но и не медикаментозные методы лечения, особенно различные программы по

модификации ФР основных ССЗ, регулярные физические тренировки и обучение больных в «Школах для больных, перенесших ОКС» [20, 35, 36, 49].

В нашей стране организация структур реабилитационной помощи населению началась в 70-е годы XX века [35, 49]. Особый вклад в это внесли Е. И. Чазов и его ученик Д. М. Аронов, по инициативе которых в 70-80-е годы XX века была создана государственная система 3-х этапной реабилитации больных, перенесших острый ИМ и после оперативных вмешательств на сосудах сердца [36, 37, 49, 53]. Она осуществлялась по схеме: стационар – санаторий – диспансерно-поликлиническое наблюдение [37, 49], которая в дальнейшем стала моделью внедрения принципов и методологии реабилитации в другие отрасли медицины [35, 37, 49]. Но с распадом Союза Советских Социалистических Республик, перестройкой и формированием новой государственной системы, произошёл отход от поэтапной системы реабилитации, в то время как в экономически развитых странах мира в этой области добились существенных успехов [35, 37, 49, 53]. Однако в нашей стране с 1995 года удалось создать новую государственную систему медицинской реабилитации, которая продолжает формироваться до сих пор, и во многом определяется совершенством законодательной базы нашей страны, которая также претерпела ряд изменений [35, 37, 49].

Так наиболее значимую роль сыграл приказ № 1705н Минздрава РФ от 29.12.2012 «Порядок организации медицинской реабилитации», регулирующий вопросы организации медицинской реабилитации, в том числе и кардиореабилитацию [20, 35, 37, 49, 53]. Согласно которому реабилитация пациентов, после ОКС либо реконструктивных операций на сердце и его сосудах должна соответствовать стадии и тяжести заболевания, функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы и миофасциальных структур, достигнутого уровня толерантности организма к физическим нагрузкам и должна проходить в 3 этапа: I - СЦ (оказание помощи в острый период заболевания с пребыванием в блоке реанимации и интенсивной терапии с последующим переводом в обычную палату СЦ), II – поддержка в ранний восстановительный период заболевания в стационарных условиях лечебно-профилактических

учреждений (ЛПУ); III – помощь в ранний и поздний восстановительные периоды заболевания, который длится всю жизнь и требует обязательного мультидисциплинарного подхода в ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому [13, 20, 31, 32, 33, 35, 49, 53]. Данный приказ определяет и сроки проведения каждого из этапов: I этап – 7-14 дней в зависимости от нозологии, II этап – 21 день, III этап – 1 год для амбулаторно поликлинической службы и 21 день для санаторно-курортных учреждений [20, 35]. При этом процент охвата пациентов на I этапе должен быть 100%; на II этапе – $\geq 30\%$ пациентов, выписанных из СЦ и /или из кардиохирургических отделений (КХО), которые имеют реабилитационный потенциал; на III этапе – $\geq 60\%$ пациентов от общего числа обратившихся за помощью, $\geq 40\%$ выписанных из стационара, $\geq 60\%$ выписанных из отделений кардиореабилитации многопрофильных стационаров или центров, которые имеют реабилитационный потенциал [35].

На территории Кировской области, регионе с относительно высоким уровнем смертности от ССЗ [21, 62], кардиореабилитация, согласно данному приказу, была внедрена с начала 2013 года, а именно были созданы регионарный и первичные СЦ и 2 отделения кардиореабилитации, одно из которых было базировано на базе клиники Кировской Государственной Медицинской Академии (ГМА). Пациенты по профилю «кардиологическая реабилитация» в клинику Кировской ГМА начали поступать с 1 июня 2013 года.

1.4. Медикаментозная терапия, как важный компонент современной кардиореабилитации пациентов с острым коронарным синдромом и фибрилляцией предсердий

МТ с применением препаратов всех классов, входящих в клинические рекомендации (КР) ведущих мировых и отечественных специалистов по лечению основных ССЗ является важным компонентом современной комплексной кардиореабилитации пациентов с ФП и ОКС [13, 31, 32, 34, 35, 36, 49, 66, 67],

позволяющим скорректировать многие ФР [35, 67], а также улучшить отдаленные и среднесрочные исходы [29, 66, 67].

Анализируя вышеизложенный материал, становится очевидным, что пациенты с ФП и ОКС неизбежно являются полиморбидными, поэтому и их терапию необходимо рассматривать с точки зрения ПМ.

Подбор МТ полиморбидным пациентам является довольно сложным и важным процессом, первоочередная задача которого состоит в определении лекарственных средств, которые могут быть неуместными у данной когорты пациентов [24, 26, 27, 67]. Всё это требует от лечащего врача хорошего знания современных КР ведущих мировых и отечественных специалистов по лечению основных ССЗ, а также препаратов всех классов, входящих в них.

На данный момент не соблюдение научно обоснованных стандартов МТ принято рассматривать как самостоятельный ФР развития ССО, ухудшающих прогноз заболевания [24, 35, 49, 57, 66, 67]. И как уже упоминалось выше, только успешное лечение всех имеющихся заболеваний будет служить профилактикой развития их декомпенсации и присоединения новой патологии [9, 24, 49, 66]. Именно поэтому, чем большим количеством препаратов, влияющих на симптоматику, патогенез и КЖ, будет свободно оперировать современный врач, тем у него будет больше шансов достичь поставленной цели. Однако не следует забывать о полипрагмазии, приверженности пациентов к назначенной МТ, контроле её эффективности и безопасности, особенно у пожилых пациентов, иначе легко получить обратный эффект.

Так, с целью повышения качества лечения пожилых людей, в 2012 году, в соответствии с консенсусной процедурой Delphi, был разработан список FORTA (Fit fOR The Aged), который в 2015 году был успешно обновлен и расширен (FORTA2015) [26, 68]. Эффективность его применения, в виде значительного улучшения качества лечения была подтверждена в рандомизированном контролируемом проспективном исследовании (VALFORTA) [26, 68]. В настоящее время проведена значительная работа по подготовке 7 новых списков FORTA для

нескольких стран, а также общего списка EURO-FORTA, составленного на основе более широкой экспертной базы и более высокого уровня согласия [26, 68, 69].

Относительно ранее упомянутого вопроса создания устойчивой мотивации пациентов по проведению вторичной профилактики путем МТ на всех этапах кардиореабилитации и в течение всей последующей жизни, а также наличия у пациентов хорошей приверженности к рекомендуемому лечению, ряд авторов указывают, что они наиболее ощутимы на III этапе кардиореабилитации [34, 44, 45, 47, 48, 57, 67]. Они объясняют это более длительными сроками данного этапа по сравнению с предыдущими, а также неоднородностью ЛПУ, оказывающих его, наличия в них высококвалифицированных специалистов и диагностического оборудования [34, 49]. Наиболее полно скорректировать данные проблемы возможно путем тщательно подбора МТ, включающей в себя препараты для вторичной профилактики с доказанным действием на исходы заболевания, а также проведения информационной поддержки пациентов позволяет предшествующий II этап кардиореабилитации [35, 47, 48, 67]. Хотелось бы также отметить, что очень важную роль в этом играет и выписной эпикриз пациента из стационара, так он является своеобразной памяткой не только для пациента, но и для врачей поликлинического звена [24, 47, 48, 67]. Именно поэтому очень важно, чтобы он содержал конкретную информацию, составленную не только на основании современных КР, но и с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного пациента, о том, какие лекарства необходимо принимать, в какой дозировке и каким сроком, с обязательным указанием целевых показателей к которым необходимо стремиться [13, 24, 31, 32, 33, 47, 48, 57, 67].

Согласно современным КР мировых и отечественных специалистов по лечению основных ССЗ к препаратам для вторичной профилактики с доказанным действием на исходы заболевания относятся: антиагреганты (ААг), статины, β -адреноблокаторы (БАБ), ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) и антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА) [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 42]. Именно поэтому, наибольшее значение при проведении лекарственного мониторинга обычно уделяться именно этим группам

препаратов. Однако не надо забывать, что сопутствующая патология, особенно у пациентов с ПМ, может существенно изменить данный список, а каждый из этих препаратов может использоваться в лечении нескольких ССЗ, набор которых далеко не всегда одинаков в изучаемых когортах пациентов. Это обуславливает необходимость проведения сначала оценки всей имеющейся патологии, с уже дальнейшим ранжированием пациентов по наличию конкретного заболевания и оценкой МТ именно его, а не для всей когорты и всех заболеваний сразу. Это поможет лекарственному мониторингу отразить наиболее правдоподобные данные, происходящие в реальной амбулаторно-поликлинической практике.

Хотелось бы отдельно выделить основные компоненты МТ пациентов с ГХЕ, ФП, ИБС, АГ и ХСН.

Гиполипидемическая терапия у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Как уже упоминалось выше, ГХЕ является очень мощным, но вполне модифицируемым ФР развития большинства ССЗ, а также роста общей и сердечно-сосудистой смертности [50]. Именно поэтому, гиполипидемическая терапия (ГЛТ) является неотъемлемой частью современных КР мировых и отечественных специалистов по лечению основных ССЗ. Согласно которым на данный момент, основной группой из медикаментозных препаратов, позволяющим нивелировать данный ФР, являются статины [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 42, 57, 70]. Однако в последние годы с целью ГЛТ по мимо статинов, особенно при их неэффективности, стали широко использоваться ингибиторы PCSK9, а также ингибиторы абсорбции ХС [14, 15, 16, 17].

Принятие решения о назначении терапии ГЛТ, выбор препарата и его дозы зависят от группы КВР каждого конкретного пациента [8, 9, 17, 57, 71]. В настоящее время из статинов рекомендованы как наиболее эффективные для лечения ГХЕ – аторвастатин, розувастатин и симвастатин, из ингибиторов PCSK9 – алирокумаб и эволокумаб, а из ингибиторов абсорбции ХС – эзетемиб [8, 17, 71].

Эффективность ГЛТ оценивают, прежде всего, по достижению целевых показателей ЛС, особенно ОХС и ХС-ЛПНП, о которых было более подробно изложено ранее [8, 9, 17, 42, 57, 71,], а также клиники и наличия ССО.

Однако если речь идет о лечении ОКС, то остро встает вопрос не только их эффективности, но и безопасности. Дело в том, что при ОКС необходимо с максимально раннего его периода начать терапию статинами в высоких дозах с дальнейшим длительным их применением, независимо от исходного уровня показателей ЛС крови, но при отсутствии противопоказаний или непереносимости в анамнезе [3, 4, 5, 17, 20, 71, 72]. Самыми безопасными из них в этом плане являются аторвастатин и розувастатин [8], поэтому именно они и рекомендуются как основные препараты для лечения ОКС [3, 4, 5, 20, 42, 57, 71, 72, 73]. Кроме этого, розувастатин наиболее подходит для применения пациентам с заболеваниями печени и в пожилом возрасте [8]. Согласно различным КР по лечению ОКС прием высоких доз статинов (аторвастатин 80 мг, розувастатин 40 мг) рекомендован сроком до 6 месяцев от момента возникновения ОКС, с дальнейшим переходом на прием средних доз (аторвастатин 40 мг, розувастатин 20 мг) общим сроком до 12 месяцев от момента возникновения ОКС [3, 4, 5, 20]. В случае возникновения различных ССО, либо проведения чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или реваскуляризации – вновь рекомендовано назначить терапию высокими дозами на тот же срок [3, 4, 5, 20, 42, 71, 73]. В случае возникновения различных серьезных побочных эффектов или непереносимости – рекомендовано уменьшить дозу, заменить на другой (более безопасный) препарат или группу [3, 4, 5, 17, 42, 71, 72, 73]. Именно поэтому, оценка эффективности и безопасности ГЛТ является обязательным компонентом МТ пациентов с ОКС. Так показатели печеночных ферментов (аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ) и билирубин крови) необходимо контролировать в идеале ежемесячно, а ЛС крови – раз в квартал [3, 4, 5, 17]. Кроме этого, не стоит забывать, что по истечению срока 12 месяцев с момента возникновения ОКС ГЛТ не должна быть прекращена, а только скорректирована в зависимости от клинической ситуации.

Антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий

Основной позицией в лечении ФП является профилактика ТЭО путем применения антитромботической терапии (АТТ) с использованием прежде всего оральных антикоагулянтов (ОАК).

АТТ необходимо проводить не зависимо от выбранной стратегии в отношении сердечного ритма [1, 2, 13, 74, 75]. В решении вопроса о назначении АТТ и необходимости назначения ОАК помогает выше упомянутая шкала риска инсульта CHA₂DS₂-VASc [1, 2, 13, 47, 48, 76, 77]. Согласно которой, пациентам, имеющим высокий риск развития инсульта, с целью профилактики ТЭО настоятельно рекомендуется назначение ОАК, при отсутствии противопоказаний к ним [1, 2, 13, 42, 44, 44, 47, 48, 72, 76, 77, 78]. Пациентам, со средним риском развития инсульта также желательно применение ОАК либо ААг [1, 2]. При низком риске развития инсульта АТТ не показана [1, 2, 13, 77].

Из ОАК наиболее часто применяется антагонист витамина К (АВК) – варфарин. Прямые ОАК (ПОАК) пока не назначаются так часто, как АВК. Это обусловлено множеством факторов. Особенно из них хотелось бы выделить наличие ФП клапанного генеза [1, 2, 13] и стоимость препарата, так как в связи с экономической нестабильностью в нашей стране не все пациенты могут позволить себе приобретать их [47, 48, 67, 73, 76, 78, 79, 80, 81]. Хотя, в последние годы данная проблема частично решена за счет введения системы долговременного лекарственного обеспечения (ДЛО) для пациентов, которые проходят кардиореабилитацию после ОКС, но до сих пор остаётся очень актуальной на догоспитальном этапе и после окончания периода льготного обеспечения.

Наиболее серьезным осложнением АТТ, особенно при приеме ОАК, является кровотечение [13, 47, 48, 67, 70, 78, 79]. Для оценки риска кровотечения была разработана шкала HAS-BLED [1, 2, 13, 75, 76, 77, 78, 79, 80]. Также всем пациентам, принимающим АВК необходим обязательный регулярный контроль международного нормализованного отношения (МНО) [1, 2, 13, 47, 48, 67, 70]. Целевыми показателями которого при монотерапии является диапазон 2,0–3,0, а при сочетании с ААг – 2,0-2,5 [1, 2, 47, 48, 67]. Количественным критерием степени

контроля терапии АВК является время терапевтического диапазона (ВТД) МНО, которое рассчитывается как процент времени, в течение которого 10 последовательных измерений МНО находились в целевом терапевтическом диапазоне. Эффективной терапия АВК считается, если ВТД МНО не менее 60%, с тенденцией в последние годы в большую сторону – не менее 70% [2, 13].

Антиаритмическая терапия при фибрилляции предсердий

На данный момент существуют две стратегии лечения пациентов с ФП: тактика контроля (ТК) ЧСС на фоне сохраняющейся ФП и ТК ритма (ТКР) путем купирования и профилактики срывов ритма (при пароксизмальной ФП её ещё принято называть терапией профилактики пароксизмов (ТПП) [1, 2, 13].

Выбор антиаритмических препаратов (ААП) у пациентов с ФП зависит от характера поражения сердца, выбранной стратегии в отношении контроля ЧСС и ритма сердца, а также безопасности и эффективности самих препаратов [1, 2, 13].

Так у пациентов с постоянной формой ФП первостепенной задачей является ТК ЧСС, у пациентов с пароксизмальной ФП – ТПП, у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей ФП приоритет может быть отдан любой стратегии, но чаще принято говорить о ТКР [1, 2, 13]. Также у всех пациентов с ФП независимо от её формы не исключено применение сразу двух стратегий [1, 2, 13].

Восстановление СР может быть осуществлено при помощи электрокардиоверсии (ЭКВ) или медикаментозной кардиоверсии (МКВ), а также может произойти спонтанно [1, 2, 13]. Однако восстановление СР, независимо от способа, в любом случае требует дальнейшего приема пациентом антиаритмической терапии (ААТ), так как существует вероятность рецидива НРС [1, 2, 13]. С этой целью рекомендованы следующие ААП: Ic класс – этацизин, лаптаконидина гидробромид, морацизина гидрохлорид, пропafenон и флекаинид, III класс – амиодарон, дронедазон и соталол [1, 2, 13]. Кроме этого, пациентам с пароксизмальной и персистирующей формами ФП в качестве альтернативы или в сочетании с ААТ может быть применен метод радиочастотной катетерной абляции легочных вен (РЧА ЛВ) [1, 2, 13].

С целью длительного осуществления ТК ЧСС пациентам с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формами ФП рекомендован прием следующих ААП: II класс – все БАБ, кроме соталола, III класс – амиодарон и дронедарон, IV класс – недигидроперидиновый антагонист кальция (АК) верапамил, а также другие классы ААП, такие как сердечные гликозиды (СГ), либо их комбинации [1, 2, 13]. В качестве альтернативы МТ с целью ТК ЧСС пациентам с постоянной формой ФП может быть установлен электрокардиостимулятор (ЭКС) [1, 2]. Однако у данного метода существует и множество других показаний к применению, например синдром слабости синусового узла (СССУ), поэтому ошибочно ЭКС ассоциировать только с ФП.

АТТ предпочтительно начинать с более безопасных препаратов. Так, например, амиодарон рекомендуют использовать только при неэффективности других ААП или при наличии серьезных структурных изменений сердца, а также ХСН [1, 2, 13]. Это связано с высокой частотой возникновения амиодарон индуцированных побочных эффектов, особенно нарушение функции щитовидной железы (ЩЖ) [1, 2, 13]. Именно поэтому, всем пациентам, принимающим данный ААП, необходим периодический контроль функции данного органа.

Терапия ишемической болезни сердца

МТ стабильных и острых форм ИБС несколько отличается. Так, терапия пациентов со стабильной ИБС имеет две цели – устранение симптомов ишемии и предупреждение ССО [6, 14].

Для облегчения симптомов ишемии применяется антиангинальная терапия (ААНТ), для проведения которой рекомендованы нитраты короткого действия (КД) (купирование приступов СК), а также терапия первой линии – БАБ и/или АК (с целью контроля ЧСС и симптомов). Некоторым пациентам в зависимости от сопутствующих заболеваний и переносимости можно использовать препараты второй линии в качестве препаратов первой линии. Терапия второй линии подразумевает добавление нитратов длительного действия (ДД), ивабрадина,

никорандила или ранолазина (в зависимости от ЧСС, АД и переносимости). Триметазидин также можно использовать как препарат второй линии [6, 14].

С целью предупреждения ССО при всех формах ИБС, прежде всего, рекомендована АТТ в виде низких доз ацетилсалициловой кислоты (АСК) (75-100 мг в сутки), либо клопидогрела в качестве альтернативы при её непереносимости [6, 14, 20]. А для пациентов IV и V групп КВР рекомендуется предпочтительнее использовать комбинации антитромботических препаратов с разными механизмами действия [14, 20]. Поэтому двойная АТТ (2АТТ) является стандартной у пациентов с ОКС, в том числе и в период после острой фазы при стабилизации состояния пациента суммарным сроком до 12 месяцев, при отсутствии противопоказаний (прежде всего – высокого риска кровотечений) [3, 4, 5, 6, 13, 20, 31, 32, 33]. А также у пациентов со стабильной ИБС, которым было проведено ЧКВ [6, 14, 20]. Хотелось бы отметить, что вне острой фазы ОКС, всем пациентам с ИБС в качестве 2АТТ помимо АСК рекомендован прием уже любого из блокаторов рецептора P2Y₁₂ тромбоцитов: клопидогрела, тикагрелора или прасугрела [36]. И на данный момент 2АТТ составляет очень значимую часть вторичной профилактики ССО, в том числе и тромбоза стентов [14, 20].

Однако такие замечательные результаты применения 2АТТ часто имеют и ряд нежелательных осложнений, особенно возникновение желудочно-кишечных кровотечений, что обусловлено ульцерогенным действием антитромбоцитарных препаратов [20]. Именно поэтому 2АТТ не может быть рекомендована пациентам со стабильной ИБС для систематического использования, а всем пациентам, принимающим её необходим активный мониторинг признаков кровоточивости и назначения гастропротективной терапии [6, 14, 20].

Намного сложнее ситуация обстоит, когда пациентам с ОКС ввиду наличия ФП необходимо назначение ещё и ОАК, то есть тройной АТТ (3АТТ). В таком случае риск кровотечения увеличивается в несколько раз и сроки приема 3АТТ являются значительно меньшими, так например, на период составления данного регистра они составляли при низком и среднем риске кровотечения по шкале HAS-BLED – до 3 месяцев, а при высоком – до 1 месяца [6].

Помимо АТТ терапия профилактики ССО оптимально достигается и применением статинов [6, 14]. Именно поэтому, все пациенты с ИБС, вне зависимости от её формы должны их принимать [6, 14]. Основные принципы применения данной группы были изложены ранее.

Также в качестве терапии профилактики ССО, у пациентов, перенесших ИМ и/или наличия других показаний, например, АГ, ХБП, СД или СН, особенно с низкой ФВ ЛЖ (СНнФВ) ($\leq 40\%$), рекомендован прием ИАПФ, так как они снижают общую летальность, риск ИМ, МИ и СН [3, 4, 6, 14]. И в отсутствие противопоказаний либо развития побочных эффектов лечение препаратами данной группы желательно продолжать неопределенно долго [3, 4, 6, 14]. При непереносимости ИАПФ можно использовать АРА [3, 4, 6]. Они оказывают примерно такой же клинический эффект, как и ИАПФ, однако опыт их длительного применения значительно меньше [3, 4, 6, 14].

Обращает на себя внимание и тот факт, что всем больным, перенесшим ИМ, при отсутствии противопоказаний, в качестве терапии профилактики ССО необходимо обязательное назначение и БАБ, особенно при наличии дисфункции ЛЖ и ХСН [3, 4, 5, 6, 14]. Также доказано, что прием препаратов данной группы значительно улучшает электрическую нестабильность миокарда и служит хорошей профилактикой возникновения НРС [3, 4, 5, 6, 14].

Оптимальной МТ ИБС считается, когда применяются как минимум один антиангинальный препарат плюс препараты для профилактики ССО [6, 14].

Антигипертензивная терапия пациентов с артериальной гипертензией

Стратегия лечения больных АГ также должна основываться на исходном уровне общего КВР. Основной целью антигипертензивной терапии (АГТ) является максимальное снижение риска развития как фатальных, так и не фатальных ССО, в том числе и МИ [10, 11, 18].

Помимо модификации основных ФР это достигается благодаря адекватному контролю АД в пределах целевых уровней, которые, как уже упоминалось выше, составляют $< 140/90$ мм. рт. ст., а для пациентов, имеющих СД –

< 140/85 мм. рт. ст. (с тенденцией в меньшую сторону в последние годы – < 130/80 мм. рт. ст.) [10, 18]. Особенно адекватный контроль АД необходим пациентам, принимающим АГТ, особенно ОАК, для снижения риска возникновения кровотечений [11, 18]. Кроме этого, большое значение имеет предупреждение либо замедлением темпа прогрессирования и/или уменьшения выраженности ПОМ, а также лечение имеющейся сопутствующей патологии [11, 18].

Для МТ АГ рекомендованы пять основных классов препаратов, способность которых предупреждать развитие ССО доказана в многочисленных РКИ: ИАПФ, АРА, АК (как дегидропиридиновые (ДАК), так и не дегидропиридиновый (НАК)), БАБ и диуретики [11, 18]. Также для комбинированной терапии дополнительно могут использоваться агонисты имидазолиновых рецепторов (АИР), α -адреноблокаторы (α АБ) и прямые ингибиторы ренина (ПИР) [11, 18].

ИАПФ и АРА имеют большую доказательную базу в отношении кардио-, нефропротекции и снижения риска ССО [11, 18]. Они способны замедлять темп развития и прогрессирования ПОМ [11, 18]. Для ИАПФ доказана способность снижения риска развития ССО, связанных с АС [11, 18]. Также ИАПФ и АРА улучшают прогноз при возникновении ХСН [11, 18].

РКИ показали, что большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов, а монотерапия эффективна лишь у небольшого числа больных АГ [11, 18]. Комбинация двух препаратов любых классов антигипертензивных препаратов (АГП) усиливает степень снижения АД сильнее, чем повышение дозы одного препарата [11, 18]. Хотелось бы отметить, что в последние годы появилась тенденция к более частому назначению комбинированной терапии уже при выборе стартовой АГТ [18].

Однако только рациональные комбинации АГП имеют все преимущества комбинированной терапии [11, 18]. Такими принято считать: ИАПФ + диуретик, АРА + диуретик, ИАПФ + АК, АРА + АК, БАБ + диуретик, АК + диуретик, и ДАК + β АБ [11]. Рациональными также можно считать и следующие комбинации трех АГП: ИАПФ + ДАК + БАБ, АРА + ДАК + БАБ, ИАПФ + АК + диуретик,

АРА + АК + диуретик, ИАПФ + диуретик + БАБ, АРА + диуретик + БАБ и дАК + диуретик + БАБ [11].

Для комбинированной АГТ рекомендованы как свободные, так и фиксированные комбинации препаратов, а для длительной АГТ – препараты пролонгированного действия [11, 18]. Приверженность к лечению у больных принимающих фиксированные комбинации выше, чем у больных использующих свободные комбинации АГП, поэтому лучше использовать фиксированные комбинации АГП, которые содержат два препарата в одной таблетке [11, 18].

Терапия хронической сердечной недостаточности

Как уже было упомянуто ранее, что ХСН – один из заключительных этапов непрерывного развития основных ССЗ [12, 19], поэтому следует выделить из уже перечисленных групп препаратов те, которые позволяют предотвращать развитие ХСН. К ним относятся: ИАПФ, АРА, БАБ, диуретики, а также их комбинации [12, 19]. Использование АК и α АБ – менее предпочтительно [12, 19]. Кроме этого, хотелось бы отметить, что в последние годы для лечения ХСН наряду с ИАПФ/АРА стали применять и такие классы препаратов, как и ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АНРИ), а также ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера SGLT-2 [19].

К неотъемлемой составляющей МТ ХСН добавляются и антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), неоднократно доказавшие свой замечательный эффект в её лечении [12, 19]. Кроме этого, они помимо БАБ у больных с ХСН способствуют профилактике возникновения ФП [12, 19]. Ещё одним из важных компонентов профилактики ХСН, особенно у больных с различными формами ИБС, являются статины [12].

Однако, помимо сопутствующих заболеваний, лечение ХСН должно основываться и на степени её тяжести (по классификации общества сердечно-сосудистой недостаточности) [12, 19]. Так, ИАПФ – обязательные препараты, начиная с I стадии ХСН [12, 19], препарат выбора – периндоприл, а также вновь набирающий популярность в последние годы рамиприл [12, 19]. При их

непереносимости – АРА. А при симптоматической СНнФВ с сохраняющимися клиническими симптомами предпочтение следует отдать АРНИ, при их неэффективности – ингибиторам натрий-глюкозного котранспортера SGLT-2 [19]. Иногда при I ФК можно ограничиться назначением только одним из этих препаратов [12, 19]. Все пациенты с ХСН II–IV ФК должны находиться на тройной терапии нейрогормональными модуляторами (ИАПФ + БАБ + АМКР) [12, 19]. При непереносимости БАБ и синусовом ритме (ЧСС > 70 уд/мин), особенно при наличии СНнФВ – возможна замена на ингибиторы if каналов (ивабрадин), а при ФП (с ЧСС \geq 85 уд/мин) можно добавить невысокие дозы СГ (дигоксина) [12, 19]. Также хотелось бы обратить внимание на то, что при ХСН III–IV ФК и в периоды её декомпенсации из АМКР рекомендуется лучше использовать эплеренон, чем спиронолактон, так как он лучше подходит для длительного лечения данной патологии [12, 19].

Начиная со II ФК – обязательной должна быть и дегидратационная терапия в виде 1 препарата: малые дозы петлевого диуретика (ПД) (торасемид), а при клинических или инструментальных признаках застоя (II А стадия, II ФК) – 2 препаратов: ПД + АМКР (низкие дозы) [12, 19]. При III ФК как поддерживающая терапия – 3 препарата: ПД (с коррекцией доз по диурезу, лучше торасемид) + АМКР (средние дозы) + ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ) (ацетазоламид короткими курсами по 3–4 дня один раз в 2 недели). При декомпенсации III ФК – 4 препарата: ПД (лучше торасемид) + тиазидные диуретики (ТД) + АМКР (высокие дозы) + ИКАГ. При IV ФК – 5 препаратов: ПД (высокие дозы, лучше торасемид, но можно и фуросемид) + ТД + АМКР + ИКАГ (ацетазоламид короткими курсами по 3–4 дня один раз в 2 недели) + при необходимости механическое удаление жидкости [12, 19]. Однако при отсутствии задержки жидкости в организме пациентам с ХСН II–IV ФК можно ограничиться назначением только трех нейрогормональных модуляторов (ИАПФ + БАБ + АМКР) [12, 19].

1.5. Проблемы современной кардиореабилитации

Не смотря на множество своих преимуществ, кардиореабилитация на современном этапе, причём не только в РФ, но и во всем мире имеет и ряд проблем. Основной из них является низкое применение комплексных программ кардиореабилитации [49, 53]. В РФ, это прежде всего связано с организационными проблемами, с которыми Минздраву РФ пришлось столкнуться при введении 3-х этапной системы медицинской кардиореабилитации [35, 49]. Так согласно результатам 3-летнего Пилотного Проекта «Развитие системы реабилитации больных с ССЗ в лечебных учреждениях субъектов РФ» с участием 17 ЛПУ из 13 субъектов РФ было выявлено, что проблемы организации кардиореабилитации имелись на всех 3-х её этапах, но наиболее часто на II и III этапах [35, 49]. А именно: создание самих организационных структур, оснащение их современной дорогостоящей медицинской аппаратурой, подготовка высококвалифицированного медицинского персонала, определение маршрутизации реабилитантов в пределах структурных подразделений одного либо различных ЛПУ, а также обеспечение качества оказываемой реабилитационной помощи в соответствии с современными КР, принятыми ведущими мировыми и отечественными экспертами в данной области [35, 49].

Однако даже при хорошо налаженной 3-х этапной системе реабилитационной помощи существует проблема недостаточной ее востребованности как со стороны врачей, так и самих пациентов [35, 49], то есть несоответствие между доказанной клинической эффективностью комплексных программ кардиореабилитации и низким процентом участия в них пациентов [35, 53]. Так по данным разных авторов количество пациентов, направляемых ЛПУ на кардиореабилитацию, в разных странах мира составляет от 22% до 73% [49].

Но примечательно то, что даже если пациент был направлен ЛПУ на кардиореабилитацию, ещё далеко не факт, что он её пройдет в полном объеме. Так, например, в США и Австралии комплексные программы кардиореабилитации

проходят только примерно 80% реабилитантов, а в Японии даже 1-месячные аналогичные курсы продолжают проходить примерно только 1/2 пациентов [49].

Данный факт тоже может быть обусловлен различными причинами, зависящими как от врача, так и от самого реабилитанта. Например, плохая организация использования труда врачей (перегруженность) или недостаточный уровень их образования (плохое знание современных КР) [36]. Всё это в свою очередь приводит к несоблюдению в назначении врачами «прогнозомодифицируемой терапии», рекомендуемой КР для лечения основных ССЗ, либо использование недостаточных доз, которые не позволяют достичь необходимого эффекта, а также игнорирование ими не медикаментозных составляющих кардиореабилитации [24, 35, 36].

Однако в настоящее время, согласно многочисленным РКИ, наиболее часто фигурируют проблемы, напрямую связанные именно с самими пациентами, так как без их активного участия и желания лечиться трудно добиться эффективных результатов назначенной им врачом терапии [24, 57]. И на данный момент именно отсутствие внутренней мотивации у больных является одной из основных причин их низкой приверженности к прохождению комплексных программ кардиореабилитации [24, 33, 49]. Именно поэтому одной из важнейших задач современной кардиореабилитации является создание устойчивой мотивации пациентов по проведению вторичной профилактики не только в течение срока всех 3-х её этапов, но и в течение всей последующей жизни [35]. И прежде всего это должно достигаться путем доверительного контакта между врачом и пациентом, достаточной информированности пациента о целях назначения лечения, основном механизме его действия, ожидаемых эффектах и сроках их появления, о большом вреде самостоятельной отмены или изменения лечения [24, 36].

Кроме этого, хотелось бы отметить и такую важную проблему на самом длительном и сложном этапе кардиореабилитации – III (амбулаторном), как финансовые возможности пациентов и вытекающая из неё проблема невозможности приобретать те или иные группы лекарственных препаратов, особенно ПОАК [47, 48, 67, 76, 78, 79], что значительно увеличивает вероятность

ССО, в том числе и летальных исходов. В последние годы, а именно с 2017 года, в нашей стране с введением системы ДЛЮ для пациентов, перенёсших ОКС, данная проблема была решена. Однако, на догоспитальном этапе и после окончания льготного периода данная проблема до сих пор не теряет своей актуальности, а даже наоборот в связи с событиями последних лет в стране и мире становится ещё более острой, что в свою очередь приводит к усилению нагрузки на систему здравоохранения за счёт новых ССО и необходимости повторной кардиореабилитации [58, 59, 60, 61].

С учетом всего выше изложенного представляется необходимым регулярный мониторинг оценки качества оказания медицинской помощи, как диагностической, так и лечебной, пациентам с ОКС на всех этапах кардиореабилитации с обязательной оценкой отдаленных и среднесрочных исходов [29, 35, 36], выявлением вновь возникших проблем и своевременном нахождении способов их решения.

Наиболее полно и быстро изучить данный вопрос в реальной амбулаторно-поликлинической практике в различных регионах или ЛПУ, помогает организация регистров [28, 38, 39, 42, 44]. Это обусловлено, прежде всего тем, что исследования, выполненные на базе регистров, более информативны, чем РКИ, так как они менее требовательны к критериям включения в них пациентов [38, 39, 44]. Это позволяет им охватить весь спектр пациентов без возрастных ограничений, в том числе и большую когорту пожилых пациентов, с интересующей патологией на заданной территории и в течение длительного времени [38, 39, 44]. Особо примечательным является и тот факт, что регистры позволяют собирать информацию по нескольким факторам одновременно, оценивая их взаимное влияние, а также изучить широкий спектр различных видов медицинских вмешательств, их эффективность и безопасность, в том числе и клинические исходы [38, 39, 42, 44]. Наиболее полно это помогают сделать регистры с ретроспективно-проспективным дизайном [38, 39, 44].

Хотелось бы отметить, что в России впервые исследования, выполненные в стиле регистр, появились ещё в 70–80-х годах XX века. Одним из них стал регистр профессора Н. А. Мазура, посвященный острому ИМ [39]. Однако более востребованными во всех областях медицины они стали только в последние 2 десятилетия [39]. Но, к сожалению, на данный момент в РФ создано очень мало регистров, тем более посвященных ОКС, а тем более в сочетании с ФП.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Данная работа является открытым ретроспективно-проспективным исследованием, выполненным в рамках локального амбулаторно-поликлинического регистра пациентов с ФП, проходивших II этап кардиореабилитации по поводу ОКС в отделении кардиореабилитации клиники ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России (ныне ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России) в период с 1 июня 2013 года по 1 июня 2015 года (с момента его открытия и в течение двух последующих лет его работы).

Исследование состоит из 2-х основных этапов и 3-го дополнительного (*Рисунок 1*):

I этап. Ретроспективный анализ медицинской документации пациентов в период, предшествующий ОКС, которые проходили II этап кардиореабилитации по поводу ОКС в клинике Кировской ГМА. Были ретроспективно изучены и оценены анамнез жизни и болезни, проведенные лабораторные и инструментальные исследования, постоянно принимаемая в течение последних 3 месяцев МТ. Проведен ретроспективный анализ предшествующих ОКС ФР, сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, степень выраженности ПМ, качества получаемой в течение последних 3 месяцев МТ.

II этап. Оценка качества I, II и III этапов кардиореабилитации после ОКС, с общим сроком наблюдения 12 месяцев. Диагностика и лечение пациентов на I и II этапах кардиореабилитации, были изучены и оценены ретроспективно на основании медицинской документации пациентов, а лечение пациентов на III этапе – проспективно. От всех пациентов было получено информированное письменное согласие о включении в регистр.

Через 12 месяцев от момента возникновения ОКС был осуществлен телефонный звонок всем пациентам, включенным в регистр (либо его родственникам в случае смерти пациента) для выяснения статуса жизни пациентов и согласования проведения контрольного визита. После чего был осуществлен

контрольный визит в клинике Кировской ГМА, либо дома у пациентов, при непосредственном контакте исследователя со всеми пациентами и предоставлением пациентами медицинской документации.

III этап. Через 7 лет от момента возникновения ОКС (через 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации) всем пациентам включенным в регистр (либо родственникам в случае смерти пациента), за исключением тех пациентов, кто умер до окончания III этапа кардиореабилитации, повторно был осуществлен телефонный звонок с целью определения их жизненного статуса, частоты возникновения повторных ССС, частоты декомпенсации и летальности от любой причины), а также изучение влияния на это COVID-19 и вакцинации.

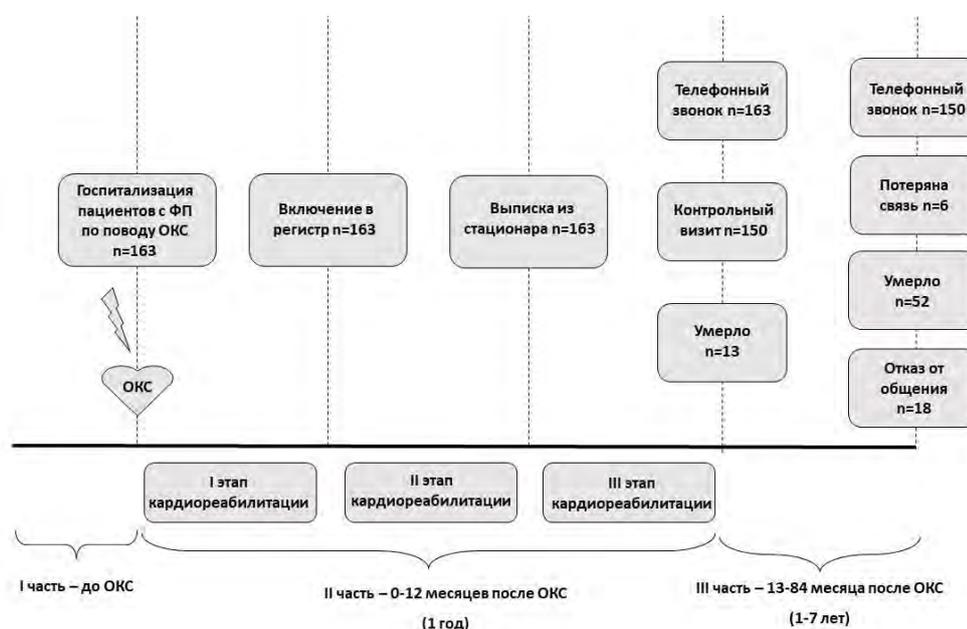


Рисунок 1 – Схема дизайна исследования.

Из медицинской документации в индивидуальные регистрационные карты в обезличенном виде вносились только те данные, которые были необходимые для проведения данного исследования. Исследователь не осуществлял вмешательство в тактику ведения пациентов. Исследователем были применены опросники и шкалы, которые не могли повлиять на тактику ведения пациентов.

Таким образом, данный регистр выполнен с соблюдением главных требований к проведению регистров: сплошное включение пациентов с определенной патологией, в определенном ЛПУ, на заданной территории, в определенный

временной интервал; единообразие первичной медицинской документации для всех включенных пациентов; четко сформулированная цель и соответствующие ей задачи. Представленная работа не противоречит правилам самого регистра. Она была дополнена специально разработанной индивидуальной картой больного с контрольным визитом пациентов, а также специально разработанной анкетой. При выполнении данного исследования, не проводилось вмешательство в тактику ведения пациентов, а также не использовались материальная спонсорская помощь и иные виды мотивации, которые могли бы повлиять на результаты исследования. Были заранее оговорены временные рамки проведения исследования и критерии включения и исключения. От всех пациентов было получено информированное письменное согласие о включении их в регистр. Протокол и дизайн исследования были рассмотрены и утверждены на заседании Локального этического комитета при ФГБОУ ВО Кировском ГМУ Минздрава России от 15.10.2018. г. (протокол № 30/2018 от 15.10.2018 г.).

Критерии отбора и характеристика больных, включенных в регистр – в отделение кардиореабилитации клиники Кировской ГМА, в период с момента его открытия и в течение двух последующих лет его работы (с 1.06.2013 года по 1.06.2015 года), всего поступило 1023 пациента по направлению регионального сосудистого центра (РСЦ), либо отделений неотложной кардиологии (НК) городских и центральных районных больниц (ЦРБ) г. Киров и Кировской области, в которых они прошли I этап кардиореабилитации по поводу ОКС, с целью прохождения II этапа кардиореабилитации. Из них в регистр включено 163 (15,93%) пациента с ФП.

Критерии включения – наличие в анамнезе диагноза ФП, прохождение I и II этапов кардиореабилитации по поводу ОКС, постоянное проживание в г. Киров и Кировской области.

Критерии исключения – отсутствие в анамнезе диагноза ФП, давность ОКС более 1 месяца.

Средний возраст пациентов, включенных, в регистр составил 65,00 [59,00; 72,00] лет, из них было 72 (44,17%) женщины и 91 (55,83%) мужчина.

2.2. Методы исследования

Все пациенты, включенные в регистр, по клиническим показаниям в экстренном порядке поступали на I этап кардиореабилитации по поводу ОКС, в РСЦ либо отделения НК городских и ЦРБ г. Кирова и Кировской области, а в дальнейшем в плановом порядке уже на II этап в отделение кардиореабилитации клиники Кировской ГМА и III амбулаторный этап в поликлиники по месту жительства.

В связи с этим, им на всех этапах кардиореабилитации, сотрудниками данных ЛПУ, проводились стандартное клиническое врачебное обследование, а также стандартные диагностические и лечебные мероприятия, предусмотренные программой кардиореабилитации по поводу ОКС и имеющейся клинической ситуацией у каждого больного. Исследователь не осуществлял вмешательство в тактику ведения пациентов. Из медицинской документации в карты индивидуального больного в обезличенном виде вносились только те данные, которые были необходимые для проведения данного исследования. Дополнительно исследователем были применены различные опросники и шкалы, которые также никак не могли повлиять на тактику ведения пациентов.

2.3. Оценка клинических показателей

В данном исследовании, на основании данных медицинской документации оценивались с последующим внесением в индивидуальные карты пациентов только следующие клинические показатели: особенности *anamnesis morbi* и *anamnesis vitae*, уровень АД, ИМТ и ОТ.

Оценка индекса массы тела и окружности талии

ИМТ рассчитывался по формуле Кетле (A. Quetelet) 1869 года: $ИМТ = вес (кг) / (рост (м))^2$. В соответствии с рекомендациями ВОЗ 1997 года ИМТ был оценен следующим образом: ≤ 16 – выраженный дефицит массы тела, 16-18,5 – недостаточная масса тела, 18,5-39,9 – нормальная масса тела, 25-29,9 – избыточная масса тела, 30-34,9 – 1 степень ожирения, 35-39,9 – 2 степень

ожирения, ≥ 40 – 3 степень ожирения. А согласно рекомендациям Международного Фонда Диабета от 2005 года на норму ОТ принята у женщин – ≤ 88 см, у мужчин – ≤ 102 см.

Измерение уровня артериального давления

Измерение уровня АД осуществлялось стандартным методом с определением тонов Н. С. Короткова при помощи стетофонендоскопа и сфигмоманометра после трех минутного отдыха, сидя, на правой руке, путем трехкратного измерения с интервалом 1-2 минуты и оценкой средних значений полученных измерений [10].

Оценка полиморбидности и выживаемости пациентов

Сопутствующая патология пациентов до возникновения ОКС была оценена количественным индексом ПМ (ИПМ), разработанным Л. Б. Лазебником в 2000 году: *общее число болезней / один пациент в данной возрастной когорте* [82].

В дальнейшем, степень тяжести ПМ (качественная оценка) и выживаемость пациентов до ОКС и после него, на момент завершения II этапа кардиореабилитации, были оценены при помощи ИПМ, разработанного М. Е. Чарлсон (M. E. Charlson) и соавторами в 1987 году [83] в модификации Х. Квен (H. Quan) и соавторов от 2005 года, адаптированного к современной международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) [84, 85].

Данный индекс представляет из себя шкалу (*приложение 2*), состоящую из 17 основных нозологических групп соматических заболеваний, в каждой из которых имеются подгруппы по конкретному коду МКБ-10, за каждую нозологическую группу начисляется определенное количество баллов (максимальное количество баллов – 24, минимальное – 0) [84, 85, 86]. Кроме этого, дополнительно добавляется по 1 баллу за каждые прожитые пациентом 10 лет жизни после 40 лет [83, 85, 86, 87]. После суммирования всех полученных баллов вычисляется степень выраженности ПМ: легкая – 1-2 балла, средняя – 3-4 балла, тяжелая – ≥ 5 баллов [83, 85]. Помимо степени выраженности ПМ данный индекс ещё позволяет определить и 10-летнюю выживаемость пациентов: 0 баллов – 99%, 1 балл – 96%, 2 балла – 90%, 3 балла – 77%, 4 балла – 53%, ≥ 5 баллов – $\leq 21\%$ [83, 85].

Оценка риска инсульта

Всем пациентам, имеющим ФП до возникновения ОКС в ретроспективной части исследования был оценен риск возникновения инсульта в течении года по шкале CHA₂DS₂-VASc разработанной Григорием Лип (G. Y. Lip) и соавторами в 2010г.[88]. В 2019 году данная шкала была включена в рекомендации Европейского кардиологического общества и рекомендована для профилактики инсульта при ФП.

Оценка риска кровотечения

Всем пациентам, имеющим ФП до возникновения ОКС в ретроспективной части исследования был оценен риск кровотечения по шкале HAS-BLED разработанной R. Pisters и соавторами в 2010 году [1].

Оценка группы кардиоваскулярного риска

Всем пациентам, включенным в регистр, до момента возникновения ОКС, была определена группа КВР.

КВР – это вероятность развития в течение определенного периода времени того или иного фатального события со стороны сердечно-сосудистой системы, связанного с АС (смерть от ССЗ или его осложнения) [57]. Он рассчитывается исходя из имеющихся у каждого конкретного пациента ФР [57].

Специально для оценки КВР риска была разработана специальная шкалы риска SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) [57]. Для РФ следует использовать версию данной шкалы для стран с высоким риском ССЗ [49, 57]. Однако, все пациенты, имеющие в анамнезе ССЗ с доказанным атеросклеротическим генезом любой локализации, МИ, СД любого типа с ПОМ в виде микроальбуминурии (МАУ) и ХБП со СКФ < 60 мл/мин автоматически относятся к IV группе КВР (очень высокий риск) и им определять риск по данной шкале нет необходимости [57]. Точно так же, как и всем пациентам, имеющим очень высокий уровень отдельных ФР, таких как АГ высокой степени тяжести или семейная дислипидемия (ДЛП), так как они автоматически относятся к III группе КВР (высокий риск) [57].

Оценка подбора медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте

Оценка подбора МТ в пожилом и старческом возрасте осуществлялась при помощи списка EURO-FORTA. Как уже упоминалось ранее, данный список был разработан в 2012 году с целью повышения качества лечения пожилых людей, а в 2015 году был успешно обновлен и расширен (FORTA2015) [26, 68].

Критерии EURO-FORTA включают 4 класса лекарственных препаратов: класс **A** – незаменимые препараты, с четко доказанным, с точки зрения коэффициента эффективности / безопасности, показанием для применения у пациентов пожилого и старческого возраста; класс **B** – препараты с доказанным или очевидным эффектом применения у пациентов пожилого и старческого возраста, но имеющие ограниченную степень воздействия или по соображениям безопасности; класс **C** – препараты с сомнительной эффективностью / профилем безопасности у пациентов пожилого и старческого возраста, применение которых следует избегать из-за побочных эффектов или невозможности их совместного применения с наркотическими препаратами и необходим поиск альтернативных препаратов; класс **D** – препараты, назначение которых необходимо избегать изначально у пациентов пожилого и старческого возраста, с заменой на альтернативные препараты [68, 89].

2.4. Оценка лабораторных показателей

С целью оценки эффективности и безопасности МТ в данном исследовании, на основании данных медицинской документации, пациентов, включены, в регистр оценивались и были учтены, с внесением в индивидуальные карты пациентов, только следующие лабораторные показатели (проведённые по общепринятым методикам без каких-либо особенностей): креатинин крови (мкмоль/л), СКФ (CKD-EPI – Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) (мл/мин), билирубин крови (общий и прямой) (мкмоль/л), АЛТ (Ед/л), АСТ (Ед/л), глюкоза крови (ммоль/л), HbA_{1c} (%), ОХС (ммоль/л), ХС-ЛПВП (ммоль/л), ТГ (ммоль/л),

ХС-ЛПНП (ммоль/л), тиреотропный гормон (ТТГ) (мкМЕ/мл), тироксин свободный (Т₄ св.) (пмоль/л), МНО.

2.5. Оценка инструментальных методов исследования

Определение патогенеза острого коронарного синдрома с гемодинамической оценкой коронарного русла и необходимости восстановления кровообращения в миокарде

Определить патогенез ОКС, оценить гемодинамику КА и необходимости восстановления кровообращения в миокарде помогает коронароангиография (КАГ). Пациентам, включенным в регистр, КАГ была выполнена по клиническим показаниям на I, либо III этапах кардиореабилитации на базе регионального СЦ г. Кирова.

КАГ выполнялась на рентгеноангиографической установке Innova 3100 IQ (General Electric, США) радиальным доступом с использованием всех стандартных проекций и современных не ионных радиоcontrastных препаратов. Степень стеноза КА определяли визуально и в автоматическом режиме в виде процентного соотношения величины сужения на каком-либо интересующем участке КА к должной ширине данного участка. При необходимости транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБА) проводилась путём проведения в КА катетера с баллоном и последующем его раздуванием. Стентирование КА проводилось металлическими стентами без лекарственного покрытия различного диаметра.

В данном исследовании, были изучены протоколы КАГ и ЧКВ, на основании которых были оценены и внесены в индивидуальные карты пациентов, только следующие показатели: наличие АС КА или другой генез ОКС, его гемодинамическая значимость, проведение реваскуляризации миокарда (ТБА, стентирование), вид стента.

Определение насосной функции сердца

Всем пациентам, включенным в регистр на II этапе кардиореабилитации, в плановом порядке была проведена ЭХО-КГ. Исследование было выполнено на аппарате Vivid E9 (General Electric, США), в М-модальном (одномерная ЭХО-КГ), В-модальном (двухмерная ЭХО-КГ) и доплеровском режимах датчиками 3,5 МГц в постоянном и импульсном режимах с расчетом основных показателей структуры и функции сердца в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии [90].

Были оценены следующие показатели: индекс конечно диастолического объема (ИКДО) ЛЖ (мл/м²); ИКДО левого предсердия (ЛП) (мл/м²); индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, определенный по площади поверхности тела (г/м²); относительная толщина стенок (ОТС) ЛЖ; ФВ ЛЖ, оцененная методом Simpson (%); время замедления раннего трансмитрального кровотока (DT) (мс); усредненная (септально-латеральная) ранняя диастолическая волна трансмитрального кровотока (\bar{e} ср) (см/сек); соотношения E-волны кровотока на митральном клапане к \bar{e} -волне при тканевом доплере (E/ \bar{e} ср); систолическое давление в легочной артерии (РАР сист.) (mmHg); наличие ФП на момент исследования.

Сначала была оценена ФВ ЛЖ, на основании которой были выделены пациенты с ФВ ЛЖ < 40% (низкая), ФВ ЛЖ 40 - < 50% (промежуточная) и ФВ ЛЖ \geq 50% (сохранная) [12]. Далее всем пациентам с ФВ ЛЖ \geq 50% был определен ИКДО ЛЖ и отобраны пациенты, имеющие ИКДО ЛЖ > 97 мл/м² – это подтверждало наличие у них сердечной недостаточности с сохранной ФВ ЛЖ (СНсФВ) [12]. Всем остальным пациентам с ФВ ЛЖ \geq 50% и ИКДО ЛЖ < 97 мл/м² были подсчитаны диагностические коды СНсФВ [12], для которых было необходимо оценить наличие структурных и функциональных расстройств сердца.

Согласно действующим на момент исследования КР к *структурным расстройствам* относились большие (ИКДО ЛП > 34 мл/м², ИММ ЛЖ > 149 г/м² для мужчин и > 122 г/м² для женщин) и малые признаки (ИКДО ЛП > 29 мл/м², ИММ ЛЖ > 115 мл/м² для мужчин и > 95 г/м² для женщин, ОТС > 45) [12].

К функциональным расстройствам относились также большие (E/\bar{e} ср > 152 , PAF сист > 35 mmHg) и малые признаки (E/\bar{e} ср $> 9-14$, \bar{e} ср < 9 см/сек, DT < 100 мс, Ar-A > 30 мс, фибрилляция предсердий на момент исследования). За каждый большой признак начисляется 2 балла, за малый – 1 балл, после чего баллы суммируются. При сумме ≥ 4 баллов – СНсФВ установлена, 1-3 балла – СНсФВ возможна (для уточнения нужен дополнительный диагностический стресс-тест), 0 баллов – СНсФВ исключена (сдует установить иную причину симптомов и признаков ХСН) [12].

Оценка наличия гипертрофии миокарда левого желудочка, как органа-мишени при артериальной гипертензии

Оценка степени ремоделирования миокарда ЛЖ входит в стандартный протокол ЭХО-КГ, которая, как уже упоминалось выше, была проведена в плановом порядке всем пациентам, включенным в регистр на II этапе кардиореабилитации. Для определения её наличия или отсутствия стандартно оцениваются следующие показатели ИММ ЛЖ ($г/м^2$) и ОТС ЛЖ [91]. За норму для расчета ГЛЖ было взято значение ИММ ЛЖ для мужчин < 115 $г/м^2$, для женщин < 95 $г/м^2$, а ОТС ЛЖ $> 0,45$ [90].

В данном исследовании, с целью определения наличия ПОМ при АГ, учитывался только сам факт наличия или отсутствия ГЛЖ в протоколе исследования, который фиксировался в индивидуальную карту больного.

Оценка зависимости фракции выброса левого желудочка и частоты сердечных сокращений

Всем пациентам, включенным в регистр на II этапе кардиореабилитации, в плановом порядке было проведено, помимо вышеупомянутой ЭХО-КГ, ХМ-ЭКГ. Исследование было выполнено на аппаратно-программном комплексе с цифровой записью «Кардиотехника-04-8» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург) в непрерывном 24-часовом режиме записи ЭКГ в 12 отведениях. Расшифровка проводилась с

помощью компьютерной диагностической системы для суточного мониторинга “ИНКАРТ”.

В данном исследовании, с целью оценки зависимости ФВ ЛЖ и ЧСС были изучены протоколы данных исследований, на основании которых были оценены и внесены в индивидуальные карты пациентов, только следующие показатели: ритм на момент проведения исследования, среднесуточная ЧСС, наличие пауз > 2000 мс. Из протоколов ЭХО-КГ, которые были описаны ранее, были взяты только значения ФВ ЛЖ (методом Simpson) и ритм на момент проведения исследования.

2.6. Использование различных опросников и шкал

Оценка приверженности пациентов к рекомендуемой медикаментозной терапии

Все пациенты, включенные в регистр и которые смогли подтвердить свой жизненный статус через 12 месяцев после ОКС, самостоятельно в присутствии исследователя заполнили тест Мориски-Грина [92, 93], на основании которого в дальнейшем исследователь оценил их приверженность к рекомендуемой на III этапе кардиореабилитации МТ.

Оценка качества жизни

Все пациенты, включенные в регистр и которые смогли подтвердить свой жизненный статус через 12 месяцев после ОКС, самостоятельно в присутствии исследователя оценили качество своей жизни на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) – “термометр здоровья” (*приложение 3*). На основании, чего в дальнейшем исследователем было проведено сравнение полученных результатов с целью стандартизации оценки эффективности проведенных этапов кардиореабилитации по поводу ОКС.

Данная шкала является второй частью валидированной версии международного опросника EuroQol Research Foundation-5D, который был разработан в 1991 году европейскими учеными, а в 1995 году его русская версия зарегистрирована Международным обществом по исследованию КЖ [94, 95].

«Термометр здоровья» представляет собой вертикальную градуированную линейку от «0» до «100», на которой «0» означает самое плохое состояние здоровья, а «100» – самое хорошее. Пациентам самостоятельно необходимо отметить уровень своего текущего состояния, связанного со здоровьем, который переводится в баллы (от 0 до 100) в соответствии с выбранным параметром.

2.7. Статистический анализ данных

Статистическая обработка включала методы описательной и аналитической статистики.

Описание количественных признаков выполнено определением нормальности распределения при помощи критерия Шапиро-Уилка [96, 97]. Количественные признаки, имеющие нормальное распределение описывались с помощью средней, стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), а с отличным от нормального распределения – представлены в виде медианы с границами межквартильных размахов 25% и 75% ($Me [LQ; UQ]$) [96, 97]. Качественные признаки представлены абсолютными и относительными величинами (%) [96, 97].

Статистическая значимость количественных данных, имеющих отличное от нормального распределение, определялась для несвязанных выборок критерием Манна-Уитни (U), а для связанных – критерием Вилкоксона (W) [96, 97]. Статистическая значимость выборочных качественных данных оценивалась с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетца или точного критерия Фишера, в зависимых группах с помощью критерия Мак-Нимара [96, 97]. В качестве критического уровня статистической значимости различий (p) выбрано значение $p < 0,05$ [96, 97]. Сравнение 3 и более независимых групп с отличными от нормального распределением оценивалась при помощи таблиц сопряженности, при этом критический уровень статистической значимости различий (p) выбрано значение $p < 0,017$ при наличии 3 одновременно сравниваемых групп, $p < 0,0085$ при наличии 4 одновременно сравниваемых групп и $p < 0,0051$ при наличии 5 одновременно сравниваемых групп [96, 97].

Оценка зависимости количественных данных, с отличным от нормального распределения оценивалась с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена (r_s) [97]. Так при положительном значении данного показателя речь идет о прямой корреляции, а при отрицательном – обратной. При значении r равном 1 говорят о наличии сильной корреляционной связи, $\geq 0,7$ – о высокой, $\geq 0,3$ – о средней, $< 0,3$ – о слабой, при равной 0 – об отсутствии корреляционной зависимости совсем [96, 97]. При этом критическим уровнем статистической значимости корреляционной связи (p) выбрано значение $p < 0,05$ [96, 97].

Оценка отношения шансов (ОШ) и 95% (ДИ) доверительного интервала оценивалась с помощью таблиц сопряженности по формуле: $ОШ = A * D / B * C$, где A – количество пациентов, имеющих исследуемое заболевание и исследуемый ФР; B – количество пациентов, имеющих исследуемое заболевание, но не имеющих исследуемый ФР; C – количество пациентов, не имеющих исследуемое заболевание, но имеющих исследуемый ФР; D – количество пациентов, не имеющих ни исследуемое заболевание, ни исследуемый ФР [96, 97]. Различие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$ [96, 97].

Количество наблюдений в выборках соответствует применяемым статистическим критериям для анализа данных [96, 97]. Данное количество наблюдений соответствует мощности применяемых в исследовании методов анализа данных [96, 97].

Для подсчета статистических данных была использована программа Statistica 10.0. (StatSoft Inc.).

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Возрастные, гендерные и географические особенности пациентов, включенных в регистр

Средний возраст пациентов составил 65,00 [59,00; 72,00] лет, при этом около 1/2 пациентов были пожилого и старческого возраста (Таблица 2). В изучаемой когорте пациентов преобладали мужчины (91 мужчина (55,83%) против 72 женщин (44,17%), $p=0,035$), при этом женщины были старше мужчин (67,50 [62,00; 75,50] против 62,00 [56,00; 66,50] лет соответственно, $p<0,001$) (Таблица 2).

Таблица 2 – Возрастные и гендерные характеристики пациентов, включенных в регистр

Показатель	n	%	Me [LQ; UQ]	Сравнение мужчин и женщин				
				U	Z	χ^2	df	p
≥ 75 лет	29	17,79	-	-	-	-	-	-
65-74 года	54	33,13	-	-	-	-	-	-
55-64 года	57	34,97	-	-	-	-	-	-
< 55 лет	23	14,11	-	-	-	-	-	-
Мужчины	91	55,83	-	-	-	4,43	1	0,035
Женщины	72	44,17	-					
Δ возраст (года)	163	100	65,00 [59,00; 72,00]	-	-	-	-	-
Δ возраст (года) мужчины	91	55,83	62,00 [56,00; 66,00]	1935,5	4,48	-	-	<0,001
Δ возраст (года) женщины	72	44,17	67,50 [62,00; 75,00]					

Все пациенты оказались постоянно проживающими на территории Кировской области. Из них почти 2/3 пациентов проживало в г. Киров, а остальные – в 14 (35,00%) из 40 районах Кировской области различно удаленных от областного центра ($151,36 \pm 97,58$ км) [98]. При этом жителями сельской местности оказались только 29 (17,79%) из всех наблюдаемых. Подробно географическая характеристика больных, включенных в регистр, представлена в *Таблица 3*.

Таблица 3 – Географическая характеристика больных, включенных в регистр

	Город (n)	Село (n)	Всего (n)	Расстояние до г. Киров в км $M \pm \sigma / n$
Киров	119	-	119 (73,01%)	-
Районы	15	29	44 (26,99%)	$151,36 \pm 97,58$
Арбажский	0	1	1	204
Белохолуницкий	0	1	1	82
Вятско-Полянский	3	0	3	350
Кирово-Чепецкий	6	8	14	40
Нолинский	1	2	3	136
Оричевский	0	5	5	50
Орловский	4	0	4	77
Пижанский	0	1	1	172
Санчурский	0	2	2	284
Слободской	0	1	1	35
Тужинский	0	2	2	219
Унинский	0	1	1	189
Юрьянский	0	5	5	68
Яранский	1	0	1	213
	134 (82,21%)	29 (17,79%)	-	-

3.2 Ретроспективный анализ клинического статуса пациентов с фибрилляцией предсердий, предшествующего острому коронарному синдрому

3.2.1 Ретроспективная оценка, имеющихся в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний

На основании данных медицинских документов до поступления с ОКС не имели ССЗ – 6 (3,68%) пациентов, одно ССЗ – 8 (4,91%) (АГ – 5 (3,07%), а ИБС, кардиомиопатия (КМП) неуточненная, хроническая венозная недостаточность (ХВН) с посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС) – по 1 (0,61%) пациенту), сочетанные (≥ 2) ССЗ наблюдалась у большинства пациентов – 149 (91,41%) (Рисунок 2).

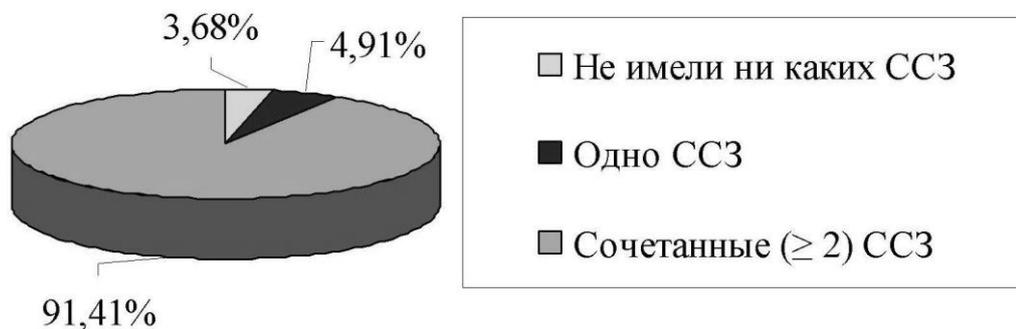


Рисунок 2 – Наличие в анамнезе ССЗ до госпитализации по поводу ОКС

ФП до госпитализации с ОКС из 163 пациентов имели 105 (64,42%) пациентов (Таблица 4), у 58 (35,58%) – она была выявлена позже, то есть впервые выявленная ФП. Подробное распределение пациентов по формам ФП, а также наличие общегруппового возрастного различия ($p=0,005$) в зависимости от формы ФП представлено в Таблица 5. Согласно данным Таблица 6, при проведении попарного сравнения возрастных отличий при разных формах ФП, пациенты с ранее диагностированной ФП были старше пациентов с впервые выявленной ФП (66,00 [60,00; 79,00] против 62,50 [58,00; 67,00] лет, $p=0,044$), при этом, пациенты с

пароксизмальной формой ФП были старше пациентов с впервые выявленной и персистирующей формами ФП (67,00 [62,00; 75,00] против 62,50 [58,00; 67,00] и 63,00 [57,00; 69,00] лет соответственно, $p < 0,05$). Средний стаж ФП у пациентов, имеющих ФП до ОКС, составил 4,00 [2,00; 9,00] года (*Таблица 4*).

ИБС до госпитализации с ОКС в анамнезе имели 128 (78,53%) пациентов (*Таблица 4*), в том числе с наличием перенесённого ранее ОКС – 61 (37,42%) пациент (*Таблица 7*). При этом КАГ, на догоспитальном этапе, было выполнено 22 (13,50%) пациентам, в том числе 5 (3,06%) пациентам со стентированием и/или ТБА КА, а также 7 (4,29%) пациентам была выполнена оперативная реваскуляризация миокарда (шунтирование), что более подробно изложено в *Таблица 8*. Средний возраст пациентов с ИБС составил 65,00 [59,00; 73,50] лет, а средний стаж ИБС – 6,00 [3,00; 10,50] лет (*Таблица 4*).

Всего АГ в анамнезе до госпитализации с ОКС имели 150 (92,02%) пациентов (*Таблица 4*) (в том числе у 2 (1,23%) вазоренального генеза, у 14 (8,59%) гипертонический нефросклероз, у 13 (7,98%) нефросклероз смешанного генеза): 1 степень повышения АД имели 17 (10,43%), 2 степень – 21 (12,88%), 3 степень – 112 (68,71%) пациента. При этом средний возраст пациентов с АГ составил 66,00 [60,00; 73,00] лет, а средний стаж АГ – 11,00 [10,00; 17,00] лет (*Таблица 4*).

ХСН до госпитализации с ОКС имели 133 (81,60%) пациента (*Таблица 4*): I ФК имели 42 (25,77%) человека, II ФК – 55 (33,74%), III ФК – 36 (22,09%). Средний возраст пациентов с ХСН составил 66,00 [59,00; 73,00] лет, средний стаж ХСН – 1,00 [1,00; 4,00] год (*Таблица 4*).

Наличие общегрупповых ($p < 0,001$) и попарных различий ($p < 0,05$), которые представлены в *Таблица 9*, доказывают, что наиболее частым было сочетание одновременно 4 основных ССЗ (ФП + АГ + ИБС + ХСН) – 84 (51,53%) пациента, а наличие только 1 или 2 из них встречалось крайне редко.

Пациенты до госпитализации с ОКС в анамнезе имели другие ССЗ. Это, прежде всего, поражение сосудов атеросклеротического генеза других локализаций, различные другие виды НРС, ТЭО и другие ССЗ, что представлено в *Таблица 10*.

Таблица 4 – Оценка основных ССЗ до ОКС

Заболевание	n	%	Δ возраст пациентов (года), Ме [LQ; UQ]	Δ стаж заболевания (года), Ме [LQ; UQ]
ФП	105	64,42	66,00 [60,00; 79,00]	4,00 [2,00; 9,00]
ИБС	128	78,53	65,00 [59,00; 73,50]	6,00 [3,00; 10,50]
АГ	150	92,02	66,00 [60,00; 73,00]	11,00 [10,00; 17,00]
ХСН	133	81,59	66,00 [59,00; 73,00]	1,00 [1,00; 4,00]

Таблица 5 – Средний возраст пациентов при разных формах ФП до ОКС

Форма ФП	n	%	Δ возраст пациентов (года), Ме [LQ; UQ]	Межгрупповые		
				U	Z	p
Впервые выявленная	58	35,58	62,50 [58,00; 67,00]	14,73	4	0,005
Ранее диагностированная	105	64,42	66,00 [60,00; 79,00]			
Пароксизмальная	54	33,1	67,00 [62,00; 75,00]			
Персистирующая	26	15,95	63,00 [57,00; 69,00]			
Длительно персистирующая	4	2,45	51,00 [50,00; 63,00]			
Постоянная	21	12,88	66,00 [61,00; 72,00]			

Таблица 6 – Попарное сравнение возрастных отличий при разных формах ФП

Форма ФП	Ранне диагностированная*	Впервые выявленная*	Пароксизмальная*	Персистирующая*	Длительно персистирующая	Постоянная*
Ранне диагностированная*	-	U=2462,5 Z=-2,02 p=0,044	-	-	-	-
Впервые Выявленная*	U=2462,5 Z=-2,02 p=0,044	-	U=1043,0 Z=-3,04 p=0,002	U=740,0 Z=0,13 p=0,896	U=65,0 Z=1,45 p=0,148	U=484,5 Z=-1,39 p=0,169
Пароксизмальная*	-	U=1043,0 Z=-3,04 p=0,002	-	U=450,0 Z=2,58 p=0,010	U=44,5 Z=1,93 p=0,053	U=469,0 Z=1,15 p=0,250
Персистирующая*	-	U=740,0 Z=0,13 p=0,896	U=450,0 Z=2,58 p=0,010	-	U=31,5 Z=1,22 p=0,222	U=210,5 Z=1,3 p=0,185
Длительно персистирующая	-	U=65,0 Z=1,45 p=0,148	U=44,5 Z=1,93 p=0,053	U=31,5 Z=1,22 p=0,222	-	U=17,0 Z=1,82 p=0,069
Постоянная*	-	U=484,5 Z=-1,39 p=0,169	U=469,0 Z=1,15 p=0,250	U=210,5 Z=1,3 p=0,185	U=17,0 Z=1,82 p=0,069	-

Таблица 7 – Наличие и вид ОКС ранее в анамнезе у пациентов с ФП

Вид ОКС		НС	ИМ							Всего
			ИМ с Q		ИМ без Q			ИМ с Q + ИМ без Q	ИМ с Q 2 раза + ИМ без Q	
			1 раз	2 раза	1 раз	2 раза	3 раза			
Все	n	10	24	1	16	2	1	5	2	61
	%	6,13	14,72	0,61	9,82	1,23	0,61	3,07	1,23	37,42
Ранее диагности- рованная ФП	n	8	18	1	13	2	1	2	1	47
	%	7,62	17,14	0,95	12,38	1,9	0,95	1,9	0,95	44,76
Впервые выявленная ФП	n	2	6	-	3	-	-	3	1	14
	%	3,45	10,34	-	5,17	-	-	5,17	1,72	24,14

Таблица 8 – Проведение КАГ и реваскуляризации КА на догоспитальном этапе

Вид вмешательства		n (%) случаев
КАГ всего		22 (13,50%)
В том числе повторно		7 (4,29%)
Вид поражения КА	АС КА	21 (12,88%)
	Тромбоз и АС КА	1 (0,61%)
Гемодинамически значимый АС КА		14 (8,59%)
Стентирование КА*		2 (1,23%)
Стентирование с ТБА КА*		3 (1,84%)
Шунтирование	Всего	7 (4,29%)
	АШК	1 (0,61%)
	АКШ + МКШ	6 (3,68%)

Примечание к таблице 8: * – стенты без лекарственного покрытия; АКШ – аортокоронарное шунтирование; МКШ – маммарокоронарное шунтирование.

Таблица 9 – Наличие основных ССЗ заболеваний в анамнезе пациентов, в последствии госпитализированных с ОКС

		ФП n=105	ИБС n=128	АГ n=150	ХСН n=133	4 ССЗ n=84	3 ССЗ n=30	2 ССЗ n=15	1 ССЗ n=17
n=163		$\chi^2=102,63$, df =3, p< 0,001 (межгрупповые)				$\chi^2=38,42$, df =3, p< 0,001 (межгрупповые)			
ФП n=105	χ^2		7,96	36,46	12,2				
	df	-	1	1	1	-	-	-	-
	p		0,005	< 0,001	< 0,001				
ИБС n=128	χ^2	7,96		11,82	0,48				
	df	1	-	1	1	-	-	-	-
	p	0,005		< 0,001	0,49				
АГ n=150	χ^2	36,46	11,82		7,74				
	df	1	1	-	1	-	-	-	-
	p	< 0,001	< 0,001		0,005				
ХСН n=133	χ^2	12,2	0,48	7,74					
	df	1	1	1	-	-	-	-	-
	p	< 0,001	0,49	0,005					
4 ССЗ n=84	χ^2						17,47	69,06	66,4
	df	-	-	-	-	-	1	1	1
	p						< 0,001	< 0,001	< 0,001
3 ССЗ n=30	χ^2					17,47		109,36	8,78
	df	-	-	-	-	1	-	1	1
	p					< 0,001		< 0,001	0,003
2 ССЗ n=15	χ^2					69,06	109,36		0,14
	df	-	-	-	-	1	1	-	1
	p					< 0,001	< 0,001		0,71
1 ССЗ n=17	χ^2					66,4	8,78	0,14	
	df	-	-	-	-	1	1	1	-
	p					< 0,001	0,003	0,71	

Таблица 10 – Наличие других (не основных) ССЗ заболеваний в анамнезе пациентов впоследствии госпитализированных с ОКС

Заболевание		n (%) случаев	
АС	БЦА	Гемодинамический значимый	1 (0,61%)
		Гемодинамический не значимый	24 (14,72%)
		Цереброваскулярная болезнь	25 (15,34%)
	Периферических артерий		30 (18,40%)
НРС	СССУ		15 (9,20%)
	СССУ (бинодальная слабость)		5 (3,07%)
	СССУ (миграция водителя ритма по предсердиям)		1 (0,61%)
	СССУ (синоатриальная блокада 3 степени)		1 (0,61%)
	Желудочковая экстрасистолия 4а градации		3 (1,84%)
	Желудочковая экстрасистолия 4б градации		2 (1,23%)
	Имплантированный ЭКС (по поводу СССУ)		4 (2,45%)
	Проведенная РЧА ЛВ		2 (1,23%)
ВПС	2-х створчатый АК + левокардия + коарктация АО (скоррегированная)		1 (0,61%)
	Открытое овальное окно		2 (1,23%)
	Дефект межпредсердной перегородки (скоррегирован)		1 (0,61%)
Синдром дисплазии соединительной ткани в виде пролапса МК		1 (0,61%)	
Хроническая ревматическая болезнь сердца		4 (2,45%)	
Хроническая ревматическая болезнь сердца + ИКС (АК/МК)		2 (1,23%)	
КМП	Дилатационная		1 (0,61%)
	Гипертрофическая (не обструктивная)		1 (0,61%)
	Аритмогенная		1 (0,61%)
	Неуточненная		1 (0,61%)
Аневризма восходящей части АО + расслоение брюшной части АО + аневризма ЛЖ		1 (0,61%)	
Аневризма ЛЖ		1 (0,61%)	
Стеноз почечных артерий		1 (0,61%)	
Стеноз почечных артерий со стентированием и рестенозом		1 (0,61%)	

Продолжение таблицы 10

Заболевание		n (%) случаев	
Хроническая венозная недостаточность с Посттромбофлебитическим синдромом		2 (1,23%)	
ТЭО	МИ	С гемиплегией/параплегией	3 (1,84%)
		Без осложнений	16 (9,82%)
	ТИА		2 (1,23%)

Примечание к таблице 10: БЦА – брахиоцефальные артерии, СССУ – синдром слабости синусного узла, ВПС – врожденный порок сердца, АК – аортальный клапан, МК – митральный клапан, ИКС – искусственный клапан сердца, АО – аорта.

При анализе наличия ранее в анамнезе ОКС и ТЭО (в виде ишемического МИ, ТИА) было выявлено, что пациенты с ранее диагностированной ФП, в отличие от пациентов с впервые выявленной ФП, наиболее часто уже имели в анамнезе ОКС (47 (44,76%) против 14 (24,14%) пациентов соответственно, $p=0,009$) (Таблица 11).

Таблица 11 – Оценка наличия в анамнезе ОКС и ТЭО у пациентов с ранее диагностированной и впервые выявленной ФП

	Ранее диагностированная ФП, n (%)	Впервые выявленная ФП, n (%)	p
ОКС	47 (44,76%)	14 (24,14%)	0,009
ТЭО *	14 (13,33%)	7 (12,07%)	0,82

Примечание к таблице 11: * – в виде ишемического МИ, ТИА

После подсчета всех имеющихся ССЗ в анамнезе пациентов до госпитализации с ОКС было получено, что среднее число диагнозов ССЗ у всей изучаемой когорты пациентов составило 4,00 [3,00; 5,00] (Таблица 12). При этом у больных с ранее диагностированной ФП их оказалось значимо больше, чем у пациентов, имеющих впервые выявленную ФП (5,00 [4,00; 5,00] против 3,00 [2,00; 4,00] диагнозов, $p<0,001$) (Таблица 12). Однако на данный показатель могло повлиять и наличие диагноза ФП у всех пациентов одной из групп в отличие от другой. Поэтому с целью нивелирования данного факта пациентам обеих групп

было вновь подсчитано среднее число диагнозов ССЗ, но уже без учета ФП – все показатели остались примерно в таком же диапазоне (Таблица 12).

Таблица 12 – Среднее количество диагнозов ССЗ и не ССЗ (сопутствующих) в анамнезе у пациентов до ОКС

Δ Количество диагнозов		n	Me [LQ; UQ]	U	Z	p
ССЗ (с ФП)	Вся когорта	163	4,00 [3,00; 5,00]	-	-	-
	Ранее диагностированная ФП	105	5,00 [4,00; 5,00]	1127,00	-6,64	<0,001
	Впервые выявленная ФП	58	3,00 [2,00; 4,00]			
ССЗ (без ФП)	Вся когорта	163	4,00 [3,00; 4,00]	-	-	-
	Ранее диагностированная ФП	105	4,00 [3,00; 4,00]	20,69,00	-3,38	<0,001
	Впервые выявленная ФП	58	3,00 [2,00; 4,00]			
Сопутст- вующие (несердечные заболевания)	Вся когорта	163	2,00 [1,00; 3,00]	-	-	-
	Ранее диагностированная ФП	105	2,00 [1,00; 3,00]	2511,50	-1,85	0,06
	Впервые выявленная ФП	58	1,00 [0,00; 3,00]			

3.2.2 Ретроспективная оценка, имеющихся в анамнезе сопутствующих (не сердечных) заболеваний

Сопутствующие (не сердечные) заболевания (НСЗ) в целом до госпитализации с ОКС в анамнезе имели 129 (79,14%) пациентов, из них сочетанные (≥ 2) НСЗ имели 92 (56,44%) пациента, одно НСЗ – 37 (22,70%). Совсем не имели НСЗ 34 (20,86%) пациента (Рисунок 3).

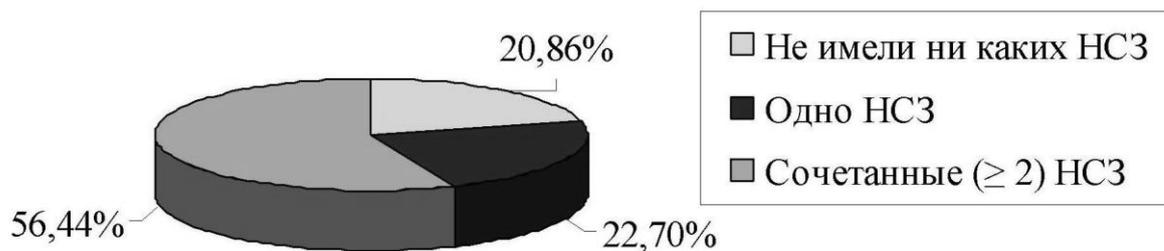


Рисунок 3 – Наличие в анамнезе НСЗ до госпитализации по поводу ОКС

Заболевания эндокринной системы были выявлены в 63 случаях (38,65%) в виде нарушений углеводного обмена у 34 человек (20,86%) и нарушений функции ЩЖ у 29 пациентов (17,79%). Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) были выявлены в 98 случаях (60,12%), почти 2/3 которых составили заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Заболевания мочевыделительной системы были выявлены в 137 случаях (84,05%), около 1/2 которых составила ХБП различных стадий. Заболевания органов дыхания были выявлены в 21 случае (12,88%). Кроме этого, в 34 случаях (20,86%) были выявлены заболевания других органов и систем, почти 1/3 из которых составили новообразования различного генеза. Более подробно наличие НСЗ в анамнезе у пациентов до ОКС представлено в *Таблица 13*.

После подсчета всех имеющихся НСЗ в анамнезе до ОКС, было получено, что среднее число диагнозов НСЗ у всей изучаемой когорты пациентов составило 2,00 [1,00; 3,00] (*Таблица 12*). При этом у больных с ранее диагностированной ФП имела тенденция к большему количеству НСЗ, чем у пациентов с впервые выявленной ФП: 2,00 [1,00; 3,00] против 1,00 [0,00; 3,00] НСЗ соответственно, $p=0,06$ (*Таблица 12*).

Таблица 13 – Наличие сопутствующих (не сердечных) заболеваний в анамнезе у пациентов до ОКС

Заболевание		n (%) случаев	
Заболевания эндокринной системы		63 (38,65%)	
<i>Нарушение углеводного обмена</i>		<i>34 (20,86%)</i>	
СД2	Без осложнений	17 (10,43%)	30 (18,41%)
	С нефропатией*	11 (6,75%)	
	С нефропатией* и полинейропатией	1 (0,61%)	
	С нефропатией* и ретинопатией	1 (0,61%)	
НТГ		4 (2,45%)	
<i>Нарушение функции ЩЖ</i>		<i>29 (17,79%)</i>	
ДУЗ	Амиодарон индуцированный	7 (4,29%)	25 (15,34%)
	Другой	18 (11,04%)	
	Струмэктомия	2 (1,23%)	
АИТ	Амиодарон индуцированный	4 (2,45%)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта		98 (60,12%)	
Язвенная болезнь желудка и ДПК	Стадия ремиссии	30 (18,40%)	30 (18,40%)
	Стадии обострения	0	
	Прободение с ушиванием	1 (0,61%)	
Гастрит/ дуоденит	Эрозивный	10 (6,13%)	33 (20,25%)
	Не эрозивный	12 (7,36%)	
	Хронический атрофический	11 (6,75%)	
Заболевания пищевода	Эзофагит	1 (0,61%)	9 (5,52%)
	ГЭРБ	5 (3,07%)	
	Грыжа поддиафрагмального отверстия	3 (1,84%)	
Хронический катаральный проктосигмоидит		1 (0,61%)	

Продолжение таблицы 13

Заболевание		n (%) случаев		
Кисты печени		2 (1,23%)		
Гепатомегалия неясного генеза		1 (0,61%)		
Желчекаменная болезнь	Холецистэктомия неосложненная	1 (0,61%)	10 (6,13%)	
	Послехолецистэктомический синдром	1 (0,61%)		
	Консервативное лечение	8 (4,91%)		
Хронический холецистит	Калькулезный	4 (2,45%)	6 (3,68%)	
	Другой	2 (1,23%)		
Хронические вирусные гепатиты	«В»	3 (1,84%)	6 (3,68%)	
	«С»	3 (1,84%)		
Заболевания мочевыделительной системы		131 (80,37%)		
ХБП	Стадия по уровню СКФ	С2	42 (25,77%)	69 (42,33%)
		С3а	19 (11,66%)	
		С3б	7 (4,29%)	
		С4	1 (0,61%)	
	Стадия по уровню альбуминурии	А0	17 (10,43%)	
		А1	10 (6,13%)	
		А2	1 (0,61%)	
		Неизвестно	135 (82,82%)	
Хронический пиелонефрит		16 (9,82%)		
Мочекаменная болезнь		15 (9,20%)		
Гидронефроз		2 (1,23%)		
Кисты почек		26 (15,95%)		
Агенезия почки		1 (0,61%)		
Нефроптоз		2 (1,23%)		

Продолжение таблицы 13

Заболевание		n (%) случаев	
Заболевания органов дыхания		21 (12,88%)	
Бронхиальная астма		10 (6,13%)	
Хроническая обструктивная болезнь легких		9 (5,52%)	
Хронический не обструктивный бронхит		2 (1,23%)	
Заболевания других органов и систем		34 (20,86%)	
Ревматоидный артрит		1 (0,61%)	
Подагра	Подагрический гонартроз	1 (0,61%)	
Псориаз	Псориатический гонартроз	1 (0,61%)	
Остеоартроз	Гонартроз (консервативное лечение)	2 (1,23%)	3 (1,84%)
	Протез коленного сустава	1 (0,61%)	
Анкилозирующий спондилоартрит		2 (1,23%)	
Болезнь Паркинсона		1 (0,61%)	
Анемия	Железодефицитная	4 (2,45%)	
Хронический простатит		2 (1,23%)	
Двухсторонняя сенсоневральная тугоухость		1 (0,61%)	
Катаракта обоих глаз		1 (0,61%)	
Открытоугольная глаукома обоих глаз		2 (1,23%)	
Диабетическая ретинопатия (см. выше)		1 (0,61%)	
Диабетическая полинейропатия (см. выше)		1 (0,61%)	
Новообразования различного генеза	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	6 (3,68%)	13 (7,98%)
	Доброкачественная опухоль пищевода	1 (0,61%)	
	Доброкачественная опухоль кишечника	1 (0,61%)	

Продолжение таблицы 13

Заболевание		n (%) случаев	
	Доброкачественная опухоль мозжечка (оперированная)	1	(0,61%)
	Рак молочной железы (оперированный)	1	(0,61%)
	Рак желудка (неуточненный)	1	(0,61%)
	Рак ЩЖ (оперированный)	1	(0,61%)
	Рак мочевого пузыря (неуточненный)	1	(0,61%)

Примечание: к таблице 13: * – смешанного генеза (СД и АГ); ДУЗ – диффузный узловой зоб; АИТ – аутоиммунный тиреоидит; ГЭРБ – гастроэзофагеально рефлюксная болезнь.

3.2.3 Ретроспективная оценка полиморбидности у пациентов до госпитализации с острым коронарным синдромом

После объединения всех имеющихся диагнозов ССЗ (с учетом ФП) и НСЗ в целом у пациентов в анамнезе до ОКС было получено, что сочетанную (≥ 2) патологию имели 156 (95,71%) пациентов, имели только одно заболевание – 6 (3,68%) пациентов, а не имел совсем ни каких заболеваний только 1 (0,61%) пациент (Рисунок 4).

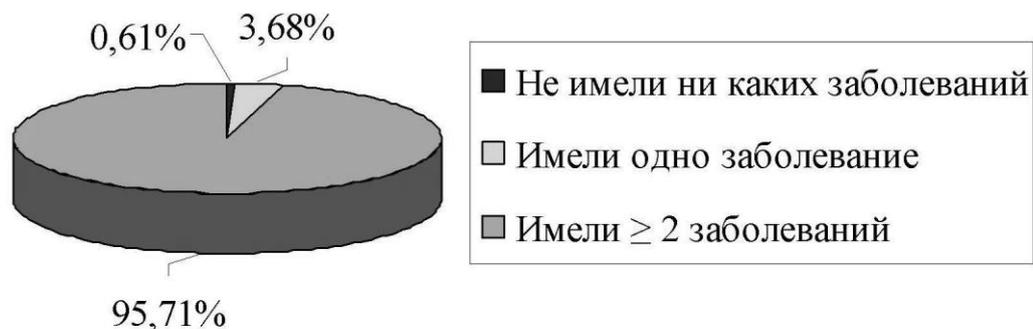


Рисунок 4 – Оценка всей имеющейся патологии (ССЗ (с учетом ФП) и НСЗ) у пациентов до госпитализации по поводу ОКС

У всех пациентов был подсчитан количественный ИПМ Л.Б. Лазебника (2000), среднее значение, которого для всей изучаемой когорты составило 6,00 [4,00; 8,00]. При этом группа пациентов с ранее диагностированной ФП имела тенденцию к более высоким показателям в отличие от группы пациентов с впервые выявленной ФП (7,00 [6,00; 8,00] против 4,00 [3,00; 7,00], $p < 0,001$) (Таблица 14).

Таблица 14 – Оценка полиморбидности, имеющейся в анамнезе у пациентов до возникновения ОКС, количественным ИПМ Л.Б. Лазебника (2000)

Δ ИПМ		n	Me [LQ; UQ]	U	Z	p
ССЗ (с ФП) + НСЗ	Вся когорта	163	6,00 [4,00; 8,00]	-	-	-
	Ранее диагностированная ФП	105	7,00 [6,00; 8,00]	1522,50	-5,28	<0,001
	Впервые выявленная ФП	58	4,00 [3,00; 7,00]			

Также у всех пациентов были оценены и качественные характеристики ПМ – степень тяжести ПМ и выживаемость при помощи ИПМ М.Е. Charlson (1987) в модификации Н. Quan (2005), адаптированного к МКБ-10, которые более подробно представлены на Рисунок 5 и в Таблица 15.

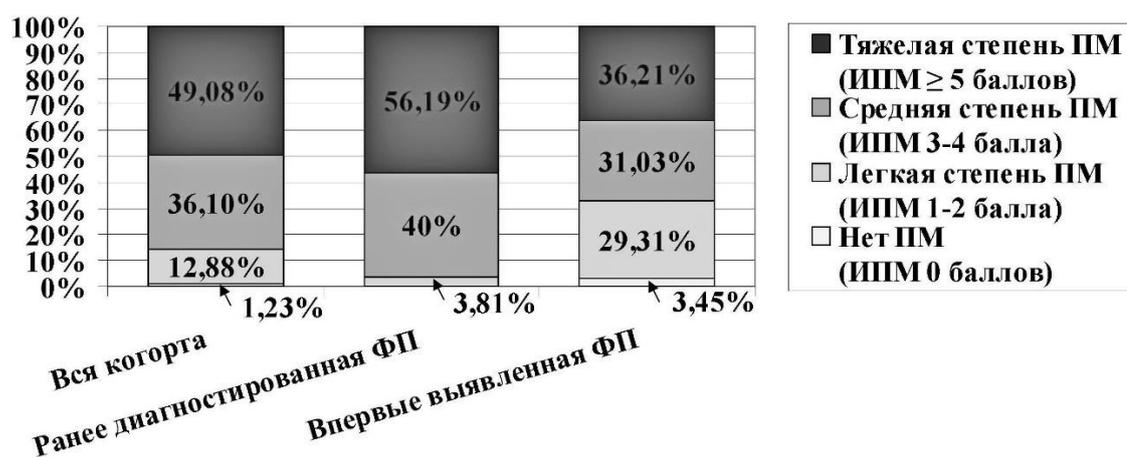


Рисунок 5 – Оценка степени тяжести ПМ, имеющейся в анамнезе у пациентов до возникновения ОКС, качественным ИПМ М.Е. Charlson (1987) в модификации Н. Quan (2005)

Таблица 15 – Оценка степени тяжести ПМ, имеющейся в анамнезе у пациентов до возникновения ОКС, качественным ИПМ М.Е. Charlson (1987) в модификации Н. Quan (2005)

	n	Нет ПМ, n (%)	Легкая степень ПМ, n (%)	Средняя степень ПМ, n (%)	Тяжелая степень ПМ, n (%)	Δ ИПМ Me [LQ; UQ]
Вся когорта	163	2 (1,23%)	21 (12,88%)	60 (36,1%)	80 (49,08%)	4,00 [3,00; 6,00]
Ранее диагностированная ФП	105	0	4 (3,81%)	42 (40%)	59 (56,19%)	5,00 [4,00; 6,00]
Впервые выявленная ФП	58	2 (3,45%)	17 (29,31%)	18 (31,03%)	21 (36,21%)	4,00 [2,00; 5,00]
$\chi^2=24,9$, $df=3$, $p<0,001$ (межгрупповое) *						U=2002,00
						Z=-3,61
						p<0,001

Примечание к таблице 15: * – данный критерий неприменим, так как в > 20% ячеек имеется недостаточное количество наблюдаемых (≤ 5 человек).

Примечательным оказалось, что пациенты, не имеющие ПМ – 2 (3,45%), встречались только в группе пациентов с впервые выявленной ФП (Рисунок 5, Таблица 15). Среднее значение ИПМ у пациентов с ранее диагностированной ФП оказалось больше, чем у пациентов в группе с впервые выявленной ФП (5,00 [4,00; 6,00] против 4,00 [2,00; 5,00] баллов соответственно, $p<0,001$) (Таблица 15).

На основании данного ИПМ все пациенты были ранжированы на 2 группы: 1 группа – пациенты, не имеющие ПМ, а также пациенты с легкой и средней степенью тяжести ПМ (83 (50,92%) пациента) и 2 группа – пациенты с тяжелой степенью ПМ (80 (49,08%) пациентов). После чего было проведено сравнение данных групп по выраженности как качественного, так и количественного ИПМ, а также возрастным и гендерным характеристикам (Таблица 16). В результате чего

было установлено, что для пациентов 2 группы были характерны более высокие показатели и количественного и качественного ИПМ в отличие от пациентов 1 группы (8,00 [7,00; 9,00] против 4,00 [3,00; 6,00] баллов и 6,00 [5,00; 7,00] против 3,00 [2,00; 4,00] баллов соответственно, $p < 0,001$) (Таблица 16). А также было установлено, что пациенты 2 группы оказались старше пациентов 1 группы (72,00 [65,00; 76,00] лет против 60,00 [54,00; 65,00] лет, $p < 0,001$), и среди них преобладало большее число пациентов, относящихся к пожилому и старческому возрасту (76,25% против 25,30% и 36,25% против 1,20% пациентов соответственно, $p < 0,001$) (Таблица 16). Кроме этого в 1 группе преобладали мужчины (72,29% против 27,71%, $p < 0,001$), а во 2 – женщины (61,25% против 38,75%, $p < 0,001$) (Таблица 16).

Таблица 16 – Сравнение 1 и 2 группы по выраженности качественного и количественного ИПМ, возрастным и гендерным характеристикам

	1 группа	2 группа	U/ χ^2	Z/df	p
n (%)	83 (50,92%)	80 (49,08%)	-	-	-
Δ ИПМ количественный, Me [LQ; UQ]	4,00 [3,00; 6,00]	8,00 [7,00; 9,00]	U=704,50	Z=8,68	<0,001
Δ ИПМ качественный, Me [LQ; UQ]	3,00 [2,00; 4,00]	6,00 [5,00; 7,00]	U=0,00	Z=11,02	<0,001
Средний возраст (года), Me [LQ; UQ]	60,00 [54,00; 65,00]	72,00 [65,00; 76,00]	U=1020,00	Z=7,63	<0,001
Мужчины, n (%)	60 (72,29%)	31 (38,75%)	$\chi^2=5,35$	df=1	0,021
Женщины, n (%)	23 (27,71%)	49 (61,25%)	$\chi^2=7,26$	df=1	0,007
Пациенты ≥ 65 лет, n (%)	21 (25,30%)	61 (76,25%)	$\chi^2=14,31$	df=1	<0,001
Пациенты ≥ 75 лет, n (%)	1 (1,20%)	29 (36,25%)	$\chi^2=23,34$	df=1	<0,001

3.2.4 Ретроспективная оценка факторов сердечно-сосудистого риска в анамнезе у пациентов до госпитализации с острым коронарным синдромом

Данные о возрасте, уровне АД, ОХС, ХС-ЛПНП, сахара крови, ИМТ, курении и наследственности имелись у всех исследуемых, включенных в регистр (Таблица 17).

Мужчин в возрасте старше 55 лет было 73 из 91 (80,22%), а женщин в возрасте старше 65 лет – 49 из 72 (68,06%). Таким образом, фактор пол/возраст суммарно имел место у 122 (74,85%) пациентов (Таблица 17).

На момент госпитализации по поводу ОКС курили 32 (19,63%) пациента, а 19 (11,66%) пациентов отметили факт курения в своей жизни, но уже бросили (Таблица 17): 6 и менее месяцев назад – 6 (31,58%) человек, более 1 года – 5 (26,32%), более 5 лет – 3 (15,79%) и более 10 лет – 5 (26,32%). При этом средний стаж курения у пациентов, бросивших курить до госпитализации по поводу ОКС, оказался достоверно меньше, чем у пациентов, продолжавших курить дальше ($p < 0,001$) (Таблица 18).

Данные полностью обо всех показателях ЛС крови имелись только у 130 пациентов (79,75%) из 163, включенных в регистр. Из них ДЛП была выявлена у 111 (68,10%) пациентов. Среди оставшихся 33 (20,25%) пациентов, у которых имелись данные не обо всех показателях ЛС, условно нормальным ЛС можно считать только у 15 (45,45%) пациентов. Таким образом, минимум 129 пациентов (79,14%) из 163 имели ДЛП (Таблица 17).

НТГ имело место у 4 (2,45%) пациентов, а нарушение гликемии натощак (глюкоза плазмы 5,6-6,9 ммоль/л) у 33 (20,25%) из 163 пациентов без СД (Таблица 17).

Ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг м}^2$) было выявлено у 53 пациентов (32,51%) из 163. Однако данные об ОТ были указаны только у 39 (23,93%), из них абдоминальное ожирение ($\text{ОТ} \geq 102 \text{ см}$ для мужчин и $\geq 88 \text{ см}$ для женщин) имели 10 (25,64%) мужчин и 14 (35,90%) женщин, то есть суммарно 24 человека. Это

61,54% человек от имеющихся данных и 14,72% от всех наблюдаемых (Таблица 17).

Отягощенный семейный анамнез в отношении ССЗ (наличие ССЗ у мужчин < 55 лет и у женщин < 65 лет) имели 52 (31,9%) пациента (Таблица 17).

Таблица 17 – Оценка факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов до госпитализации по поводу ОКС

Фактор		п (имеются данные)	п (имеют ФР)	% (от имеющихся данных)	% (от всей когорты)
Пол/возраст		163	122	74,85%	74,85%
Курение		163	32	19,63%	19,63%
ОХС > 4,9 ммоль/л		163	83	50,92%	50,92%
ХС-ЛПНП > 3,0 ммоль/л		163	87	53,37%	53,37%
ХС- ЛПВП	Мужчины < 1,0 ммоль/л	133	58	43,61%	35,58%
	Женщины < 1,2 ммоль/л				
ТГ > 1,7 ммоль/л		147	40	27,21%	24,54%
Отсутствие ДЛП		130	19	14,62%	11,66%
Условное отсутствие ДЛП		33	15	45,45%	9,20%
Наличие ДЛП		130	111	85,38%	68,10%
		163	129	79,14%	79,14%
Нарушение гликемии натошак (глюкоза плазмы 5,6-6,9 ммоль/л) (без СД и НТГ)		163	33	20,25%	20,25%
НТГ (без СД)		163	4	2,25%	2,25%
ИМТ ≥ 30 кг/м ²		163	53	32,51%	32,51%
Абдоминальное ожирение		39	24	61,54%	14,72%
Отягощенный семейный анамнез ССЗ		163	52	31,90%	31,90%

Таблица 18 – Сравнение среднего стажа курения у пациентов бросивших курить до госпитализации с ОКС и продолжавших курить дальше

Δ Стаж курения (лет)	n (%)	Me [LQ; UQ]	U	Z	p
Курят на момент госпитализации с ОКС	32 (19,63%)	40,00 [30,00; 40,00]	104,00	3,89	<0,001
Бросили до госпитализации с ОКС	19 (11,66%)	15,00 [10,00; 30,00]			

Таким образом, после анализа всех имеющихся в анамнезе до госпитализации с ОКС ФР, патологии ССЗ и НСЗ было выявлено, что большая часть – 155 (95,09%) пациентов уже относились к IV группе КВР, 5 (3,07%) пациентов – к III группе КВР и только 3 (1,84%) пациента – ко II группе КВР, пациентов, относящихся к I группе КВР, выявлено не было (Рисунок 6).

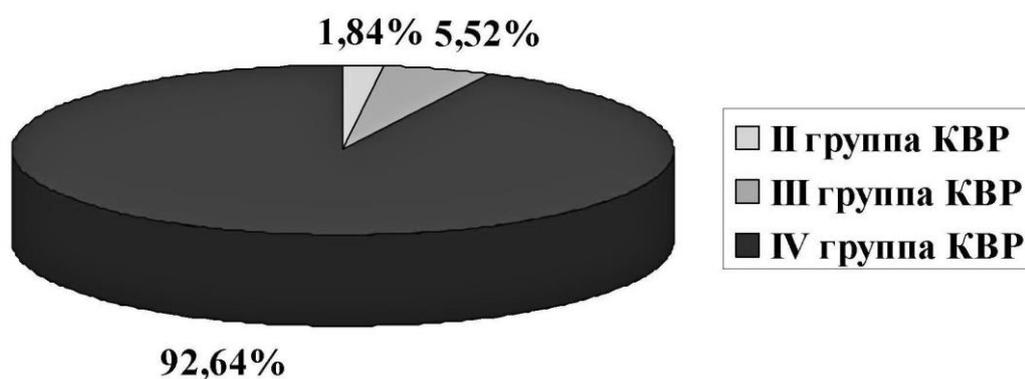


Рисунок 6 – Оценка группы суммарного кардиоваскулярного риска у пациентов до госпитализации по поводу ОКС

3.3 Ретроспективный анализ постоянно принимаемой медикаментозной терапии пациентов с фибрилляцией предсердий, предшествующей референсному острому коронарному синдрому, в зависимости от степени выраженности полиморбидности

Анализ постоянно принимаемой МТ (в течение 3 месяцев до референсного ОКС) (кардиологические и не кардиологические препараты) был произведен всей изучаемой когорте (100%) в целом, а также в зависимости от степени выраженности ПМ, на основании которой в разделе 3.2.3 вся изучаемая когорта была ранжирована на 2 группы. Состав групп, возрастные и гендерные характеристики, а также среднее значение качественного ИПМ были представлены в *Таблица 16*.

Установлено, что всего МТ (кардиологические и не кардиологические препараты) получали 132 (80,98%) пациента, в том числе кардиологические препараты – 129 (79,14%) пациентов и не кардиологические – 32 (19,63%) пациента (*Таблица 19*). Среди пациентов, получающих МТ, было выявлено более частое применение поликомпонентной (≥ 2 препаратов) МТ – 117 (71,78%) пациентов, в том числе и кардиологических препаратов в отдельности – 110 (67,48%) пациентов (*Таблица 19*). Кроме этого, среднее количество постоянно принимаемых кардиологических препаратов составило 3,00 [1,0; 5,0] (*Таблица 19*). При этом среди пациентов 2 группы в отличие от пациентов 1 группы имелось преобладание, либо тенденция к преобладанию выше указанных показателей, что более подробно изложено в *Таблица 19*.

Таблица 19 – Сравнение среднего количества постоянно (в течение 3 месяцев до ОКС) принимаемых препаратов у пациентов с ФП до референсного ОКС в целом и в зависимости от степени ПМ

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп			
Кардиологические препараты	Не принимали	34 (20,86%)	24 (28,92%)	10 (12,50%)	$\chi^2=6,65$	df=1	p = 0,01	
	Принимали	Всего	129 (79,14%)	59 (71,08%)	70 (87,50%)	$\chi^2=6,65$	df=1	p = 0,01
		1 препарат	21 (12,88%)	10 (12,05%)	12 (15,00%)	$\chi^2=0,30$	df=1	p = 0,58
		≥ 2 препаратов	107 (65,64%)	49 (59,04%)	58 (72,50%)	$\chi^2=3,27$	df=1	p = 0,07
	Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	3,0 [1,0; 5,0]	2,0 [0,0; 4,0]	3,0 [1,5; 5,0]	U=2546,00	Z=2,57	p = 0,01	
Не кардиологические препараты	Не принимали	131 (80,37%)	73 (87,95%)	58 (72,50%)	$\chi^2=6,16$	df=1	p = 0,01	
	Принимали	Всего	32 (19,63%)	10 (12,05%)	22 (27,50%)	$\chi^2=6,15$	df=1	p = 0,01
		1 препарат	18 (11,04%)	6 (7,23%)	12 (15,00%)	$\chi^2=1,78$	df=1	p = 0,18
		≥ 2 препаратов	14 (8,59%)	4 (4,82%)	10 (12,50%)	$\chi^2=0,19$	df=1	p = 0,07

Продолжение таблицы 19

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп			
	Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 1,00]	U=2801,50	Z=1,72	p=0,09	
Вся ИТ в целом (кардиологические и не кардиологические препараты)	Не принимали	31 (19,02%)	23 (27,71%)	8 (10,00%)	$\chi^2=7,19$	df=1	p=0,07	
	Принимали	Всего	132 (80,98%)	60 (72,29%)	72 (90,00%)	$\chi^2=7,19$	df=1	p=0,07
		1 препарат	15 (9,20%)	8 (9,64%)	7 (8,75%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,94
		≥ 2 препаратов	117 (71,78%)	52 (62,65%)	65 (81,25%)	$\chi^2=6,96$	df=1	p=0,08
	Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	3,0 [1,0; 5,0]	2,0 [0,0; 5,0]	4,0 [2,0; 6,0]	U=2346,50	Z=3,23	p=0,001	

В целом из не кардиологических препаратов 22 (13,50%) пациента принимали пероральные сахароснижающие препараты (ПССП) (гликлазид и/или метформин), 10 (6,13%) пациентов – левотироксин, 3 (1,84%) пациента – β_2 адреномиметики (β_2 АМ) короткого и длительного действия (формотерол и сальбутамол) в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом (ГКС) (будесонид), а также 1 (0,61%) пациент – принимал ГКС системного действия (преднизолон).

3.3.1 Ретроспективная оценка гиполипидемической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Оценка ГЛТ была проведена всей изучаемой когорте в целом, а также с учетом группы КВР и ИПМ. Большая часть – 155 пациентов (95,09%) ещё до госпитализации по поводу референсного ОКС уже имели IV группу КВР, а 2 группа состояла только из пациентов с IV группой КВР, что более подробно представлено в *Таблица 20*.

Количество пациентов, регулярно (в течение 3 месяцев до возникновения референсного ОКС) получающих ГЛТ оказалось небольшим – 45 пациентов (27,61%) из всей изучаемой когорты (*Таблица 20*). При этом большую часть ГЛТ составил аторвастатин. Его принимали 33 пациента (20,25%) в средней суточной дозе 20 [20,0; 40,0] мг, а остальные пациенты принимали розувастатин и симвастатин – по 6 пациентов (3,68%) в средней суточной дозе 10 [10,0; 20,0] и 15 [10,0; 20,0] мг соответственно (*Таблица 20*).

Целевые показатели ОХС крови согласно действующим на момент исследования КР в целом имели 42 пациента (25,77%), ХС-ЛПНП – 23 (14,11%), а обоих показателей сразу – только 21 (12,88%) пациент (*Таблица 20*). Среднее значение данных показателей ЛС крови в целом составило 4,91 [4,12; 5,95] и 3,15 [2,33; 3,78] ммоль/л соответственно (*Таблица 20*). Среди пациентов с очень высоким КВР наличие одновременно двух целевых уровней ОХС и ХС-ЛПНП во 2 группе было значительно больше, чем в 1 (30,00% против 16,00% пациентов соответственно, $p=0,04$), как и среднее значение ОХС (5,10 [4,35; 6,1] против 4,92 [3,70; 5,80] ммоль/л соответственно, $p=0,09$) (*Таблица 20*).

Таблица 20 – Оценка ГЛТ у пациентов с ФП до референсного ОКС в целом, а также в зависимости от группы КВР и ИПМ

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Группа КВР	IV	155 (95,09%)	75 (90,36%)	80 (100%)	$\chi^2=8,11$	df=1	p=0,004
	III	5 (3,07%)	5 (6,02%)	0	-	-	-
	II	3 (1,84%)	3 (3,61%)	0	-	-	-
Получали ГЛТ	Всего	45 (27,61%)	24 (28,92%)	21 (26,25%)	$\chi^2=0,14$	df=1	p=0,70
	КВР IV	43 (29,58%)	22 (29,33%)	21 (26,25%)	$\chi^2=0,18$	df=1	p=0,67
	КВР III	2 (40,00%)	2 (40,00%)	0	-	-	-
	КВР II	0	0	0	-	-	-
Аторвастатин	Всего	33 (20,25%)	16 (19,28%)	17 (21,25%)	$\chi^2=0,10$	df=1	p=0,75
	КВР IV	31 (19,02%)	14 (18,67%)	17 (21,25%)	$\chi^2=0,16$	df=1	p=0,69
	КВР III	2 (40,00%)	2 (40,00%)	0	-	-	-
	КВР II	0	0	0	-	-	-
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]		20,0 [20,0; 40,0]	20,0 [20,0; 30,0]	20,0 [20,0; 40,0]	U=101,0	Z=0,93	p=0,35
Розувастатин	Всего	6 (3,68%)	5 (6,02%)	1 (1,25%)	$\chi^2=2,62$	df=1	p=0,11
	КВР IV	6 (3,87%)	5 (6,67%)	1 (1,25%)	$\chi^2=3,05$	df=1	p=0,09

Продолжение таблицы 20

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Розува- статин	КВР III	0	0	0	-	-	-
	КВР II	0	0	0	-	-	-
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]		10,0 [10,0; 20,0]	10,0 [10,0; 20,0]	5,0	U=1,50	Z=0,58	p=0,56
Симвастатин	Всего	6 (3,68%)	3 (3,61%)	3 (3,61%)	$\chi^2=0,00$	df 1	p=0,64
	КВР IV	6 (3,87%)	3 (4,00%)	3 (3,61%)	$\chi^2=0,01$	df 1	p 0,63
	КВР III	0	0	0	-	-	-
	КВР II	0	0	0	-	-	-
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]		15,0 [10,0; 20,0]	20,0 [10,0; 20,0]	10,0 [10,0; 20,0]	U=3,00	Z=-0,44	p=0,66
Имели целевой ОХС	Всего	42 (25,77%)	18 (21,69%)	24 (30,00%)	$\chi^2=1,47$	df=1	p=0,23
	КВР IV	36 (23,23%)	12 (16,00%)	24 (30,00%)	$\chi^2=4,25$	df=1	p=0,04
	КВР III	3 (60,00%)	3 (60,00%)	0	-	-	-
	КВР II	3 (100%)	3 (100%)	0	-	-	-
Имели целевой ХС-ЛПНП	Всего	23 (14,11%)	11 (13,25%)	12 (15,00%)	$\chi^2=0,05$	df=1	p=0,82
	КВР IV	19 (12,26%)	7 (9,33%)	12 (15,00%)	$\chi^2=1,16$	df 1	p 0,28
	КВР III	2 (40,00%)	2 (40,00%)	0	-	-	-

Продолжение таблицы 20

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Имели целевые ОХС и ХС-ЛПНП	КВР II	2 (66,67%)	2 (66,67%)	0	-	-	-
	Всего	21 (12,88%)	10 (12,05%)	11 (13,75%)	$\chi^2=0,11$	df=1	p=0,75
	КВР IV	17 (10,97%)	6 (8,00%)	11 (13,75%)	$\chi^2=1,31$	df=1	p=0,37
	КВР III	2 (40,00%)	2 (40,00%)	0	-	-	-
	КВР II	2 (66,67%)	2 (66,67%)	0	-	-	-
Δ значение ОХС (моль/л), Me [LQ; UQ]	Всего	4,91 [4,12; 5,95]	4,91 [4,30; 6,00]	4,92 [3,70; 5,80]	U=3009,50	Z=-1,03	p=0,30
	КВР IV	5,0 [4,14; 6,0]	5,10 [4,35; 6,1]	4,92 [3,70; 5,80]	U=2533,0	Z=-1,67	p=0,09
	КВР III	4,20 [3,70; 4,60]	4,20 [3,70; 4,60]	0	-	-	-
	КВР II	4,47 [4,40; 4,71]	4,47 [4,40; 4,71]	0	-	-	-
Δ значение ОХ-ЛПНП (моль/л), Me [LQ; UQ]	Всего	3,15 [2,33; 3,78]	3,14 [2,51; 3,70]	3,20 [2,10; 3,80]	U=3169,0	Z=-0,50	p=0,62
	КВР IV	3,20 [2,34; 3,90]	3,20 [2,59; 4,10]	3,20 [2,10; 3,89]	U=2750,0	Z=-0,89	p=0,37
	КВР III	2,58 [1,91; 3,00]	2,58 [1,91; 3,00]	0	-	-	-
	КВР II	2,51 [2,06; 3,24]	2,51 [2,06; 3,24]	0	-	-	-

Продолжение таблицы 20

		Вся когорта, n=163, n (%)	1 группа, n=83, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
ГЛТ соответствовала КР	Всего	12 (7,36%)	5 (6,02%)	7 (8,75%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,71
	КВР IV	12 (7,74%)	5 (6,67%)	7 (8,75%)	$\chi^2=0,003$	df=1	p=0,85
	КВР III	0	0	0	-	-	-
	КВР II	0	0	0	-	-	-
ГЛТ условно соответствовала КР *	Всего	5 (3,07%)	5 (6,02%)	0	$\chi^2=0,03$	df=1	p=0,03
	КВР IV	1 (0,61%)	1 (1,33%)	0	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,48
	КВР III	2 (40,00%)	2 (40,00%)	0	-	-	-
	КВР II	2 (66,67%)	2 (66,67%)	0	-	-	-
ГЛТ не соответствовала КР	Всего	146 (89,57%)	73 (87,95%)	73 (91,25%)	$\chi^2=0,19$	df=1	p=0,67
	КВР IV	142 (87,12%)	69 (92,00%)	73 (91,25%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,90
	КВР III	3 (60,00%)	3 (60,00%)	0	-	-	-
	КВР II	1 (33,33%)	1 (33,33%)	0	-	-	-

Примечание к таблице 20: * – в связи с наличием не всей информации нельзя однозначно сказать соответствовала или не соответствовала ГЛТ КР

При оценке соответствия ГЛТ КР на догоспитальном этапе было получено, что она полностью соответствовала КР в целом только у 12 (7,36%) пациентов (все с IV группой КВР), у большей части – 146 (89,57%) пациентов исследуемой

когорты ГЛТ не соответствовала КР (*Таблица 20*). В отношении ГЛТ оставшихся 5 (3,07%) пациентов, в связи с наличием не всей информации, нельзя однозначно сказать соответствовала она или нет КР, поэтому её считаем, как условно соответствующей, при этом, такие пациенты имелись только в 1 группе, $p=0,03$ (*Таблица 20*). Более подробно оценка ГЛТ у пациентов с ФП до референсного ОКС в целом, в зависимости от группы КВР и степени ПМ, изложена в *Таблица 20*, а особенности приема различных классов гиполипидемических препаратов списка EURO-FORTA у пациентов пожилого и старческого возраста – в *Таблица 21*.

Таблица 21 – Оценка ГЛТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП до ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=82, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=30, n (%)
А	Статины, для лиц 65-84 лет	16 (19,51%)	6 (20,00%)
В	Статины, для лиц ≥ 85 лет	0*	0*
С	Фибраты	0	0
Не получали ГЛТ совсем		66 (80,49%)	24 (80,00%)

Примечание к таблице 21: * – пациентов ≥ 85 лет во всей изучаемой когорте всего 5 (3,07%).

3.3.2 Ретроспективная оценка антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Оценка АТТ была проведена только пациентам с ранее диагностированной ФП: 105 из 163 (64,42%) пациентов изучаемой когорты.

Всем пациентам в целом и в зависимости от ИПМ, был определен риск развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc (*Таблица 22*). В результате было

получено, что большая часть пациентов (96 (91,43%)) имела высокий риск развития инсульта (≥ 2 баллов), при этом во 2 группе таких пациентов было больше, чем в 1 группе (98,31% против 82,61% пациентов соответственно, $p=0,006$) (Таблица 22). Пациентов, не имеющих риска развития инсульта (0 баллов) не было совсем, а остальные 9 (8,57%) пациентов имели низкий риск (1 балл) инсульта, при этом таких пациентов было больше в 1 группе, чем во 2 (17,39% против 1,69% пациентов соответственно, $p=0,006$) (Таблица 22).

Всем пациентам, в целом и в зависимости от ИПМ, был определен риск развития кровотечения по шкале HAS-BLED (Таблица 22). В результате чего было получено, что он был высоким (≥ 3 баллов) у 35 (33,33%) пациентов, при этом во 2 группе таких пациентов было достоверно больше, чем в 1 группе (54,24% против 19,57% пациентов соответственно, $p<0,001$) (Таблица 22). Кроме того, пациенты с низким риском кровотечения (1 балл) преобладали наоборот в 1 группе в сравнении со 2 группой (30,43% против 5,08% пациентов соответственно, $p<0,001$), а в целом таких пациентов было выявлено 16,19% (Таблица 22).

Далее всем пациентам в целом, а также в зависимости от риска развития инсульта и ИПМ, была оценена постоянно (в течение 3 месяцев до возникновения референсного ОКС) получаемая АТТ (Таблица 23). В результате чего было получено, что ОАК принимали только 36 (34,29%) пациентов из всех с ранее диагностированной ФП и только 36 (37,50%) пациентов, у которых имелись прямые показания к их приему (≥ 2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc) (Таблица 23). При этом, пациенты 2 группы достоверно чаще принимали ОАК, чем пациенты 1 группы: 25 (42,37%) против 11 (23,91%) пациентов соответственно, $p=0,048$ (Таблица 23). В целом из ОАК АВК принимали 30 (30,38%) пациентов: варфарин и фенилин в средних суточных дозах 3,75 [2,50; 5,00] и 60,00 [60,00; 60,00] мг соответственно (Таблица 23). А количество пациентов, принимающих ПОАК оказалось небольшим и составило только 4 (3,81%): дабигатран и ривароксабан в средних суточных дозах 3,75 [2,50; 5,00] и 60,00 [60,00; 60,00] мг соответственно (Таблица 23). Кроме этого, 40 (38,10%) пациентов принимали ААг, как в комбинации с ОАК, так и без них, а

примерно 1/3 пациентов совсем не получали никакой АТТ, что более подробно изложено в *Таблица 23*.

Таблица 22 – Оценка риска развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС в целом и в зависимости от ИПМ

		Обе группы, n=105, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
					χ^2	df	p
CHA2DS2-VASc	0 баллов	0	0	0	-	-	-
	1 балл	9 (8,57%)	8 (17,39%)	1 (1,69%)	0,08	1	0,006
	≥ 2 баллов	96 (91,43%)	38 (82,61%)	58 (98,31%)	0,77	1	0,006
HAS-BLED	0 баллов	6 (5,71%)	4 (8,70%)	2 (3,39%)	1,35	1	0,23
	1 балл	17 (16,19%)	14 (30,43%)	3 (5,08%)	12,24	1	<0,001
	2 балла	41 (39,05%)	19 (41,30%)	22 (37,23%)	0,18	1	0,68
	≥ 3 баллов	35 (33,33%)	9 (19,57%)	32 (54,24%)	13,06	1	<0,001

Таблица 23 – Сравнительная оценка состава АТТ в целом, в зависимости от степени ПМ и риска развития инсульта у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС

АТТ	Все, n=105, n (%)	CHA2DS2- VASc ≥ 2 баллов, n=96, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
					χ^2	df	p
2 АТТ (ОАК+1ААГ)	6 (5,71%)	6 (6,67%)	0	6 (10,17%)	-	-	-
1 ОАК	30 (28,57%)	30 (31,25%)	11 (23,91%)	19 (32,20%)	0,87	1	0,35
2 ААГ	4 (3,81%)	4 (4,44%)	3 (6,52%)	1 (1,69%)	1,64	1	0,22
1 ААГ	30 (28,57%)	29 (30,21%)	15 (32,61%)	15 (25,42%)	0,65	1	0,42
Не получали ни чего	35 (33,33%)	27 (28,13%)	17 (36,96%)	18 (30,51%)	0,21	1	0,64
Всего ОАК	36 (34,29%)	36 (37,50%)	11 (23,91%)	25 (42,37%)	3,91	1	0,048
<u>Всего АВК</u>	32 (30,48%)	32 (35,56%)	10 (21,74%)	22 (37,29%)	2,95	1	<u>0,09</u>
• Варфарин	30 (28,57%)	30 (33,33%)	9 (19,56%)	21 (35,59%)	2,52	1	0,11
Δ суточная доза (мг), Me [LQ; UQ]	3,75 [2,50; 5,00]	3,75 [2,50; 5,00]	4,11 [3,75; 5,00]	3,04 [2,50; 3,75]	U=66,50	Z=1,46	p=0,14
• Фенилин	2 (1,90%)	2 (2,22%)	1 (2,17%)	1 (1,69%)	0,00	1	0,69

Продолжение таблицы 23

АТТ	Все, n=105, n (%)	CHA2DS2- VASc ≥ 2 баллов, n=90, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
					χ^2	df	p
Δ суточная доза (мг), Me [LQ; UQ]	60,00 [60,00; 60,00]	60,00 [60,00; 60,00]	60,00	60,00	U=0,00	Z=0,00	p=1,00
Всего ПОАК	4 (3,81%)	4 (4,17%)	1 (2,17%)	3 (5,08%)	0,01	1	0,41
• Дабигатран	3 (2,86%)	3 (3,33%)	0	3 (5,08%)	-	-	-
Δ суточная доза (мг), Me [LQ; UQ]	220,00 [220,00; 300,00]	300,00 [220,00; 300,00]	-	220,00 [220,00; 300,00]	-	-	-
• Ривароксабан	1 (0,95%)	1 (1,67%)	1 (2,17%)	0	-	-	-
Δ суточная доза (мг), Me [LQ; UQ]	20,00	20,00	20,00	-	-	-	-
Всего ААг	40 (38,10%)	39 (40,62%)	18 (39,13%)	22 (47,83%)	0,04	1	0,85
• АСК	34 (32,38%)	33 (34,38%)	17 (36,97%)	17 (28,81%)	0,78	1	0,38
• Клопидогрел	9 (8,57%)	9 (9,34%)	4 (8,70%)	5 (8,47%)	0,10	1	0,76
• Тикагрелор	1 (0,95%)	1 (1,67%)	0	1 (1,69%)	-	-	-

При ретроспективной оценке причин отсутствия ОАК в АТТ у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС было получено, что в целом у 11 (10,48%) пациентов в медицинской документации имелась запись о применении варфарина ранее (*Таблица 24*). Однако 3 (2,86%) пациентам он был отменен лечащим врачом по различным причинам, а 8 (7,62%) пациентов отменили данный препарат самостоятельно (причина не указана), что более подробно изложено в *Таблица 24*. Кроме этого у 9 (8,57%) пациентов состав АТТ (ОАК или 2ААг) лечащий врач мог выбирать на своё усмотрение (1 балл по шкале CHA₂DS₂-VASc), при этом чаще у пациентов 1 группы, чем 2 группы – 8 (17,39%) против 1 (1,69%) пациентов соответственно, $p=0,006$ (*Таблица 24*). При этом 1 (2,17%) пациент принимал только АСК, а 7 (15,22%) пациентов не принимали ничего (*Таблица 24*).

У 44 (41,90%) пациентов, в том числе 21 (20,00%) пациент с высоким риском кровотечения (≥ 3 баллов по шкале HAS-BLED), данные о причине не назначения АТТ на догоспитальном этапе отсутствовали совсем (*Таблица 24*). Также бы хотелось отметить, что ни у одного из пациентов с ранее диагностированной ФП, которые не получали ОАК на догоспитальном этапе, не было отражено причин не назначения ПОАК как альтернативы (*Таблица 24*).

При оценке эффективности и безопасности применения АТТ у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС было получено, что в целом из 32 (30,38%) пациентов, принимающих АВК, целевое значение МНО (2,0-3,0 при монотерапии и 2,0-2,5 при комбинированной терапии) на момент поступления в стационар имели только 3 (9,38%) пациента (*Таблица 25*). При этом регулярно (1 раз в месяц, при не целевом МНО чаще) осуществляли контроль МНО только 4 (12,50%) пациента, а большая часть пациентов (19 (59,38%)) не контролировали МНО совсем (*Таблица 25*).

Данные в медицинской документации о наличии тромботических осложнений (ТО) (в виде ОКС, без учета референсного ОКС) ранее в анамнезе имели место у 31 (29,52%) пациента (*Таблица 25*). А ТЭО (в виде МК ишемического МИ, ТИА) имелись только у 14 (13,33%) пациентов, при этом во 2 группе в отличие

от 1 группы была выявлена тенденция к большему количеству с ТЭО, чем во 2 группе: 18,64% против 6,52% пациентов, $p=0,13$ (Таблица 25).

Таблица 24 – Сравнительная оценка причин отсутствия ОАК в АТТ (в целом, в зависимости от степени ПМ и риска развития инсульта) у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС

АТТ		Все, n=105, n (%)	CHA2DS2- VASc ≥ 2 баллов, n=96, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
						χ^2	df	p
ОАК не показаны ¹		0	0	0	0	-	-	-
Ранее приём варфарина, но с отменой ²	Всего	11 (10,48%)	11 (12,22%)	4 (8,70%)	7 (11,86%)	0,003	1	0,42
	Лабильное МНО	1 (0,95%)	1 (1,67%)	0	1 (1,69%)	0,01	1	0,56
	Сыпь	1 (0,95%)	1 (1,67%)	1 (2,17%)	0	-	-	-
	Когнитив- ные нарушения	1 (0,95%)	1 (1,67%)	0	1 (1,69%)	-	-	-
	Самостоя- тельно	8 (7,62%)	8 (8,89%)	3 (6,52%)	5 (8,47%)	0,001	1	0,50
На усмотрение лечащего врача ³		9 (8,57%) ⁴	0	8 (17,39%)	1 (1,69%)	0,08	1	0,006
Причина не указана ⁵	Всего	49 (46,67%)	49 (51,04%)	23 (50,00%)	26 (44,07%)	0,37	1	0,55
	С ВРК	22 (20,95%)	22 (22,92%)	7 (15,22%)	15 (25,42%)	1,01	1	0,30

Примечание к таблице 24: ¹ – имеют 0 баллов CHA₂DS₂-VASc; ² – 2 ААг принимал 1 (0,95%) пациент, 1 ААг принимали 7 (6,67%) пациентов, не принимали ни чего 3 (2,86%) пациента; ³ – имеют 1 балл CHA₂DS₂-VASc и альтернативой ОАК д.б. терапия 2ААг; ⁴ – 1 (2,17%) пациент принимал только АСК, а 7 (15,22%) пациентов не принимали ни чего; ⁵ – 3 (2,86%) пациента принимали 2 ААг, 18 (17,14%) пациентов принимали 1 ААг, 23 (21,90%) пациентов не принимали ни чего; ВРК – высокий риск кровотечения (≥ 3 баллов HAS-BLED).

В целом клинически значимых (тип 2 BARC) и крупных кровотечений (типы 3-5 BARC) на фоне приема ОАК выявлено не было, а информация о клинически незначимых кровотечениях (тип 1 BARC) в медицинской документации не фиксировалась, и оценить их не предоставляется возможным.

Прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) был показан 12 (12,38%) пациентам, принимающим АТТ в связи с высоким риском развития кровотечений на фоне различной, имеющийся ранее, патологии ЖКТ либо длительного приема ГКС системного действия, однако ни один из них данную группу препаратов не принимал (*Таблица 25*).

В медицинской документации практически у всех пациентов отсутствовали данные о МТ, которая предшествовала возникновению ТО, ТЭО и геморрагических осложнений. Поэтому она не оценивалась в рамках данного исследования.

Таким образом, в целом вся АТТ, которую получали пациенты с ФП до референсного ОКС, соответствовала КР только у 7 (6,67%) пациентов, условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии, либо отсутствия всей необходимой информации в медицинской документации) у 4 (3,81%) пациентов, а у большей части пациентов – 94 (89,52%) АТТ не соответствовала КР (*Таблица 25*).

Таблица 25 – Сравнительная оценка эффективности и безопасности применения АТТ (в целом, в зависимости от степени ПМ и риска развития инсульта) у пациентов с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС, соответствие АТТ КР

АТТ	Все, n=105, n (%)	CHA2DS2- VASc ≥ 2 баллов, n=96, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп			
					χ^2	df	p	
Целевое МНО при поступлении ¹	3 (9,38%)	3 (6,52%)	0	3 (13,64%)	1,50	1	0,31	
Регулярный контроль МНО ^{1,2}	4 (12,50%)	4 (8,70%)	1 (10,00%)	3 (13,64%)	0,08	1	0,63	
Не регулярный контроль МНО ¹	9 (28,13%)	9 (19,57%)	3 (30,00%)	6 (27,27%)	0,03	1	0,59	
Без контроля совсем МНО ¹	19 (59,38%)	19 (41,30%)	6 (60,00%)	13 (59,09%)	1,15	1	0,28	
ТО ³	31 (29,52%)	30 (33,33%)	12 (26,09%)	19 (41,30%)	0,46	1	0,50	
ТЭО ⁴	14 (13,33%)	14 (13,33%)	3 (6,52%)	11 (18,64%)	3,29	1	0,13	
Показан прием ИПП ⁵	12 (12,38%)	10 (1,04%)	4 (8,70%)	8 (13,56%)	0,01	1	0,32	
Принимали ИПП	0	0	0	0	-	-	-	
Соответствие АТТ КР	Соответ- ствует	7 (6,67%)	7 (7,29%)	2 (4,35%)	5 (8,47%)	0,01	1	0,33
	Соответ- ствует условно ⁶	4 (3,81%)	4 (4,44%)	3 (6,52%)	1 (1,69%)	0,002	1	0,22
	Не соответ- ствует	94 (89,52%)	94 (97,92%)	41 (89,13%)	53 (89,83%)	0,00	1	0,58

Примечание к таблице 25: ¹ – расчет произведен только для пациентов, которые принимали АКВ и которым был необходим контроль МНО; ² – 1 раз в месяц, при не целевом МНО чаще; ³ – наличие ТО (в виде ОКС) ранее без учета референсного ОКС; ⁴ – в виде ишемического МИ, ТИА; ⁵ – одновременный прием АТТ и наличие высокого риска развития кровотечений на фоне различной, имеющейся ранее патологии ЖКТ, либо длительного приема глюкокортикостероидов; ⁶ – с учетом сопутствующей патологии, либо отсутствия всей необходимой информации в медицинской документации.

Среди пациентов, имеющих ранее диагностированную ФП, пожилого (≥ 65 лет) возраста оказалось 60 (57,14%) пациентов, а старческого (≥ 75 лет) – 20 (19,05%). При этом пациентам данных возрастных категорий в качестве АТТ применялись только препараты классов А и В списка EURO-FORTA, препараты классов С и D не были рекомендованы никому, что более подробно изложено в *Таблица 26*.

Таблица 26 – Оценка АТТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с ранее диагностированной ФП до референсного ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=60, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=20, n (%)
А	ААг	АСК	17 (28,33%)
		Клопидогрел	4 (6,67%)
		Тикагрелор	0
В	ОАК	Варфарин	7 (35,00%)
		Дабигатран	1 (5,00%)
Не получали АТТ совсем		23 (3,83%)	7(35,00%)

3.3.3 Ретроспективная оценка антиаритмической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Оценка ААТ проведена только пациентам с ранее диагностированной ФП – 105 из 163 (64,42%) пациентов изучаемой когорты.

Так только 16 (76,19%) пациентов, имеющих постоянную форму ФП (n=21), получали пульс урежающую терапию, при этом она оказалась эффективной (ЧСС в покое < 110 в минуту) только у 5 (23,81%) пациентов (Таблица 27). Кроме этого, у 2 (9,52%) пациентов с постоянной формой ФП, не получавших пульс урежающих препаратов, ЧСС также была целевой (в том числе у 1 (4,76%) из них имела место брадиформа ФП) (Таблица 27).

Таблица 27 – Оценка ААТ у пациентов с постоянной ФП до ОКС

		Всего, n=21, n (%)	Имели целевую ЧСС (< 110 ударов в минуту), n (%)
Получали ТК ЧСС	Всего	16 (76,19%)	5 (23,81%)
	1 ААП	8 (38,10%)	2 (9,52%)
	2 ААП	8 (38,10%)	3 (14,29%)
Не получали ТК ЧСС		5 (23,81%)	2 (9,52%) *

Примечание к таблице 27: * – в том числе у 1 (4,76%) пациента имелась бради форма ФП

Среди 54 пациентов с пароксизмальной формой ФП ААТ получали 40 (74,07%) пациентов, при этом 10 (18,52%) пациентов получали в виде комбинации ААП, в том числе 4 (7,41%) пациента в виде нежелательных комбинаций ААП с точки зрения проаритмических эффектов (Таблица 28). Также хотелось отметить, что ААТ была эффективной (наличие СР на момент поступления в стационар и отсутствие пароксизмов в течение 3 месяцев до этого)

только у 20 (37,04%) пациентов (Таблица 28). Кроме этого, среди 14 (25,93%) пациентов с пароксизмальной ФП, которые не получали ААТ, СР на момент госпитализации и отсутствие пароксизмов в течение 3 месяцев до поступления в стационар имели 4 (7,71%) пациента (Таблица 28).

Среди 26 пациентов с персистирующей формой ФП 24 (92,31%) пациентам была выбрана терапия контроля ритма: ЭКВ 4 (15,38%) пациентам, МКВ – 11 (42,31%), ЭКВ + МКВ – 3 (11,54%), ЭКВ + МКВ + спонтанное восстановление (СВ) СР – 4 (15,38%) и ЭКВ + СВ СР – 1 (3,85%) пациентам (Таблица 29). Кроме этого, 1 (3,85%) пациенту, имеющему ранее однократное СВ СР, было запланировано восстановление ритма, но не было проведено (Таблица 29). В отношении оставшихся 2 (7,69%) пациентов с персистирующей ФП, никакой тактики предпринято не было, поэтому можно предположить, что в отношении них было принято решение о переводе в постоянную форму ФП (Таблица 29). При этом нормальный ритм сердца на момент ОКС имели только 11 (42,31%) пациентов из всех с персистирующей формой ФП (Таблица 29).

Среди 4 пациентов с длительно персистирующей формой ФП, только у 2 (50,00%) пациентов имели место однократные попытки восстановления ритма, однако без длительного эффекта и в дальнейшем без последующих попыток восстановления ритма (Таблица 30). У остальных пациентов с длительно персистирующей формой ФП имело место однократное СВ СР, в дальнейшем с переходом в ФП, и без попыток восстановления ритма (Таблица 30). Исходя из этого, можно предположить, что для всех пациентов, имеющих длительно персистирующую форму ФП, было принято решение о переводе в постоянную форму ФП (Таблица 30).

При оценке ААТ в целом у всех пациентов, имеющих ФП до референсного ОКС, было получено, что только 74 (70,48%) пациента получали ААП, при этом 23 (21,90%) пациентов получали комбинированную ААТ (≥ 2 ААП), а пациенты 1 группы имели тенденцию к более частому приему 1 ААП в сравнении с пациентами 2 группы (27 (58,70%) против 24 (40,68%) пациентов соответственно, $p=0,07$) (Таблица 31).

Таблица 28 – Оценка ААТ у пациентов с пароксизмальной ФП до ОКС

		Всего, n=54, n (%)	СР на момент госпитализации и отсутствие пароксизмов ≥ 3 месяцев до этого, n (%)
Получали ТПП	Всего	40 (74,07%)	20 (37,04%)
	1 ААП	30 (55,56%)	16 (29,63%)
	2 ААП	8 (14,81%)	3 (5,56%)
	3 ААП	2 (3,70 %)	1 (1,85%)
	Нежелательные комбинации	4 (7,41%)	2 (3,70%)
Не получали ТПП		14 (25,93%)	4 (7,71 %)

Таблица 29 – Оценка ААТ у пациентов с персистирующей ФП до ОКС

		Всего, n=26, n (%)	СР на момент поступления, n (%)
Выбрана ТКР	Все виды ТКР	24 (92,31%)	11 (42,31%)
	ЭКВ	4 (15,38%)	2 (7,69%)
	МКВ	11 (42,31%)	5 (19,23%)
	ЭКВ + МКВ	3 (11,54%)	1 (3,85%)
	ЭКВ + МКВ + СВ СР	4 (15,38%)	2 (7,69%)
	ЭКВ + СВ СР	1 (3,85%)	1 (3,85%)
	Запланирована, но не проведена до ОКС (ранее имелось СВ СР)	1 (3,85%)	0
Тактика не выбрана (ранее имели СВ СР)		2 (7,69%)	0

Таблица 30 – Оценка ААТ у пациентов с длительно персистирующей ФП до ОКС

		Всего, n=4, n (%)	СР на момент поступления, n (%)
Выбрана ТКР	Все виды ТКР	2 (50,00%)	0
	ЭКВ	1 (25,00%)	0
	МКВ	1 (25,00%)	0
Тактика не выбрана (имели СВ СР)		2 (50,00%)	0

Среди различных групп ААП более чем в 1/2 случаев ААТ была представлена БАБ, которые принимали 58 (55,24%) пациентов, а пропafenон принимали только пациенты 1-й группы – 6,52% пациентов, $p=0,08$ (Таблица 31). При этом среднее количество принимаемых ААП на догоспитальном этапе составило 1,00 [0,00; 1,00], что более подробно изложено в Таблица 31.

В целом на момент госпитализации по поводу референсного ОКС нормальный ритм имели только 35 (33,33%) пациентов с ранее диагностированной ФП (Таблица 31).

Кроме этого, у 11 (10,48%) пациентов, на фоне длительного приема амиодарона, были выявлены различные нарушения функции ЩЖ (Таблица 31). При этом из них только 1 (0,95%) пациент принимал амиодарон на момент госпитализации по поводу референсного ОКС (Таблица 31).

Также хотелось бы отметить, что 2 (1,90%) пациента с ранее диагностированной ФП (по 1 (0,95%) пациенту с пароксизмальной и персистирующей формами) ранее перенесли РЧА ЛВ, однако без должного эффекта (Таблица 10). А 4 (3,81%) пациента имели имплантированный ЭКС по поводу имеющегося СССУ (3 (2,86%) и 1 (0,95%) пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами соответственно) (Таблица 10).

Таким образом, в целом ААТ у пациентов с ранее диагностированной ФП на догоспитальном этапе соответствовала КР только у 43 (40,95%) пациентов, условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) у 38 (36,19%) пациентов и не соответствовала у 24 (22,86%) пациентов.

Таблица 31 – Анализ ААТ у пациентов с ФП до референсного ОКС в целом и в зависимости от ИПМ

Постоянно принимаемая ААТ		Обе группы, n=105, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
I С	Лалпакоинида гидрохлорид	4 (3,81%)	1 (2,17%)	3 (5,08%)	$\chi^2=0,60$	df=1	p=0,41
	Этацизин	5 (4,76%)	2 (4,35%)	3 (5,08%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=0,62
	Пропафенон	3 (2,86%)	3 (6,52%)	0	$\chi^2=3,96$	df=1	p=0,08
II	БАБ	58 (55,24%)	28 (60,87%)	30 (50,85%)	$\chi^2=1,05$	df=1	p=0,31
III	Амиодарон	12 (11,43%)	6 (13,04%)	6 (10,17%)	$\chi^2=0,02$	df=1	p=0,88
	Соталол	3 (2,86%)	2 (4,35%)	1 (1,69%)	$\chi^2=0,66$	df=1	p=0,41
IV	Верапамил	9 (8,57%)	1 (2,17%)	5 (8,47%)	$\chi^2=0,002$	df=1	p=0,19
	Дигоксин	8 (7,62%)	2 (4,35%)	6 (10,17%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,23
Получали ААП	Всего	74 (70,48%)	35 (76,09%)	39 (66,10%)	$\chi^2=1,12$	df=1	p=0,27
	1 ААП	51 (48,57%)	27 (58,70%)	24 (40,68%)	$\chi^2=3,36$	df=1	p=0,07
	≥ 2 ААП	23 (21,90%)	8 (17,39%)	15 (25,42%)	$\chi^2=0,56$	df=1	p=0,25

Продолжение таблицы 31

Постоянно принимаемая ААТ		Обе группы, n=105, n (%)	1 группа, n=46, n (%)	2 группа, n=59, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Не получали ААП		31 (29,52%)	11 (23,91%)	20 (33,90%)	$\chi^2=1,66$	df=1	p=0,20
Δ количество ААП, Me [LQ; UQ]		1,00 [0,00; 1,00]	1,00 [1,00; 1,00]	1,00 [0,00; 2,00]	U=13,13,00	Z=0,28	p=0,78
Имели СР на момент ОКС		35 (33,33%)	19 (41,30%)	16 (27,12%)	$\chi^2=2,34$	df=1	p=0,13
Амиодарон индуцированное поражение ЦЖ ¹		11 (10,38%)	5 (10,87%)	6 (10,17%)	$\chi^2=0,04$	df=1	p=0,84
Соответствие ААТ КР	Соответствует	43 (40,95%)	18 (39,13%)	25 (42,37%)	$\chi^2=0,11$	df=1	p=0,74
	Соответствует условно ²	38 (36,19%)	15 (32,61%)	23 (38,98%)	$\chi^2=0,45$	df=1	p=0,50
	Не соответствует	24 (22,86%)	13 (28,26%)	11 (18,64%)	$\chi^2=1,36$	df=1	p=0,24

Примечание к таблице 31: ¹ – на момент госпитализации по поводу референсного ОКС амиодарон принимал только 1 (0,95%) пациент; ² – с учетом сопутствующей патологии.

При анализе ААТ у пациентов пожилого (≥ 65 лет) возраста было получено, что она была представлена всеми классами препаратов списка EURO-FORTA, при этом в основном препаратами класса А (БАБ) – 35 (58,33%) пациентов (Таблица 32).

При анализе ААТ у пациентов старческого (≥ 75 лет) возраста было получено, что она в основном была представлена препаратами класса А списка EURO-FORTA (БАБ) – 8 (40,00%) пациентов, значительно реже препаратами класса В (дигоксин)

– 2 (10,00%) пациентов и крайне редко препаратами класса С (верапамил, амиодарон) – по 1 (5,00%) пациенту каждого (Таблица 32). Препараты класса D списка EURO-FORTA у пациентов данной возрастной категории не использовались совсем (Таблица 32).

Таблица 32 – Постоянно принимаемые ААП (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП до ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=60, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=20, n (%)
A	БАБ	35 (58,33%)	8 (40,00%)
B	Дигоксин	5 (8,33%)	2 (10,00%)
C	Верапамил	2 (3,33%)	1 (5,00%)
	Амиодарон	7 (11,67%)	1 (5,00%)
D	Лаппакоинид	3 (5,00%)	0
	Этализин	4 (6,67%)	0
	Пропафенон	0	0
	Соталол	0	0
Не получали ААТ совсем		20 (33,33%)	11 (55,00%)

3.3.4 Ретроспективная оценка терапии ишемической болезни сердца у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Все расчеты произведены только для пациентов, имеющих диагноз ИБС до госпитализации – 128 больных (78,53%).

Высокий ИПМ имели 73 (57,03%) пациента, что составило 87,95% от 2 группы, а низкий и средний ИПМ имели 55 (42,97%) пациента, что составило 68,75% от 1 группы.

При анализе терапии ИБС, который подробно изложен в *Таблица 33*, было выявлено, что 21 (16,41%) пациент совсем не принимал никакой терапии, одновременно антиангинальную терапию (ААНТ) и терапию для предупреждения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) принимала большая часть больных – 75 (58,59%), только ААНТ принимали 11 (8,59%) пациентов, только терапию предупреждения ССО – 21 (16,41%) пациентов (*Таблица 33*). При этом, пациенты 2 группы имели тенденцию к большей частоте применения только препаратов для предупреждения ССО, чем пациенты 1 группы: 16 (21,92%) против 5 (9,09%) пациентов соответственно, $p=0,09$ (*Таблица 33*).

Из ААНТ чаще применялась терапия 1 линии – 83 (64,84%) пациентов, терапию 2 линии принимали только 16 (12,50%) пациентов (*Таблица 33*).

В качестве терапии для профилактики ССО ГЛТ применялась 42 (32,81%) пациентами, ИАПФ/АРА принимали – 63 (49,22%) пациентов с ИБС, (*Таблица 33*). При этом у 126 (98,44%) терапия для профилактики ССО была не надлежащего качества (с учетом качественных и количественных характеристик), что более подробно изложено в разделах *3.3.1* и *3.3.2*, а также в *Таблица 33*.

АТТ всего принимали 82 (64,06%) пациента с ИБС (*Таблица 33*). При этом, из 11 (8,59%) пациентов, имеющих в анамнезе, в предыдущие 12 месяцев, различные сердечно-сосудистые события (ОКС) АТТ в виде 2 антиагрегантов (ААг) принимали только 4 (36,36%) пациента (без ФП), со 100% приверженностью пациентов 1 группы в отличие от пациентов 2 группы, в которой приверженность к данному виду терапии составила только 12,50% ($p=0,024$) (*Таблица 33*). У 1 (9,09%) пациента имела место замена одного из ААг на ОАК, как альтернатива при наличии ФП (*Таблица 33*). Ещё 2 (18,18%) пациентов вместо 2 АТТ/2ААг принимали только монотерапию ААг, остальные из них не принимали АТТ совсем (*Таблица 33*). В целом ещё 5 (3,91%) пациентов с ИБС, но не имеющих в анамнезе, в предыдущие 12 месяцев различные ССО, принимали 2 АТТ в виде ОАК + ААг (по причине наличия ФП и невозможности принимать ОАК по тем или иным причинам), при этом такие пациенты имелись только во 2 группе (*Таблица 33*).

Кроме этого, 25 (19,53%) пациентов с ИБС и ФП принимали только монотерапию ОАК (*Таблица 33*).

Таким образом, было получено, что полноценную терапию ИБС, соответствующую клиническим рекомендациям не получал, ни один пациент из наблюдаемой когорты с диагнозом ИБС, условно соответствующую (с учетом сопутствующей патологии) – 5 (3,90%), а не соответствующую – 123 (96,09%) пациентов (*Таблица 33*). При этом среднее количество принимаемых препаратов для лечения ИБС составило 4,0 [1,50; 5,00] (*Таблица 33*).

При анализе терапии ИБС у пациентов пожилого (≥ 65 лет) и старческого возраста (≥ 75 лет), было получено, что она в основном была представлена препаратами класса А (статины – для лиц 65-84 лет, ИАПФ, АРА, АСК, клопидогрел, нитраты КД) списка EURO-FORTA, а также в небольшом количестве случаев препаратами класса С (нитраты КД) (*Таблица 34*). Препараты класса D списка EURO-FORTA у лиц данных возрастных категорий не применялись совсем (*Таблица 34*). Оценить прием БАБ с помощью списка EURO-FORTA не получилось, так как изначально в задачи настоящего исследования не входила оценка приема данной группы препаратов в период более 3 месяцев до возникновения ОКС. Именно поэтому количество пациентов пожилого и старческого возраста, принимающих БАБ, указано в целом без учета длительности приёма данной группы препаратов (*Таблица 34*).

Таблица 33 – Анализ терапии ИБС у пациентов с ФП и ИБС до референсного ОКС в целом и в зависимости от ИПМ

Постоянно принимаемая терапия ИБС		Обе группы, n=128, n (%)	1 группа, n=55, n (%)	2 группа, n=73, n (%)	Сравнение 2-х групп			
Не получали терапию ИБС		21 (16,41%)	11 (20,00%)	10 (13,70%)	$\chi^2=0,91$	df=1	p=0,34	
Препараты для предупреждения ССО	<u>Всего</u>	96 (75,00%)	39 (70,91%)	56 (76,71%)	$\chi^2=0,55$	df=1	p=0,46	
	ГЛТ (статины)	42 (32,81%)	21 (38,18%)	21 (28,77%)	$\chi^2=1,26$	df=1	p=0,26	
	ИАПФ/АРА всего	63 (49,22%)	26 (47,27%)	37 (50,68%)	$\chi^2=0,15$	df=1	p=0,70	
	ИАПФ/АРА ¹	63 (49,61%)	26 (47,27%)	37 (50,68%)	$\chi^2=0,08$	df=1	p=0,78	
	АТТ	<u>Всего</u>	82 (64,06%)	32 (58,18%)	50 (68,49%)	$\chi^2=1,45$	df=1	p=0,23
		2 ААГ ²	4 (36,36%)	3 (100%)	1 (12,50%)	$\chi^2=7,22$	df=1	p= 0,024
		ОАК + ААГ ²	1 (9,09%)	0	1 (12,50%)	$\chi^2=0,41$	df=1	p=0,73
		ААГ ²	2 (18,18%)	0	2 (25,00%)	$\chi^2=0,92$	df=1	p=0,51

Продолжение таблицы 33

Постоянно принимаемая терапия ИБС		Обе группы, n=128, n (%)	1 группа, n=55, n (%)	2 группа, n=73, n (%)	Сравнение 2-х групп			
Препараты для предупреждения ССО	АТТ	ОАК + ААГ ³	5 (3,91%)	0	5 (6,85%)	$\chi^2=3,92$	df=1	p=0,06
		ААГ	45 (35,16%)	21 (38,18%)	24 (32,88%)	$\chi^2=0,39$	df=1	p=0,53
		ОАК ³	25 (19,53%)	8 (14,55%)	17 (23,29%)	$\chi^2=1,53$	df=1	p=0,31
ААНТ	1 линия	<u>Всего</u>	83 (64,84%)	38 (69,09%)	45 (61,64%)	$\chi^2=0,76$	df=1	p=0,38
		БАБ всего	70 (54,69%)	35 (63,64%)	35 (47,95%)	$\chi^2=3,12$	df=1	p=0,08
		БАБ ⁴	28 (68,29%)	13 (100%)	15 (53,57%)	$\chi^2=0,22$	df=1	p=0,002
		АК	33 (25,78%)	7 (12,73%)	26 (35,62%)	$\chi^2=8,59$	df=1	p=0,006
	2 линия	Всего	16 (12,50%)	6 (10,91%)	10 (13,70%)	$\chi^2=0,22$	df=1	p=0,84
		Нитраты ДД	13 (10,16%)	3 (5,45%)	10 (13,70%)	$\chi^2=2,34$	df=1	p=0,11
		Ивабрадин	2 (1,56%)	1 (1,82%)	1 (1,37%)	$\chi^2=0,04$	df=1	p=0,68
		Тримета-зидин	3 (2,34%)	2 (3,64%)	1 (1,37%)	$\chi^2=0,70$	df=1	p=0,39

Продолжение таблицы 33

Постоянно принимаемая терапия ИБС		Обе группы, n=128, n (%)	1 группа, n=55, n (%)	2 группа, n=73, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Всего ААНТ (1 и 2 линия)		86 (67,19%)	39 (70,91%)	47 (64,38%)	$\chi^2=0,61$	df=1	p=0,44
Нитраты КД		20 (15,62%)	3 (5,45%)	17 (23,29%)	$\chi^2=7,57$	df=1	p=0,005
Препараты для предупреждения ССО + ААНТ		75 (58,59%)	34 (61,82%)	41 (56,16%)	$\chi^2=0,41$	df=1	p=0,52
Только препараты для предупреждения ССО		21 (16,41%)	5 (9,09%)	16 (21,92%)	$\chi^2=3,76$	df=1	p=0,09
Только ААНТ		11 (8,59%)	5 (9,09%)	6 (8,22%)	$\chi^2=0,02$	df=1	p=0,89
Непереносимость ИАПФ ⁵		1 (0,78%)	0	1 (1,37%)	$\chi^2=0,76$	df=1	p=0,57
Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]		4,0 [1,5; 5,0]	4,0 [1,0; 5,0]	4,0 [2,0; 5,0]	U=1915,00	Z=0,44	p=0,66
Соответствие терапии ИБС КР	Соответствует	0	0	0	-	-	-
	Соответствует условно ⁶	2 (1,56%)	1 (1,82%)	1 (1,37%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=0,68
	Не соответствует	126 (98,44%)	54 (98,18%)	72 (98,63%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=0,68

Примечание к таблице 33: ¹ – расчет произведен только на пациентов с ИБС (всего 127 (99,21%) человек, 54 из 1 группы и 77 из 2 группы), имеющих в анамнезе ещё ХСН, АГ или СД); ² – расчет произведен только на пациентов с ИБС (всего

11 (8,59%) человек, 3 из 1 группы и 8 из 2 группы), имеющих в анамнезе, в предыдущие 12 месяцев, различные ССО, которым показана терапия 2ААг и/или как альтернатива ОАК при наличии ФП; ³ – как альтернатива ААг при наличии ФП у пациентов с ИБС; ⁴ – расчет произведен только на пациентов с ИБС (всего 41 (32,03%) человек, 13 из 1 группы и 28 из 2 группы), имеющих в анамнезе ИМ; ⁵ – зафиксированная в медицинской документации, принимал АРА; ⁶ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 34 – Оценка терапии ИБС (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП и ИБС до ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=66, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=28, n (%)
А	Статины (для лиц 65-84 лет)	16 (24,24%)	6 (21,43%)
	ИАПФ	20 (30,30%)	8 (28,57%)
	АРА	14 (21,21%)	7 (25,00%)
	БАБ (терапия < 3 лет) ¹	34 (51,51%)	11 (39,29%)
	АСК	24 (36,36%)	11 (39,29%)
	Клопидогрел ²	5 (7,57%)	1 (3,57%)
	Нитраты КД	12 (18,18%)	6 (21,43%)
В	Статины (для лиц ≥ 85 лет)	-	0
	БАБ (терапия ≥ 3 лет) ¹	34 (51,51%)	11 (39,29%)
С	Нитраты ДД	7 (10,61%)	3 (10,71%)
	Ивабрадин	0	0
Не получали терапии ИБС совсем		9 (13,64%)	5 (17,86%)

Примечание к таблице 34: ¹ – количество пациентов, пожилого и старческого возраста, принимающих БАБ указано в целом, без учета длительности приёма данной группы препаратов; ² – из них 1 (1,52%) пациенту показана терапия 2ААг по причине перенесенного менее 12 месяцев назад ОКС, а другому (≥ 75 лет) клопидогрел назначен по причине непереносимости АСК.

3.3.5 Ретроспективная оценка антигипертензивной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Оценка АГТ проведена только пациентам, имеющим АГ до госпитализации по поводу референсного ОКС – 150 из 163 (92,02%) пациентов изучаемой когорты. При этом высокий ИПМ имели 80 (53,33%) пациентов, что составило 100% от 2 группы, остальные 70 (46,67%) пациентов имели низкий и средний ИПМ, что составило 84,34% от 1 группы.

При анализе АГТ было выявлено, что 25 (23,33%) пациентов совсем не принимали никакой АГТ, 76 (50,67%) пациентов принимали комбинированную АГТ: 28 (17,18%) пациентов принимали рациональные комбинации АГП, 47 (28,83%) – условно рациональные (с учетом сопутствующей патологии), а нерациональные – 1 (0,66%) пациент, в том числе фиксированные комбинации АГП – 6 (4,00%) пациентов (*Таблица 35*).

Из АГП наиболее часто применяемыми оказались БАБ (76 пациентов – 50,67%), ИАПФ (45 пациентов – 30,00%), АРА (29 пациентов – 19,33%), АК (38 пациентов – 25,33%) и диуретики (43 пациента – 28,67%), остальные группы АГП применялись редко (α АБ и α АМ по 1 (0,67%) пациенту каждая) (*Таблица 35*). При этом непереносимость ИАПФ была зафиксирована у 0,67% пациентов, а АК достоверно чаще принимали пациенты 2 группы в сравнении с пациентами 1 группы: 26 (32,50%) против 12 (17,14%) пациентов соответственно, $p=0,03$ (*Таблица 35*). В целом среднее количество принимаемых АГП составило 2,0 [1,0; 2,0] (*Таблица 35*).

При анализе эффективности АГТ было получено, что в течении последних 3 месяцев целевое АД ($< 140/90$ мм рт. ст., $< 140/85$ мм рт. ст. для больных с СД) имели только 26 (17,33%) пациентов, а ПОМ имело место у 107 (71,33%) пациентов (*Таблица 35*). ПОМ у пациентов 2 группы встречалось чаще, чем у пациентов 1 группы: 63 (78,75%) против 44 (62,86%) пациентов соответственно, $p=0,03$ (*Таблица 35*).

Таблица 35 – Анализ состава АГТ у пациентов с АГ и ФП до ОКС в целом и в зависимости от ИПМ

Постоянно принимаемая АГТ	Обе группы, n=150, n (%)	1 группа, n=70, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
				χ^2	df	p
Не получали АГТ	35 (23,33%)	17 (24,29%)	18 (22,50%)	$\chi^2=0,07$	df=1	p=0,80
1 АГП	39 (26,00%)	19 (27,14%)	20 (25,00%)	$\chi^2=0,09$	df=1	p=0,77
≥ 2 АГП	76 (50,67%)	34 (48,57%)	42 (52,50%)	$\chi^2=0,23$	df=1	p=0,63
<i>Рациональные комбинации АГП</i>	28 (17,18%)	10 (14,29%)	18 (22,50%)	$\chi^2=1,66$	df=1	p=0,20
<i>Условно рациональные комбинации АГП¹</i>	47 (28,83%)	24 (34,29%)	23 (28,75%)	$\chi^2=0,53$	df=1	p=0,47
<i>Нерациональные комбинации АГП</i>	1 (0,66%)	0	1 (1,25%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,53
<i>Фиксированные комбинации АГП</i>	6 (4,00%)	1 (1,43%)	5 (6,25%)	$\chi^2=2,26$	df=1	p=0,14
Δ количество АГП, Me [LQ; UQ]	2,0 [1,0; 2,0]	1,0 [1,0; 2,0]	2,0 [1,0; 3,0]	U=2588,50	Z=-0,79	p=0,43
БАБ	76 (50,67%)	38 (54,29%)	38 (47,50%)	$\chi^2=0,69$	df=1	p=0,41
ИАПФ	45 (30,00%)	22 (30,00%)	23 (28,75%)	$\chi^2=0,13$	df=1	p=0,72

Продолжение таблицы 35

Постоянно принимаемая АГТ		Обе группы, n=150, n (%)	1 группа, n=70, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
АРА		29 (19,33%)	12 (17,14%)	17 (21,25%)	$\chi^2=0,40$	df=1	p=0,53
АК		38 (25,33%)	12 (17,14%)	26 (32,50%)	$\chi^2=0,65$	df=1	p=0,03
Диуретики ²		43 (28,67%)	18 (25,71%)	25 (31,25%)	$\chi^2=0,56$	df=1	p=0,45
α АБ доксазозин		1 (0,67%)	0	1 (1,25%)	$\chi^2=0,88$	df=1	p=0,53
α АМ клонидин		1 (0,67%)	0	1 (1,25%)	$\chi^2=0,88$	df=1	p=0,53
Непереносимость ИАПФ		1 (0,67%)	0	1 (1,25%)	$\chi^2=0,88$	df=1	p=0,53
Целевое АД ³		26 (17,33%)	17 (24,29%)	9 (11,25%)	$\chi^2=4,43$	df=1	p=0,59
ПОМ	Всего	107 (71,33%)	44 (62,86%)	63 (78,75%)	$\chi^2=4,61$	df=1	p=0,03
	ПАД \geq 60 мм рт. ст.	25 (16,67%)	12 (17,14%)	13 (16,25%)	$\chi^2=0,02$	df=1	p=0,88
	ГЛЖ	90 (60,00%)	38 (54,29%)	52 (65,00%)	$\chi^2=1,79$	df=1	p=0,18
	СКФ 30-60 мл/мин/1,73м2	27 (18,00%)	3 (4,29%)	24 (30,00%)	$\chi^2=16,72$	df=1	p<0,001

Продолжение таблицы 35

Постоянно принимаемая АГТ		Обе группы, n=150, n (%)	1 группа, n=70, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
Соответствие АГТ КР	Соответствует	66 (44,00%)	28 (40,00%)	38 (47,50%)	$\chi^2=0,85$	df=1	p=0,36
	Соответствует условно ¹	48 (32,00%)	25 (35,71%)	23 (28,75%)	$\chi^2=0,83$	df=1	p=0,36
	Не соответствует	36 (24,00%)	17 (24,29%)	19 (23,75%)	$\chi^2=0,01$	df=1	p=0,94

Примечание к таблице 35: ¹ – с учетом сопутствующей патологии; ² – петлевые и тиазидные; ³ – АД <140/90 мм рт. Ст., <140/85 мм рт. ст. для больных с СД.

Таким образом было получено, что АГТ у пациентов с ФП до референсного ОКС соответствовала КР только у 66 (44,00%) пациентов, условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) – у 48 (32,00%) пациентов и не соответствовала КР – у 36 (24,00%) пациентов (Таблица 35).

При анализе АГТ у пациентов пожилого (≥ 65 лет) и старческого возраста (≥ 75 лет) было получено, что АГТ в основном была представлена АГП классов А (ИАПФ, АРА, Акд) и В (БАБ, кроме атенолола, диуретики) списка EURO-FORTA, а АГП классов и С (α АБ) и D (Акн, клофедипин, атенолол) списка EURO-FORTA, применялись крайне редко, что более подробно изложено в Таблица 36.

Таблица 36 – Анализ АГТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ до ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Количество пациентов ≥65 лет с АГ, n=81, n (%)	Количество пациентов ≥75 лет с АГ, n=30, n (%)
А	ИАПФ	23 (28,4%)	8 (26,67%)
	АРА	18 (22,2%)	8 (26,67%)
	Акд	24 (29,6%)	9 (30,00%)
В	БАБ (кроме атенолола)	40 (49,38%)	10 (33,33%)
	Диуретики	23 (28,40%)	9 (30,00%)
С	αАБ	1 (1,2%)	0
D	Акн	1 (1,2%)	0
	Клофедипин	1 (1,2%)	1 (3,33%)
	Атенолол	1 (1,2%)	1 (3,33%)
Не получали АГТ совсем		17 (20,99%)	8 (26,67%)

3.3.6 Ретроспективная оценка терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу референсного острого коронарного синдрома

Все расчеты произведены только для 133 (81,60%) пациентов, имеющих в диагнозе ХСН.

Не получали никакого лечения ХСН 29 (21,80%) пациентов, в виде монотерапии получали 46 (34,59%) пациентов, ≥ 2 препаратов – 58 (43,61%), а среднее количество постоянно принимаемых препаратов в целом составило 1,0 [1,0; 2,0] (Таблица 37). Кроме этого, в 1 группе имелась тенденция к большему количеству пациентов, принимающих ≥ 2 препарата, чем во 2 группе: 28 (52,83%) против 30 (37,50%) пациентов соответственно, $p=0,008$ (Таблица 37). Терапию ИАПФ/АРА всего получали 70 (52,63%) пациентов, БАБ и/или ивабрадин – 70 (52,63%) пациентов, АМКР – 20 (15,04%) пациентов, ПД – 16 (12,03%) пациентов (Таблица 37, Таблица 38).

Таким образом, терапия ХСН у пациентов с ФП до референсного ОКС, соответствовала КР только у 15 (11,28%) пациентов, условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) – у 17 (12,78%) пациентов, а не соответствовала – у 101 (75,94%) пациента (Таблица 37, Таблица 38). Более подробно анализ терапии ХСН у пациентов с ФП до референсного ОКС изложен в Таблица 37 и Таблица 38, в том числе в зависимости от степени выраженности ИПМ и ФК ХСН.

Таблица 37 – Анализ состава терапии ХСН у пациентов с ФП и ХСН до референсного ОКС в целом и в зависимости от ИПМ

Постоянно принимаемая терапия ХСН	Обе группы, n=133, n (%)	1 группа, n=53, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
				χ^2	df	p
Не получали терапии ХСН	29 (21,80%)	10 (18,87%)	19 (23,75%)	$\chi^2=0,45$	df=1	p=0,50
1 препарат	46 (34,59%)	15 (28,30%)	31 (38,75%)	$\chi^2=1,51$	df=1	p=0,21
≥ 2 препаратов	58 (43,61%)	28 (52,83%)	30 (37,50%)	$\chi^2=3,05$	df=1	p=0,08
Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	1,0 [1,0; 2,0]	2,0 [1,0; 2,0]	1,0 [1,0; 2,0]	U=1842,00	Z=-1,28	p=0,20
ИАПФ	44 (33,08%)	21 (39,62%)	23 (28,75%)	$\chi^2=1,7$	df=1	p=0,19
АРА	28 (21,05%)	11 (20,75%)	17 (21,25%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=0,95
БАБ	69 (51,88%)	31 (58,49%)	38 (47,50%)	$\chi^2=1,54$	df=1	p=0,21

Продолжение таблицы 37

Постоянно принимаемая терапия ХСН	Обе группы, n=133, n (%)	1 группа, n=53, n (%)	2 группа, n=80, n (%)	Сравнение 2-х групп		
				$\chi^2=0,09$	df=1	p=0,64
Ивабрадин	2 (1,50%)	1 (1,89%)	1 (1,25%)	$\chi^2=0,12$	df=1	p=0,95
Петлевые диуретики	16 (12,03%)	7 (13,21%)	9 (11,25%)	$\chi^2=0,23$	df=1	p=0,63
АМКР	20 (15,04%)	7 (13,21%)	13 (16,25%)	$\chi^2=0,07$	df=1	p=0,60
Непереносимость ИАПФ	1 (0,75%)	0	1 (1,25%)	$\chi^2=0,74$	df=1	p=0,39
ФК I	42 (31,58%)	19 (35,85%)	23 (28,75%)	$\chi^2=1,10$	df=1	p=0,29
ФК II	55 (41,35%)	19 (35,85%)	36 (45,00%)	$\chi^2=0,07$	df=1	p=0,79
ФК III	36 (27,07%)	15 (28,30%)	21 (26,25%)			

Среди пациентов, имеющих ХСН, пожилого (≥ 65 лет) возраста оказалось 73 (54,89%) пациента, а старческого (≥ 75 лет) – 29 (21,80%). При этом пациентам данных возрастных категорий в качестве препаратов для лечения ХСН применялись только препараты классов А и В списка EURO-FORTA, препараты классов С и D не были рекомендованы никому, что более подробно изложено в *Таблица 39.*

Таблица 38 – Анализ постоянно принимаемой терапии ХСН в зависимости от ФК ХНС у пациентов с ФП и ХСН до референсного ОКС

		Всего, n=133, n (%)	ФК I, n=42, n (%)	ФК II, n=55, n (%)	ФК III, n=36, n (%)
Не получали терапии ХСН		29 (21,80%)	12 (28,57%)	9 (16,36%)	8 (22,22%)
ИАПФ/АРА		72 (54,14%)	23 (54,76%)	31 (56,36%)	18 (50,00%)
БАБ и/или ивабрадин ¹		70 (52,63%)	19 (45,23%)	32 (58,18%)	19 (52,78%)
АМКР		20 (15,04%)	0	8 (14,55%)	12 (33,33%)
ПД		16 (12,03%)	0	8 (14,55%)	8 (22,22%)
Соответствие терапии КР	Соответствует	15 (11,28%)	11 (26,19%)	1 (1,82%)	3 (8,33%)
	Соответствует условно ¹	17 (12,78%)	12 (28,57%)	1 (1,82%)	4 (11,11%)
	Не соответствует	101 (75,94%)	19 (21,43%)	53 (95,36%)	29 (80,56%)

Примечание к таблице 38: ¹ – 23 пациента со II ФК и 16 пациентов с III ФК не получали БАБ/ивабрадин, но получали более сильные ААП; ² – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 39 – Анализ терапии ХСН (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП и ХСН до ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Количество пациентов ≥ 65 лет с ХСН, n=73, n (%)	Количество пациентов ≥ 75 лет с ХСН, n=29, n (%)
А	ИАПФ	22 (30,14%)	8 (27,59%)
	АРА	17 (23,29%)	8 (27,59%)
	БАБ	36 (49,32%)	11 (37,93%)
В	Диуретики (ПД)	10 (13,70%)	6 (20,69%)
	АМКР	10 (13,70%)	7 (24,14%)
С	Ивабрадин	0	0
Не получали терапию ХСН совсем		16 (21,92%)	7 (24,14%)

3.4 Ретроспективный анализ I и II этапов кардиореабилитации у пациентов с фибрилляцией предсердий после референсного острого коронарного синдрома

3.4.1 Ретроспективная оценка пути следования пациентов от момента возникновения референсного острого коронарного синдрома до II этапа кардиореабилитации и их распределение по лечебно-профилактическим учреждениям

При оценке пути следования пациентов от момента возникновения референсного ОКС до II этапа кардиореабилитации было получено, что более 1/2 пациентов при возникновении референсного ОКС первично поступили в периферические сосудистые центры (ПСЦ), а остальные в региональный сосудистый центр (РСЦ) и отделения неотложной кардиологии (НК) городских и центральных районных больниц (ЦРБ), что более подробно изложено в *Таблица 40*. Кроме этого на I этапе кардиореабилитации 4 (2,45%) пациента были переведены в РСЦ, а 2 (1,23%) пациента – в КХО Кировской областной клинической больницы (КОКБ) и только потом все они были направлены на II этап кардиореабилитации в отделение кардиореабилитации клиники Кировской ГМА (*Таблица 40*).

Таблица 40 – Путь следования пациентов от момента возникновения референсного ОКС до II этапа кардиореабилитации и их распределение по ЛПУ

		РСЦ, n (%)	ПСЦ, n (%)	Отделения НК городских и ЦРБ, n (%)	КХО КОКБ, n (%)
Поступило	Первично	33 (20,25%)	99 (60,74%)	31 (19,02%)	-
	Вторично	4 (2,45%)	-	-	2 (1,23%)
	Всего	37 (22,70%)	99 (60,74%)	31 (19,02%)	2 (1,23%)

Продолжение таблицы 40

		РСЦ, n (%)	ПСЦ, n (%)	Отделения НК городских и ЦРБ, n (%)	КХО КОКБ, n (%)
Переведены в	РСЦ	-	1 (0,61%)	3 (1,84%)	-
	КХО КОКБ	2 (1,23%)	-	-	-
	Отделение кардиореа- билитации клиники Кировской ГМА	35 (21,47%)	98 (60,12%)	28 (17,18%)	2 (1,23%)

3.4.2 Ретроспективная оценка тяжести референсного острого коронарного синдрома в зависимости от его вида

При оценке степени тяжести референсного ОКС, ставшего причиной изучаемой в данном исследовании кардиологической реабилитации, было получено, что наиболее частым ($p < 0,001$) видом ОКС была НС, которая была диагностирована более, чем у 1/2 пациентов, что более подробно изложено в *Таблица 41* и *Таблица 42*.

Таблица 41 – Сравнение частоты встречаемости разных видов ОКС

	НС, n=82	ИМсQ, n=43	ИМ без Q, n=38
Вся когорта, n=163	$\chi^2=32,04$, df=2, $p < 0,001$ (межгрупповые)		
НС, n=82	-	$\chi^2=19,74$, df=1 $p < 0,001$	$\chi^2=25,53$, df=1 $p < 0,001$
ИМ с Q, n=43	$\chi^2=19,74$, df=1 $p < 0,001$	-	$\chi^2=0,41$, df=1 $p = 0,52$
ИМ без Q, n=38	$\chi^2=25,53$, df=1 $p < 0,001$	$\chi^2=0,41$, df=1 $p = 0,52$	-

Таблица 42 – Оценка степени тяжести ОКС в зависимости от его вида

Вид ОКС	НС	ИМ с Q	ИМ без Q
n (%)	82 (50,31%)	43 (26,38%)	38 (23,31%)
Δ возраст пациентов (года), Me [LQ; UQ]	65,00 [57,00; 72,00]	63,00 [69,00; 67,00]	66,00 [62,00; 76,00]
	$\chi^2=2,80, df=2, p=0,25$ (межгрупповые)		

3.4.3 Ретроспективная оценка проведения лечебно- диагностических процедур на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка проведения тромболитической терапии

При оценке проведения тромболитической терапии (ТЛТ) на I этапе кардиореабилитации по поводу референсного ОКС было получено, что она была проведена только 10 (6,13%) пациентам, при этом имела место тенденция к более частому применению актилизе – 6 (3,68%) пациентов, $p < 0,09$ (Таблица 43).

Таблица 43 – Анализ проведения ТЛТ

Показатель	ТЛТ всего	Актилизе	Пууролаза	Стрептокиназа
Вся когорта, n=163, n (%)	10 (6,13%)	6 (3,68%)	2 (1,23%)	2 (1,23%)
	$\chi^2=4,80, df=2, p=0,09$ (межгрупповые)			
Актилизе	-	-	$\chi^2=0,31, df=1,$ $p=0,03$	$\chi^2=0,31, df=1,$ $p=0,03$
Пууролаза		$\chi^2=0,31, df=1,$ $p=0,03$	-	$\chi^2=0,00, df=1,$ $p=0,71$
Стрептокиназа		$\chi^2=0,31, df=1,$ $p=0,03$	$\chi^2=0,00, df=1,$ $p=0,71$	-

Ретроспективная оценка проведения коронароангиографии и реваскуляризации миокарда на I этапе кардиореабилитации

При оценке проведения КАГ пациентом с ОКС на I этапе кардиореабилитации было выявлено, что она была проведена только 27 (16,56%) пациентам, в том числе 16 (9,82%) пациентам со стентированием и/или ТБА КА, а также 2 (1,23%) пациентам была выполнена экстренная оперативная реваскуляризация миокарда (шунтирование), что более подробно изложено в *Таблица 44*.

Таблица 44 – Анализ проведения КАГ и реваскуляризации КА на I этапе кардиореабилитации

Вид вмешательства		Вся когорта, n=163, n (%)
КАГ всего		27 (16,56%)
В том числе повторно		4 (2,45%)
Отказ пациента		2 (1,23%)
Вид поражения КА	АС	22 (14,50%)
	Тромбоз и АС	4 (2,45%)
	Тромбоз КА	1 (0,61%)
Гемодинамически значимый АС КА		24 (14,72%)
Стентирование КА*		13 (7,98%)
Стентирование с ТБА КА*		3 (1,84%)
Шунтирование	Всего	2 (1,23%)
	АШК	1 (0,61%)
	АКШ + МКШ	1 (0,61%)

Примечание к таблице 44: * – стенты без лекарственного покрытия

Ретроспективная оценка насосной функции сердца у пациентов с фибрилляцией предсердий после референсного острого коронарного синдрома на II этапе кардиореабилитации в целом и в зависимости от вида острого коронарного синдрома

Оценка насосной функции сердца у пациентов с ФП после референсного ОКС была осуществлена всей изучаемой когорте на основании данных, проведенной ЭХО-КГ на II этапе кардиореабилитации. В результате чего было получено, что самую большую ФВ ЛЖ имели пациенты с НС – 60,00 % [55,00; 65,00], а самую наименьшую – пациенты с ИМ с Q50,00 [41,00; 58,00], $p=0,0004$ (Таблица 45).

Таблица 45 – Оценка средней ФВ ЛЖ в целом и в зависимости от вида ОКС

	Вся когорта, n=163	НС, n=82	ИМ без Q, n=38	ИМ с Q, n=43
Δ ФВ ЛЖ, Me [LQ; UQ]	57,00 [49,00; 64,00]	60,00 [55,00; 65,00]	55,00 [50,00; 67,00]	50,00 [41,00; 58,00]
		$U=15,84, Z=2, p<0,001$ (межгрупповые)		
НС, n=82	-	-	$U=1304,00,$ $Z=-2,71,$ $p=0,01$	$U=574,50,$ $Z=-2,29, p=0,02$
ИМ без Q, n=38	-	$U=1304,00,$ $Z=-2,71, p=0,01$	-	$U=574,50,$ $Z=-2,29, p=0,02$
ИМ с Q, n=43	-	$U=1241,50$ $Z=-5,22, p<0,001$	$U=574,50$ $Z=-2,29,$ $p=0,02$	-

В целом среди всех исследуемых низкую ФВ ЛЖ (<40%) имели 19 (11,66%) пациентов, промежуточное значение ФВ ЛЖ (40-<50%) – 23 (14,11%) пациента, а сохранную ФВ ЛЖ ($\geq 50\%$) – 121 (74,23%) пациента (Таблица 46). Всем пациентам, имеющим сохранную ФВ ЛЖ ($\geq 50\%$), дополнительно был проведен анализ наличия СНсФВ на основании оценки

ИКДО ЛЖ и подсчета диагностических кодов СНсФВ (Таблица 46). В результате чего было получено, что исключить наличие СНсФВ (0 баллов) оказалось возможным у 6 (3,68%) пациентов, проведение дополнительного диагностического стресс-теста для уточнения наличия СНсФВ оказалось необходимым 46 (28,22%) пациентам из всей изучаемой когорты (наличие ИКДО ЛЖ < 97 мл/м² и 1-3 баллов) и только у 69 (42,33%) пациентов из всех изучаемой когорты имела место СНсФВ (Таблица 46). При этом среди пациентов с СНсФВ (ФВ ЛЖ ≥50%) более половины пациентов (70 из 121 пациента) имели самый легкий вид ОКС – НС (Таблица 46).

Таблица 46 – Оценка сохранности ФВ ЛЖ в целом и в зависимости от вида ОКС

		Вся когорта, n=163, n (%)	НС, n=82, n (%)	ИМ без Q, n=38, n (%)	ИМ с Q, n=43, n (%)
ФВ ЛЖ <40%		19 (11,66%)	6 (7,32%)	5 (13,16%)	8 (18,60%)
ФВ ЛЖ 40-<50%		23 (14,11%)	6 (7,32%)	4 (10,53%)	13 (30,23%)
ФВ ЛЖ ≥50%		121 (74,23%)	70 (85,37%)	29 (76,32%)	22 (51,16%)
$\chi^2=18,60, df=2, p<0,001^*$ (межгрупповые)					
ИКДО ЛЖ >97 мл/м ²		1 (0,61%)	1 (1,22%)	0	0
ИКДО ЛЖ <97 мл/м ²		120 (73,62%)	69 (84,15%)	29 (76,32%)	22 (51,16%)
Диагности- ческие коды СНсФВ	≥ 4	68 (41,72%)	42 (51,22%)	17 (44,74%)	9 (20,94%)
	1-3	46 (28,22%)	23 (28,05%)	11 (28,95%)	12 (27,91%)
	0	6 (3,68%)	4 (4,88%)	1 (2,63%)	1 (2,33%)
Всего имели СНсФВ		69 (42,33%)	43 (52,44%)	17 (44,74%)	9 (20,94%)
$\chi^2=11,59, df=2, p=0,004$ (межгрупповые)					

Примечание к таблице 46: * – данный критерий неприменим, так как в > 20% ячеек имеется недостаточное количество наблюдаемых (≤ 5 человек).

Таблица 47 – Попарное сравнение наличия СНсФВ в зависимости от вида ОКС

	НС, n=82	ИМ без Q, n=38	ИМ с Q, n=43
НС, n=82	-	$\chi^2=0,62,$ df =1, p=0,43	$\chi^2=11,52,$ df =1, p< 0,001
ИМ без Q, n=38	$\chi^2=0,62,$ df =1, p=0,43	-	$\chi^2=5,25,$ df =1, p= 0,02
ИМ с Q, n=43	$\chi^2=11,52,$ df =1, p< 0,001	$\chi^2=5,25,$ df =1, p= 0,02	-

*Ретроспективная оценка зависимости фракции выброса левого желудочка
и частоты сердечных сокращений*

Оценка зависимости ФВ ЛЖ и ЧСС была осуществлена всей изучаемой когорте на основании данных ЭХО-КГ и ХМ-ЭКГ, проведенных на II этапе.

Средняя ФВ ЛЖ в целом и при различных видах референсного ОКС была оценена в разделе 3.4.3.3 (Таблица 46). При оценке средней среднесуточной ЧСС по данным ХМ-ЭКГ было получено, что наибольшей она была в группе пациентов с низкой ФВ ЛЖ (<40%) – 74,00 [67,00; 84,00] ударов минуту, а наименьшей в группе пациентов с сохранной ФВ ЛЖ ($\geq 50\%$) (p=0,004) – 63,00 [58,00; 74,00] удара в минуту, при этом в группах пациентов с различными видами ОКС существенных различий по данному показателю найдено не было, что более подробно изложено в Таблица 48 и Таблица 49.

Кроме этого, была выявлена обратная очень слабая корреляционная зависимость (r=-0,20, p=0,001) между средней ФВ ЛЖ и средней среднесуточной ЧСС у всей изучаемой когорты пациентов в целом, однако при сравнении групп в зависимости от вида ОКС и ФВ ЛЖ корреляционной зависимости не наблюдалось (Таблица 50). Оценка ритма и значимых пауз при проведении ЭХО-КГ и ХМ-ЭКГ приведена в Таблица 51.

Таблица 48 – Оценка средней среднесуточной ЧСС в целом и в зависимости от ФВ ЛЖ и от вида референсного ОКС

	Δ среднесуточная ЧСС, Me [LQ; UQ]	Межгрупповые различия
Вся когорта, n=163	64,00 [58,00; 76,00]	-
ФВ ЛЖ <40%, n=19	74,00 [67,00; 84,00]	U=9,11, Z=2, p= 0,01
ФВ ЛЖ 40-<50%, n=23	65,00 [58,00; 76,00]	
ФВ ЛЖ ≥50%, n=121	63,00 [58,00; 74,00]	
НС, n=82	63,00 [59,00; 75,00]	U=0,80, Z=2, p=0,67
ИМ без Q, n=38	63,50 [56,00; 78,00]	
ИМ с Q, n=43	67,00 [59,00; 75,00]	

Таблица 49 – Попарное сравнение средней среднесуточной ЧСС в зависимости от ФВ ЛЖ

	ФВ ЛЖ <40%, n=19			ФВ ЛЖ 40-<50%, n=23			ФВ ЛЖ ≥50%, n=121		
	U	Z	p	U	Z	p	U	Z	p
ФВ ЛЖ <40%, n=19	-			146,00	-1,82	0,07	682,00	-2,84	0,004
ФВ ЛЖ 40-<50%, n=23	146,00	-1,82	0,07	-			1277,00	0,62	0,53
ФВ ЛЖ ≥50%, n=121	682,00	-2,84	0,004	1277,00	0,62	0,53	-		

Таблица 50 – Оценка корреляционной зависимости между ФВ ЛЖ и средней среднесуточной ЧСС в целом и в зависимости от ФВ ЛЖ и вида ОКС

	r_s	p
Вся когорта, n=163	-0,20	0,001
НС, n=82	-0,15	0,18
ИМ без Q, n=38	-0,28	0,08
ИМ с Q, n=43	-0,20	0,20
ФВ ЛЖ <40%, n=19	-0,12	0,19
ФВ ЛЖ 40-<50%, n=23	0,15	0,5
ФВ ЛЖ \geq 50%, n=121	-0,30	0,22

Таблица 51 – Оценка ритма и пауз при проведении ЭХО-КГ и ХМ-ЭКГ

	ЭХО-КГ, n (%)	ХМ-ЭКГ, n (%)
Не синусный ритм (ФП)	46 (28,22%)	41 (24,15%)
Ритм ЭКС	-	4 (2,45%)
Наличие пауз > 2000 мс	-	9 (5,52%)

3.4.4 Ретроспективная оценка степени полиморбидности у пациентов с фибрилляцией предсердий после референсного острого коронарного синдрома

По завершению II этапа кардиореабилитации всем пациентам вновь были подсчитаны количественный и качественный ИМП (Таблица 52). При этом было выявлено, что изменение количественного ИПМ в основном было обусловлено впервые диагностированными ССЗ, такими как ФП, ИБС, ИМ и ХСН, а также заболеваниями мочевыделительной системы (Таблица 53). На изменение качественного ИПМ повлияли только впервые диагностированные ХСН и ХБП, как в сочетании с СД2 или АГ, так и без них (Таблица 53). Более подробно выявленные ССЗ и НСЗ во время I и II этапов кардиореабилитации представлены в Таблица 53.

Таблица 52 – Оценка количественного и качественного ИПМ на момент завершения II этапа кардиореабилитации

Показатель	Значение
Δ ИПМ количественный, Ме [LQ; UQ]	8,00 [6,00; 9,00]
Δ ИПМ качественный, Ме [LQ; UQ]	5,00 [4,00; 6,00]
• легкая степень ПМ, n (%)	4 (2,45%)
• средняя степень ПМ, n (%)	51 (31,29%)
• тяжелая степень ПМ, n (%)	108 (66,26%)
Нет ПМ, n (%)	0

Таблица 53 – Выявленные ССЗ и НСЗ во время I и II этапов кардиореабилитации

Заболевание		n (%) случаев		
ССЗ	ФП	58 (35,58%)	183 (112,27%)	
	ИБС	35 (21,37%)		
	ИМ ¹	53 (32,52%)		
	ХСН	30 (18,40%)		
	АГ	2 (1,23%)		
	АС периферических артерий	1 (0,61%)		
	СССУ	1 (0,61%)		
	СССУ + бинодальная слабость	2 (1,23%)		
	Аневризма АО	1 (0,61%)		
НСЗ	Заболевания эндокринной системы	14 (8,52%)	91 (55,83%)	
	<i>Нарушение углеводного обмена</i>			<i>13 (7,98%)</i>
	СД2	Без осложнений ²		4 (2,45%)
		С нефропатией ³		2 (1,23%)
	НТГ			7 (4,29%)
	<i>Нарушение функции ЩЖ</i>			<i>1 (0,61%)</i>
	АИТ амиодарон индуцированный			1 (0,61%)

Продолжение таблицы 53

Заболевание			n (%) случаев	
НСЗ	Заболевания мочевыделительной системы		56 (34,36%)	
	ХБП	Всего		46 (28,22%)
		Стадия по уровню СКФ	C1	39 (23,93%)
			C2	5 (3,07%)
			C3a	2 (1,23%)
		Стадия по уровню альбуминурии	A0	4 (2,45%)
			A1	1 (0,61%)
			Неизвестно	41 (25,15%)
	Гипертонический нефросклероз ⁴		4 (2,45%)	
	Хронический пиелонефрит		4 (2,45%)	
	Мочекаменная болезнь		1 (0,61%)	
	Кисты почек		1 (0,61%)	
	Заболевания других органов и систем		21 (12,88%)	
	Анемия железодефицитная		17 (10,43%)	
Синдром обструктивного апноэ во сне		3 (1,84%)		
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы		1 (0,61%)		

Примечание: к таблице 53: ¹ – любой вид ИМ (с Q и без Q) в целом как самостоятельный диагноз, за который начисляется 1 балл без учета повторных ИМ и НС; ² – у 1 (0,61%) пациента до референсного ОКС уже имелось НТГ; ³ – ранее гипертонический нефросклероз; ⁴ – ранее уже имелась ХБП 1-2 стадии.

3.4.5 Ретроспективная оценка медикаментозной терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, а также рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе при выписке по завершению II этапа пациентам с фибрилляцией предсердий, перенесших референсный острый коронарный синдром

Вся МТ, проводимая на I и II этапах кардиореабилитации, а также рекомендуемая для самостоятельного приема на III этапе при выписке по завершению II этапа пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС, была оценена у всей изучаемой когорты (100%), количественный состав которой более подробно изложен в *Таблица 54*.

Таблица 54 – Ретроспективная оценка МТ, получаемой пациентами с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации, а также рекомендуемая для самостоятельного приема на III этапе при выписке по завершению II этапа

Показатель	Вся МТ, n (%)	Кардиологические препараты, n (%)	Не кардиологические препараты, n (%)
<i>На момент окончания II этапа кардиореабилитации</i>			
Всего	163 (100%)	163 (100%)	142 (87,12%)
1 препарат	0	0	95 (58,28%)
≥ 2 препаратов	163 (100%)	163 (100%)	47 (28,83%)
Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	9,0 [8,0; 10,0]	8,0 [7,0; 9,0]	1,0 [1,0; 2,0]
<i>Рекомендации для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации при выписке по завершению II этапа</i>			
Всего	163 (100%)	163 (100%)	106 (65,03%)
1 препарат	0	0	75 (46,01%)
≥ 2 препаратов	163 (100%)	163 (100%)	31 (19,02%)
Δ количество препаратов, Me [LQ; UQ]	8,0 [7,0; 9,0]	7,0 [6,0; 8,0]	1,0 [0,0; 1,0]

Качественный состав МТ, имеющих различных ССЗ у изучаемой когорты оценивался с учетом наличия показаний к тому или иному виду терапии, что более подробно изложено в последующих разделах данной работы.

Оценка качественного состава МТ, имеющейся не кардиологической патологии, в задачи данного исследования не входила. В целом она была представлена ИПП (пантопразол), пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) (гликлазид и/или метформин), левотироксинами, β_2 АМ короткого и длительного действия (формотерол и салбутамол) в сочетании с ингаляционным ГКС (будесонид), а также ГСК системного действия (преднизолон).

Ретроспективная оценка гиполипидемической терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка гиполипидемической терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, была проведена всей изучаемой когорте пациентов (100%). При этом было получено, что вся изучаемая когорта стала относиться к IV группе КВР и получала ГЛТ в виде терапии статинами согласно протоколу ведения пациентов с ОКС (*Таблица 55*). При этом целевые значения ОХС имели место у 149 (91,41%) пациентов, целевые значения ХС-ЛПНП – у 116 (71,17%) пациентов, а наличие обоих этих показателей в пределах целевых значений – 116 (71,17%) пациентов.

На момент выписки из стационара по завершению II этапа кардиореабилитации для самостоятельного приема на III этапе ГЛТ в виде высоких доз статинов была рекомендована 146 (89,57%) пациентам, а остальным 17 (10,43%) пациентам в связи с наличием повышения ферментов печени были рекомендованы средние дозы статинов (*Таблица 56*). При оценке данного вида терапии пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесшим референсный ОКС, было установлено, что её получали все пациенты данных возрастных категорий, что более подробно изложено в *Таблица 57*.

Таблица 55 – Ретроспективная оценка ГЛТ, получаемой пациентами на момент окончания II этапах кардиореабилитации

Показатель		n (%)
Группа КВР	IV	163 (100%)
	III	0
	II	0
	I	0
Получали ГЛТ (согласно протоколу ведения пациентов с ОКС)		163 (100%)
Имели целевой ОХС		149 (91,41%)
Имели целевой ХС-ЛПНП		116 (71,17%)
Имели целевой ОХС и ХС-ЛПНП		116 (71,17%)
Δ значение ОХС (ммоль/л), Ме [LQ; UQ]		3,49 [3,05; 3,80]
Δ значение ОХ-ЛПНП (ммоль/л), Ме [LQ; UQ]		1,68 [1,45; 1,90]
Повышение ферментов печени		17 (10,43%)

Таблица 56 – Ретроспективная оценка ГЛТ, рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации при выписке по завершению II этапа пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС

Рекомендуемая ГЛТ	Вся когорта, n=163, n (%)
Высокие дозы статинов (аторвастатин 80 мг или розувастатин 40 мг) ¹	146 (89,57%)
Средние дозы статинов (аторвастатин 40 мг или розувастатин 20 мг) ²	17 (10,43%)

Примечание к таблице 56: ¹ – ГЛТ соответствует КР; ² – ГЛТ условно соответствует КР, с учетом сопутствующей патологии (наличие в анамнезе повышения ферментов печени).

Таблица 57 – Ретроспективная оценка ГЛТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС в рекомендациях при выписке по завершению II этапа

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=82, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=30, n (%)
A	Статины, для лиц 65-84 лет	78 (95,12%)	25 (83,33%)
B	Статины, для лиц ≥ 85 лет	5 (6,09%)*	5 (16,67%)*

Примечание к таблице 57: * – пациентов ≥ 85 лет во всей изучаемой когорте всего 5 (3,07%).

Ретроспективная оценка антитромботической терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка АТТ, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, была проведена всем пациентам изучаемой когорты (100%), так как на момент проведения I и II этапов у всех из них были диагностированы различные формы ФП (Таблица 58). При этом более чем у 1/2 пациентов имела место пароксизмальная форма ФП, а длительно персистирующая форма ФП отсутствовала совсем (переведена в постоянную форму), что более подробно изложено в Таблица 58.

Таблица 58 – Ретроспективная оценка наличия различных форм ФП у пациентов после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Форма ФП	Вся когорта, n=163, n (%)
Постоянная	25 (15,33%)
Пароксизмальная	99 (60,74%)
Персистирующая	39 (23,93%)
Длительно персистирующая	0

Всей изучаемой когорте пациентов на момент окончания II этапа кардиореабилитации были ретроспективно оценены риск развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и риск развития кровотечения по шкале HAS-BLED: риск развития инсульта и кровотечения имелся у всей изучаемой когорты (100%), при этом высокий риск развития инсульта (≥ 2 баллов) имелся у 157 (96,32%) пациентов, а высокий риск кровотечения (≥ 3 баллов) – у 110 (67,48%) пациентов, что более подробно изложено в *Таблица 59*.

Таблица 59 – Ретроспективная оценка риска развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Показатель		Вся когорта, n=163, n (%)
CHA2DS2-VASc	0 баллов	0
	1 балл	6 (3,68%)
	≥ 2 баллов	157 (96,32%)
HAS-BLED	0 баллов	0
	1 балл	7 (4,29%)
	2 балла	46 (28,22%)
	≥ 3 баллов	110 (67,48%)

Кроме этого была проведена ретроспективная оценка состава АТТ у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации, а также её эффективность и безопасность в целом за весь период I и II этапов (*Таблица 60, Таблица 61*). В результате чего было получено, что все пациенты (100%) на I и II этапах получали АТТ согласно протоколу ведения пациентов с ОКС и не имели ни каких ТО и ТЭО (*Таблица 60, Таблица 61*). Однако у 5 (3,07%) пациентов зафиксированы различные геморрагические осложнения АТТ на фоне приема 2АТТ/3АТТ, при МНО превышающем значения терапевтического диапазона (3,95 [3,34; 4,02]), а также у 1 (0,61%) пациента – геморрагические осложнения АТТ на фоне приема 2 ААг (с ранее диагностированным злокачественным новообразованием (ЗНО) МП) (*Таблица 61*). Кроме этого, у 10 (6,13%) пациентов было выявлено обострение ранее выявленных

гастропатий на фоне приема различных видов АТТ (*Таблица 61*). В целом прием ИПП был показан 129 (79,14%) пациентам исследуемой когорты, при этом все они (100%) на момент окончания II этапа кардиореабилитации принимали данную группу препаратов (*Таблица 61*).

Пациентам, с ранее выявленной непереносимостью варфарина и АСК (по 1 (0,61%) случаю), также успешно была подобрана АТТ (*Таблица 60, Таблица 61*). Так к моменту завершения II этапа 157 (96,32%) пациентов изучаемой когорты получали ОАК в различной комбинации с ААг, и только 6 (3,68%) пациентов получали АТТ в виде комбинации 2 ААг, так как имели противопоказания к назначению ОАК (очень высокий риск кровотечения) (*Таблица 60, Таблица 61*). Кроме этого, хотелось бы отметить, что 8 (4,91%) пациентов по причине их письменного отказа от приема варфарина получали ПОАК (*Таблица 60, Таблица 61*). В целом же из 142 (87,12%) пациентов, получающих АКВ, МНО в пределах целевого диапазона имели только 69 (48,59%) пациентов (*Таблица 60, Таблица 61*).

При ретроспективной оценке АТТ, рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации при выписке по завершению II этапа пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС было получено, что всем пациентам изучаемой когорты (100%) была рекомендована АТТ (*Таблица 62*). При этом примерно 1/2 из них была рекомендована 2АТТ, а оставшимся пациентам примерно с равной частотой – 3АТТ и терапия 2ААг (*Таблица 62*). Суммарно ОАК были рекомендованы примерно 2/3 пациентов, при этом из них большей части были рекомендованы АВК и лишь незначительному количеству ПОАК (*Таблица 62*). А все оставшиеся пациенты, выписанные без ОАК, имели те или иные объективные причины (факторы) их не назначения. При этом 35 (21,47%) пациентов имели ≥ 2 причины (фактора), а среднее их количество составило 3,00 [2,00; 3,00], что более подробно изложено в *Таблица 63*. Таким образом, примерно 2/3 пациентам изучаемой когорты при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации была рекомендована АТТ, соответствующая КР и только 1/3 – условно соответствующая (с учетом сопутствующей патологии) КР (*Таблица 62*).

Таблица 60 – Ретроспективная оценка состава АТТ у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

АТТ	CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)	Вся когорта, n=163, n (%)
3 АТТ (ОАК + 2 ААг)	106 (67,52%) ¹	112 (68,71%) ¹
2 АТТ (ОАК + 1 ААг)	45 (28,66%) ²	45 (27,61%) ²
Получали 2 ААг	6 (3,82%) ³	6 (3,68%) ³
Не получали ни чего	0	0
<i>Всего ОАК</i>	151 (96,18%)	157 (96,32%)
<u>Всего АВК</u>	136 (86,62%)	142 (87,12%)
• Варфарин	135 (85,99%)	141 (86,50%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	3,75 [2,50; 5,00]	3,75 [2,50; 5,00]
• Фенилин	1 (0,64%)	1 (0,61%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	60,00	60,00
<u>Всего ПОАК</u>	15 (9,55%) ¹	15 (9,20%) ¹
• Дабигатран	11 (7,01%)	11 (6,75%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	300,00 [220,00; 300,00]	300,00 [220,00; 300,00]
• Ривароксабан	4 (2,55%)	4 (2,45%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	20,00 [20,00; 20,00]	20,00 [20,00; 20,00]
<i>Всего ААг</i>	157 (100%) ²	163 (100%) ²
• АСК	112 (71,34%)	118 (72,39%)
• Клопидогрел	157 (100%)	163 (100%)

Примечание к таблице 60: ¹ – 8 (4,91%) пациентов по причине их письменного отказа от приема варфарина получали ПОАК, а 1 (0,61%) пациент по причине непереносимости варфарина; ² – 1 (0,61%) пациент принимал 2АТТ по причине непереносимости АСК; ³ – прием ОАК противопоказан (очень высокий риск кровотечения).

Таблица 61 – Ретроспективная оценка эффективности и безопасности АТТ у пациентов с ФП после референсного ОКС за весь период I и II этапов кардиореабилитации, а также её соответствие КР

АТТ		CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)	Вся когорта, n=163, n(%)
Имели целевое МНО ¹		67 (44,37%)	69 (48,59%)
ТО (повторный кардиоэмболический ОКС)		0	0
ТЭО (ишемический МИ, ТИА, тромбоз вен)		0	0
Геморрагические осложнения (BARC)	Тип 0	151 (96,18%)	157 (96,32%)
	Тип 1 ²	5 (3,18%)	5 (3,07%)
	Тип 2 (малое) ³	1 (0,64%)	1 (0,61%)
Гастропатии	Всего гастропатий ⁴	10 (6,37%)	10 (6,13%)
	Эрозивные	6 (3,82%)	6 (3,6%)
	Не эрозивные	4 (2,55%)	4 (2,45%)
Непереносимость (сыпь) варфарина ⁵		1 (0,64%)	1 (0,61%)
Непереносимость (сыпь) АСК ⁶		1 (0,64%)	1 (0,61%)
Противопоказан прием ОАК ⁷		6 (3,82%)	6 (3,68%)
Показан прием ИПП		123 (78,34%)	129 (79,14%)
Принимали ИПП		123 (78,34%)	129 (79,14%)
Соответствие АТТ КР	Соответствует	141 (89,81%)	147 (90,18%)
	Соответствует условно ⁸	16 (10,19%)	16 (9,82%)

Примечание к таблице 61: ¹ – из принимающих АВК; ² – экхимозы (до 5 см) и/или малые носовые кровотечения на фоне 2АТТ/3АТТ при Δ МНО 3,95 [3,34; 4,02]; ³ – выраженная макрогематурия со сгустками крови и анемией (ранее диагностированное ЗНО МП) на фоне приема 2ААг; ⁴ – обострение имеющихся ранее гастропатий на фоне совместного приема ИПП и АТТ (у 9 пациентов 2АТТ/3АТТ, у 1 пациента 2ААг); ⁵ – назначен ПОАК; ⁶ – пациент с впервые выявленной ФП, назначена 2АТТ; ⁷ – очень высокий риск кровотечения; ⁸ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 62 – Ретроспективная оценка рекомендуемых АТТ и ИПП для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации при выписке по завершению II этапа пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС в целом и в зависимости от риска инсульта

АТТ	Вся когорта, n=163, n (%)	CHA2DS2-VASc < 2 баллов (HAS-BLED <3 баллов), n=6, n (%)	CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)	
			HAS-BLED < 3 баллов	HAS-BLED ≥ 3 баллов
3АТТ	40 (24,54%)	2 (33,33%)	38 (24,20%)	0
2АТТ	82 (50, 31%)	0	0	82 (52,23%)
2ААг	41 (25,15%)	4 (66,67%)	9 (5,73%)	28 (17, 83%)
<i>Всего ОАК</i>	122 (74,85%)	2 (33,33%)	38 (24,20%)	82 (52,23%)
<u>Всего АВК</u>	115 (70,55%)	2 (33,33%)	36 (22,93%)	77 (49,04%)
• Варфарин	114 (69,94%)	2 (33,33%)	35 (22,29%)	75 (47,77%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	3,75 [2,50; 5,00]	2,50 [2,50; 2,50]	5,00 [3,75; 5,00]	3,75 [2,50; 5,00]
• Фенилин	1 (0,61%)	0	1 (0,64%)	0
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	60,00	-	60,00	-
<u>Всего ПОАК</u>	7 (4,29%)	0	2 (1,27%)	5 (3,18%)
• Дабигатран	6 (3,68%)	0	2 (1,27%)	4 (2,55%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	260,00 [220,00; 300,00]	-	300,00 [300,00; 300,00]	220,00 [220,00; 260,00]
Ривароксабан	1 (0,61%)	0	0	1 (0,64%)
Δ суточная доза (мг), Ме [LQ; UQ]	20,00	-	-	20,00
<i>Всего ААг</i>	163 (100%)	6 (100%)	47 (29,94%)	110 (70,06%)
• АСК	89 (54,60%)	6 (100%)	47 (29,94%)	36 (22,93%)
• Клопидогрел	155 (95,09%)	6 (100%)	47 (29,94%)	102 (64,97%)

Продолжение таблицы 62

АТТ		Вся когорта, n=163, n (%)	CHA2DS2-VASc < 2 баллов (HAS-BLED < 3 баллов), n=6, n (%)	CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)	
				HAS-BLED < 3 баллов	HAS-BLED ≥ 3 баллов
Соответствие АТТ КР	Соответствует	120 (73,62%)	2 (33,33%)	38 (24,20%)	80 (50,96%)
	Соответствует условно ¹	43 (26,38%)	4 (66,67%)	9 (5,73%)	30 (19,11%)
	Не соответствует	0	0	0	0
Показаны ИПП		78 (47,85%)	4 (66,67%)	39 (24,84%)	35 (22,29%)
Назначены ИПП		78 (47,85%)	4 (66,67%)	39 (24,84%)	35 (22,29%)

Примечание к таблице 62: ¹ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 63 – Ретроспективная оценка факторов, которые повлияли на не назначение ОАК для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС в рекомендациях при выписке по завершению II этапа

	Всего n=163, n (%)	CHA2DS2- VASc < 2 баллов, n=6, n (%)	CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)
Всего пациентов без ОАК	41 (25,15%)	4 (66,67%)	37 (23,57%)
1 фактор	6 (3,68%)	0	6 (3,82%)
≥ 2 фактора	35 (21,47%)	4 (66,67%)	31 (19,75%)
Δ количество факторов, Me [LQ; UQ]	3,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 2,50]	3,00 [2,00; 3,00]
Высокий риск кровотечения	28 (17,18%)	1 (16,67%)	27 (17,20%)
Нет возможности контроля МНО	23 (14,11%)	3 (50,00%)	20 (12,74%)

Продолжение таблицы 63

	Всего n=163, n (%)	CHA2DS2- VASc < 2 баллов, n=6, n (%)	CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов, n=157, n (%)
Нет возможности приобретать ПОАК	35 (21,47%)	4 (66,67%)	31 (19,75%)
Отказ пациентов от терапии АВК (низкая приверженность)	20 (12,27%) ¹	1 (16,67%)	19 (12,10%) ¹

Примечание к таблице 63: ¹ – в том числе у 8 пациентов уже на I-II этапах кардиореабилитации имел место письменный отказ от приема варфарина.

При оценке особенностей АТТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС в рекомендациях при выписке по завершению II этапа было получено, что пациентам данных возрастных категорий в качестве АТТ применялись только препараты классов А и В списка EURO-FORTA, препараты классов С и D не были рекомендованы ни кому, что более подробно изложено в *Таблица 64*.

Таблица 64 – Ретроспективная оценка АТТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), рекомендуемой для самостоятельного приема на III этапе кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС в рекомендациях при выписке по завершению II этапа

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥65 лет, n=82, n (%)	Пациенты ≥75 лет, n=30, n (%)
А	ААг	АСК	15 (50,00%)
		Клопидогрел	28 (93,33%)
В	ОАК	Варфарин	13 (43,33%)
		Дабигатран	2 (6,67%)

Ретроспективная оценка антиаритмической терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка ААТ, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, была проведена всем пациентам изучаемой когорты (100%). При этом хотелось бы отметить, что за период проведения I и II этапов у всех из них были диагностированы различные формы ФП, что более подробно изложено в *Таблица 58*.

Так на момент окончания II этапа кардиореабилитации получали пульс урежающую терапию и имели целевые показатели ЧСС (в покое < 110 в минуту) все 25 (100%) пациентов с постоянной формой ФП (*Таблица 65*). При выписке по окончании II этапа кардиореабилитации всем им (100%) также была рекомендована для самостоятельного приема на III этапе терапия контроля ЧСС (с незначительными изменениями), а 6 (24,00%) из них ещё и дополнительно консультация аритмолога для решения вопроса об установке ЭКС (*Таблица 66*).

Таблица 65 – Ретроспективная оценка ААТ у пациентов с постоянной формой ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Показатель	Всего, n=25, n (%)
Получали терапию контроля ЧСС	25 (100%)
Имели целевую ЧСС (<110 ударов в минуту)	25 (100%)

Таблица 66 – Ретроспективная оценка ААТ рекомендуемой, при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, пациентам с постоянной ФП после референсного ОКС

Рекомендации	Всего, n=25, n (%)
Продолжить терапию контроля ЧСС	25 (100%)
Консультация аритмолога с целью решения вопроса об установке ЭКС	6 (24,00%)

Среди 99 пациентов с пароксизмальной формой ФП терапию профилактики приступов (ТПП) на момент окончания II этапа кардиореабилитации получали 97 (99,98%) пациентов, при этом у 62 (62,63 %) пациентов она была эффективной (отсутствие пароксизмов) (*Таблица 67*). Также хотелось бы отметить, что отсутствовали нежелательные комбинации ААП с точки зрения проаритмических эффектов и применение более 2 ААП одновременно (*Таблица 67*). Анализ причин неполучения ТПП пациентами с пароксизмальной ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации подробно изложен в *Таблица 68*.

При выписке по завершению II этапа кардиореабилитации ТПП, подобранную на I-II этапах (с небольшими коррективами), было рекомендовано продолжить на III этапе только 95 (95,96%) пациентам (*Таблица 69*). При этом 13 (13,13%) пациентам, из всех пациентов с пароксизмальной ФП, на III этапе рекомендована консультация аритмолога с целью решения вопроса о необходимости проведения РЧА или имплантации ЭКС (по поводу СССУ), а 4 (4,04%) пациентам – проведение ХМ-ЭКГ в динамике (*Таблица 69*).

Всем 39 (100%) пациентам с персистирующей формой ФП за период пребывания на I-II этапах кардиореабилитации была выбрана ТКР, при этом 11 (28,21%) пациентов продолжили начатую до референсного ОКС эффективную поддерживающую ТКР, а у 25 (64,10%) пациентов имело место СВ СР до осуществления выбранной ТКР (*Таблица 70*).

Суммарно на момент окончания II этапа кардиореабилитации СР имел место у 33 (84,62%) пациентов с персистирующей ФП (*Таблица 70*). Всем им при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации было рекомендовано продолжить прием подобранной на I-II этапах поддерживающей ТПП (с небольшими коррективами), а 3 (7,69%) из них была дополнительно назначена консультация аритмолога с целью решения вопроса проведения РЧА (*Таблица 71*). Также консультация аритмолога была рекомендована ещё 1 (2,56%) пациенту, но уже для решения вопроса об установке временного ЭКС – ему временно из-за сопутствующей патологии была полностью отменена вся АТТ (*Таблица 71*).

Оставшимся 5 (12,82%) пациентам была выбрана новая ТКР, что более подробно изложено в *Таблица 71*.

Таблица 67 – Ретроспективная оценка ААТ у пациентов с пароксизмальной ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Показатель		Всего, n=99, n (%)
Получали ТПП	Вся ААТ	97 (99,98%)
	1 ААП	67 (67,68%)
	2 ААП	30 (30,30%)
	3 ААП	0
	Нежелательные комбинации	0
	Эффективная ТПП*	62 (62,63 %)
Не получали ТПП		2 (2,02%)

Примечание к таблице 67: * – максимум 1 пароксизм на I этапе кардиореабилитации с отсутствием пароксизмов за весь остальной период пребывания на I и II этапах кардиореабилитации.

Таблица 68 – Ретроспективный анализ причин отсутствия ТПП у пациентов с пароксизмальной ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Показатель	Всего, n=99, n (%)
Всего пациентов с пароксизмальной ФП без ТПП	2 (2,02%) *
БАБ не назначены по причине наличия в анамнезе БА	1 (1,01%)
БАБ отменены по причине развившейся медикаментозной гипотонии	1 (1,01%)

Примечание к таблице 68: * – БАБ заменены ивабрадином.

Таблица 69 – Ретроспективная оценка ААТ рекомендуемой, при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, пациентам с пароксизмальной ФП, перенесших референсный ОКС

Рекомендации		Всего, n=99, n (%)
Продолжить ТПП ¹		95 (95,96%)
ТПП отменена (брадикардия на фоне СССУ)		2 (2,02%)
Не получали ТПП на момент окончания II этапа кардиореабилитации и не рекомендована при выписке ²		2 (2,02%)
Консультация аритмолога	Всего	13 (13,13%)
	Решение вопроса о необходимости РЧА	3 (3,03%)
	Решение вопроса об установке ЭКС (СССУ)	10 (10,10%)
Проведение ХМ-ЭКГ в динамике		4 (4,04%)

Примечание к таблице 69: ¹ – без существенных изменений подобранной на I-II этапах; ² – более подробно смотри в *Таблица 68*.

Таблица 70 – Ретроспективная оценка ААТ у пациентов с персистирующей ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

ААТ		Всего, n=39, n (%)
Выбрана ТКР	Все виды ТКР	39 (100%)
	МКВ	2 (5,12%)
	ЭКВ	1 (2,56%)
	Продолжили начатую ранее эффективную поддерживающую ТКР	11 (28,21%)
	Запланирована, но не проведена (имели СВ СР)	25 (64,10%)
Тактика не выбрана (имели СВ СР)		0
Имеют СР		33 (84,62%)

Примечание к таблице 70: * – на момент госпитализации по поводу референсного ОКС.

Таблица 71 – Ретроспективная оценка ААТ, рекомендуемой пациентам при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации с персистирующей ФП, перенесших референсный ОКС

Рекомендации	Всего, n=39, n (%)
Продолжить начатую ранее поддерживающую ТКР	30 (76,92%)
Выбрана новая ТКР (плановая ЭКВ + поддерживающая ТКР)	5 (12,82%)
Продолжить начатую ранее поддерживающую ТКР + решение вопроса проведения РЧА с аритмологом	3 (7,69%)
Вся АТТ временно отменена полностью до консультации аритмолога (решение вопроса об установке временного ЭКС) *	1 (2,56%)

Примечание к таблице 71: * – наличие выраженной гипотонии на фоне очень низкой ФВ ЛЖ и частых срывах ритма.

При оценке ААТ на момент завершения II этапа кардиореабилитации в целом у всех пациентов, имеющих ФП, было установлено, что ААП получали практически все пациенты за исключением 2 (1,23%) пациентов, которым ААП были заменены на ивабрадин (Таблица 72). При этом 112 (68,71%) пациентов получали 1 ААП, а из ААП наиболее часто принимали БАБ и амиодарон (140 (85,89%) и 53 (32,52%) пациентов соответственно), остальные ААП применялись крайне редко, что более подробно изложено в Таблица 72. Также хотелось бы отметить, что у 11 (6,74%) пациентов имело место амиодарон индуцированное поражение ЩЖ, а СР суммарно на момент окончания II этапа кардиореабилитации имели только 130 (79,75%) пациента (Таблица 72).

Таким образом, суммарно вся ААТ на момент окончания II этапа у всей изучаемой когорты (100%) соответствовала, либо условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) КР, что более подробно изложено в Таблица 72.

Таблица 72 – Ретроспективная оценка ААТ у пациентов с различными формами ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

ААТ		Вся когорта, n=163, n (%)
I С	Лаппакоинида гидрохлорид	1 (0,61%)
II	БАБ	140 (85,89%)
III	Амиодарон	53 (32,52%)
	Соталол	1 (0,61%)
IV	Верапамил	9 (5,52%)
	Дигоксин	6 (3,68%)
1 ААП		112 (68,71%)
2 ААП		49 (30,06%)
Не получали ААП		2 (1,23%) ¹
Δ количество ААП, Ме [LQ; UQ]		1,00 [1,00; 2,00]
Имели СР		130 (79,75%)
Амиодарон индуцированное поражение ЦЖ		11 (6,74%)
Соответствие ААТ КР	Соответствует	108 (66,26%)
	Соответствует условно ²	55 (33,74%)

Примечание к таблице 72: ¹ – причины не назначения ААТ описаны в *Таблица 68*; ² – с учетом сопутствующей патологии.

При оценке ААТ в целом, рекомендуемой при выписке по окончанию II этапа кардиореабилитации, было получено, что 158 (96,93%) пациентам был рекомендован прием различных классов ААП (без существенных изменений подобранной на I-II этапах), что более подробно изложено в *Таблица 73*. При этом 4 (2,45%) пациентам дополнительно рекомендовано контрольное ХМ-ЭКГ, 5 (3,07%) пациентам – проведение ЭКВ, а 23 (14,11%) пациентам – консультация аритмолога для определения дальнейшей тактики (*Таблица 73*).

Таблица 73 – Ретроспективная оценка ААТ, рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам с различными формами ФП, перенесших референсный ОКС

Рекомендации		Вся когорта, n=163, n (%)
Регулярный приём ААП	Всего	158 (96,93%)
	1 ААП	115 (70,55%)
	2 ААП	43 (26,38%)
	Лаппакоинида гидрохлорид (I C класс)	1 (0,61%)
	БАБ (II класс)	143 (87,73%)
	Амиодарон (III класс)	45 (27,61%)
	Соталол (III класс)	1 (0,61%)
	Верапамил (IV класс)	7 (4,29%)
	Дигоксин (IV класс)	4 (2,45%)
	Δ количество ААП, Ме [LQ; UQ]	1,00 [1,00; 2,00]
Приём ААП не рекомендован ¹		5 (3,07%)
Проведение ХМ-ЭКГ в динамике		4 (2,45%)
Проведение ЭКВ		5 (3,07%)
Консультация аритмолога для определения дальнейшей тактики		23 (14,11%)
Соответствие ААТ КР	Соответствует	108 (66,26%)
	Соответствует условно ²	55 (33,74%)

Примечание к таблице 73: ¹ – причины не назначения ААТ описаны в *Таблица 68 и Таблица 71*; ² – с учетом сопутствующей патологии.

При оценке особенностей ААТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), рекомендуемой пациентам пожилого и старческого возраста при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, было получено, что имелось небольшое количество пациентов (2 (2,44%) и 1 (3,33%) пациентов соответственно возрастным категориям), которые по объективным причинам не получали ААТ (*Таблица 74*). А также, что пациентам данных возрастных категорий в качестве

ААП применялись только препараты классов А, В и С, списка EURO-FORTA, препараты класса D не были рекомендованы никому из них, что более подробно изложено в *Таблица 74*.

Таблица 74 – Ретроспективная оценка рекомендуемой ААТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) при выписке по завершению II этапа пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=82, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=30, n (%)
А	БАБ	71 (86,59%)	25 (83,33%)
В	Дигоксин	3 (3,66%)	3 (10,00%)
С	Верапамил	6 (7,32%)	1 (3,33%)
	Амиодарон	22 (26,83%)	7 (23,33%)
Не получали ААТ совсем		2 (2,44%)	1 (3,33%)

Ретроспективная оценка терапии ишемической болезни сердца, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка терапии ИБС, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации, была проведена всем пациентам изучаемой когорты (100%), так как на момент госпитализации у всех из них был диагностирован ОКС (*Таблица 42*).

Все пациенты на I-II этапах кардиореабилитации получали терапию ИБС согласно протоколу ведения пациентов с ОКС (*Таблица 75*). Особенности ГЛТ и АТТ были описаны ранее (*Таблица 55, Таблица 60, Таблица 61*). В целом же было получено, что на момент завершения II этапа кардиореабилитации терапию для предупреждения ССО в полном объеме получал 141 (85,89%) пациент, что обусловлено наличием тех или иных противопоказаний у 21 (12,88%) пациентов к приему ИАПФ/АРА (*Таблица 75*). ААнТ получали все (100%), при этом она в основном была представлена препаратами 1 линии – 152 (93,25%) пациента

(Таблица 75). БАБ среди 109 (66,87%) пациентов, имеющих в анамнезе ИМ на момент завершения II этапа кардиореабилитации, принимали 100 (91,74%) пациентов (Таблица 75). При этом 9 (5,52%) пациентам по различным причинам вместо БАБ были назначены другие группы ААП и/или ивабрадин (Таблица 75).

Таким образом, среднее количество принимаемых на момент завершения II этапа кардиореабилитации препаратов для лечения ИБС составило 6,0 [6,0; 7,0], а в целом терапия ИБС соответствовала, либо условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) КР у всей изучаемой когорты (100%), что более подробно изложено в Таблица 75.

При оценке терапии ИБС, рекомендуемой при выписке по окончании II этапа кардиореабилитации было получено, что всем (100%) пациентам была рекомендована терапия ИБС согласно протоколу ведения пациентов с ОКС (Таблица 76). При этом 21 (12,88%) пациенту рекомендовано по возможности (при устранении причины отмены ИАПФ/АРА на госпитальном этапе, что описывалось в Таблица 75) к терапии добавить ИАПФ (Таблица 76). Прием БАБ на III этапе пациентам, перенесшим ИМ, был рекомендован в таком же количестве, как и на момент окончания II этапа – 100 (61,35%) пациентам (Таблица 76). При этом причины не назначения БАБ остались теми же, однако 2 (1,23%) пациентам была временно отменена вся ААТ до решения вопроса об установке ЭКС (Таблица 75, Таблица 76). Более подробно оценка терапии ИБС, рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС, изложена в Таблица 76.

При изучении особенностей терапии ИБС (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС, было получено, что пациентам данных возрастных категорий в качестве препаратов для лечения ИБС применялись только препараты классов А, В и С списка EURO-FORTA, препараты класса D не были рекомендованы ни кому из них, что более подробно изложено в Таблица 77.

Таблица 75 – Оценка терапии ИБС у пациентов с ФП и ИБС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

Терапия ИБС		Всего, n=163, n(%)	
Не получали терапию ИБС		0	
Препараты для предупреждения ССО	Всего	142 (87,12%)	
	ГЛТ (статины)	163 (100%) ¹	
	ИАПФ/АРА	142 (87,12%) ²	
	АТТ	163 (100%) ³	
ААнТ	Всего (1 и/или 2 линия)		163 (100%)
	1 линия	Всего	152 (93,25%)
		БАБ всего	141 (86,50%)
		БАБ	100 (91,74%) ⁴
		АК	70 (42,94%)
	2 линия	Всего	58 (35,58%)
		Нитраты ДД	15 (9,20%)
		Ивабрадин	7 (4,29%)
		Триметазидин	40 (24,54%)
	Нитраты КД		35 (21,47%)
Препараты для предупреждения ССО + ААнТ (1 и/или 2 линия)		163 (100%)	
Непереносимость ИАПФ ⁵		1 (0,61%)	
Δ количество препаратов, Ме [LQ; UQ]		6,0 [6,0; 7,0]	
Соответствие КР	Соответствует	109 (66,87%)	
	Соответствует условно ⁶	54 (33,13%)	

Примечание к таблице 75: ¹ – более подробно изложено в *Таблица 55*; ² – у 1 (0,61%) пациента ИАПФ/АРА отменены по причине гиперкалиемии, а у 20 (12,27%) пациентов по причине развившейся гипотонии; ³ – более подробно изложено в *Таблица 60* и *Таблица 61*; ⁴ – расчет произведен только на 109 (66,87%) пациентов, имеющих в анамнезе ИМ на момент завершения II этапа, при этом 9 (5,52%) пациентам по различным причинам вместо БАБ были назначены другие группы ААП и/или ивабрадин; ⁵ – официально зафиксированная в медицинской документации; ⁶ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 76 – Ретроспективная оценка терапии ИБС рекомендуемой, при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, пациентам с ФП, перенесших референсный ОКС

Рекомендации		Вся когорта, n=163, n (%)	
Препараты для предупреждения ССО	Всего	163 (100%)	
	ГЛТ (статины) ¹	163 (100%)	
	ИАПФ/АРА ²	142 (87,12%)	
	По возможности добавить к терапии ИАПФ ²	21 (12,88%)	
	АТТ ³	163 (100%)	
ААНТ	Всего (1 и/или 2 линия)	163 (100%)	
	1 линия	Всего	152 (93,25%)
		БАБ всего	143 (87,73%)
		БАБ ⁴	100 (61,35%)
		АК	70 (42,94%)
	2 линия	Всего	58 (35,58%)
		Нитраты ДД	15 (9,20%)
		Ивабрадин	7 (4,29%)
		Триметазидин	40 (24,54%)
	Нитраты КД		35 (21,47%)
Препараты для предупреждения ССО + ААНТ (1 и/или 2 линия)		163 (100%)	
Непереносимость ИАПФ ⁵		1 (0,61%)	
Δ количество препаратов, Ме [LQ; UQ]		6,0 [6,0; 7,0]	
Соответствие КР	Соответствует	90 (55,21%)	
	Соответствует условно ⁶	73 (44,76%)	

Примечание к таблице 76: ¹ – более подробно изложено в *Таблица 55*;
² – при устранении причины отмены ИАПФ/АРА на госпитальном этапе, что описывалось в *Таблица 75*; ³ – более подробно изложено в *Таблица 60* и *Таблица 61*;
⁴ – расчет произведен только на 109 (66,87%) пациентов, перенесших ИМ на момент

завершения II этапа кардиореабилитации, причины не назначения БАБ им изложены в *Таблица 75*, а 2 (1,23%) пациентам была временно отменена вся ААТ до решения вопроса об установке ЭКС (*Таблица 69* и *Таблица 71*); ⁵ – зафиксированная в медицинской документации; ⁶ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 77 – Ретроспективная оценка рекомендуемой терапии ИБС (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Пациенты ≥ 65 лет, n=82, n (%)	Пациенты ≥ 75 лет, n=30, n (%)
А	Статины (для лиц 65-84 лет)	78 (93,98%)	25 (83,33%)
	ИАПФ	55 (67,07%)	14 (46,67%)
	По возможности добавить к терапии ИАПФ ¹	6 (7,32%)	5 (16,67%)
	АРА	21 (25,61%)	11 (36,67%)
	БАБ (терапия < 3 лет) ²	71 (86,59%)	25 (83,33%)
	АСК	31 (37,80%)	15 (50,00%)
	Клопидогрел (12 мес. после ОКС)	77 (93,90%)	28 (93,33%)
	Нитраты КД	21 (25,61%)	7 (23,33%)
В	Статины (для лиц ≥ 85 лет) ³	5 (6,02%)	5 (16,67%)
	БАБ (терапия ≥ 3 лет) ²	71 (86,59%)	25 (83,33%)
С	Нитраты ДД	10 (12,20%)	4 (13,33%)
	Ивабрадин	4 (4,87%)	2 (6,67%)

Примечание к таблице 77: ¹ – при устранении причины отмены ИАПФ/АРА на госпитальном этапе, что описывалось в *Таблица 76*; ² – количество пациентов, пожилого и старческого возраста, принимающих БАБ указано в целом, без учета длительности приёма данной группы препаратов; ³ – пациентов ≥ 85 лет во всей изучаемой когорте всего 5 (3,07%).

Ретроспективная оценка антигипертензивной терапии, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Оценка АГТ проведена 152 (93,25%) пациентам с ФП, перенесшим референсный ОКС и имеющим АГ на момент завершения II этапа кардиореабилитации. При этом среди них 1-ю степень АГ имели 19 (11,66%), 2-ю степень – 21 (12,88%) и 3-ю степень – 112 (68,71%) пациентов.

АГТ, соответствующую или условно соответствующую (с учетом сопутствующей патологии) КР, на момент завершения II этапа кардиореабилитации получали все пациенты с АГ и ФП, перенесшие референсный ОКС (*Таблица 78*). При этом 2 (1,32%) пациентам временно были отменены все АГП из-за гипотонии, а 139 (91,45%) пациентов принимали комбинированную АГТ, в том числе 49 (32,24%) пациентов в виде фиксированных комбинаций АГП, а среднее количество принимаемых АГП составило 3,0 [2,0; 3,0] (*Таблица 78*). Наиболее часто применяемыми группами АГП оказались БАБ и ИАПФ – 133 (87,50%) и 108 (71,05%) пациентов соответственно, что более подробно изложено в *Таблица 78*.

При анализе эффективности АГТ было получено, что целевые показатели АД (< 140/90 мм рт. ст., < 140/85 мм рт. ст. для больных с СД) были достигнуты у всех пациентов с АГ (100%), однако у 15 (9,87%) пациентов на момент завершения II этапа кардиореабилитации развилась медикаментозная гипотония (*Таблица 78*). Непереносимость ИАПФ имела место только у 1 (0,66%) пациента, (*Таблица 78*).

При оценке АГТ, рекомендуемой при выписке по окончании II этапа кардиореабилитации пациентам с АГ и ФП после референсного ОКС, было найдено, что всем (100%) пациентам была рекомендована АГТ в соответствии или в условном соответствии (с учетом сопутствующей патологии) клиническим рекомендациям, что более подробно изложено в *Таблица 79*. Особенности АГТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС представлены в *Таблица 80*.

Таблица 78 – Ретроспективная оценка АГТ у пациентов с АГ и ФП, перенесших референсный ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации

АГТ		Всего, n=152, n (%)
0 АГП (временно отменены из-за гипотонии)		2 (1,32%)
1 АГП		11 (7,24%)
≥ 2 АГП		139 (91,45%)
<i>Рациональность комбинаций АГП</i>	<i>Рациональные</i>	8 (5,26%)
	<i>Условно рациональные</i> ¹	131 (86,18%)
	<i>Нерациональные АГП</i>	0
<i>Фиксированные комбинации АГП</i>		49 (32,24%)
Δ количество АГП, Ме [LQ; UQ]		3,0 [2,0; 3,0]
БАБ		133 (87,50%)
ИАПФ		108 (71,05%)
АРА		29 (19,08%)
АК		70 (46,05%)
Тиазидные диуретики		13 (8,55%)
Петлевые диуретики		35 (23,03%)
α-АБ (доксазозин)		3 (1,97%)
Агонисты I ₁ - имидазолиновых рецепторов (моксонидин)		2 (1,32%)
Непереносимость ИАПФ ²		1 (0,66%)
Целевое АД (<140/90 мм рт. ст., <140/85 мм рт. ст. для больных с СД)		152 (100%) ³
ПОМ	Всего	122 (80,26%)
	ПАД ≥ 60 мм рт. ст.	25 (16,45%)
	ГЛЖ	110 (72,37%)
	СКФ 30-60 л/мин/1,73м ² в анамнезе	31 (20,39%)
Соответствие АГТ КР	Соответствует	11 (7,24%)
	Условно соответствует ¹	141 (92,76%)
	Не соответствует	0

Примечание к таблице 78: ¹ – с учетом сопутствующей патологии; ² – зафиксированная в медицинской документации; ³ – у 15 (9,87%) пациентов развилась медикаментозная гипотония.

Таблица 79 – Ретроспективная оценка АГТ, рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам с АГ и ФП, перенесших референсный ОКС

АГТ		Всего, n=152, n (%)
1 АГП		7 (4,61%)
≥ 2 АГП		145 (95,39%)
<i>Рациональность комбинаций АГП</i>	<i>Рациональные</i>	4 (2,63%)
	<i>Условно рациональные *</i>	141 (92,76%)
	<i>Нерациональные АГП</i>	0
<i>Фиксированные комбинации АГП</i>		49 (32,24%)
Δ количество АГП, Ме [LQ; UQ]		3,0 [2,0; 3,0]
БАБ		134 (88,16%)
ИАПФ		108 (71,05%)
По возможности (при отсутствии гипотонии) добавить к терапии ИАПФ		15 (9,87%)
АРА		29 (19,08%)
АК		70 (46,05%)
Тиазидные диуретики		13 (8,55%)
Петлевые диуретики		35 (23,03%)
α-АБ (доксазозин)		3 (1,97%)
Агонисты I ₁ - имидазолиновых рецепторов (моксонидин)		2 (1,32%)
Соответствие АГТ КР	Соответствует	9 (5,92%)
	Условно соответствует *	143 (94,08%)
	Не соответствует	0

Примечание к таблице 79: * – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 80 – Ретроспективная оценка рекомендуемой АГТ (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ФП, перенесших референсный ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Количество пациентов ≥ 65 лет с АГ, n=81, n (%)	Количество пациентов ≥ 75 лет с АГ, n=30, n (%)
А	ИАПФ	54 (66,67%)	14 (46,67%)
	Добавить по возможности ИАПФ *	6 (7,41%)	5 (16,67%)
	АРА	21 (25,93%)	11 (36,67%)
	АКд	42 (51,85%)	15 (50,00%)
В	БАБ (кроме атенолола)	70 (86,42%)	25 (83,33%)
	Диуретики	30 (37,04%)	11 (36,67%)
С	α АБ	3 (3,70%)	1 (3,33%)
D	АКн	0	0
	Клофедипин	0	0
	Атенолол	0	0

Примечание к таблице 80: * – при отсутствии гипотонии.

Ретроспективная оценка терапии хронической сердечной недостаточности, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации

Ретроспективная оценка терапии ХСН, проводимой на I и II этапах кардиореабилитации была проведена всем пациентам изучаемой когорты (100%), так как на момент госпитализации у всех из них была диагностирована данная патология (Таблица 81). Так было получено, что все (100%) пациенты на момент завершения II этапа кардиореабилитации получали терапию ХСН в соответствии или условном соответствии (с учетом сопутствующей патологии) КР (Таблица 81).

При этом 145 (88,96%) пациентов получали ≥ 2 препаратов, а среднее количество принимаемых препаратов составило 2,0 [2,0; 3,0] (*Таблица 81*). Более подробно оценка терапии ХСН в целом и в зависимости от ФК ХСН у пациентов с ХСН и ФП, перенесших референсный ОКС, на момент окончания II этапа кардиореабилитации представлена в *Таблица 81*.

При оценке терапии ХСН в целом и в зависимости от ФК ХСН, рекомендуемой при выписке по окончании II этапа кардиореабилитации, было установлено, что всем (100%) пациентам была рекомендована терапия ХСН в соответствии или условном соответствии (с учетом сопутствующей патологии) клиническим рекомендациям, что более подробно изложено в *Таблица 82*.

При оценке особенностей терапии ХСН (различных классов препаратов списка EURO-FORTA), получаемой пациентами пожилого и старческого возраста на момент окончания II этапа кардиореабилитации, было установлено, что пациентам данных возрастных категорий в качестве препаратов для лечения ХСН применялись только препараты классов А, В и С списка EURO-FORTA, препараты класса D не были рекомендованы ни кому из них, что более подробно изложено в *Таблица 83*.

Таблица 81 – Ретроспективная оценка терапии ХСН в целом и в зависимости от ФК ХНС у пациентов с ХСН и ФП, перенесших референсный ОКС, на момент окончания II этапа кардиореабилитации

	Всего, n (%)	ФК I, n (%)	ФК II, n (%)	ФК III, n (%)	
n (%)	163(100%)	77 (47,24%)	80 (49,08%)	6 (3,68%)	
1 препарат	18 (11,04%)	17 (22,08%)	1 (1,25%)	0	
≥ 2 препаратов	145(88,96%)	60 (77,92%)	79 (98,75%)	6 (100%)	
Δ количество препаратов, Ме [LQ; UQ]	2,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,0]	3,0 [3,0; 4,0]	4,0 [3,0; 4,0]	
ИАПФ	113(69,33%)	58 (75,32%)	53 (66,25%)	2 (22,33%)	
АРА ¹	29 (17,79%)	12 (15,58%)	16 (20,00%)	1 (16,67%)	
Всего ИАПФ/АРА ²	142(87,12%)	70 (90,91%)	69 (86,25%)	3 (50,00%)	
БАБ	141(86,50%)	66 (85,71%)	71 (88,75%)	4 (66,67%)	
Ивабрадин	7 (4,29%)	1 (1,30%)	4 (5,00%)	2 (33,33%)	
Всего БАБ/ивабрадин ³	144(88,34%)	67 (87,01%)	75 (93,75%)	6 (100%)	
АМКР ⁴	85 (52,15%)	0	79 (98,75%)	6 (100%)	
ПД	35 (21,47%)	0	29 (36,25%)	6 (100%)	
Соответствие терапии КР	Соответствует	77 (47,24%)	10 (12,99%)	65 (81,25%)	2 (33,33%)
	Соответствует условно ⁵	86 (52,76%)	67 (87,01%)	15 (18,75%)	4 (66,67%)
	Несоответствует	0	0	0	0

Примечание к таблице 81: ¹ – непереносимость ИАПФ (кашель) была зафиксирована в медицинских документах только у 1 пациента; ² – 21 пациент (7 пациентов с I ФК, 11 пациентов со II ФК и 3 пациента с III ФК) не получал ИАПФ/АРА по причине гипотонии; ³ – 2 пациента со II ФК не получали БАБ/ивабрадин по причине гипотонии, а 3 пациента со II ФК по причине необходимости более сильных ААП, либо имеющих противопоказаний к приему пульс урежающих препаратов; ⁴ – 1 пациент с III ФК не получал АМКР по причине гипотонии; ⁵ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 82 – Ретроспективная оценка терапии ХСН в целом и в зависимости от ФК ХСН, рекомендуемой при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации пациентам с ХСН и ФП, перенесших референсный ОКС

	Всего, n (%)	ФК I, n (%)	ФК II, n (%)	ФК III, n (%)	
n (%)	163 (100%)	77 (47,24%)	80 (49,08%)	6 (3,68%)	
1 препарат	9 (5,52%)	9 (11,69%)	0	0	
≥ 2 препаратов	154 (94,48%)	68 (88,31%)	80 (100%)	6 (100%)	
Δ количество препаратов, Ме [LQ; UQ]	3,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,0]	3,0 [3,0; 4,0]	4,0 [4,0; 4,0]	
ИАПФ	116 (71,17%)	58 (75,32%)	53 (66,25%)	5 (83,33%)	
Добавить ИАПФ по возможности ¹	18 (11,04%)	7 (9,09%)	11 (13,75%)	0	
АРА ²	29 (17,79%)	12 (15,58%)	16 (20,00%)	1 (16,67%)	
Всего ИАПФ/АРА	163 (100%)	77 (100%)	80 (100%)	6 (100%)	
БАБ	143 (87,73%)	67 (87,01%)	72 (90,00%)	4 (66,67%)	
Ивабрадин	7 (4,29%)	1 (1,30%)	4 (5,00%)	2 (33,33%)	
Всего БАБ/ивабрадин ³	150 (9,20%)	68 (88,31%)	76 (95,00%)	6 (100%)	
АМКР ⁴	85 (53,37%)	0	79 (98,75%)	6 (100%)	
ПД	35 (21,47%)	0	29 (36,25%)	6 (100%)	
Соответствие терапии КР	Соответствует	76 (46,63%)	9 (11,69%)	65 (81,25%)	2 (33,33%)
	Условно соответствует ⁵	87 (53,37%)	68 (88,31%)	15 (18,75%)	4 (66,67%)
	Не соответствует	0	0	0	0

Примечание к таблице 82: ¹ – при отсутствии гипотонии; ² – непереносимость ИАПФ (кашель) была зафиксирована в медицинских документах только у 1 пациента; ³ – 2 пациента со II ФК не получали БАБ/ивабрадин по причине гипотонии, а 3 пациента со II ФК по причине необходимости более сильных ААП, либо имеющих противопоказаний к приему пульс урежающих препаратов; ⁴ – 1 пациент с III ФК не получал АМКР по причине гипотонии; ⁵ – с учетом сопутствующей патологии.

Таблица 83 – Оценка терапии ХСН (различных классов препаратов списка EURO-FORTA) рекомендуемой при выписке на момент окончания II этапа кардиореабилитации пациентам пожилого и старческого возраста с ХСН и ФП, перенесших ОКС

Класс списка EURO-FORTA		Количество пациентов ≥ 65 лет с ХСН, n=82, n(%)	Количество пациентов ≥ 75 лет с ХСН, n=30, n(%)
А	ИАПФ	55 (67,07%)	14 (46,67%)
	Добавить по возможности ИАПФ*	6 (7,32%)	5 (16,67%)
	АРА	21 (25,61%)	11 (36,67%)
	БАБ	71 (86,59%)	25 (83,33%)
В	Диуретики	21 (25,61%)	9 (30,00%)
	АМКР	46 (56,10%)	17 (56,67%)
С	Ивабрадин	4 (4,88%)	2 (6,67%)

Примечание к таблице 83: * – при отсутствии гипотонии.

3.5 Проспективный анализ III этапа кардиореабилитации у пациентов с фибрилляцией предсердий после острого коронарного синдрома

Проспективная часть регистра посвящена изучению III этапа кардиореабилитации. Прежде всего, это установление отдаленных сердечно-сосудистых событий (ССС) и исходов до периода наступления конечной точки исследования – через 12 месяцев от момента возникновения референсного ОКС и/или наступления летального исхода. А также анализ наблюдения профильными специалистами изучаемой когорты пациентов, причин и кратности вызовов скорой медицинской помощи (СМП), причин и кратности госпитализаций в стационар.

Кроме этого, изучены приверженность к «прогноз-модифицирующей» МТ (ГЛТ, АТТ, БАБ и/или других ААП, а также ИАПФ/АРА), рекомендованной при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации. В том числе с проведением теста Мориски-Грина [92] и анализом его зависимости от различных факторов (для

пациентов, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки). А также анализ причин её изменения, эффективности и безопасности в течение всего периода III этапа кардиореабилитации до наступления конечной точки исследования.

Помимо этого, был проведен и сравнительный анализ самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации пациентам с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки при помощи опросника ВАШ “термометр здоровья”.

3.5.1 Проспективная оценка сердечно-сосудистых событий, произошедших во время III этапа кардиореабилитации у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром

На момент завершения III этапа кардиореабилитации по истечении 12 месяцев от момента возникновения референсного ОКС было найдено, что у 71,17% пациентов не наблюдалось никаких ССС, у 5 (3,07%) пациента имели место плановые ССС (КАГ + стентирование/ТБА КА, ангиография почечных артерий со стентированием), а у оставшихся 42 (25,77%) пациентов имели место различные ССС, требующие экстренной помощи, которые у 13 (7,98%) пациентов закончились смертельными исходами (*Таблица 84*). При этом средний срок возникновения всех ССС составил 6,00 [3,00; 11,00] месяцев после референсного ОКС (*Таблица 84*).

При оценке данных КАГ атеросклеротическое поражение КА было диагностировано у всех 30 (18,40%) пациентов, которым за период III этапа кардиореабилитации была проведена КАГ. При этом гемодинамически значимым оно оказалось только у 21 (12,88%) пациента, 10 (6,75%) пациентам была проведена реваскуляризация КА, в том числе 2 (1,23%) пациентам в экстренном порядке (*Таблица 85*).

Сравнение количественного и качественного ИПМ (оцененных на момент завершения II этапа) в зависимости от наличия и вида ССС за период III этапа приведено в *Таблица 86*.

Таблица 84 – Оценка ССС, произошедших во время III этапа кардиореабилитации у пациентов с ФП, перенесших ОКС

Сердечно-сосудистые события		Всякогорта, n=163, n(%)	
Отсутствуют		116 (71,17%)	
Плановые	Всего	5 (3,07%)	
	КАГ + стентирование/ТБА КА	4 (2,45%)	
	Ангиография почечных артерий со стентированием	1 (0,61%)	
Экстренные	Всего	42 (25,77%)	
	Со смертельным исходом	Всего	13 (7,98%)
		Повторный ОКС (обширный ИМ с Q) с отеком легких на фоне НРС	10 (6,13%)
		МИ (кардиоэмболический) на фоне НРС	2 (1,23%) ¹
		ТЭЛА на фоне острого тромбоза глубоких вен левой ноги	1 (0,61%)
	Повторный ОКС (НС) + ТИА (кардиоэмболические) на фоне НРС	2 (1,23%)	
	ТИА, позже МИ (кардиоэмболический) на фоне НРС	1 (0,61%) ²	
	МИ (кардиоэмболический) на фоне НРС	2 (1,23%)	
	Постэмболическая окклюзия берцовой вены левой ноги	1 (0,61%)	
	Повторный ОКС	Всего	35 (21,47%)
		НС	20 (12,27%) ³
		ИМ с Q	14 (8,59%)
		НС 3 раза + ИМ с Q 1 раз	1 (0,61%) ⁴
		В том числе с КАГ	8 (4,91%)
В т.ч. с КАГ и реваскуляризацией КА		2 (1,23%)	

Продолжение таблицы 84

Сердечно-сосудистые события			Всякогорта, n=163, n (%)
Δ срок (месяцы) возникновения ССС, Ме [LQ; UQ]	Все		6,00 [3,00; 11,00]
	В плановом порядке	U=0,00 Z=0,00 p=1,00	9,00 [5,00; 11,00]
	В экстренном порядке		6,00 [3,00; 9,00]

Примечание к таблице 84: ¹ – у 1 (0,61%) пациента повторный МИ (ишемический); ² – в анамнезе имеется ЗНО МП; ³ – у 1 (0,61%) пациента НС 4 раза, у 3 (1,84%) пациентов на фоне НРС; ⁴ – у 1 (0,61%) пациента на фоне НРС все 4 ОКС.

Таблица 85 – Оценка КАГ и реваскуляризации КА, проведенных за период III этапа кардиореабилитации

Вид вмешательства			Всякогорта, n=163, n (%)
КАГ не проведена из-за травмы позвоночника			1 (0,61%)
КАГ всего проведено			30 (18,40%)
В том числе повторно			9 (5,52%)
В плановом порядке			20 (12,27%)
В экстренном порядке			10 (6,13%)
Вид поражения КА	АС		30 (18,40%)
Гемодинамически значимые стенозы КА			21 (12,88%) ¹
Реваскуляризация КА	Всего		11 (6,75%)
	В экстренном порядке	Стентирование КА ²	1 (0,61%)
		ТБА КА	1 (0,61%)
	В плановом порядке	Стентирование КА ²	2 (1,23%)
		ТБА КА	1 (0,61%)
		Стентирование с ТБА КА ²	1 (0,61%)
		АКШ	1 (0,61%)
		МКШ	4 (2,45%)

Примечание к таблице 85: ¹ – у 7 (4,29%) пациентов было диагностировано ранее; ² – стенты без лекарственного покрытия.

Таблица 86 – Сравнение количественного и качественного ИПМ (оцененных на момент завершения II этапа кардиореабилитации) в зависимости от наличия и вида ССС за период III этапа кардиореабилитации

Δ ИПМ	Не имеют ССС	Плановые ССС	Экстренные ССС	Межгрупповые		
				χ^2	df	p
Количественный ИПМ, Ме [LQ; UQ]	8,00 [6,00; 9,00]	6,00 [6,00; 9,00]	8,00 [6,00; 10,00]	0,07	2	0,97
Качественный ИПМ, Ме [LQ; UQ]	5,00 [4,00; 6,00]	4,00 [4,00; 5,00]	6,00 [4,00; 7,00]	4,92	2	0,09
Легкая степень ПМ, n (%)	3 (2,59%)	0	1 (2,38%)	·	·	·
Средняя степень ПМ, n (%)	38 (32,76%)	3 (60,00%)	10 (23,1%)	·	·	·
Тяжелая степень ПМ, n (%)	75 (64,66%)	2 (40,00%)	31 (73,81%)	·	·	·

3.5.2 Проспективная оценка наблюдения профильными специалистами пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, причин и кратности вызовов скорой медицинской помощи, а также причин и кратности госпитализаций в стационар за период III этапа кардиореабилитации

При оценке наблюдения профильными специалистами изучаемой когорты пациентов за период III этапа кардиореабилитации было получено, что 65,64% пациентов наблюдались участковым терапевтом либо врачом общей практики (ВОП) и кардиологом со средней кратностью посещений 3,00 [2,00; 4,50], при этом 16 (9,82%) пациентов не наблюдались нигде (Таблица 87). Кроме этого были проконсультированы аритмологом только 17 пациентов, а кардиохирургом – 38 пациентов, что составило 73,91% и 38,78% от тех пациентов, которым была рекомендована при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации консультация данных специалистов для определения дальнейшей тактики и/или возникла необходимость в ней вовремя III этапа кардиореабилитации (Таблица 87).

При оценке причин и количества вызовов СМП пациентами с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации было получено, что

необходимость в вызове СМП возникла у 72 (44,17%) пациентов, при этом среднее количество вызовов СМП составило 1,00 [1,00; 1,00] (Таблица 88). Самыми частыми поводами вызова СМП (96 (94,12%) случаев) оказались ССЗ, что более подробно представлено в Таблица 89.

Таблица 89 При оценке причин и количества госпитализаций в стационар пациентов с ФП, перенесших ОКС, за период III этапа кардиореабилитации было получено, что необходимость в госпитализации возникла у 88 (53,99%) пациентов, а среднее количество госпитализаций составило 1,00 [1,00; 1,00] (Таблица 90). Наиболее часто это были госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний и состояний – 108 (93,91%) случаев, при этом 61 (53,04%) случай из них были в экстренном порядке, что более подробно изложено в Таблица 91.

Таблица 91

Таблица 87 – Оценка наблюдения профильными специалистами пациентов с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации

Кем наблюдались	n (%)	Δ количество посещений, Me [LQ; UQ]
Участковый терапевт/ВОП	36 (22,09%)	3,00 [2,00; 4,50]
Кардиолог	4 (2,45%)	1,50 [1,00; 4,00]
Участковый терапевт/ВОП и кардиолог	107 (65,64%)	8,00 [5,00; 12,00]
Не наблюдались нигде	16 (9,82%)	-
Проконсультировано аритмологом ¹	17 (73,91%)	-
Проконсультировано кардиохирургом ²	38 (38,78%)	-

Примечание к таблице 87: ¹ – из 23 (14,11%) пациентов, которым была рекомендована при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации консультация аритмолога для определения дальнейшей тактики (Таблица 73); ² – из 98 (60, 12%) пациентов, которым была рекомендована при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации консультация кардиохирурга для определения дальнейшей тактики и/или возникла необходимость в ней во время III этапа кардиореабилитации.

Таблица 88 – Оценка количества вызовов СМП пациентами с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации

Исследуемый признак		n (%)
Количество пациентов, которые вызывали СМП	Всего	72 (44,17%)
	Однократно	59 (36,20%)
	≥ 2 раз	13 (7,98%)
Всего вызовов СМП (случаев)		102
Δ количество вызовов СМП, Me [LQ; UQ]		1,00 [1,00; 1,00]

Таблица 89 – Оценка причин вызовов СМП пациентами с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации

Причины вызовов СМП		n (%)*
Сердечно-сосудистые заболевания и состояния	Всего	96 (94,12%)
	Гипертонический криз	16 (15,69%)
	ОКС	36 (35,29%)
	ОКС + срыв ритма	3 (2,94%)
	ОКС + срыв ритма + ТИА	2 (1,96%)
	Срыв ритма	31 (30,39%)
	Срыв ритма + ишемический МИ/ТИА	4 (3,92%)
	Ишемический МИ	2 (1,96%)
	Острый тромбоз вен голени	1 (0,98%)
	Постэмболическая окклюзия артерий нижних конечностей	1 (0,98%)
Обусловлено приемом АТТ	Всего	4 (3,92%)
	Желудочно-кишечное кровотечение	2 (1,96%)
	Носовое кровотечение	2 (1,96%)
Прочие	Всего	2 (1,96%)
	Травма пилой	1 (0,98%)
	Приступ БА	1 (0,98%)

Примечание к таблице 89: * – от общего числа вызовов СМП (n=102).

Таблица 90 – Оценка количества госпитализаций в стационар пациентов с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации

Исследуемый признак		n (%)
Количество пациентов, которые были госпитализированы	Всего	88 (53,99%)
	Однократно	70 (42,94%)
	≥ 2 раз	18 (11,04%)
Всего госпитализаций (случаев)		115
Δ количество госпитализаций, Me [LQ; UQ]		1,00 [1,00; 1,00]

Таблица 91 – Оценка причин госпитализаций в стационар пациентов с ФП, перенесших ОКС за период III этапа кардиореабилитации

Причины госпитализаций		n (%)*
Сердечно-сосудистые заболевания и состояния		108 (93,91%)
В экстренном порядке	Всего в экстренном порядке	61 (53,04%)
	Гипертонический криз	1 (0,87%)
	ОКС	27 (23,48%)
	ОКС + срыв ритма	3 (2,61%)
	ОКС + срыв ритма + ТИА	2 (1,74%)
	Срыв ритма	19 (16,52%)
	Срыв ритма (с последующей имплантацией ранее рекомендованного ЭКС)	1 (0,87%)
	Срыв ритма + ишемический МИ/ТИА	4 (3,48%)
	Ишемический МИ	2 (1,74%)
	Острый тромбоз вен голени	1 (0,87%)
	Постэмболическая окклюзия артерий нижних конечностей	1 (0,87%)
	В плановом порядке	Всего в плановом порядке
КАГ		14 (12,17%)
КАГ + реваскуляризация КА		5 (4,35%)

Продолжение таблицы 91

Причины госпитализаций		n (%)*
В плановом порядке	КАГ + имплантация ЭКС	1 (0,87%)
	Имплантация ЭКС	6 (5,22%)
	Реваскуляризация КА	1 (0,87%)
	Реваскуляризация КА + имплантация ЭКС	1 (0,87%)
	РЧА	1 (0,87%)
	Ангиография почечных артерий	1 (0,87%)
	Нестабильный уровень АД	1 (0,87%)
	Нестабильный уровень АД + снижение ТФН	6 (5,22%)
	Снижение ТФН	5 (4,35%)
	Застойная СН + снижение ТФН	3 (2,61%)
Прочие причины		7 (6,09%)
В экстренном порядке	Всего в экстренном порядке	5 (4,35%)
	Травма пилой	1 (0,87%)
	Желудочно-кишечное кровотечение	2 (1,74%)
	Носовое кровотечение	2 (1,74%)
В плановом порядке	Всего в плановом порядке	2 (1,74%)
	Удаление доброкачественной опухоли кишечника	1 (0,87%)
	Выраженная макрогематурия со сгустками (ране выявленное ЗНО мочевого пузыря)	1 (0,87%)

Примечание к таблице 91: * – от общего числа госпитализаций (n=115);

ТФН – толерантность к физической нагрузке.

3.5.3 Проспективная оценка приверженности к «прогноз-модифицирующей» медикаментозной терапии, рекомендованной при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, анализ причин её изменения, эффективности и безопасности в течение всего периода III этапа кардиореабилитации

Оценка приверженности к «прогноз-модифицирующей» МТ (ГЛТ, АТТ, БАБ и/или других ААП, а также ИАПФ/АРА), рекомендованной при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, анализ причин её изменения, эффективности и безопасности в течение всего периода III этапа был проведен всей изучаемой когорте (100%), что более подробно по каждому виду терапии изложено ниже. Учет приёма другой МТ за период III этапа кардиореабилитации в рамках данного исследования не проводился.

Оценка приверженности к «прогноз-модифицирующей» МТ при помощи теста Мориски-Грина [92] была проведена 150 (92,02%) пациентам, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки. В результате чего было получено, что приверженными (4 балла) оказались только 25 (15,34%) пациентов, недостаточно приверженными (3 балла) – 46 (28,22%) пациентов и не приверженными (0-2 баллов) – 79 (48,47%) пациентов (*Таблица 92*). При этом было выявлено, что среди недостаточно приверженных (3 балла МГ) к МТ пациентам, преобладали городские жители в отличие от сельских жителей ($p=0,01$), что более подробно изложено в *Таблица 92* и *Таблица 93*.

Таблица 92 – Проспективная оценка приверженности к «прогноз-модифицирующей» МТ при помощи теста Мориски-Грина у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

Показатель	Приверженные (4 балла), n (%)	Недостаточно приверженные (3 балла), n(%)	Не приверженные (0-2 баллов), n(%)	Межгрупповые различия
Всего, n=150	25 (15,34%)	46 (28,22%)	79 (48,47%)	-
Мужчины, n=83	15 (18,07%)	23 (27,71%)	45 (54,22%)	$\chi^2=0,83$ df=2 p=0,66
Женщины, n=67	10 (14,92%)	23 (34,33%)	34 (50,75%)	
18-64 лет, n=76	16 (21,05%)	19 (25,00%)	41 (53,95%)	$\chi^2=3,82$ df=4 p=0,43
65-74 лет, n=50	7 (14,00%)	18 (36,00%)	25 (50,00%)	
≥75 лет, n=24	2 (8,33%)	9 (37,50%)	13 (54,17%)	
ИПМ (1-4 балла), n=53	9 (16,98%)	15 (28,30%)	29 (54,72%)	$\chi^2=0,22$ df=2 p=0,90
ИПМ (≥5 баллов), n=97	16 (16,49%)	31 (31,96%)	50 (51,55%)	
Не имели ССС, n=116	24 (20,69%)	40 (34,48%)	52 (44,83%)	$\chi^2=14,17$ df=4 p=0,007*
Имели плановые ССС, n=5	0	2 (40,00%)	3 (60,00%)	
Имели экстренные ССС, n=29	1 (3,450%)	4 (13,79%)	24 (82,76%)	

Продолжение таблицы 92

Показатель	Приверженные (4 балла), n (%)	Недостаточно приверженные (3 балла), n(%)	Не приверженные (0-2 баллов), n(%)	Межгрупповые различия
Городские жители, n=123	19 (15,45%)	43 (34,96%)	61 (49,59%)	$\chi^2=5,94$ df=2 p=0,05
Сельские жители, n=27	6 (22,22%)	3 (11,11%)	18 (66,67%)	

Примечание к таблице 92: * – данный критерий неприменим, так как в > 20% ячеек имеется недостаточное количество наблюдаемых (≤ 5 человек).

Таблица 93 – Попарное сравнение факторов, влияющих на приверженность к «прогноз-модифицирующей» МТ при помощи теста Мориски-Грина у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

Показатель	Приверженные (4 балла), n=25	Недостаточно приверженные (3 балла), n=46	Не приверженные (0-2 баллов), n=79
Место проживания, n=150	$\chi^2=5,94$, df =3, p=0,05 (межгрупповые)		
Городские жители, n=134	$\chi^2=0,33$, df=2, p=0,57	$\chi^2=0,39$, df=2, p=0,01	$\chi^2=1,95$, df=2, p=0,16
Сельские жители, n=29			

Перспективная оценка гиполипидемической терапии, проводимой на III этапе кардиореабилитации

При проспективной оценке ГЛТ, являющейся важной составляющей частью «прогноз-модифицируемой» МТ, проводимой на III этапе кардиореабилитации, было установлено, что в течение первых 5 месяцев III этапа только 83 (50,92%) пациента соблюдали ГЛТ, рекомендуемую при выписке по завершению II этапа, 3 (1,84%) пациента не получали ГЛТ совсем, а у

7 (4,29%) пациентов имел место смертельный исход (*Таблица 94*). При этом целевые показатели ЛС в целом имели только 80 (49,08%) пациентов (*Таблица 94*). Средний срок приема рекомендованной ГЛТ при выписке составил 5,00 [0,00; 5,00] месяцев, при этом только у 1 (0,61%) пациента была указана причина изменения ГЛТ – это возникновение побочных эффектов ГЛТ (*Таблица 94*). Таким образом, ГЛТ в первые 5 месяцев III этапа кардиореабилитации в соответствии с КР получали только 73 (44,79%) пациента, а условно соответствующую КР – 16 (9,82%) пациентов, что более подробно изложено в *Таблица 94*.

При анализе дальнейшей тактики на момент начала 6 месяца III этапа кардиореабилитации было выявлено, что только 69 (42,33%) пациента, не имеющих ранее противопоказаний к терапии высокими дозами статинов, имели показания к переводу на средние дозы статинов – достижение целевых показателей ЛС и отсутствие повторных ССС (*Таблица 94*). Однако из них только 57 (34,97%) пациентам данный перевод был сделан верно (*Таблица 94*). А в целом в данный временной период ГЛТ была изменена без учета рекомендуемых доз, сроков и/или перенесенных повторных ССС 86 (52,76%) пациенту (*Таблица 94*).

Кроме этого, за весь период III этапа кардиореабилитации были выявлены и другие дефекты коррекции ГЛТ (*Таблица 94*). Это, прежде всего, неверная коррекция доз ГЛТ при возникновении повторных ССС – 14 (8,59%) пациентов, коррекция доз ГЛТ без учета достижения целевых показателей ЛС – 91 (55,83%), не соблюдение рекомендуемых сроков и доз ГЛТ – 106 (65,03%) пациентов (*Таблица 94*). При этом самостоятельное изменение ГЛТ имело место только у 38 (23,31%) пациентов, во всех остальных случаях неверную корректировку ГЛТ осуществлял лечащий врач – 75 (46,01%) пациентов, что более подробно изложено в *Таблица 94*.

Таким образом, за все 11 месяцев III этапа кардиореабилитации, ГЛТ в соответствии с КР получали только 41 (25,15%) пациентов, а условно соответствующей КР – 16 (9,82%) пациентов, что более подробно изложено в *Таблица 94*.

При сравнительном анализе ГЛТ у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации (выписки) и наступления конечной точки исследования (окончание III этапа, либо наступления летального исхода) было получено, то к моменту окончания III этапа качество ГЛТ значительно ухудшилось, что, прежде всего, проявилось появлением пациентов, не получающих ГЛТ, а также значительным снижением количества пациентов, получающих ГЛТ в соответствии с КР и более высокими показателями ОХС и ХС-ЛПНП ($p < 0,001$), что более подробно изложено в *Таблица 95*.

Таблица 94 – Оценка ГЛТ, получаемой пациентами с ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	При выписке рекомендованы	
			Высокие дозы статинов, n=146, n (%)	Средние дозы статинов, n=17, n (%)
<i>1-5 месяцы III этапа кардиореабилитации</i>				
Соблюдали рекомендации ¹	5 месяцев	83 (50,92%)	70 (47,95%)	13 (76,47%)
	< 5 месяцев	75 (46,01%)	71 (48,63%)	4 (23,53%)
Не принимали ГЛТ совсем ¹	5 месяцев	3 (1,84%)	3 (2,05%)	0
	< 5 месяцев	2 (1,23%) ²	2 (1,37%) ²	0
Δ срок (месяцы) приема рекомендуемой ГЛТ, Me [LQ; UQ] ¹		5,00 [0,00; 5,00]	2,50 [0,00; 5,00]	5,00 [5,00; 5,00]
Имели повторные ССС ³	Всего	21 (12,88%)	19 (13,01%)	2 (11,76%)
	плановые	2 (1,23%)	2 (1,37%)	0
	экстренные	19 (11,66%)	17 (11,64%) ³	2 (11,76%) ⁴
Невозможно оценить ЛС ¹	Всего	34 (20,86%)	30 (20,55%)	4 (23,53%)
	Без контроля	27 (16,56%)	25 (17,12%)	2 (11,76%)
	Умер	7 (4,29%)	5 (3,42%)	2 (11,76%)

Продолжение таблицы 94

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	При выписке рекомендованы		
			Высокие дозы статинов, n=146, n (%)	Средние дозы статинов, n=17, n (%)	
Имели целевые ¹	ОХС	90 (55,21%)	79 (54,11%)	11 (64,71%)	
	ХС-ЛПНП	80 (49,08%)	70 (47,95%)	10 (58,82%)	
	ОХС и ХС- ЛПНП	80 (49,08%)	70 (47,95%)	10 (58,82%)	
Δ ОХС (ммоль/л), Ме [LQ; UQ] ³		3,80 [3,60; 4,10]	3,80 [3,61; 4,10]	3,86 [3,10; 3,90]	
Δ ХС-ЛПНП (ммоль/л), Ме [LQ; UQ] ¹		1,76 [1,64; 1,95]	1,77 [1,67; 1,98]	1,70 [1,60; 1,78]	
Высокие дозы статинов ¹		72 (44,17%)	72 (49,32%)	0	
Средние дозы статинов ¹		65 (39,88%)	52 (35,62%)	13 (76,47%)	
Низкие дозы статинов ¹		15 (9,20%)	13 (8,90%)	2 (11,76%)	
Без ГЛТ ¹		5 (3,07%)	5 (3,42%)	0	
Предположительные причины изменения ГЛТ ¹	Повышение ферментов печени		1 (0,61%)	1 (0,68%)	0
	Достижение целевого ЛС	Лечащий врач	46 (28,22%)	46 (31,51%)	0
		Сам	15 (9,20%)	13 (8,90%)	2 (11,76%)
		Сам, позже умер	2 (1,23%)	2 (1,37%)	0
		Умер	5 (3,07%)	3 (2,06%)	2 (11,76%)
	Неизвестно ⁵	Лечащий врач	5 (3,07%)	5 (3,42%)	0
		Сам	6 (3,68%)	6 (4,11%)	0
Соответствие ГЛТ КР ²	Соответствует		73 (44,79%)	73 (50,00%)	0
	Соответствует условно ⁶		16 (9,82%)	1 (0,68%)	15 (88,24%)
	Не соответствует		74 (45,40%)	72 (49,32%)	2 (11,76%)

Продолжение таблицы 94

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	При выписке рекомендованы	
			Высокие дозы статинов, n=146, n (%)	Средние дозы статинов, n=17, n(%)
<i>6-11 месяцы III этапа кардиореабилитации</i>				
Имели показания к переводу на средние дозы статинов ⁷		69 (42,33%) ⁸	69 (47,26%) ⁸	-
Перевод на средние дозы статинов сделан, верно ⁷		57 (34,97%) ⁸	57 (39,04%) ⁸	-
В целом ГЛТ была изменена без учета рекомендуемых доз, сроков и/или повторных ССС ⁷		86 (52,76%)	84 (51,53%)	2 (11,76%)
Имели повторные ССС ⁹	Всего	27 (16,56%)	22 (15,07%)	5 (29,42%)
	плановые	3 (1,84%)	3 (2,05%)	0
	экстренные	24 (14,72%)	19 (13,01%)	5 (29,42%)
Невозмож но оценить	Всего	32 (19,63%)	27 (18,49%)	5 (29,42%)
	Без контроля	19 (11,66%)	19 (13,01%)	0
	Умер	13 (7,98%)	8 (5,48%)	5 (29,42%)
Имели целевые ¹⁰	ОХС	76 (46,63%)	67 (45,89%)	9 (52,94%)
	ХС-ЛПНП	74 (45,40%)	66 (45,21%)	8 (47,06%)
	ОХС и ХС-ЛПНП	74 (45,40%)	66 (45,21%)	8 (47,06%)
Δ ОХС (ммоль/л), Ме [LQ; UQ] ¹⁰		3,80 [3,60; 3,90]	3,90 [3,80; 4,42]	3,90 [3,38; 4,03]
Δ ХС-ЛПНП (ммоль/л), Ме [LQ; UQ] ¹⁰		1,73 [1,68; 1,77]	1,78 [1,70; 2,40]	1,74 [1,64; 1,95]
Высокие дозы статинов ¹⁰		16 (9,82%)	16 (10,96%)	0
Средние дозы статинов ¹⁰		92 (56,44%)	81 (55,48%)	11 (64,71%)
Низкие дозы статинов ¹⁰		25 (15,34%)	24 (16,44%)	1 (5,88%)
Без ГЛТ ¹⁰		17 (10,43%)	17 (11,64%)	0

Продолжение таблицы 94

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	При выписке рекомендованы	
			Высокие дозы статинов, n=146, n (%)	Средние дозы статинов, n=17, n (%)
Соответствие ГЛТ КР ⁹	Соответствует	63 (38,65%)	56 (34,36%)	7 (41,18%)
	Соответствует условно ⁶	7 (4,29%)	1 (0,68%)	6 (35,29%)
	Не соответствует	86 (52,76%)	84 (51,53%)	2 (11,76%)
<i>Все 11 месяцев III этапа кардиореабилитации</i>				
Повышение ферментов печени	III этап	2 (1,23%)	1 (0,68%) ¹¹	1 (5,88%) ¹²
	I-III этапы	18 (11,04%)	1 (0,68%)	17 (100%)
Имели повторные ССС	Всего	47 (28,83%)	40 (27,40%)	7 (41,18%)
	плановые	5 (3,07%)	5 (3,43%)	0
	экстренные	42 (25,77%)	35 (23,97%)	7 (41,18%)
Имел место дефект коррекции доз ГЛТ при возникновении повторных ССС		14 (8,59%)	14 (9,59%)	0
Имел место дефект коррекции доз ГЛТ в зависимости от достижения целевых показателей ЛС		91 (55,83%)	89 (60,96%)	2 (11,76%)
Имел место дефект соблюдения рекомендуемых сроков ГЛТ		106 (65,03%)	104 (71,23%)	2 (11,76%)
Имел место дефект соответствия рекомендуемых доз ГЛТ		106 (65,03%)	104 (71,23%)	2 (11,76%)

Продолжение таблицы 94

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	При выписке рекомендованы	
			Высокие дозы статинов, n=146, n (%)	Средние дозы статинов, n=17, n (%)
Кто неверно корректировал ГЛТ	Сам	31 (19,02%)	29 (19,86%)	2 (11,76%)
	Сам и лечащий врач стационара	7 (4,29%)	7 (4,79%)	0
	Лечащий врач стационара	2 (1,23%)	2 (1,37%)	0
	Лечащий врач первичного звена	58 (35,58%)	58 (39,73%)	0
	Лечащие врачи первичного звена и стационара	8 (4,91%)	8 (5,48%)	0
Соответствие ГЛТ КР	Соответствует	41 (25,15%)	41 (28,08%)	0
	Соответствует условно ⁶	16 (9,82%)	1 (0,68%)	15 (88,24%)
	Не соответствует	106 (65,03%)	104 (71,23%)	2 (11,76%)

Примечание к таблице 94: ¹ – на момент окончания 5 месяца III этапа кардиореабилитации; ² – только 1 месяц во время госпитализации по поводу повторного ОКС; ³ – в том числе 5 случаев со смертельным исходом; ⁴ – все со смертельным исходом; ⁵ – при не целевом ЛС; ⁶ – с учетом сопутствующей патологии; ⁷ – на момент начала 6 месяца III этапа кардиореабилитации; ⁸ – из пациентов, не имеющих ранее противопоказаний к терапии высокими дозами статинов при достижении целевых показателей ЛС и отсутствия повторных ССС; ⁹ – за 6-11 месяцы III этапа кардиореабилитации; ¹⁰ – на момент окончания 11 месяца III этапа кардиореабилитации; ¹¹ – 2 раза; ¹² – повторно.

Таблица 95 – Сравнительная оценка ГЛТ у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации (выписки) и наступления конечной точки исследования (окончание III этапа, либо наступление летального исхода)

		Окончание II этапа (выписки), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
Высокие дозы статинов		146 (89,57%)	16 (9,82%)	$\chi^2=102,72$	df=1	p<0,001
Средние дозы статинов		17 (10,43%)	95 (58,28%)	$\chi^2=52,94$	df=1	p<0,001
Низкие дозы статинов		0	30 (18,40%)	$\chi^2=28,03$	df=1	p<0,001
Не получали ГЛТ совсем		0	17 (10,43%)	$\chi^2=15,06$	df=1	p<0,001
Соответствие ГЛТ КР	Соответствует	146 (89,57%) ¹	41 (25,15%)	$\chi^2=57,84$	df=1	p<0,001
	Соответствует условно ²	17 (10,43%) ¹	16 (9,82%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=1,00
	Не соответствует	0 ¹	106 (65,03%)	$\chi^2=104,01$	df=1	p<0,001
Имели целевой ОХС		149 (91,41%)	78 (47,86%) ³	$\chi^2=21,59$	df=1	p<0,001
Имели целевой ХС-ЛПНП		116 (71,17%)	75 (46,01%) ³	$\chi^2=7,06$	df=1	p=0,004
Имели целевой ОХС и ХС-ЛПНП		116 (71,17%)	75 (46,01%) ³	$\chi^2=7,06$	df=1	p=0,004
Δ значение ОХС (ммоль/л), Me [LQ; UQ]		3,49 [3,05; 3,80]	3,92 [3,80; 4,40] ³	W=576,00	Z=8,87	p<0,001

Продолжение таблицы 95

	Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
Δ значение ОХ-ЛПНП (ммоль/л), Me [LQ; UQ]	1,68 [1,45; 1,90]	1,79 [1,70; 2,30] ³	W=1182,00	Z=7,28	p<0,001
Повышение печеночных ферментов	17 (10,43%)	18 (11,04%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=1,00

Примечание к таблице 95: ¹ – терапия согласно протоколу ведения пациентов с ОКС; ² – с учетом сопутствующей патологии; ³ – за исключением 23 (14,11%) пациентов, у которых нет данных о ЛС на момент возникновения конечной точки, в т.ч. из них 4 (2,45%) умерли вне ЛПУ.

*Перспективная оценка антитромботической терапии, проводимой
на III этапе кардиореабилитации*

При оценке соблюдения сроков приёма различных видов АТТ, рекомендуемых при выписке по завершению II этапа, было получено, что только примерно у 1/2 пациентов данный параметр соответствовал рекомендуемому, при этом ошибки изменения сроков приема АТТ были выявлены у 35 (21,47%) пациентов, в целом средний срок изменения АТТ составил 5,00 [2,00; 11,00] месяцев, что более подробно изложено в *Таблица 96*.

За весь период III этапа реабилитации ОАК в виде 2АТТ/3АТТ (средним сроком 11,00 [3,00; 11,00] месяцев) принимали 121 (74,23%) пациент, при этом 107 (65,64%) пациентов принимали АВК и только 24 (14,72%) пациента – ПОАК (средним сроком 11,00 [3,00; 11,00] и 6,00 [0,5; 10,50] месяцев соответственно) (*Таблица 96*). Однако не малое количество пациентов в течении III этапа кардиореабилитации получали терапию только ААг: так суммарно за весь период III этапа реабилитации терапию 2ААг получали 70 (42,94%) пациентов, а 1ААг –

20 (12,27%) пациентов (средним сроком 10,00 [7,00; 11,00] и 6,00 [6,00; 9,00] месяцев соответственно) (*Таблица 96*). Кроме этого, у 2 (1,23%) пациентов имели место длительные (средним сроком 9,50 [9,00; 10,00] месяцев), а у 5 (3,07%) пациентов краткосрочные периоды без АТТ (*Таблица 96*). При этом средний срок приема АТТ в целом за весь период III этапа кардиореабилитации составил 11,00 [11,00; 11,00] месяцев (*Таблица 96*).

При оценке частоты контроля МНО было получено, что у 90 (84,11%) пациентов из получающих на III этапе реабилитации АВК были выявлены различные ошибки (*Таблица 96*). При этом регулярный контроль МНО имели только 14 (13,08%) пациентов (целевое МНО 2,0-2,5 при комбинированной АТТ), а подсчитать ВДТ МНО удалось только 3 (2,80%) пациентам, которое в среднем составило 25,00% [20,00%; 50,00%], что более подробно изложено в *Таблица 96*.

При оценке возникших на III этапе кардиореабилитации повторных ССС было выявлено, что тромботические осложнения (ТО) (в виде ОКС) имели место у 33 (20,25%) пациентов, тромбоэмболические осложнения (ТЭО) (в виде ишемического МИ, ТИА, ТЭЛА на фоне острого тромбоза глубоких вен левой ноги) – у 7 (4,29%) пациентов, а наличие ТО и ТЭО – у 2 (1,23%) пациентов, при этом у 25 (15,34%) пациентов на фоне АТТ не соответствующей КР (*Таблица 96*). В целом на момент возникновения ТО/ТЭО ОАК в виде 2АТТ/3АТТ принимали только 28 (17,18%) пациентов, 13 (7,98%) пациентов принимали только ААГ, а 1 (0,61%) пациент не принимал АТТ совсем (*Таблица 96*). При этом АВК принимали только 25 (15,34%) пациентов, однако данные о МНО удалось выяснить только у 18 (11,04%) пациентов, которое у всех оказалось меньше целевого диапазона и в среднем составило 1,60 [1,30; 1,70] (*Таблица 96*). При оценке корректировки АТТ при возникновении повторных ССС за период всего III этапа кардиореабилитации противоречий КР выявлено не было (*Таблица 96*).

Геморрагические осложнения за весь период III этапа кардиореабилитации оценивались по шкале BARC: так клинически не значимые кровотечения (тип 1) были зафиксированы у 21 (12,88%) пациента, малые кровотечения (тип 2) – у 7 (4,29%) пациентов, а большие (тип 3в) – только у 1 (0,61%) пациента

(Таблица 96). При анализе терапии, на которой возникли геморрагические осложнения, было получено, что у 28 (17,18%) пациентов они возникли на фоне приема АВК в составе 2АТТ/3АТТ. Среднее МНО при этом составило 3,65 [3,48; 4,13] (Таблица 96). У 23 (14,11%) пациентов были выявлены ошибки контроля МНО, а у 5 (3,07%) пациентов, несмотря на правильный контроль, имело место лабильное МНО (Таблица 96). Кроме этого, хотелось бы отдельно выделить, что выявленные у 1 (0,61%) пациента геморрагические осложнения на фоне приема 2АТТ в большей степени обусловлены наличием в анамнезе ранее диагностированного рака мочевого пузыря (Таблица 96).

При анализе наличия гастропатий на фоне приема АТТ за весь период III этапа кардиореабилитации было получено, что ФГДС была проведена только 54 (33,13%) пациентам, при этом различные гастропатии были выявлены только у 12 (7,36%) пациентов (Таблица 96). Однако эрозивное поражение ЖКТ имело место только у 5 (3,07%) пациентов, а у 6 (3,68%) пациентов это было обострение имеющейся ранее патологии (Таблица 96). При анализе АТТ, на фоне приема которой возникли гастропатии во время III этапа кардиореабилитации, было получено, что все пациенты принимали ААг, однако у 7 (4,29%) пациентов ещё и в сочетании с ОАК (преимущественно АВК) (Таблица 96). Кроме этого, у 7 (4,29%) пациентов возникновение гастропатий было выявлено на фоне приема ИПП (Таблица 96).

Таким образом, суммарно за весь период III этапа кардиореабилитации АТТ полностью соответствовала КР только у 15 (9,20%) пациентов, условно соответствовала (с учетом сопутствующей патологии) у 42 (25,77%) пациентов и не соответствовала КР у 106 (65,03%) пациентов (Таблица 96). При этом 149 (91,41%) пациентов из наблюдаемой когорты имели ≥ 2 факторов (причин), (2,00 [2,00; 3,00] факторов), которые повлияли на выбор АТТ на III этапе кардиореабилитации, не включая окончание рекомендуемого срока приема АТТ и/или наличия повторных ССС, что более подробно изложено в Таблица 96. Кроме этого, было выявлено, что у 71 (43,56%) пациента АТТ корректировалась неверно самостоятельно, а у 25 (15,34%) пациентов – лечащим врачом (Таблица 96).

Таблица 96 – Оценка АТТ, получаемой пациентами с ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

Оцениваемый показатель	Вся когорта, n=163, n (%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)				
		3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	2ААг, n=41		
АТТ принимали весь рекомендованный при выписке срок ¹	81 (49,69%)	7 (17,50%)	48 (58,54%)	26 (63,41%)		
Имели место ошибки изменение сроков приема АТТ, рекомендуемых при выписке	35 (21,47%)	16 (40,00%)	13 (15,85%)	6 (14,63%)		
Δ срок (месяцы) изменения АТТ, рекомендуемой при выписке, Me [LQ; UQ] ²	5,00 [2,00; 11,00]	2,00 [0,50; 2,50]	11,00 [3,50; 11,00]	10,97 [5,00; 11,00]		
Какой вид АТТ принимали в целом ⁴	3АТТ и/или 2АТТ	Всего <u>ОАК</u>	121 (74,23%)	36 (90,00%)	79 (96,34%)	6 (14,63%)
		Всего АКВ	107 (65,64%)	34 (85,00%)	73 (89,02%)	0
		Всего ПОАК	24 (14,72%)	5 (12,50%)	13 (15,85%)	6 (14,63%)
	2ААг	70 (42,94%)	17 (42,50%)	12 (14,63%)	41 (100%)	
	1ААг	20 (12,27%)	1 (2,50%)	9 (10,98%)	10 (24,39%)	
Не принимали АТТ ³	Весь срок ⁴	0	0	0	0	
	Длительно ⁴	2 (1,23%)	0	0	2 (7,32%)	
	Краткосрочно ⁵	5 (3,07%)	1 (2,50%)	4 (4,88%)	0	

Продолжение таблицы 96

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)			
			3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	3АТТ, n=40	
Δ срок (месяцы) приема различных видов АТТ, Me [LQ; UQ] ³	В целом	11,00 [11,00; 11,0]	11,00 [11,00; 11,0]	11,00 [11,00; 11,0]	11,00 [11,00; 11,0]	
	3АТТ и/или 2АТТ	Всего ОАК	11,00 [3,00; 11,00]	11,00 [2,50; 11,00]	11,00 [5,00; 11,00]	0,50 [0,03; 0,50]
		Всего АКВ	11,00 [3,00; 11,00]	8,75 [2,00; 11,00]	11,00 [5,00; 11,00]	-
		Всего ПОАК	6,00 [0,50; 10,50]	9,00 [8,00; 10,00]	10,50 [6,00; 11,00]	0,50 [0,03; 0,50]
	2ААг	10,00 [7,00; 11,00]	9,00 [8,00; 10,0]	9,00 [7,75; 10,0]	11,00 [5,00; 11,00]	
	1ААг	6,00 [6,00; 9,00]	7,00	9,00 [6,00; 9,00]	6,00 [6,00; 6,00]	
	Не принимали АТТ длительно ⁵	9,50 [9,00; 10,00]	-	-	9,50 [9,00; 10,00]	
	Частота контроля МНО ⁶	Невозможно оценить ⁷	3 (2,80%)	0	3 (4,11%)	-
Без контроля		21 (19,62%)	8 (23,53%)	13 (17,81%)	-	
Только при повторных госпитализациях		12 (11,21%)	4 (11,76%)	8 (10,96%)	-	
Не регулярный ⁸		57 (53,27%)	16 (47,06%)	41 (56,16%)	-	
Регулярный ⁹		14 (13,08%)	6 (17,65%)	8 (10,96%)	-	
Удалось подсчитать ВДТ МНО		3 (2,80%)	1 (2,94%)	2 (2,74%)	-	
Δ ВДТ МНО, Me [LQ; UQ]		25,00% [20,00; 50,0]	50%	22,50% [20,00; 50,0]	-	
Имели место ошибки контроля МНО ^{4,6}		90 (84,11%)	28 (82,35%)	62 (84,93%)	-	

Продолжение таблицы 96

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)			
			3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	3АТТ, n=40	
Имели повторные ССС ³	Всего	47 (28,83%)	11 (27,50%)	27 (32,93%)	9 (21,95%)	
	Плановые	5 (3,07%)	3 (7,50%)	1 (1,22%)	1 (2,43%)	
	Экстренные	Всего	42 (25,77%)	8 (20,00%)	26 (31,71%)	8 (19,51%)
		ТО ¹⁰	33 (20,25%)	7 (17,50%)	18 (21,95%)	8 (19,51%)
		ТЭО ¹¹	7 (4,29%)	1 (2,50%)	6 (7,32%)	0
		ТО + ТЭО	2 (1,23%)	0	2 (2,44%)	0
На какой АТТ возникли ТО/ТЭО	АТТ не соответствовала КР	25 (15,34%)	5 (12,50%)	20 (24,9%)	0	
	2АТТ/3АТТ	Всего ¹²	28 (17,18%)	4 (10,00%)	24 (29,27%)	0
		с ПОАК ¹²	4 (2,45%)	1 (2,50%)	3 (3,66%)	0
		с АВК ¹²	25 (15,34%)	3 (7,50%)	22 (26,83%)	0
		Известно МНО ^{12, 13}	18 (11,04%)	1 (2,50%)	17 (20,73%)	0
		Δ МНО, Ме [LQ; UQ]	1,60 [1,30; 1,70]	1,70	1,60 [1,30; 1,67]	0
	1ААг/2ААг	13 (7,98%)	3 (7,50%)	2 (2,44%)	8 (19,51%)	
	Без АТТ	1 (0,61%)	1 (2,50%)	0	0	
Имели место ошибки корректировки АТТ при повторных ССС ^{3, 14}	0	0	0	0		
Геморрагические осложнения (BARC) ³	Тип 0	134 (82,21%)	29 (72,50%)	65 (79,27%)	40 (97,56%)	
	Тип 1	21 (12,88%)	6 (15,00%)	15 (18,29%)	0	
	Тип 2 (малое)	7 (4,29%)	5 (12,50%)	1 (1,22%)	1 (2,44%)	
	Тип 3в (большое)	1 (0,61%)	0	1 (1,22%)	0	

Продолжение таблицы 96

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)		
			3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	3АТТ, n=40
На какой АТТ возникли геморрагические осложнения	Всего	28 (17,18%)	11 (27,50%)	17 (20,73%)	-
	С ошибками контроля МНО	23 (14,11%)	9 (22,50%)	14 (17,07%)	-
	Без ошибок, но лабильное МНО	5 (3,07%)	2 (5,00%)	3 (3,66%)	-
	Δ МНО, Ме [LQ; UQ]	3,65 [3,48; 4,13]	3,50 [3,50; 3,80]	3,80 [3,45; 4,40]	-
	2ААг ¹⁵	1(0,61%)	0	0	1 (2,43%)
Гастропатии ³	Проведено ФГДС	54 (33,13%)	14 (35,00%)	28 (34,15%)	12 (29,27%)
	Всего выявлено гастропатий	12 (7,36%)	3 (7,50%)	5 (6,10%)	4 (9,75%)
	В том числе обострение имеющихся ранее	6 (3,68%)	1 (2,50%)	4 (4,87%)	1 (2,44%)
	Эрозивные	5 (3,07%)	1 (2,50%)	1 (1,22%)	3 (7,32%)
	Не эрозивные	7 (4,29%)	2 (5,00%)	4 (4,87%)	1 (2,44%)

Продолжение таблицы 96

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n (%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)		
			3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	3АТТ, n=40
На какой МТ возникли гастропатии	2АТТ/ 3АТТ ¹⁶	7 (4,29%)	3 (7,50%)	4 (4,87%)	0
	1ААг/2ААг	5 (3,07%)	0	1 (1,22%)	4 (9,76%)
	На фоне приема ИПП	7 (4,29%)	3 (7,50%)	3 (3,66%)	1 (2,44%)
Факторы, которые повлияли на выбор АТТ на III этапе кардиореабилитации ^{3,17}	1 фактор	14 (8,59%)	2 (5,00%)	9 (10,98%)	3 (7,32%)
	≥ 2 факторов	149 (91,41%)	38 (95,00%)	73 (89,02%)	38 (92,68%)
	Δ количество факторов, Me [LQ; UQ]	2,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 3,00]	2,00 [2,00; 3,00]	3,00 [2,00; 3,00]
	Высокий риск кровотечения	61 (37,42%)	17 (42,50%)	17 (20,73%)	27 (65,85%)
	Нет возможности контроля МНО	100 (61,35%)	19 (47,50%)	58 (70,73%)	23 (56,10%)
Факторы, которые повлияли на выбор АТТ на III этапе кардиореабилитации ^{3,17}	Нет возможности приобретать ПОАК	144 (88,34%)	37 (92,50%)	69 (84,14%)	38 (92,68%)
	Наличие ИКС	1 (0,61%)	0	1 (1,22%)	1 (2,44%)
	Непереносимость варфарина	1 (0,61%)	0	1 (1,22%)	1 (2,44%)
	Непереносимость АСК	1 (0,61%)	0	1 (1,22%)	1 (2,44%)
	Низкая приверженность пациента (отказ)	91 (55,83) ¹⁹	26 (65,00%)	41 (50,00%)	24 (58,54%) ¹⁹

Продолжение таблицы 96

Оцениваемый показатель		Вся когорта, n=163, n(%)	АТТ, рекомендуемая при выписке, n (%)		
			3АТТ, n=40	2АТТ, n=82	3АТТ, n=40
Кто неверно менял АТТ ³	Сам	71 (43,56%)	25 (62,50%)	40 (48,78%)	6 (14,63%)
	Лечащий врач	25 (15,34%)	8 (20,00%)	17 (20,73%)	0
Соответствие АТТ КР ³	Соответствует	15 (9,20%)	2 (5,00%)	13 (15,85%)	-
	Соответствует условно ³	42 (25,77%)	4 (10,00%)	3 (3,66%)	35 (85,37%)
	Не соответствует	106 (65,03%)	34 (85,00%)	66 (80,49%)	6 (14,63%)

Примечание к таблице 96: ¹ – для 3АТТ 6 месяцев, для 2АТТ и 2ААг 12 месяцев; ² – в месяцах; ³ – за весь период III этапа кардиореабилитации; ⁴ – без учета краткосрочных отмен/пропусков приема; ⁵ – на период удаления зубов, плановой реваскуляризации КА и других оперативных вмешательств; ⁶ – расчет произведен только для 107 пациентов, которые принимали АКВ и которым был необходим контроль МНО (34 пациента на 3АТТ и 73 пациента на 2АТТ); ⁷ – мал срок наблюдения; ⁸ – < 1 раз в месяц, либо без увеличения частоты контроля при не целевом МНО; ⁹ – 1 раз в месяц, при не целевом МНО чаще; ¹⁰ – в виде повторного ОКС, в том числе 9 случаев со смертельным исходом (2 случая на 3АТТ, 4 случая на 2АТТ и 3 случая на 2ААг); ¹¹ – в виде ишемического МИ, ТИА или ТЭЛА на фоне острого тромбоза глубоких вен голени, в том числе 3 случая со смертельным исходом (21 случай на 3АТТ и 2 случая на 2АТТ); ¹² – в том числе у 1 пациента, выписанного с 2АТТ дважды (1 раз на АВК, 2 раз на ПОАК); ¹³ – у 7 пациентов нет данных о МНО на момент возникновения ТО/ТЭО по причине летальных исходов, в том числе и вне ЛПУ; ¹⁴ – расчет произведен только для пациентов, которые имели повторные ССС во время III этапа кардиореабилитации; ¹⁵ – макрогематурия со сгустками на фоне ранее выявленного ЗНО мочевого пузыря; ¹⁶ – у 1 пациента на фоне 3АТТ с дабигатраном; ¹⁷ – не включая окончание рекомендуемого срока приема АТТ и/или наличия повторных ССС; ¹⁸ – в том числе у 8 пациентов имел место письменный отказ от приема варфарина на I-II этапах кардиореабилитации; ¹⁹ – с учетом сопутствующей патологии.

При сравнительной оценке основных моментов АТТ у пациентов с ФП после референсного ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации и наступления конечной точки исследования (окончание III этапа кардиореабилитации, либо наступления летального исхода) была выявлена тенденция к увеличению риска развития кровотечения (HAS-BLED) при неизменном риске развития инсульта (CHA2DS2-VASc), $p=0,06$ (Таблица 97).

Кроме этого, было выявлено значимое увеличение приема ПОАК (с 7 (4,29%) до 18 (11,04%) пациентов, $p<0,05$), при незначительном увеличении приема ОАК в целом (со 122 (74,85%) до 141 (86,50%) пациента, $p=0,27$) и уменьшении количества приема АВК (со 115 (70,55%) до 71 (43,56%) пациентов, $p<0,001$) (Таблица 97). А среди пациентов, принимающих АВК, количество имеющих МНО в пределах целевого диапазона также значительно уменьшилось (с 66 (54,09%) до 19 (26,76%) пациентов, $p<0,001$), однако хотелось бы отметить, что данные о МНО на момент наступления конечной точки имелись только у 47 (66,20%) из 71 пациента (Таблица 97). Также было выявлено появление пациентов, которые получали только 1ААг, либо не получали АТТ совсем: 21 (12,88%) и 1 (0,61%) пациент соответственно (Таблица 97).

Помимо этого, в отличие от II этапа за период III этапа кардиореабилитации у 35 (21,47%) пациентов были выявлены ТО (в виде ОКС), а у 9 (5,52%) – ТЭО (ишемический МИ, ТИА, острый тромбоз глубоких вен ноги) (Таблица 97). В отношении геморрагических осложнений (BARC) было выявлено значимое увеличение количества кровотечений типа 1 (с 5 (3,07%) до 21 (12,88%) пациента, $p=0,03$), наличие тенденции к увеличению кровотечений типа 2 (малое) (с 1 (0,61%) до 7 (4,29%) пациентов, $p=0,08$) и возникновение у 1 (0,61%) пациента кровотечения типа 3в (большое) на фоне имеющегося ЗНО МП, что более подробно изложено в таблице (Таблица 97). Наличие гастропатий осталось примерно на том же уровне (Таблица 97).

При анализе соответствия АТТ КР на момент окончания II этапа кардиореабилитации (выписка) и наступления конечной точки исследования у пациентов с ФП после референсного ОКС было выявлено значительное уменьшение количества пациентов, у которых АТТ соответствовала КР (со 122 (74,84%) до 15 (9,20%) пациентов, $p<0,001$), и появлением

106 (65,03%) пациентов с АТТ, не соответствующей КР, что более подробно изложено в *Таблица 97*.

Таблица 97 – Сравнительная оценка риска развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc и риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED, а также эффективности и безопасности применения АТТ у пациентов с ФП и ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации и наступления конечной точки (окончание III этапа кардиореабилитации, либо наступления летального исхода)

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
				χ^2	df	p
CHA2DS2-VASc	0 баллов	0	0	-	-	-
	1 балл	6 (3,68%)	6 (3,68%)	-	-	-
	≥ 2 баллов	157 (96,32%)	157 (96,32%)	-	-	-
HAS-BLED	0 баллов	0	0	-	-	-
	1 балл	7 (4,29%)	6 (3,68%)	0,00	1	1,00
	2 балла	46 (28,22%)	29 (17,79%)	3,41	1	0,06
	≥ 3 баллов	110 (67,48%)	128 (78,53%)	1,21	1	0,27
Получали 3АТТ и/или 2АТТ	Всего ОАК	122 (74,85%)	141 (86,50%)	0,23	1	0,27
	<u>Всего АВК</u>	115 (70,55%)	71 (43,56%)	9,94	1	0,002
	Варфарин	114 (69,94%)	70 (42,94%)	10,05	1	0,002
	Фенилин	1 (0,61%)	1 (0,61%)	-	-	-
	Имели целевое МНО ¹	66 (54,09%)	19 (26,76%) ²	24,89	1	<0,001

Продолжение таблицы 97

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
				χ^2	df	p
Получали 3АТТ и/или 2АТТ	<u>Всего ПОАК</u>	7(4,29%)	18 (11,04%)	4,00	1	0,04
	Дабигатран	6 (3,68%)	9 (5,52%)	0,27	1	0,61
	Ривароксабан	1 (0,61%)	9 (5,52%)	4,90	1	0,03
Получали 2 ААг (АСК + клопидогрел)		41 (25,15%)	54 (33,13%)	1,52	1	0,22
Получали 1 ААг		0	21 (12,88%)	-	-	-
АСК		0	11 (6,75%)	-	-	-
Клопидогрел		0	8 (4,91%)	-	-	-
Не получали ни чего		0	1 (0,61%)	-	-	-
ТО ³		0	35 (21,47%)	-	-	-
ТЭО ⁴		0	9 (5,52%)	-	-	-
Геморрагические осложнения (BARC)	Тип 0	157 (96,32%)	134 (82,21%)	1,66	1	0,20
	Тип 1	5 (3,07%)	21 (12,88%)	8,65	1	0,03
	Тип 2 (малое)	1 (0,61%)	7 (4,29%)	3,13	1	<u>0,08</u>
	Тип 3в (большое)	0	1 (0,61%)	0,00	1	1,00
Гастропатии	Всего выявлено гастропатий	10 (6,13%)	12 (7,36%)	0,05	1	0,83
	В т.ч. обострение имеющихся ранее	10 (6,13%)	6 (3,68%)	0,56	1	0,45
	Эрозивные	6 (3,68%)	5 (3,07%)	0,00	1	1,00
	Не эрозивные	4 (2,45%)	7 (4,29%)	0,36	1	0,55

Продолжение таблицы 97

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
				χ^2	df	p
Непереносимость варфарина ⁵		1 (0,61%)	1 (0,61%)	-	-	-
Непереносимость АСК ⁶		1 (0,61%)	1 (0,61%)	-	-	-
Соответствие АТТ КР	Соответствует	122 (74,84%)	15 (9,20%)	82,01	1	<0,001
	Соответствует условно ⁷	41 (25,15%)	42 (25,77%)	0,00	1	1,00
	Не соответствует	0	106 (65,03%)	,	,	,

Примечание к таблице 97: ¹ – из принимающих АВК/кому рекомендован прием АВК; ² – 17 (23,94%) пациентов принимали АВК без контроля МНО, а у 7 (9,86%) пациентов нет данных МНО по причине летальных исходов, в том числе и вне ЛПУ; ³ – в виде ОКС; ⁴ – в виде ишемического МИ, ТИА, острого тромбоза глубоких вен ноги ⁵ – принимал ПОАК; ⁶ – пациент с впервые выявленной ФП, принимал 2АТТ; ⁷ – с учетом сопутствующей патологии.

*Проспективная оценка применения на III этапе кардиореабилитации
β-адреноблокаторов, являющихся составной частью «прогноз-
модифицируемой» медикаментозной терапии, и/или других
антиаритмических препаратов*

Важной составляющей частью «прогноз-модифицируемой» МТ помимо ГЛТ и АТТ являются и БАБ. Однако у всей изучаемой когорты среди сопутствующей патологии имеется НРС в виде различных форм ФП, которая требует ААТ, в том числе иногда и более сильных ААП, чем БАБ, либо их комбинации. Именно поэтому нами была оценена вся ААТ, проводимая на III этапе кардиореабилитации.

Так было получено, что за период III этапа кардиореабилитации рекомендованная при выписке по окончании II этапа ТК ЧСС была изменена только 4 (16,00%) пациентам: им был имплантирован ЭКС и уменьшены дозы ААП, а в целом средний срок приёма рекомендуемой при выписке ТК ЧСС составил 11,00 [8,00; 11,00] месяцев (Таблица 98). Кроме этого, оставшиеся 2 (8,00%) пациента, которым также была рекомендована консультация аритмолога с целью решения вопроса об имплантации ЭКС, данным специалистом были проконсультированы, но отказались от имплантации ЭКС (Таблица 98). Всего среди пациентов с постоянной формой ФП целевую ЧСС (<110 ударов в минуту) имел только 21 (84,00%) пациент, а оставшиеся 3 (12,00%) пациента не контролировали ЧСС совсем (Таблица 98).

Таблица 98 – Оценка ААТ, получаемой пациентами с постоянной ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

ААТ		Конечная точка, n=25, n (%)
Δ срок (месяцы) приёма рекомендуемой при выписке ТК ЧСС, Me [LQ; UQ]		11,00 [8,00; 11,00]
Продолжили приём рекомендуемой при выписке ТК ЧСС без изменений		21 (84,00%) ¹
Рекомендуемая ТК ЧСС была изменена: уменьшение дозы + имплантация ЭКС		4 (16,00%)
Проконсультированы аритмологом по поводу решения вопроса об имплантации ЭКС	Всего	6 (24,00%)
	Имплантирован ЭКС	4 (16,00%)
	Отказ от имплантации ЭКС	2 (8,00%)
Имели целевую ЧСС (<110 ударов в минуту)		21 (84,00%) ²
Не контролировали ЧСС совсем (самоконтроль/ХМ-ЭКГ)		3 (12,00%) ³
Повторные ХМ-ЭКГ		8 (32,00%)

Примечание к таблице 98: ¹ – у 5 (20,00%) пациентов имел место летальный исход; ² – у 4 (16,00%) пациентов только после установки ЭКС, а у 3 (12,00%) пациентов имел место летальный исход; ³ – у 1 (4,00%) пациента имел место летальный исход.

Из 99 пациентов с пароксизмальной формой ФП за период III этапа кардиореабилитации продолжили приём рекомендуемой при выписке ТПП без существенных изменений только 76 (76,77%) пациентов, при этом 1 (1,01%) пациент ТПП отменил сам, а у 18 (18,18%) пациентов в ТПП имели место более существенные изменения, что более подробно описано в *Таблица 98*. Кроме этого, у 4 (4,04%) пациентов, которым ТПП при выписке не была рекомендована совсем (по причине различной сопутствующей патологии, что более подробно было изложено в *Таблица 70*), не получали ТПП и весь период III этапа по тем же причинам (*Таблица 99*).

Всё это, прежде всего, обусловлено тем, что большая часть пациентов (77 (77,78%)) с пароксизмальной формой ФП были выписаны с СР и не имели срывов ритма в течение всего периода III этапа кардиореабилитации (*Таблица 99*). Оставшиеся 22 (22,22%) пациента были выписаны с ФП и/или имели срывы ритма, но при этом на момент наступления конечной точки полностью все пациенты (100%) с пароксизмальной формой ФП имели СР, а средний срок приёма ТПП, рекомендуемой при выписке составил 11,00 [6,00; 11,00] месяцев (*Таблица 99*).

Хотелось бы так же отметить, что 60 (60,61%) пациентам за период III этапа кардиореабилитации было проведено повторное ХМ-ЭКГ, в том числе и всем тем 4 (4,04%) пациентам, кому оно было рекомендовано при выписке (*Таблица 99*). Кроме этого, контроль ЧСС и ритма практически все пациенты осуществляли регулярно сами, за исключением 4 (4,04%) пациентов, у которых контроль ЧСС и ритма отсутствовал полностью, как в виде самоконтроля, так и посредством ХМ-ЭКГ (*Таблица 99*).

За период III этапа кардиореабилитации были проконсультированы аритмологом по поводу решения вопроса об имплантации ЭКС (СССУ) только

6 (6,06%) из 10 (10,01%) пациентов, которым она была рекомендована при выписке по завершению II этапа (Таблица 99). При этом 1 (1,01%) пациент отказался от имплантации ЭКС, а оставшиеся 4 (4,04%) пациента не получили консультацию аритмолога, так как сами не считали это необходимым (Таблица 99). Также за период III этапа кардиореабилитации были проконсультированы аритмологом с целью решения вопроса о необходимости РЧА только 2 (2,02%) из 3 (3,03%) пациентов, которым она была рекомендована при выписке по завершению II этапа (Таблица 99). При этом все они отказались от проведения РЧА, а оставшийся 1 (1,01%) пациент не получил консультацию аритмолога, так как сам не считал это необходимым (Таблица 99).

Таблица 99 – Оценка ААТ, получаемой пациентами с пароксизмальной ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

ААТ		Конечная точка, n=99, n (%)
Δ срок (месяцы) приёма ТПП, рекомендуемой при выписке, Me [LQ; UQ]		11,00 [6,00; 11,00]
Сам отменил ТПП		1 (1,01%)
Как и при выписке без ТПП весь III этап		4 (4,04%) ¹
Продолжили приём рекомендуемой при выписке ТПП без существенных изменений		76 (76,77%) ²
Имели место более существенные изменения ТПП, рекомендуемой при выписке	Всего	18 (18,18%)
	Отменён 1 из 2 ААП	2 (2,02%) ³
	Добавление ещё 1 ААП	4 (4,04%) ⁴
	Замена одного ААП на другой ААП	3 (3,03%) ^{4,5}
	Имела место МКВ с последующим добавлением ещё 1 ААП	3 (3,03%) ⁶
	Имела место ЭКВ без существенного изменения приема ААП	6 (6,06%) ⁷
Всего имело место СВР		15 (15,15%)

Продолжение таблицы 99

ААТ		Конечная точка, n=99, n (%)
Состав ТПП на момент наступления конечной точки	1 ААП	65 (65,65%)
	2 ААП	29 (29,29%)
	3 ААП	0
	Нежелательные комбинации	0
	Не получали ТПП	5 (5,05%)
Имели СВР на момент наступления конечной точки		99 (100%)
Выписаны с СВР и не имели срывов ритма ⁸		77 (77,78%)
Выписаны с ФП и/или имели срывы ритма ⁸		22 (22,22%)
Всего проведено повторно ХМ-ЭКГ ⁹		60 (60,61%)
Не контролировали ЧСС и ритм совсем (самоконтроль/ХМ-ЭКГ)		4 (4,04%)
Рекомендована консультация аритмолога по поводу решения вопроса об имплантации ЭКС (СССУ)	Всего рекомендовано	10 (10,01%)
	Не считали это необходимым	4 (4,04%)
	Всего проконсультировано	6 (6,06%)
	Имплантирован ЭКС	5 (5,05%)
	Отказ от имплантации ЭКС	1 (1,01%)
Рекомендована консультация аритмолога с целью решения вопроса о необходимости РЧА	Всего рекомендовано	3 (3,06%)
	Сам не считали это необходимым	1 (1,01%)
	Всего проконсультировано	2 (2,02%)
	Отказ от проведения РЧА	2 (2,02%)

Примечание к таблице 99: СВР – спонтанное восстановление ритма; ¹ – 2 (2,02%) пациента принимали как и при выписке кораксан, а 1 (1,01%) пациенту был имплантирован ЭКС (СССУ) (причины не назначения ТПП смотри в Таблица 70); ² – у 5 (5,05%) пациентов имел место летальный исход, у 1 (1,01%) пациента имела место имплантация ЭКС (СССУ), у 8 (8,08%) пациентов имело место увеличение/уменьшение дозы ААП, а

у 2 (2,02%) пациентов увеличение/уменьшение дозы ААП и имплантация ЭКС (СССУ), в т.ч. у 5 (5,05%) пациентов имело место СВР однократно, у 1 (1,01%) пациента имело место СВР 3 раза; ³ – у 1 (1,01%) пациента имела место имплантация ЭКС (СССУ); ⁴ – у всех имело место СВР однократно; ⁵ – у 1 (1,01%) пациента из-за выявления амиодарон индуцированного поражения ЩЖ, а у других 2 (2,02%) с целью усиления ТПП; ⁶ – в т.ч. у 1 (1,01%) пациента имело место СВР 3 раза; ⁷ – в т.ч. у 1 (1,01%) пациента имело место СВР однократно; ⁸ – за весь период III этапа кардиореабилитации; ⁹ – в том числе и всем 4 (4,04%) пациентам, которым данное исследование было рекомендовано при выписке.

Средний срок приёма ТКР, рекомендуемой при выписке пациентам с персистирующей ФП, составил 9,00 [3,00; 11,00] месяцев (*Таблица 100*). Так продолжили приём рекомендуемой при выписке ТКР без существенных изменений только 23 (58,97%) пациента, ещё 1 (2,56%) пациент также продолжил приём поддерживающей ТКР без изменений, но ему была проведена рекомендуемая при выписке плановая ЭКВ (*Таблица 100*). Кроме этого, 1 (2,56%) пациент ТКР не получал совсем, так для её подбора была необходима консультация аритмолога, но пациент умер, 2 (5,13%) пациента ТКР отменили сами, а у 12 (30,77%) пациентов в ТКР имели место более существенные изменения, что более подробно описано в *Таблица 100*. При этом около 1/2 пациентов с персистирующей формой ФП были выписаны с СР и не имели срывов ритма в течение всего периода III этапа кардиореабилитации, а всего СР на момент наступления конечной точки имели 36 (92,31%) пациентов (*Таблица 100*). За период III этапа кардиореабилитации были проконсультированы аритмологом с целью решения вопроса о необходимости РЧА все 3 (7,69%) пациента, которым она была рекомендована при выписке по завершению II этапа, однако РЧА была проведена только 1 (2,56%) пациенту, а оставшиеся 2 (2,02%) пациента отказались от данного вида вмешательства (*Таблица 100*).

Таблица 100 – Оценка ААТ, получаемой пациентами с персистирующей ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

ААТ		Конечная точка, n=39, n(%)		
Δ срок (месяцы) приёма ТПП, рекомендуемой при выписке, Me [LQ; UQ]		9,00 [3,00; 11,00]		
Сам отменил поддерживающую ТКР		2 (5,13%)		
Продолжили приём рекомендуемой при выписке поддерживающей ТКР без существенных изменений		23 (58,97%) ¹		
Продолжили приём без изменений поддерживающей ТКР+плановая ЭКВ, рекомендуемые при выписке		1 (2,56%)		
Как и при выписке без ТКР до наступления конечной точки		1 (2,56%) ²		
Имели место более существенные изменения ТКР, рекомендуемой при выписке	Всего		12 (30,77%)	
	Отменён 1 из 2 ААП		1 (2,56%) ³	
	Добавление ещё 1 ААП		2 (2,56%) ⁴	
	Замена одного ААП на другой ААП		1 (2,56%) ^{5, 6}	
	Имела место МКВ	Всего		4 (10,26%)
		позже добавлен ещё 1 ААП		2 (5,13%)
		позже замена одного ААП на другой ААП		2 (5,13%) ^{6, 7}
	Имела место ЭКВ	Всего		4 (10,26%)
		без изменения приема ААП		3 (7,69%)
		позже замена одного ААП на другой ААП		1 (2,56%) ⁶
Всего имело место СВР		12 (30,77%)		
Всего не получали ТКР		3 (7,69%)		
Имели СР на момент наступления конечной точки		36 (92,31%)		
Выписаны с СР и не имели срывов ритма ⁸		18 (46,15%)		
Выписаны с ФП и/или имели срывы ритма ⁸		21 (53,85%)		
Не контролировали ЧСС и ритм совсем (самоконтроль/ХМ-ЭКГ)		2 (5,13%)		
Повторные ХМ-ЭКГ		24 (61,54%)		

Продолжение таблицы 100

ААТ		Конечная точка, n=39, n (%)
Консультация аритмолога по поводу решения вопроса об имплантации временного ЭКС	Всего рекомендовано	1 (2,56%)
	Всего проконсультировано	0
Рекомендована консультация аритмолога с целью решения вопроса о необходимости РЧА	Всего рекомендовано	3 (3,06%)
	Всего проконсультировано	3 (3,06%)
	Проведена РЧА	1 (2,56%)
	Отказ от проведения РЧА	2 (2,02%)

Примечание к таблице 100: ¹ – у 3 (7,69%) пациентов имел место летальный исход, у 2 (5,13%) пациентов имел место отказ от РЧА, у 2 (5,13%) пациентов имело место уменьшение/увеличение дозы ААП, у 5 (12,82%) пациентов имело место СВР однократно (в том числе 3 из них была рекомендована плановая ЭКВ), у 2 (5,13%) пациентов имело место СВР 2 раза, у 1 (2,56%) пациента имело место СВР 20 раз; ² – причины отсутствия ТКР были описаны в *Таблица 73*, консультацию аритмолога не успел получить, так как наступил летальный исход; ³ – в том числе имело место плановая РЧА; ⁴ – у всех имело место СВР однократно; ⁵ – из-за выявления амиодарон индуцированного поражения ЩЖ; ⁶ – в том числе у 1 (2,56%) пациента имело место однократное СВР, хотя при выписке была рекомендована плановая ЭКВ; ⁷ – с целью усиления ТПП; ⁸ – за весь период III этапа кардиореабилитации.

При оценке эффективности и безопасности применения ААТ у пациентов с различными формами ФП и ОКС к моменту наступления конечной точки (окончание III этапа кардиореабилитации, либо наступления летального исхода) было получено, что всего СР имели 135 (82,82%) пациентов, контроль ЧСС имел место только у 155 (95,09%) пациентов (*Таблица 101*). При этом целевую ЧСС ($55 < ЧСС < 110$ ударов в минуту) имели 154 (94,48%) пациента, брадикардию

– 1 (0,61%) пациент, а 8 (4,91%) пациентов не контролировали ЧСС совсем (самоконтроль/ХМ-ЭКГ) (Таблица 101). Кроме этого, из 149 (91,41%) пациентов, которым за период III этапа кардиореабилитации был рекомендован / показан контроль функции ЩЖ (осмотр эндокринолога, УЗИ ЩЖ или гормоны ЩЖ в качестве контроля безопасности приема амиодарона на III этапе или наличие в анамнезе поражения ЩЖ (в т.ч. амиодарон индуцированное)) данный контроль был осуществлен только 143 (87,73%) пациентам, при этом 14 (8,59%) пациентам его не рекомендовал лечащий врач совсем, а в целом вновь выявленное амиодарон индуцированное поражение ЩЖ было выявлено у 2 (1,23%) пациентов (Таблица 101).

При сравнительной оценке эффективности и безопасности применения ААТ у пациентов с различными формами ФП и ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации и наступления конечной точки (окончание III этапа кардиореабилитации, либо наступления летального исхода) существенных различий получено не было, кроме как наличия у 28 (17,18%) пациентов ААТ не соответствующей КР ($p < 0,001$), что более подробно изложено в Таблица 101.

Таблица 101 – Сравнительная оценка эффективности и безопасности применения ААТ у пациентов с различными формами ФП и ОКС на момент окончания II этапа кардиореабилитации и наступления конечной точки (окончание III этапа кардиореабилитации, либо наступления летального исхода)

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n(%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
I С	Лаппакоинида гидрохлорид	1 (0,61%)	1 (0,61%)	-	-	-
II	БАБ	143 (87,73%)	135 (82,82%)	$\chi^2=0,18$	df=1	p=0,67
III	Амиодарон	45 (27,61%)	57 (34,97%)	$\chi^2=1,19$	df=1	p=0,27
	Соталол	1 (0,61%)	1 (0,61%)	-	-	-

Продолжение таблицы 101

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
IV	Верапамил	7 (4,29%)	8 (4,91%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=1,00
	Дигоксин	4 (2,45%)	3 (1,84%)	$\chi^2=0,00$	df=1	p=1,00
1 ААП		115 (70,55%)	105 (64,42%)	$\chi^2=0,37$	df=1	p=0,54
2 ААП		43 (26,38%)	50 (30,57%)	$\chi^2=0,39$	df=1	p=0,53
Приём ААП не рекомендован ¹		5 (3,07%)	5 (3,07%)	-	-	-
ААП отменил сам		-	3 (1,84%)	-	-	-
Δ количество ААП, Ме [LQ; UQ]		1,00 [1,00; 2,00]	1,00 [1,00; 2,00]	W=61,11	Z=0,71	p=0,48
Δ срок (месяцы) приёма рекомендуемой при выписке ААП в целом, Ме [LQ; UQ]		-	11,00 [6,00; 11,00]	-	-	-
Имели СР		130 (79,75%)	135 (82,82%)	$\chi^2=0,06$	df=1	p=0,81
Контроль ЧСС	Всего	163 (100%)	155 (95,09%)	$\chi^2=0,15$	df=1	p=0,69
	Самоконтроль ²	-	155 (95,09%)	-	-	-
	ХМ-ЭКГ в динамике	-	98 (60,12%)	-	-	-
	Имели целевую ЧСС ³	-	154 (94,48%)	-	-	-
	Имели брадикардию	-	1 (0,61%)	-	-	-
	Неизвестно ⁴	-	8 (4,91%)	-	-	-

Продолжение таблицы 101

Оцениваемый показатель		Окончание II этапа (выписка), n=163, n (%)	Наступление конечной точки, n=163, n (%)	Межгрупповые различия		
Контроль функции ЩЖ ⁵	Всего рекомендовано/показано	163 (100%)	149 (91,41%)	$\chi^2=0,54$	df=1	p=0,46
	Всего проведено	163 (100%)	143 (87,73%)	$\chi^2=1,18$	df=1	p=0,28
	Мал срок (< 6 месяцев) приёма амиодарона	-	6 (3,68%)	-	-	-
	Не назначено лечащим врачом совсем	-	14 (8,59%)	-	-	-
	Амиодарон индуцированное поражение ЩЖ	11 (6,74%)	13 (7,98%) ⁶	$\chi^2=0,04$	df=1	p=0,84
Соответствие ААТ КР	Соответствует	108 (66,26%)	86 (52,76%)	$\chi^2=2,27$	df=1	p=0,13
	Соответствует условно ⁷	55 (33,74%)	49 (30,06%)	$\chi^2=0,24$	df=1	p=0,62
	Не соответствует	0	28 (17,18%)	$\chi^2=26,04$	df=1	p<0,001

Примечание к таблице 101: ¹ – причины не назначения ААТ описаны в Таблица 70 и Таблица 73; ² – самоконтроль пациента за своим пульсом вне зависимости от того какой у него ритм (СР или ФП); ³ – 55 < ЧСС > 110 ударов в минуту; ⁴ – не контролировали ЧСС совсем (самоконтроль/ХМ-ЭКГ); ⁵ – осмотр эндокринолога, УЗИ ЩЖ или гормоны ЩЖ в качестве контроля безопасности приема амиодарона на III этапе или наличие в анамнезе поражения ЩЖ (в т.ч. амиодарон индуцированное), либо во время I-II этапов как стандарт диагностики ССЗ; ⁶ – в том числе у 2 (1,23%) пациентов вновь выявленные; ⁷ – с учетом сопутствующей патологии.

Перспективная оценка применения на III этапе кардиореабилитации других кардиологических препаратов, являющихся составной частью «прогноз-модифицируемой» медикаментозной терапии

К «прогноз-модифицируемой» МТ, помимо ГЛТ, АТТ и ААТ, которые уже были описаны в разделах 3.5.3.1, 3.5.3.2 и 3.5.3.3 данной работы, также относится терапия ИАПФ/АРА.

Так из 142 (87,12%) пациентов, которым при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации был рекомендован прием ИАПФ/АРА, продолжили регулярный прием данных препаратов в течение всего периода III этапа только 89 (54,60%) пациентов, ещё 44 (26,99%) пациента принимали данные препараты не ежедневно с незначительными пропусками, а 9 (5,52%) пациентов самостоятельно отменили данные препараты (*Таблица 102*).

За период III этапа только 9 (5,52%) пациентам из 21 (12,88%), которым при выписке было рекомендовано по возможности (при устранении причины отмены ИАПФ/АРА на госпитальном этапе) к терапии добавить ИАПФ была добавлена данная группа препаратов (*Таблица 102*). Так суммарно на момент наступления конечной точки ИАПФ/АРА принимали 146 (89,57%) пациентов, а средний срок приёма данных групп препаратов за весь период III этапа кардиореабилитации составил 11,00 [11,00; 11,00] месяцев, что более подробно изложено в *Таблица 102*.

При этом из 152 (93,25%) пациентов, имеющих АГ на момент наступления конечной точки, целевые значения АД (<140/90 мм рт. ст., <140/85 мм рт. ст. для больных с СД) имели только 97 (63,82%) пациентов (в том числе у 2 (1,32%) пациентов имел место ГК в течение III этапа), гипотония имела место у 6 (3,95%) пациентов, кризовое течение АГ (в том числе с наличием ГК) – у 38 (25,00%) пациентов, не вели контроль АД и не знали его уровень – 11 (7,24%) пациентов (*Таблица 102*).

В целом снижение толерантности к физической нагрузке (ТФН) в течение всего периода III этапа кардиореабилитации имело место у 78 (47,85%) пациентов,

в том числе на момент наступления конечной точки у 7 (4,29%) из них она была скорректирована медикаментозно (Таблица 102).

Таблица 102 – Оценка приёма ИАПФ/АРА пациентами с ФП после референсного ОКС на III этапе кардиореабилитации

Показатель		Конечная точка, n=163, n (%)	
При выписке рекомендован приём ИАПФ/АРА	Всего	142 (87,12%)	
	Продолжили регулярный прием ИАПФ/АРА весь период III этапа	89 (54,60%) ¹	
	ИАПФ/АРА принимали не ежедневно, с незначительными пропусками	44 (26,99%)	
	Имелись длительные отмены (отменил сам) ИАПФ/АРА	9 (5,52%) ²	
При выписке рекомендовано по возможности к терапии добавить ИАПФ ³	Всего	21 (12,88%)	
	К терапии добавлены ИАПФ	Всего	9 (5,52%)
		Принимал регулярно весь период III этапа	6 (3,68%)
		Принимал не ежедневно, с незначительными пропусками	3 (1,84%)
Весь период III этапа без ИАПФ/АРА (сохранялась гипотония)	12 (7,36%) ⁴		
Всего принимали ИАПФ/АРА		146 (89,57%)	
Всего без ИАПФ/АРА		17 (10,43%) ⁵	
Δ срок (месяцы) ⁶ приёма ИАПФ/АРА, Ме [LQ; UQ]		11,00 [11,00; 11,00]	
Имели целевое значение АД ^{7,8}		97 (63,82%) ⁹	
Имела место гипотония ⁷		6 (3,95%)	
Кризовое течение АГ (в том числе с наличием ГК) ⁷		38 (25,00%)	
Не вели контроль АД и не знали его уровень ⁷		11 (7,24%)	
Имели снижение ТФН в течение всего периода III этапа		78 (47,85%)	
Имели снижение ТФН на момент наступления конечной точки		71 (43,56%) ¹⁰	

Примечание к таблице 102: ¹ – в том числе 5 (3,07%) пациентов без АГ; ² – в том числе 4 (2,45%) на момент наступления конечной точки принимали ИАПФ/АРА; ³ – при устранении причины отмены ИАПФ/АРА на госпитальном этапе, что описывалось в *Таблица 77*; ⁴ – в том числе 6 (3,68%) пациентов без АГ; ⁵ – в том числе 6 (3,68%) пациентов без АГ; ⁶ – за весь период III этапа; ⁷ – расчет произведен на 152 (93,25%) пациента, имеющих АГ на момент наступления конечной точки; ⁸ – <140/90 мм рт. ст., <140/85 мм рт. ст. для больных с СД; ⁹ – в том числе у 2 (1,32%) пациентов имел место ГК в течение III этапа; ¹⁰ – у 7 (4,29%) пациентов снижение ТФН была скорректирована медикаментозно.

3.5.4 Проспективный сравнительный анализ самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации, пациентами с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

Всем 150 (92,02%) пациентам, у которых на момент наступления конечной точки удалось подтвердить жизненный статус, была проведена самооценка здоровья непосредственно на данный момент (проспективно) и на момент окончания II этапа кардиореабилитации (ретроспективно) при помощи ВАШ “термометр здоровья”. В результате чего было получено, что среднее значение данного показателя на момент окончания II этапа, как и на момент окончания III этапа, составило 60,00 % [50,00; 70,00] (*Таблица 103*). Однако только у 25 (15,67%) пациентов показатель ВАШ остался на прежнем уровне, 43 (28,67%) пациента отметили улучшение состояния, 82 (54,67%) пациентов – ухудшение, при этом среднее значение изменения данного показателя в динамике составило -5,00 % [-10,00; 10,00], $p=0,01$ (*Таблица 103*).

Таблица 103 – Сравнительный анализ самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации, пациентами с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

Показатель	II этап, n=150	III этап, n=150
Δ значение ВАШ (%), Me [LQ; UQ]	60,00 % [50,00; 70,00]	60,00 % [50,00; 70,00]
	T=2930,50, Z=2,48, p=0,01 (межгрупповые)	
Δ значение различия ВАШ на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации, Me [LQ; UQ]	-	-5,00 % [-10,00; 10,00]
Улучшение здоровья	-	43 (28,67%)
Ухудшение здоровья	-	82 (54,67%)
Без изменения	-	25 (15,67%)

При дальнейшем анализе зависимости от различных факторов изменения в динамике показателя самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации было получено, что данный показатель зависел от пола и возраста пациентов, их приверженности к МТ (МГ) и факта наличия ССС за период III этапа кардиореабилитации, а также степени тяжести МП (Таблица 104, Таблица 105, Таблица 106, Таблица 107). Так на момент окончания III этапа кардиореабилитации отмечали наличие улучшения состояния здоровья чаще мужчины, чем женщины ($p=0,02$), пациенты молодого (18-64 лет) возраста чаще, чем пациенты пожилого (65-74 лет) и старческого (≥ 75 лет) возраста ($p=0,01$), приверженные (МГ 4 балла) и недостаточно приверженные (МГ 3 балла) к МТ чаще, чем не приверженные (МГ 0-2 баллов) к МТ пациенты ($p=0,002$), пациенты имеющие плановые ССС чаще, чем пациенты имеющие экстренные ССС и пациенты не имеющие ССС за период III этапа совсем ($p=0,03$) (Таблица 104, Таблица 105, Таблица 106, Таблица 107). А также пациенты с низкими и средним показателем качественного ИПМ (1-4 балла) имели тенденцию к более лучшим показателям ВАШ в отличие от пациентов с высоким ИПМ (≥ 5 баллов) ($p=0,09$), что более подробно изложено в Таблица 104, Таблица 105, Таблица 106, Таблица 107. Кроме этого была выявлена слабая корреляционная связь между

динамикой изменения ВАШ (прирост в %) за период III этапа с количеством баллов по МГ (слабая положительная, $p=0,01$), количеством баллов качественного ИПМ (слабая отрицательная, $p=0,004$) и возрастом пациентов в годах (слабая отрицательная, $p=0,003$), что более подробно изложено в *Таблица 108*.

Таблица 104 – Оценка зависимости различия самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации от различных факторов у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

Показатель	Δ значение ВАШ (%), Me [LQ; UQ]	Межгрупповые различия
Мужчины, n=83	0,00 % [-10,00; 10,00]	U=2159,50, Z=-2,35, p=0,02
Женщины, n=67	-10,00 % [-10,00; 0,00]	
18-64 лет, n=76	0,00 % [-10,00; 10,00]	$\chi^2=9,06$, df=2, p=0,01
65-74 лет, n=50	-7,50 % [-10,00; 5,00]	
≥ 75 лет, n=24	-10,00 % [-20,00; -5,00]	
Городские жители, n=134	-5,00 % [-10,00; 5,00]	U=16,56, Z=-0,03, p=0,98
Сельские жители, n=29	-10,00 % [-10,00; 10,00]	
Не имели ССС, n=116	-5,00 % [-10,00; 10,00]	$\chi^2=11,69$, df=2, p=0,03
Имели плановые ССС, n=5	20,00 % [10,00; 20,00]	
Имели экстренные ССС, n=29	-10,00 % [-15,00; -5,00]	
Приверженные (МГ 4 балла), n=25	0,00 % [-10,00; 10,00]	$\chi^2=1280,50$, df=2, p=0,002
Недостаточно приверженные (МГ 3 балла), n=46	0,00 % [-10,00; 10,00]	
Не приверженные (МГ 0-2 баллов), n=79	-10,00 % [-10,00; 0,00]	
ИПМ (1-4 балла), n=53	0,00 % [-10,00; 10,00]	U=214,50, Z=-1,68, p=0,09
ИПМ (≥ 5 баллов), n=97	-10,00 % [-10,00; 0,00]	

Таблица 105 – Попарное сравнение зависимости различия самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации от возрастной категории у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

	18-64 лет, n=76	65-74 лет, n=50	≥75 лет, n=24
18-64 лет, n=76	-	U=1628,50, Z =-1,35, p=0,18	U=509,50, Z =3,24, p= 0,001
65-74 лет, n=50	U=1628,50, Z =-1,35, p=0,18	-	U=373,00, Z =0,21, p=0,83
≥75 лет, n=24	U=509,50, Z =3,24, p= 0,001	U=373,00, Z =0,21, p=0,83	-

Таблица 106 – Попарное сравнение зависимости различия самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации от наличия ССС за период III этапа у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

	Не имели ССС, n=116	Имели плановые ССС, n=5	Имели экстренные ССС, n=29
Не имели ССС, n=116	-	U=68,50, Z = 2,88 , p= 0,004	U=1052,00, Z = 3,11 , p= 0,002
Имели плановые ССС, n=5	U=68,50, Z = 2,88 , p= 0,004	-	U=61,50 Z = 4,77 , p= <0,001
Имели экстренные ССС, n=29	U=1052,00, Z = 3,11 , p= 0,002	U=1,00 Z =- 3,45 , p= <0,001	-

Таблица 107 – Попарное сравнение зависимости различия самооценки здоровья на момент окончания II и III этапов кардиореабилитации от приверженности к МГ за период III этапа (МГ) у пациентов с ФП, перенесших ОКС, которым удалось подтвердить жизненный статус на момент наступления конечной точки

	Приверженные (МГ 4 балла), n=25	Недостаточно приверженные (МГ 3 балла), n=46	Не приверженные (МГ 0-2 баллов), n=79
Приверженные (МГ 4 балла), n=25	-	U=575,00, Z =0,00, p=1,00	U=766,50, Z =-1,68, p=0,09
Недостаточно приверженные (МГ 3 балла), n=46	U=575,00, Z =0,00, p=1,00	-	U=1326,50 Z =-2,51, p=0,01
Не приверженные (МГ 0-2 баллов), n=79	U=766,50, Z =-1,68, p=0,09	U=1326,50 Z =-2,51, p=0,01	-

Таблица 108 – Оценка корреляционной зависимости между динамикой изменения ВАШ (прирост в %) за период III этапа и данными МГ (баллы), качественного ИПМ (баллы) и возрастом пациентом (года)

Вся когорта, n=150	r_s	p
Динамика изменения ВАШ (прирост в %) за период III этапа / МГ (баллы)	0,22	0,01
Динамика изменения ВАШ (прирост в %) за период III этапа / качественный ИПМ (баллы)	-0,24	0,004
Динамика изменения ВАШ (прирост в %) за период III этапа / возраст (года)	-0,24	0,003

3.6 Проспективный анализ частоты сердечно-сосудистых событий и общей летальности (смерть от любой причины) за последующие 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного острого коронарного синдрома у пациентов с фибрилляцией предсердий, а также влияние на это COVID-19 и/или вакцинации от неё

При анализе данных телефонного опроса всех 150 пациентов, или их родственников в случае смерти пациента (92,02% от всей изучаемой когорты), получены данные только о 144 (96,00%) пациентах, на которых были заполнены анкеты единого образца (приложение 4). При этом из них 52 (34,67%) пациента умерли, а 18 (12,00%) отказались от дальнейшего общения, подтвердив свой жизненный статус. С 6 (4,00%) пациентами потеряна связь. Таким образом, по истечении 7 лет от момента возникновения референсного ОКС подтвердили свой жизненный статус только 92 (61,33%) пациента.

При этом было выяснено, что в течении последующих 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного ОКС совсем не имели повторных ССС только 68 (45,33%) пациентов, у 58 (38,67%) пациентов имели место экстренные ССС, в том числе у 52 (34,67%) с летальным исходом, подробный анализ чего изложен в *Таблица 109*. Общая 7-летняя летальность (смерть от любой причины) у пациентов с ФП после референсного ОКС составила 39,88% (65 случаев из 163 пациентов всей наблюдаемой когорты).

Дополнительно был проведен анализ влияния COVID-19 и/или вакцинации от неё на пациентов с ФП, перенесших ОКС, в результате чего было выявлено, что данным заболеванием переболели 60 (40,00%) пациентов, при этом практически 1/2 из них не имели возможности вакцинироваться, так как переболели ещё в 2020 году до изобретения вакцин (*Таблица 110*). Всего в последствии данного заболевания умерло 12 (8,00%) пациентов, а у 29 (19,33%) пациентов наблюдалось ухудшение течения имеющихся ССЗ *Таблица 110*. Так ухудшение течения ИБС, осложнившуюся повторным ОКС имели 10 (6,67%) пациентов; ухудшение течения ФП в виде срыва ритма, осложнившегося МИ (кардиоэмболический) – 2 (1,33%) (в том числе у 1 (0,67%) пациента с летальным исходом); ухудшение течения ХСН с

необходимостью госпитализации – 15 (10,00%) пациентов; а также 6 (4,00%) пациентов имели ухудшение течения ХСН (с необходимостью госпитализации) и ИБС, осложнившиеся повторным ОКС, что более подробно изложено в *Таблица 110*.

Таблица 109 – Оценка клинического состояния и исходов у пациентов с ФП за период последующих 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного ОКС

Показатель		7 лет после референсного ОКС, n (%) случаев	
Не имели ССС		68 (45,33%) ¹	
Имели повторные экстренные ССС		58 (38,67%)	
ТО (в виде ОКС)	Всего	38 (25,33%) ²	
	ИМ с Q	20 (13,33%) ³	
	ИМ без Q	14 (9,33%) ⁴	
	НС	4 (2,67%)	
ТЭО (в виде МИ к/э, ТИА)	Всего	15 (10,00%) ⁵	
	МИ (кардиоэмболический)	11 (7,33%) ^{5, 6}	
	ТИА	4 (2,67%)	
МИ (геморрагический)		5 (3,33%) ⁷	
Δ срок (месяцы) возникновения ССС, Me [LQ; UQ] ⁷		60,50 [50,00; 72,00]	
Прием ОАК при возникновении ССС	Всего ОАК	11 (7,33%)	
	АВК (варфарин)		6 (4,00%) ^{8, 9}
	ПОАК	Всего ПОАК	5 (3,33%)
		Дабигатран	2 (1,33%) ¹⁰
Ривароксабан		3 (2,00%) ⁹	
Декомпенсация ХСН (с госпитализацией)		55 (36,67%)	
Смерть от любой причины		52 (34,67%)	
Причины	ССС	33 (21,33%)	
	Повторный ОКС (ИМ с Q)	18 (12,00%)	
	МИ (кардиоэмболический)	10 (6,67%)	
	МИ (геморрагический)	5 (3,33%)	
	COVID-19	11 (7,33%)	
	Прочие причины (не ССС)	7 (4,67%)	
Δ срок (месяцы) возникновения летального исхода ¹¹		59,00 [48,00; 71,50]	
Плановая КАГ с последующей АКШ		2 (1,33%)	

Продолжение таблицы 109

Показатель		Всего за 1-7 лет после референсного ОКС, n (%) случаев		
Прием ОАК по прошествии 7 лет от референсного ОКС	Всего ОАК		39 (26,00%)	
	АВК (варфарин)		12 (8,00%)	
	ПОАК	Всего ПОАК		27 (18,00%)
		Дабигатран		17 (11,33%)
		Ривароксабан		10 (6,67%)

Примечание к таблице 109: ¹ – 7 (4,67%) пациентов умерло от прочих причин; ² – у 10 (6,67%) пациентов имелись повторные ОКС за период III этапа кардиореабилитации; ³ – у 19 (12,66%) пациентов обширный с отеком легких на фоне НРС и летальным исходом; ⁴ – у 1 (0,67%) пациента с КАГ и АКШ экстренном порядке; ⁵ – у 2 (1,33%) пациентов имелись ТЭО за период III этапа кардиореабилитации (из них у 1 дважды); ⁶ – у 10 (6,67%) пациентов с летальным исходом на фоне НРС; ⁷ – от момента возникновения референсного ОКС, при этом после 12 месяцев от ОКС сроки округлялись до целого месяца; ⁸ – при нецелевом МНО; ⁹ – 2 (1,33%) пациента умерло. ¹⁰ – 1 (0,67%) пациент умер; ¹¹ – все с летальным исходом и без приёма ОАК на фоне неконтролируемого течения АГ.

Таблица 110 – Оценка влияния COVID-19 и/или вакцинации на клиническое состояние и исходы у пациентов с ФП за период последующих 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного ОКС

Показатель		Всего, n=60, n (%)	Лечились амбулаторно, n=23, n (%)	Лечились в стационаре, n=37, n (%)		
Перенесли COVID-19	Всего от всей когорты (n=150)		60 (40,00%)	23 (15,33%)	37 (24,67%) ¹	
	Переболели до изобретения вакцин		25 (41,67%)	8 (34,78%)	17 (45,95%) ²	
	Вакцинированы ³		23 (38,33%)	7 (30,43%)	16 (43,24%) ⁴	
	Невакцинированы		12 (20,00%)	8 (34,78%)	4 (10,81%) ⁴	
	Имели ухудшение течения ССЗ	Всего		29 (48,33%)	5 (21,73%)	24 (64,86%) ⁵
		ИБС ⁶		10 (16,67%)	3 (13,04%)	7 (18,92%)
		ФП ⁷		2 (3,33%)	2 (8,70%)	0
		ХСН ⁸		15 (25,00%)	2 (8,70%)	13 (35,14%)
		ХСН и ИБС ⁹		6 (10,00%)	0	6 (16,22%)
	Умерли		12 (20,00%)	0	12 (32,43%) ¹⁰	

Продолжение таблицы 110

Показатель		Всего, n=60, n (%)	Лечились амбулаторно, n=23, n (%)	Лечились в стационаре, n=37, n (%)
Всего вакцинированы		24(40,00%) ¹¹	7 (30,43%)	16 (43,24%) ⁴
Имели в анамнезе до COVID-19	ИБС	100%	100%	100%
	ФП	100%	100%	100%
	ХСН	100%	100%	100%
	АГ	52 (86,67%)	18 (78,26%)	34 (91,89%)
Пациенты ≥ 60 лет		47 (78,33%)	14 (60,87%)	33 (89,19%)

Примечание к таблице 110: ¹ – 11 (7,33%) пациентов находились в реанимации, все с летальным исходом; ² – 7 (18,92%) пациентов находились в реанимации, 8 (21,62%) пациентов с летальным исходом; ³ – до болезни; ⁴ – 2 (5,41%) пациентов находились в реанимации, все с летальным исходом; ⁵ – 1 (2,70%) с летальным исходом; ⁶ – осложнившуюся повторным ОКС (в виде ИМ без Q); ⁸ – в виде срыва ритма, осложнившегося МИ (кардиоэмболический), в том числе у 1 (1,66%) пациента с летальным исходом); ⁸ – ХСН с необходимостью госпитализации – 19 (31,67%) пациентов; ⁹ – имели ухудшение течения ИБС и ХСН (с необходимостью госпитализации), осложнившиеся повторным ОКС (ИМ без Q – 5 (8,66%), НС – 1 (1,67%)); ¹⁰ – 11 (27,03%) пациентов находились в реанимации, все с летальным исходом от COVID-19, 1 (2,70%) пациент позже умер от ухудшения течения ССЗ; ¹¹ – не заболел 1 (1,67%) пациент.

Сравнительный анализ выживших и умерших пациентов с ФП за период 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации (Таблица 111) показал, что среди факторов, которые имелись у пациентов до возникновения ОКС с летальным исходом ассоциировалась тяжелая степень ПМ (≥ 5 баллов Чарлсон). Среди факторов, имеющих в анамнезе на момент окончания II этапа кардиореабилитации, ассоциировалось с летальным исходом наличие в анамнезе тяжелой степени ПМ (≥ 5 баллов Чарлсон) и наличие СД 2 типа. Среди факторов, имеющих в анамнезе за период 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации с летальным исходом, ассоциировался прежде всего такой фактор, как наличие в анамнезе перенесенного COVID-19 у не вакцинированных

пациентов. Кроме этого, с летальностью за последующие 6 лет после окончания III этапа ассоциировались такие факторы, как наличие повторных ССС в целом и в частности – ТЭО (к/эмболический МИ, ТИА) и госпитализации по поводу декомпенсации ХСН. Прием ОАК в целом и в частности, ПОАК ассоциировались со снижением риска летального исхода.

Таблица 111 – Сравнительная оценка выживших и умерших пациентов с ФП, перенесших ОКС, за период 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации

Показатель		Всего подтвердил и свой жизненный статус, n=144, n (%)	Выжившие пациенты, n=92, n (%)	Умершие пациенты, n=52, n (%)	p	ОШ [95% ДИ]
Общие факторы в анамнезе до референсного ОКС						
Возраст \geq 60 лет		105 (72,92%)	62 (67,39%)	43 (82,69%)	<u>0,05</u>	2,31 [1,00; 5,36]
Наличие основных ССЗ	ФП	92 (63,89%)	57 (61,96%)	35 (38,04%)	0,59	1,26 [0,62; 2,59]
	ИБС	110 (76,39%)	67 (72,83%)	43 (46,74%)	0,22	1,78 [0,76; 4,18]
	АГ	132 (91,67%)	81 (88,04%)	51 (55,43%)	0,06	6,93 [0,87; 55,27]
	ХСН	114 (79,17%)	68 (73,91%)	46 (50,00%)	0,05	2,71 [1,03; 7,14]
Тяжелая степень ПМ (\geq 5 баллов Чарлсон)		68 (47,22%)	34 (36,96%)	34 (65,38%)	0,002	3,22 [1,58; 6,56]
Факторы сердечно-сосудистого риска в анамнезе до референсного ОКС						
Курение		29 (20,14%)	22 (23,91%)	7 (13,46%)	0,19	0,50 [0,20; 1,25]
ДЛП		116 (80,56%)	75 (81,52%)	41 (78,85%)	0,83	0,85 [0,36; 1,97]
Нарушение гликемии натощак ¹ (без СД и НТГ)		29 (20,14%)	20 (21,74%)	9 (17,31%)	0,67	0,75 [0,32; 1,80]
НТГ (без СД)		3 (2,08%)	3 (3,26%)	0	-	-
ИМТ \geq 30 кг/м ²		49 (34,03%)	29 (31,52%)	20 (38,46%)	0,47	1,36 [0,67; 2,77]

Продолжение таблицы 111

Показатель		Всего подтвердили свой жизненный статус, n=144	Выжившие пациенты, n=92	Умершие пациенты, n=52	p	ОШ [95% ДИ]
Абдоминальное ожирение		22 (15,28%)	13 (14,13%)	9 (17,31%)	1,00	0,95 [0,37; 2,42]
Отягощенный семейный анамнез ССЗ		47 (32,64%)	27 (29,35%)	20 (38,46%)	0,27	1,51 [0,74; 3,08]
Факторы в анамнезе на момент окончания II этапа кардиореабилитации						
ИБС		144 (100%)	92 (100%)	52 (100%)	-	-
Вид ОКС	НС	75 (52,08%)	51 (55,43%)	24 (46,15%)	0,30	0,69 [0,35; 1,36]
	ИМ с Q	38 (26,39%)	26 (28,26%)	12 (23,08%)	0,56	0,76 [0,35; 1,68]
	ИМ без Q	31 (21,53%)	15 (16,30%)	16 (30,77%)	0,06	2,28 [1,02; 5,12]
ЧКВ		16 (11,11%)	11 (11,96%) ²	5 (9,62%) ³	0,79	0,78 [0,26; 2,39]
Шунтирование		2 (1,38%)	2 (2,17%)	0	-	-
Форма ФП	пароксизмальная	88 (61,11%)	58 (63,04%)	30 (57,69%)	0,56	0,80 [0,40; 1,60]
	персистирующая	35 (24,31%)	24 (26,08%)	11 (21,15%)	0,55	0,76 [0,34; 1,71]
	постоянная	21 (14,58%)	10 (10,87%)	11 (21,15%)	1,14	2,20 [0,86; 5,60]
ХСН		144 (100%)	92 (100%)	52 (100%)	-	-
ФВ ЛЖ	≥ 50%	108 (75,00%)	73 (79,35%)	35 (67,31%)	0,12	0,54 [0,25; 1,16]
	40 - < 50%	20 (13,89%)	12 (13,04%)	8 (15,38%)	0,80	1,21 [0,46; 3,19]
	< 40%	16 (11,11%)	7 (7,61%)	9 (17,31%)	0,10	2,54 [0,89; 7,29]
АГ		134 (93,06%)	83 (90,22%)	51 (98,08%)	0,10	5,53 [0,68; 44,94]
Целевое АД		121 (84,03%)	77 (83,70%)	44 (84,62%)	1,00	1,07 [0,42; 2,73]
ПОМ		104 (72,22%)	61 (66,30%)	43 (82,69%)	<u>0,05</u>	2,43 [1,05; 5,62]

Продолжение таблицы 111

Показатель		Всего подтвердили свой жизненный статус, n=144	Выжившие пациенты, n=92	Умершие пациенты, n=52	p	ОШ [95% ДИ]
МИ иш./ТИА		17 (11,86%)	8 (8,70%)	9 (17,31%)	0,18	2,20 [0,79; 6,10]
СД 2 типа		31 (21,53%)	12 (13,04%)	19 (20,65%)	0,001	3,84 [1,68; 8,79]
БА		9 (6,25%)	3 (3,26%)	6 (6,52%)	0,07	3,87 [0,93; 16,18]
ХОБЛ		8 (5,56%)	6 (6,52%)	2 (3,85%)	0,71	0,57 [0,11; 2,95]
Тяжелая степень ПМ (≥ 5 баллов Чарлсон)		92 (63,89%)	51 (55,43%)	41 (78,85%)	0,007	2,92 [1,34; 6,40]
Целевые	ОХС	132 (91,67%)	82 (89,13%)	50 (96,15%)	0,12	3,05 [0,64; 14,49]
	ХС-ЛПНП	100 (69,44%)	64 (69,56%)	36 (69,23%)	1,00	0,98 [0,47; 2,06]
Прим ОАК ⁴	Всего	139 (96,53%)	90 (97,83%)	49 (94,23%)	0,35	0,36 [0,06; 2,25]
	АВК	124 (86,11%)	80 (86,96%)	44 (84,62%)	0,80	0,83 [0,31; 2,17]
	ПОАК	15 (10,42%)	10 (10,87%)	5 (9,62%)	1,00	0,87 [0,28; 2,71]
Факторы в анамнезе на момент окончания III этапа кардиореабилитации						
Приверженность к МТ	Привер- женные (4 балла)	22 (15,28%)	15 (16,30%)	7 (13,46%)	0,81	0,80 [0,30; 2,11]
	Недоста- точно привер- женные (3 балла)	46 (31,94%)	29 (31,52%)	17 (32,69%)	1,00	1,06 [0,51; 2,18]
	Не привер- женные (0-2 балла)	72 (50,00%)	48 (52,17%)	28 (53,85%)	0,86	1,07 [0,54; 2,11]
Целевые	ОХС	63 (43,75%)	47 (51,09%)	26 (50,00%)	1,00	0,96 [0,49; 1,89]
	ХС-ЛПНП	61 (42,36%)	46 (50,00%)	25 (48,08%)	0,86	0,93 [0,47; 1,83]

Продолжение таблицы 111

Показатель		Всего подтвердили свой жизненный статус, n=144	Выжившие пациенты, n=92	Умершие пациенты, n=52	p	ОШ [95% ДИ]
Прием ОАК	Всего	78 (54,17%)	52 (56,52%)	26 (50,00%)	0,49	0,77 [0,39; 1,52]
	АВК	60 (41,67%)	41 (44,57%)	19 (36,54%)	0,38	0,72 [0,36; 1,44]
	ПОАК	18 (12,50%)	11 (11,96%)	7 (13,46%)	0,80	1,15 [0,42; 3,16]
Повторные ССС	Всего	32 (22,22%)	20 (21,74%)	12 (23,08%)	0,84	1,08 [0,48; 2,44]
	плановые	5 (3,47%) ⁵	5 (5,43%)	0	-	-
	экстренные	27 (18,75%)	15 (16,30%)	12 (23,08%)	0,38	1,54 [0,66; 3,60]
КАГ/ шунтография		28 (19,44%)	20 (21,74%)	8 (15,38%)	0,39	0,66 [0,27; 1,61]
Наличие СР		123 (85,42%)	82 (89,13%)	41 (78,85%)	0,14	0,46 [0,18; 1,16]
Контроль пульса ⁶		115 (79,86%)	78 (84,78%)	37 (71,15%)	0,06	0,44 [0,19; 1,01]
Контроль АД		123 (82,45%)	79 (85,87%)	44 (84,62%)	0,81	0,91 [0,35; 2,35]
Имели место ГК/ кризовое течение АГ		35 (24,31%)	23 (25,00%)	12 (23,08%)	0,84	0,90 [0,41; 2,00]
Имело место снижение ТФН		63 (43,75%)	40 (43,48%)	23 (44,23%)	1,00	1,03 [0,52; 2,05]
Факторы в анамнезе за 1-7 лет после референсного ОКС						
Повторные экстренные ССС		58 (46,03%) ⁷	24 (32,43%) ⁸	34 (65,38%)	<0,001	3,94 [1,86; 8,33]
ТО ⁹		38 (30,16%) ⁷	19 (25,68%) ⁸	19 (36,54%)	0,24	1,67 [0,77; 3,59]
ТЭО ¹⁰		15 (11,90%) ⁷	5 (6,76%) ⁸	10 (19,23%)	0,049	3,29 [1,05; 10,27]
МИ геморрагический		5 (3,97%) ⁷	0 ⁸	5 (9,62%)	-	-

Продолжение таблицы 111

Показатель		Всего подтвердили свой жизненный статус, n=144	Выжившие пациенты, n=92	Умершие пациенты, n=52	p	ОШ [95% ДИ]
Реваскуляризация		3 (2,38%) ⁷	3 (4,05%) ⁸	0	-	-
Декомпенсация ХСН с госпитализацией		55 (43,65%) ⁷	38 (51,35%) ⁸	17 (32,69%)	0,046	0,46 [0,22; 0,96]
Перенесли COVID-19	Всего	60 (47,62%) ⁷	48 (64,86%) ⁸	12 (23,08%)	<0,001	0,16 [0,07; 0,36]
	Переболели до вакцинирования	80 (63,49%) ⁷	35 (47,30%) ⁸	45 (86,54%)	<0,001	7,16 [2,86; 17,94]
Прием ОАК через 7 лет	Всего	47 (37,30%) ⁷	39 (52,70%) ⁸	8 (15,38%)	<0,001	0,16 [0,07; 0,39]
	АВК	17 (13,49%) ⁷	12 (16,22%) ⁸	5 (9,62%)	0,43	0,55 [0,18; 1,67]
	ПОАК	30 (23,81%) ⁷	27 (36,49%) ⁸	3 (5,77%)	<0,001	0,11 [0,03; 0,38]

Примечание к таблице 111: ¹ – глюкоза плазмы 5,6-6,9 ммоль/л; ² – 2 (2,17%) пациента с ТБА; ³ – 1 (1,92%) пациент с ТБА; ⁴ – на момент окончания II этапа; ⁵ – при плановой госпитализации стентирование или ТБА КА у 4 (2,78%) пациентов, у 1 (0,69%) – стентирование почечных артерий; ⁶ – самоконтроль пациента за своим пульсом вне зависимости от того какой у него ритм (СР или ФП); ⁷ – из 126 пациентов и/или их родственников, которые согласились на повторное общение; ⁸ – из 74 выживших пациентов и/или их родственников, которые согласились на повторное общение; ⁹ – в виде ОКС; ¹⁰ – в виде к/эмболического МИ, ТИА.

Таким образом, нами были проанализированы данные пациентов с ФП догоспитального этапа, I-III этапов кардиореабилитации по поводу перенесенного ОКС, а также последующие 6 лет после окончания III этапа, которые показали, что большую значимость играет ПМ, при этом не только её количественные, но и

качественные характеристики. Кроме этого, важную роль играет и соответствие лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах современным протоколам ведения пациентов и/или КР, а также подбор МТ пациентам пожилого и старческого возраста ещё и с учётом списка EURO-FORTA. Также нами была выявлена значимая роль и внезапно возникшей эпидемиологической ситуации во всем мире относительно COVID-19, которая несмотря на эффективно применяемые лечебно-профилактические мероприятия возникновения повторных ССЗ и снижения летальности от них, значимо увеличила 7-летнюю летальность пациентов с ФП, перенесших ОКС. Всё это позволит более детально изучить проблемы пациентов с ФП, перенесших ОКС на современном этапе и подчеркивает важность данного регистра для системы здравоохранения, как Кировской области, так и РФ в целом.

ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Данная работа является локальным ретроспективно-проспективным регистром пациентов с ФП, проходивших II этап кардиореабилитации по поводу референсного ОКС на базе клиники Кировского ГМУ (бывшая Кировская ГМА). Все пациенты, включенные в регистр, постоянно проживали в г. Кирове и Кировской области, являющейся регионом РФ с высоким уровнем смертности от ССЗ [8, 20]. Ранее аналогичных исследований в данном регионе не проводилось. Всё это определяет актуальность данного исследования.

При создании данной работы были соблюдены основные правила проведения регистра, а также изучена имеющаяся в свободном доступе по данной тематике литература зарубежных и отечественных изданий различных лет. Полностью аналогичных данному регистру работ найдено не было как среди зарубежных, так и среди отечественных работ. Поэтому сравнение полученных результатов было очень сложным и, зачастую, приблизительным.

Максимально приближенными к данному исследованию по временному параметру оказались 9 отечественных (регистр Малай Л.Н., регистр ФП 1 - го МГМУ, регистр ФП Омск, РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА ФП - Курск, РЕКВАЗА - Рязань, ПРОФИЛЬ, регистр Сычевой Н.А., регистр Татаринцевой З.Г. и соавт.) [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115] и 6 зарубежных (GARFIELD AF, GLORIA AF, PREFER in AF, ORBITA AF, EORP - AF Pilot, CAMI) [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127] регистров. Это 9 регистров пациентов с ФП (регистр ФП 1-го МГМУ, регистр ФП Омск, РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА ФП - Курск, GARFIELD AF, GLORIA AF, PREFER in AF, ORBITA AF, EORP - AF Pilot) [99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126] (в том числе 2 посвящены изучению пациентов с ФП только неклапанного генеза (регистр ФП 1-го МГМУ, GARFIELD AF) [99, 116, 118, 119]), 2 регистра пациентов с ССЗ

(РЕКВАЗА - Рязань, ПРОФИЛЬ) [42, 44, 81, 107, 108, 109, 110] и 3 регистра пациентов с ОКС (регистр Малай Л.Н., регистр Татаринцевой З.Г. и соавт., САМІ) [29, 44, 46, 47, 112, 113, 114, 115, 127], в том числе в 2 из них отдельно выделялась выборка пациентов с ФП [46, 47, 112, 113, 114, 115, 127], 1 регистр пациентов с ФП и ОКС (регистр Сычевой Н.А.) [48, 111]. Из них 6 проспективных регистров (регистр ФП Омск, регистр Сычевой Н.А., GARFIELD AF, GLORIA AF, PREFER in AF, ORBITA AF) [48, 101, 111, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123], 3 ретроспективных (регистр ФП 1-го МГМУ, РЕКВАЗА ФП - Курск, регистр Татаринцевой З.Г. и соавт.) [46, 47, 99, 103, 104, 105, 106, 112, 113, 114, 115] и 6 ретроспективно-проспективных регистра (регистр Малай Л.Н., РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА - Рязань, ПРОФИЛЬ, EORP - AF Pilot, САМІ) [29, 42, 44, 44, 81, 102, 107, 108, 109, 110, 124, 125, 126, 127]. А также было найдено 5 рандомизированных многоцентровых КИ, проходивших, в том числе, и на территории РФ, посвященных изучению пациентов с неклананной ФП, перенесших ЧКВ (WOEST, PIONEER AF - PCI, RE - DUAL PCI, AUGUSTUS, ENTRUST - AF PCI) [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135].

При сопоставлении данных всех найденных исследований с результатами данной работы следует отметить, что все зарубежные исследования [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] были более масштабными по территории охвата ЛПУ. При этом все отечественные исследования (в т.ч. с выборкой по изучаемой нозологии) [29, 42, 44, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115] были локальными как и данная работа. Кроме этого, большая часть найденных исследований [48, 99, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] оказались еще большими и по количеству пациентов (402-17162 против 163 пациентов соответственно), а примерно сопоставимыми по количеству пациентов (111-215 против 163 пациентов соответственно) оказались только 5 отечественных исследования (регистр Малай Л.Н., РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА ФП - Курск, ПРОФИЛЬ,

регистр Татаринцевой З.Г. и соавт.) [29, 42, 44, 46, 47, 81, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 112, 113, 114, 115].

Средний возраст пациентов во всех найденных исследованиях [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] в целом был несколько выше, чем пациентов в данном исследовании (66,8-73 против 65,00 [59,00; 72,00] лет соответственно). Однако необходимо учесть, что были использованы различные методы статистической обработки данных, поэтому сравнение является приблизительным.

Преобладание мужчин, как и в данном исследовании, имело место в большинстве исследований (регистр Малай Л.Н., ПРОФИЛЬ, регистр Сычевой Н.А., регистр Татаринцевой З.Г. и соавт., GARFIELD AF, GLORIA AF, ORBITA AF, EORP - AF Pilot, CAMI, WOEST, PIONEER AF - PCI, RE - DUAL PCI, AUGUSTUS, ENTRUST - AF PCI) [29, 42, 44, 46, 47, 48, 81, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135]. Из них максимально близко с нашими данными совпадения имели место в 4 исследованиях (ПРОФИЛЬ, регистр Сычевой Н.А., GARFIELD AF, GLORIA AF): 54-57% против 56%, соответственно [42, 48, 81, 109, 110, 111, 116, 118, 119, 120, 121]. А, наоборот, преобладание женщин имело место в 6 исследованиях (регистр ФП 1-го МГМУ, регистр ФП Омск, РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА – Курск, ПРОФИЛЬ, регистр Сычевой Н.А., PIONEER AF - PCI) [42, 44, 48, 81, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 129, 130]. В оставшихся исследованиях данные о гендерном составе отсутствовали [122, 128].

В целом в изученной отечественной и зарубежной литературе, имеющейся в свободном доступе относительно перечисленных выше исследований, информация о наличии предшествующей сопутствующей патологии встречалась крайне редко. В целом же, среди всех найденных исследований, ранее диагностированная ФП в анамнезе имела у 18,3% - 100% против 64,42% пациентов соответственно [29, 44, 46, 47, 48, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 124, 125, 126].

При этом распространенность ФП среди всех случаев госпитализации по данным регистра Сычевой Н.А. [48, 111], а также регистра Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115] была несколько меньше чем в данном регистре: 7,98% - 9,00% против 15,93% пациентов соответственно. Данные факты вполне объяснимы, так как изучаемые когорты не были полностью сопоставимы.

Частота наличия в анамнезе основных ССЗ, таких как ИБС, АГ и ХСН в нескольких отечественных и большей части зарубежных исследованиях были несколько ниже, чем в данном исследовании: ИБС 19,9% - 71,1% против 78,53% пациентов соответственно [29, 44, 99, 107, 108, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127]; АГ 59,1% - 90,4% против 92,02% пациентов соответственно [29, 42, 44, 81, 99, 109, 110, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 132, 133, 134, 135]; ХСН 7,7% - 54,85% против 81,60% пациентов соответственно [42, 46, 47, 81, 99, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 132, 133, 134, 135]. Исключение составили несколько отечественных регистров, в которых, наоборот, частота встречаемости ИБС, АГ и ХСН была несколько больше, чем в данном исследовании: ИБС 91,0% - 95,8% против 78,53% пациентов соответственно [101, 102, 103, 104, 105, 106]; АГ 94,5% - 98,0% против 92,02% пациентов соответственно [44, 46, 47, 48, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 115]; ХСН 92,0% - 98,1% против 81,60% пациентов соответственно [102, 103, 104, 105, 106, 107, 108]. Эти отличия вполне ожидаемы, так как в данное исследование были включены пациенты с давностью ОКС не более 1 месяца. Также необходимо учесть, что когорты в изучаемых исследованиях изначально не были сопоставимы по множеству параметров. Кроме этого в регистрах GARFIELD AF и GLORIA AF имелись данные только о застойной СН [116, 118, 119, 120, 121]. В данном исследовании достаточно много пациентов ранее уже имели ОКС – 37,42%, в том числе 25,15% – ИМ. Данных о частоте встречаемости в анамнезе ОКС в изучаемых исследованиях отсутствовали, за исключением ИМ. Примерно одинаковое количество пациентов, имеющих ранее в анамнезе ИМ, было относительно сопоставимым с данной работой только в 3 отечественных исследованиях регистр ФП 1-го МГМУ,

регистр ФП Омск, РЕКВАЗА - Рязань) [99, 107, 108] и 1 зарубежном (ENTRUST - AF PCI) КИ [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]: 5,4% - 24,2% пациентов; оказалось большим в 3 отечественных и 2 зарубежных исследованиях (регистр Малай Л.Н., РЕКВАЗА - Курск, регистр Сычевой Н.А., EORP - AF Pilot, RE - DUAL PCI) [29, 44, 48, 103, 104, 105, 106, 111, 124, 125, 126, 131]: 31,46% - 44,9% пациентов; оказалось меньшим в 3 зарубежных исследованиях (GARFIELD AF, GLORIA AF, CAMI) [116, 118, 119, 120, 121, 127]: 7,9% - 10,5% пациентов. Эти различия, вероятнее всего, также обусловлены отличием критериев включения в исследования.

В российских регистрах отсутствовала информация о ранее проведенных ЧКВ /оперативной реваскуляризации миокарда, за исключением регистров Малай Л.Н. и Сычевой Н.А. [29, 44, 48, 111] в которых они имели место в анамнезе у 13,08% и 15,53% пациентов соответственно, что примерно в 2 раза выше, чем в данном исследованием – 7,98% пациентов. В зарубежных исследованиях картина была неоднозначна: так в европейских исследованиях EORP - AF Pilot [124, 125, 126], RE - DUAL PCI [131] и ENTRUST - AF PCI [134, 135], частота проведения данных высокотехнологичных мероприятий была ещё более высокой (26,0% - 47,0%). Однако, в европейском регистре GARFIELD AF [116, 118, 119] и китайском регистре CAMI [127] ЧКВ / оперативная реваскуляризация миокарда в анамнезе, наоборот, были почти в 2 раза ниже, чем в данном исследовании (3-4,5% пациентов). Что вероятнее всего обусловлено временными границами проведения этих исследований и темпами доступности ЧКВ / оперативной реваскуляризации миокарда в разных странах.

Частота встречаемости в анамнезе ТЭО в зарубежных и в большинстве российских исследованиях была примерно такая же, как в данной работе (7,9% - 17,8% против 12,88% пациентов соответственно) [29, 44, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 132, 133, 134, 135]. За исключением 3 отечественных регистров (РЕКВАЗА ФП - Ярославль, РЕКВАЗА ФП - Курск и регистр Татаринцевой З.Г. и соавт.) [46, 47, 102, 103, 104, 105, 106, 112, 113, 114, 115] – она была больше почти в 2 раза (22,4% - 29,4% против 12,88% пациентов соответственно).

Частота встречаемости в анамнезе периферического АС в данном исследовании составила 18,40%, что значительно выше, чем в прочих отечественных и зарубежных исследованиях, которая указывалась крайне редко и составила всего 1,1% - 11,0% пациентов [48, 101, 111, 124, 125, 126, 127, 134, 135]. При этом выявлена тенденция к увеличению роста диагностики данной патологии в последние годы [48, 101, 111, 124, 125, 126, 127, 134, 135].

Информация о наличии в анамнезе прочих ССЗ, как и НСЗ встречалась ещё реже как в отечественных, так и зарубежных исследованиях, за исключением СД. Так данные о наличии в анамнезе СД2 с данными российских [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115] и зарубежных регистров [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127] существенно не отличались: 12% - 26,0% и 18,8% - 29,4% пациентов соответственно против 18,40%. Однако в таких исследованиях, как RE - DUAL PCI, AUGUSTUS и ENTRUST - AF PCI [131, 132, 133, 134, 135] данная нозология встречалась значительно чаще, чем в данной работе: у 34,3% - 47,6% против 18,40% пациентов соответственно. Это, вероятнее всего, обусловлено временем проведения этих исследований, возросшей ролью данного диагноза и методов его диагностики.

Кроме этого, в данной работе при анализе предшествующих ССЗ и НСЗ был выявлен интересный факт, не встречающийся ни в одном изученном исследовании – наличие 3,68% пациентов, которые до госпитализации по поводу ОКС не имели ССЗ в анамнезе, а также 1 пациент, который не имел ни той, ни другой патологий, при этом полиморбидными оказались 98,77% пациентов. Так среднее число всех суммарных диагнозов (ССЗ + НСЗ) – количественный ИПМ у пациентов с ФП достигало 6,00 [4,00; 8,00], а качественный ИМП – 4,00 [3,00; 6,00]. В целом же в данном исследовании было получено, что для пациентов с ФП характерна очень высокая степень ПМ. Аналогичные данные были получены и в регистре РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108], в котором полиморбидными были 100% пациентов. В регистре РЕКВАЗА – Курск [103, 104, 105, 106] были получены несколько меньшие данные – 88,8%. Информация о среднем количестве ССЗ и НСЗ (количественный ИПМ) имела только по группе пациентов, имеющих ФП из

регистра РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108]. При этом среднее количество ССЗ составило $3,9 \pm 0,3$, и $2,3 \pm 0,1$ заболеваний соответственно в группах пациентов с ранее диагностированной и впервые выявленной ФП, а НСЗ – $1,7 \pm 1,1$ и $1,5 \pm 1,1$ заболеваний соответственно [44, 107, 108]. Эти показатели несколько ниже, чем в данном исследовании ($5,00 [4,00; 5,00]$ / $3,00 [2,00; 4,00]$ по ССЗ и $4,00 [3,00; 4,00]$ / $3,00 [2,00; 4,00]$ по НСЗ соответственно), но данные не представляется возможным достоверно сравнить, так как в исследованиях применялись разные методы статистической обработки. Хотелось бы отметить, что данные об общем количестве всех предшествовавших заболеваний (ССЗ + НСЗ) имелись только в регистре РЕКВАЗА – Курск [103, 104, 105, 106] и оказались примерно такими же, как и в данной работе – $5,5 \pm 1,5$ против $6,00 [4,00; 8,00]$ заболеваний, но их также не предоставляется возможным достоверно сравнить с результатами данной работы, так как в исследованиях применялись разные методы статистической обработки.

Информация о предшествующих ФР ССЗ в найденных отечественных и зарубежных исследованиях отображалась редко и не в полном объеме в основном только относительно АГ и СД (сравнение которых было произведено ранее). Информация о наличии старческого возраста (≥ 75 лет), курения и ДЛП встречалась намного реже. Так лиц в возрасте 75 лет и старше по данным отечественных и зарубежных исследований [42, 44, 81, 101, 107, 108, 109, 110, 116, 118, 119, 129, 130] было значительно больше, чем в данном исследовании: 27,0% - 48,1% против 17,79% пациентов соответственно. Исключением явились данные исследования RE - DUAL PCI [131], в котором лиц старческого возраста было примерно столько же, как и в данном исследовании – 16,8%, а также регистра EORP - AF Pilot [124, 125, 126], в котором, наоборот их было в несколько раз меньше – 3,7%. Факт курения в российских исследованиях отражался крайне редко, в отличие от исследований Европы и Китая. При этом в большинстве исследований [44, 107, 108, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130] данный ФР встречался у меньшего количества пациентов, чем в данном исследовании: 4,5% - 11,1% против 19,63% пациентов соответственно. Исключение составили российский регистр

Сычевой Н.А. [48, 111] и китайский регистр САМІ [127], где курение встречалось значительно чаще: 42,72% и 44,7% пациентов соответственно. А также регистр Малай Л.Н. [29, 44], в котором количество курильщиков было сопоставимо с данным регистром – 20,06% пациентов. Данные о наличии ДЛП среди отечественных исследований имелись только в 2 отечественных регистрах: Малай Л.Н. [29, 44] и Сычевой Н.А. [48, 111]. При этом они оказались примерно таким же, как в европейском исследовании ENTRUST-AF PCI [134, 135] и как в данном исследовании: 68,85%, 70,39%, 65,10% и 68,10% пациентов соответственно. Среди таких европейских регистров как GARFIELD AF [116, 118, 119], PREFER in AF [122], EORP-AF Pilot [124, 125, 126] частота наличия в анамнезе ДЛП была примерно на одном уровне и составила 40,1% - 48,4% пациентов, однако в китайском регистре САМІ [127] эти данные оказались самыми низкими – всего 6,3% пациентов, что, возможно, как-то обусловлено особенностью питания жителей Китая в отличие от жителей стран Европы и России.

Крайне редко имелись данные о таких ФР как гендерно-возрастной (мужчины > 55 лет, женщины > 65 лет), нарушение гликемии натощак, ожирения и отягощенного семейного анамнеза. Данные о наличии гендерно-возрастного ФР имелись только в регистре РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108], в котором данный ФР был примерно на таком же уровне, как и в данном регистре: 82,1% против 74,85% пациентов соответственно. Данных о нарушении гликемии натощак в зарубежных и большинстве российских регистрах не было за исключением регистра РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108], где она встречалась значительно реже, чем в данном регистре: 12,7% против 20,25% пациентов. Частота наличия ожирения у пациентов данного исследования существенно не отличалась от данных европейского исследования PREFER in AF [122], и при этом была значительно выше, чем в отечественных исследованиях, таких как РЕКВАЗА - Курск [103, 104, 105, 106], РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] и регистр Сычевой Н.А. [48, 111]: 27,5%, 20,4%, 9,7%, и 19,2% пациентов соответственно против 32,51%. Информация о наличии отягощенного семейного анамнеза в отношении ССЗ имела только в китайском регистре САМІ [127] и российском регистре

РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108], при этом его частота оказалась существенно ниже данных этого регистра: 3,0% и 5,3% пациентов соответственно против 31,90%.

Таким образом наиболее полная информация о наличии ФР имела только в российском регистре РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108]. Однако, хотелось бы отметить тот факт, что информация о таких ФР, как абдоминальное ожирение и НТГ не были отображены ни в одном найденном исследовании, а в данном исследовании они были указаны в медицинской документации у очень небольшого количества пациентов: НТГ – 2,45% и абдоминальное ожирение – 14,72%. Это, вероятнее всего, обусловлено тем, что большая часть врачей недооценивают роль данных ФР.

По результатам данного регистра было получено, что пациентов с ФП до ОКС характерна множественная предшествующая МТ, при этом количество постоянно получаемых кардиологических препаратов составило 3,0 [1,0; 5,0]. Предшествующую МТ в полном объеме также не предоставилось возможным сравнить с данными других исследований. Это прежде всего обусловлено тем, что в исследованиях коллег в основном приводились данные только относительно АТТ. Так частично информация о предшествующей АТТ имела только в 6 отечественных (регистр ФП 1-го МГМУ, регистр ФП-Омск, РЕКВАЗА ФП- Курск, РЕКВАЗА - Рязань, ПРОФИЛЬ, регистр Татаринцевой З.Г. и соавт. [42, 44, 46, 47, 81, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115]) и 5 зарубежных исследованиях (GARFIELD AF, GLORIA AF, PREFER in AF, ORBITA AF, EORP - AF Pilot [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126]). Предшествующая ГЛТ изучалась только в 3 отечественных исследованиях – регистр Малай Л.Н. [29, 44], РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] и регистр Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115], но среди имеющейся в свободном доступе информации по последнему исследованию не достаточно данных для сравнения с настоящим исследованием. Также хотелось бы отметить, что ни в одном изученном исследовании отдельно не изучалась ААТ, АГТ, терапия ИБС и ХСН. Однако в таких исследованиях, как регистр Малай Л.Н., РЕКВАЗА ФП – Курск, РЕКВАЗА - Рязань, EORP - AF Pilot и САМІ [29, 44, 44, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 124, 125, 126, 127] имеются данные о применении основных групп

кардиологических препаратов. При этом только в регистре РЕКВАЗА – Рязань [44, 107, 108] имеются некоторые данные о терапии ИБС и ХСН.

Так при анализе предшествующей АТТ было выявлено, что риск инсульта по шкале CHA2DS2-ASc ≥ 2 баллов по данным отечественных исследований имело примерно такое же число пациентов (89,7% - 99,6% против 91,43% пациентов соответственно) [44, 99, 101, 107, 108], а по данным зарубежных исследований – значительно меньшее (57% - 85,9% против 91,43% пациентов соответственно) [116, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126]. В отношении оценки риска кровотечения было не все так однозначно как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях. Так высокий риск кровотечения по шкале HAS-BLED (≥ 3 баллов) примерно в половине исследований был примерно на таком же уровне [44, 107, 108, 122, 124, 125, 126], как и в данном исследовании, а в остальных исследованиях [99, 101, 116, 118, 119, 120, 121, 122], наоборот, был значительно меньшим: 30,8% - 40,7% и 8,5% - 14,2% против 33,33% пациентов соответственно. ОАК в большинстве отечественных исследований [44, 46, 47, 101, 107, 108, 112, 113, 114, 115] принимало значительно меньшее количество пациентов: 4,2% - 20,7% против 34,29% пациентов соответственно. Исключение составил регистр ПРОФИЛЬ [42, 81, 109, 110], в котором, как и во всех зарубежных регистрах [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127], наоборот, данный показатель был значительно больше, чем в данном исследовании: 45,3% - 84,4% против 34,29% пациентов соответственно. Из ОАК по данным большинства отечественных и зарубежных регистров, как и в данном исследовании, чаще применялись АКВ и очень редко ПОАК [42, 44, 81, 99, 107, 108, 109, 110, 116, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126]. Исключение составили регистр ФП - Омск [101], где ПОАК не применялись совсем, а также регистр РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] и регистр GLORIA AF, где ПОАК применялись несколько чаще, чем АКВ [120, 121]. Частота применения ПОАК в большинстве российских [42, 81, 99, 103, 104, 105, 106, 109, 110] и во всех европейских регистрах [116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126] была выше, чем в данном регистре: 10,6% - 27,% и 6,1% - 47,7% пациентов соответственно против 3,81% в данном исследовании.

Исключение составили 2 российских регистра – регистр ФП - Омск и РЕКВАЗА - Рязань, в которых ПОАК не применялись совсем [101], либо крайне редко – 0,6% пациентов [44, 107, 108]. Информация о том, какие именно ОАК применялись, указывалась крайне редко. Так из АВК в российских регистрах [42, 44, 81, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110] упоминался только варфарин. Среди европейских регистров информация данного рода имела только в регистре PREFER in AF [122], в котором также речь шла о варфарине. Из ПОАК по данным российских регистров чаще упоминался дабигатран, несколько реже ривароксабан как и в данном регистре [44, 99, 103, 104, 105, 106, 107, 108]. Отличием европейских регистров был тот факт, что хоть и крайне редко, но упоминался еще и аписабан [116, 118, 119, 120, 121, 122]. В отношении количества пациентов, получающих ААг, картина была неоднозначной как по данным российских, так и европейских регистров. В таких российских регистрах, как регистр ФП - Омск [101], РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] и РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] данный показатель был почти в 2 раз выше, чем в данном регистре, а в таких регистрах, как регистр ФП 1-го МГМУ [89], GLORIA AF [120, 121] и PREFER in AF [122], наоборот, значительно ниже: 62,3% - 82,9% и 11,5% - 24,2% пациентов соответственно, против 38,10% пациентов в данном регистре. Только в 2 европейских регистрах GARFIELD AF [116, 118, 119] и EORP-AF Pilot [124, 125, 126] количество пациентов, принимающих ААг, оказалось примерно равным данному регистру – 42,8% и 34,2% пациентов соответственно. В большинстве изучаемых регистров информация о том, какие именно ААг принимали пациенты, отсутствовала. Исходя из найденных данных, чаще всего применялась АСК, как и в данном регистре [44, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 120, 121, 122]. Из других ААг по данным российских регистров [44, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108], как и в данном регистре, также фигурирует клопидогрел, но значительно у меньшего количества пациентов. В европейских регистрах [122] из ААг пациенты, хоть и крайне редко, но принимали еще тикагрелор и прасугрел. В данном регистре тикагрелор получал только 1 пациент, а прасугрел – никто. Также хотелось бы отметить, что информация о применении сразу 2 ААг имелись только

в регистре РЕКВАЗА ФП – Курск [103, 104, 105, 106], где данный показатель оказался несколько больше: 8,40% против 3,81% пациентов соответственно. Информация о совместном приеме ОАК и ААГ имела только в регистре GARFIELD AF [116, 118, 119], в котором данный показатель оказался почти в 3 раза больше в сравнении с данным регистром: 18,3% против 5,71% пациентов). Также хотелось бы отметить, что в большинстве изучаемых регистрах [99, 116, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126] количество пациентов, совсем не принимающих никакой АТТ, было несколько меньше: 4,8% - 12,4% против 33,33% пациентов соответственно). Исключение составили 2 российских регистра: регистр РЕКВАЗА – Рязань [44, 107, 108], где данный показатель оказался примерно таким же – 33,8% и регистр Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115], в котором, наоборот он оказался больше почти в 3 раза – 89,55% пациентов. Практически полностью отсутствовала информация об эффективности и безопасности предшествующей АТТ, за исключением наличия в анамнезе ТЭО, о которых уже говорилось выше, но без четкого ранжирования на какой именно АТТ, либо совсем в отсутствии неё [42, 44, 46, 47, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 81, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126]. Информация о количестве пациентов, регулярно контролирующихся МНО, а также имеющих целевые показатели МНО из числа принимающих АКВ, имелись только в российском регистре ФП - Омск [101], по данным которого эти показатели баллы значительно выше, чем в данном регистре: 60,0% против 12,50% пациентов и 30,0% против 9,38% пациентов соответственно. Однако информация о количестве пациентов, имеющих ТЭО, из числа имеющих ФП до включения в регистр отсутствовала [101].

Информация о предшествующей ГЛТ имела только в регистрах Малай Л.Н. [29, 44], РЕКВАЗА - Курск [103, 104, 105, 106] и РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] по данным которых в качестве ГЛТ так же, как и в данном исследовании, применялись только статины. При этом в регистре РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] их применяло примерно такое же количество пациентов, как и в данном регистре. А в регистрах Малай Л.Н. [29, 44] и

РЕКВАЗА - Курск [103, 104, 105, 106] почти в 2 раза меньше – 26,40%, 12,46% и 14,50% против 26,38% пациентов соответственно. Однако сравнить количество пациентов, имеющих ДЛП и оценить ЛС крови не представилось возможным, так как данная информация отсутствовала.

В отношении ААТ хотелось бы отметить, что в данном регистре ААТ оценивалась с учетом вида ФП и отдельно по классам ААП, а не в целом, в отличие от таких регистров, как РЕКВАЗА - Рязань, EORP - AF Pilot и САМІ [44, 107, 108, 124, 125, 126, 127]. Кроме этого в перечисленных выше регистрах совсем отсутствовала информация об эффективности и безопасности ААТ [44, 107, 108, 124, 125, 126, 127]. Именно поэтому найденные данные относительно предшествующей ААТ не представляется возможным сравнить.

Данные о количестве пациентов с АГ, имеющих ПОМ, и только в виде ГЛЖ, были представлены только в регистрах Малай Л.Н. [29, 44] и EORP-AF Pilot [124, 125, 126], по данным которых она имелась у значительно меньшего количества пациентов при сравнении с данными этого регистра (33,3% и 31,3% пациентов против 60,00% соответственно). Данные о количестве пациентов с АГ, имеющих целевые значения АД, имелись только в российском регистре РЕКВАЗА – Рязань [44, 107, 108], по данным которого данный показатель оказался несколько больше в сравнении с данными этого регистра (30,1% против 17,33% пациентов).

Среди пациентов с ИБС по данным российского регистра РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] терапию статинами и БАБ (после перенесенного ИМ) получали несколько меньшее количество пациентов, чем в данном регистре (статины – 27,0% против 32,81% пациентов, БАБ – 42,4% против 49,22% пациентов соответственно).

Среди пациентов с ХСН также по данным российского регистра РЕКВАЗА - Рязань [44, 107, 108] такие группы препаратов, как ИАПФ/АРА и диуретики, принимало большее количество пациентов, чем в данном регистре (ИАПФ/АРА – 72,5% против 54,14% пациентов, диуретики – 40,7% против 12,03% пациентов соответственно), а БАБ, наоборот, меньшее количество пациентов (40,0% против 51,88% пациентов), при этом ивабрадин не применялся

совсем, в отличие от данных этого регистра, в котором его принимали 1,50% пациентов.

Информация о предшествующей МТ такими группами основных кардиологических препаратов, как ИАПФ/АРА (после перенесенного МИ), БАБ (без соталола), АК (без верапамила), диуретики, АМКР, нитраты и СГ суммарно для всей изучаемой когорты частично встречается в таких исследованиях, как регистр Малай Л.Н. [29, 44], РЕКВАЗА – Рязань [44, 107, 108], EORP - AF Pilot [124, 125, 126] и САМІ [127]. Однако в них нет конкретного пересчета на наличие той или иной патологии у пациента [44, 107, 108, 124, 125, 126, 127], а следовательно и нет отображения необходимости в приеме данной группы каким-то конкретным пациентом. В рамках данного исследования вся предшествующая МТ была оценена дифференцированно в зависимости от наличия той или иной кардиологической патологии и в целом для всей исследуемой когорты, включенной в регистр, данные не суммировались. Именно поэтому, найденные данные относительно предшествующей терапии вышеуказанными группами кардиологических препаратов не представляется возможным сравнить с данными этого исследования.

Информация о пути следования пациентов от момента возникновения ОКС до начала кардиореабилитации отсутствовала во всей изученной отечественной и зарубежной литературе, имеющейся в свободном доступе, относительно перечисленных выше исследований [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135].

Информация о проведении различных диагностических мероприятий после ОКС встречалась не так часто и не в полном объеме в отличие от данного исследования. Так данные о проведении ЭХО-КГ имелись только в публикациях относительно регистров Малай Л.Н. [29, 44] и РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106], в которых ЭХО-КГ была проведена значительно меньшему количеству пациентов, чем в данном исследовании: 82,4% и 40,57% против 100% пациентов соответственно. При этом в регистре РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106]

ЭХО-КГ была проведена только пациентам, имеющим ХСН III – IV ФК, из которых низкая ФВ ЛЖ (< 45%) была выявлена у 19,00% пациентов. В регистре Малай Л.Н. [29, 44] критерии отбора для проведения ЭХО-КГ указаны не были, а низкая ФВ ЛЖ (< 45%) была выявлена у 8,4% пациентов, промежуточное значение ФВ ЛЖ (40-<50%) – у 42,05% пациентов, сохранная ФВ ЛЖ ($\geq 50\%$) – у 30,2% пациентов. Хотелось бы отметить, что ни в одном из указанных исследований [29, 44, 103, 104, 105, 106] дополнительно не был использован подсчет диагностических кодов наличия СНсФВ, а также отсутствует информация о наличии у них ФП и ОКС, поэтому сравнить эти показатели с данным исследованием не предоставляется возможным.

Информация о проведении ЧКВ в изученных регистрах имела только в одном зарубежном регистре EORP - AF Pilot [124, 125, 126], 3 отечественных регистрах – Малай Л.Н. [29, 44], Сычевой Н.А. [48, 111], Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115], а также всех 5 КИ [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]. Так, по данным регистров Малай Л.Н. [29, 44] и EORP - AF Pilot [124, 125, 126] ЧКВ было проведено 64,48% и 20,1% пациентам соответственно, но в этих регистрах нет более подробных данных о результатах данного лечебно-диагностического исследования и/или отдельных данных по выборке пациентов с ФП и ОКС, что не позволяет сравнить результаты с данным исследованием. По данным отечественных регистров Сычевой Н.А. [48, 111], Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115] ЧКВ было проведено 42,7% и 97,48% пациентов с ФП, перенесших ОКС, соответственно, что значительно больше, чем в данном исследовании – 9,82% пациентов. Однако необходимо учесть, что в данном исследовании только 22,70% пациентов до поступления на II этап кардиореабилитации находились в РСЦ, и, следовательно, имели возможность проведения КАГ с последующим решением вопроса о необходимости проведения ЧКВ. Из них КАГ была проведена 16,56% пациентам, при этом показания к проведению ЧКВ были выявлены не у всех. Ещё небольшой части пациентов (18,40%) за период III этапа кардиореабилитации также была проведена КАГ, в том числе 12,88% пациентам впервые, а также 3,68% пациентам было проведено ЧКВ.

При этом гемодинамически значимый АС КА был выявлен у 23,31% пациентов: 14,72% пациентов на I этапе кардиореабилитации и у 8,59% пациентов III этапе, в том числе 4,29% пациентам повторно. Всего КАГ закончилась реваскуляризацией КА у 11,04% пациентов за период I этапа кардиореабилитации (ЧКВ – 3,07%, шунтирование – 4,29%) и у 6,75% пациентов за период III этапа (ЧКВ – 3,68%, шунтирование – 3,07%). Хотелось бы отметить, что в регистре Сычевой Н.А. [48, 111] гемодинамически значимый АС КА был выявлен почти в 2 раза реже, чем в данном регистре – у 11,7% пациентов. А в регистре Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115], наоборот, почти в 4 раза чаще – у 85,56% пациентов, что вероятнее всего обусловлено временными интервалами проведения исследований и большей доступностью КАГ и ЧКВ в последние годы. Во всех изучаемых КИ – WOEST, PIONEER AF - PCI, RE - DUAL PCI, AUGUSTUS, ENTRUST - AF PCI [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] изначально критерием включения явился факт ЧКВ в анамнезе, т.е. все пациенты (100%) перенесли ЧКВ. Кроме этого, не стоит забывать, что по данным КИ [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] нет отдельной выборки пациентов с ФП и ОКС, поэтому сравнить результаты с данным исследованием не предоставляется возможным.

Количество посещений профильных специалистов (в том числе количество диспансерных явок) пациентами после выписки из стационара за период наблюдения не отображалось ни в одном из изучаемых исследований [42, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]. За исключением регистра Малай Л.Н. [29, 44], в котором в течении 24 месяцев амбулаторного наблюдения профильных специалистов посещали только 83% пациентов, при этом более 1/2 из них наблюдались только у терапевта. В данном же исследовании было получено, что за период III (амбулаторного) этапа кардиореабилитации сроком до 12 месяцев от момента возникновения референсного ОКС наблюдались у профильных специалистов 90,18%, при этом участковым терапевтом/ВОП и кардиологом немного меньше 2/3 пациентов, а средняя кратность посещений составила всего 3,00 [2,00; 4,50]. Всё это говорит об

очень плохом качестве диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОКС, как в г. Хабаровск, так и Кировской области в период 2014-2017 и 2013-2016 годах соответственно. Частота консультаций узкими специалистами: аритмологом, кардиохирургом в Кировской области за изучаемый временной интервал также оказалась на довольно низком уровне – только 73,91% и 38,78% пациентов соответственно от тех пациентов, которым консультации данных специалистов были рекомендованы при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации для определения дальнейшей тактики и/или возникла необходимость в ней вовремя III этапа. Однако необходимо учитывать и приверженность самих пациентов к соблюдению рекомендаций, а не только рассматривать данные показатели как доступность оказания помощи пациентам. Тем более, что в РФ среди пациентов давным-давно бытует мнение, что проще вызвать бригаду СМП на дом по любому случаю и без, чем самостоятельно обратиться к врачу в рекомендуемый срок. Так в данном исследовании количество вызовов СМП за период всего III этапа кардиореабилитации (от момента выписки из стационара до 12 месяцев после референсного ОКС) составило 102 раза, в том числе ≥ 2 раз 7,98% пациентов. При этом среднее количество вызовов составило 1,00 [1,00; 1,00], а общее количество пациентов, вызвавших СМП – 44,17%. Хотелось бы отметить, что в 94,12% случаев причиной вызова СМП послужили ССЗ, в 3,92% случаев – они были обусловлены приемом АТТ, а также по 1 случаю – травмой и обострением не ССЗ. Однако эти данные были собраны со слов самих пациентов, либо их родственников, что не дает полной картины причин вызовов СМП. Из всех изучаемых исследований информация о вызовах СМП за период амбулаторного наблюдения имела только в регистре РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106], в котором СМП за 24-36 месяцев наблюдения всего вызывали 56,8% пациентов и в 83,4% случаев они были обусловлены ССЗ. Эти показатели не представляется возможным сравнить с данным исследованием, так как отсутствовала отдельная выборка пациентов с ФП и ОКС, а также период наблюдения за пациентами был значительно больше – 24-36 месяцев против 11 месяцев в данном регистре [103, 104, 105, 106]. Информация о количестве повторных госпитализаций после референсной

госпитализации за период наблюдения в изучаемых исследованиях тоже встречалась очень редко. Только в таких исследованиях, как регистр Малай Л.Н. [29, 44], РЕКВАЗА ФП – Ярославль [102], РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106], EORP - AF Pilot [124, 125, 126] и AUGUSTUS [132, 133], в которых так же, как и в данном исследовании, самой частой причиной повторных госпитализация стали ССЗ. Однако во всех этих исследованиях нет отдельной выборки по ФП и ОКС, как и более конкретного описания причин госпитализаций, поэтому провести сравнение с данным исследованием тоже не предоставляется возможным.

В целом же оценку состояния здоровья пациентов, как и в данном регистре при помощи ВАШ “термометр здоровья”, проводили только в регистре Малай Л. Н. [29, 44], по данным которого на момент окончания наблюдения (через 24 месяца от момента возникновения референсного ОКС) 55,5% пациентов оценили своё состояние, как «посредственное», 36,2% – как «хорошее», в 8,2% – как «плохое». Однако в этих публикациях [29, 44] не были указаны критерии процентного показателя ВАШ для отнесения пациента к той или иной категории состояния здоровья. В том числе и в литературе, имеющейся в свободном доступе и по другим различным исследованиям, а не только по изучаемой тематике, данные критерии нигде не фигурировали, поэтому эти показатели сравнить с результатами данного исследования не представляется возможным. Также необходимо учитывать и общий срок наблюдения за пациентами – 24 против 12 месяцев в данном исследовании, а также отсутствие в регистре Малай Л.Н. [29, 44] отдельной выборке по пациентам с ФП и ОКС.

Другим немаловажным фактором прогноза и/или качества жизни пациентов, как и упоминалось ранее, является подбор МТ в соответствии с КР, а также приверженность к ней пациентов. Так из всех изучаемых исследований приверженность пациентов к рекомендуемой МТ описывается только в регистрах Малай Л.Н. [29, 44] и ПРОФИЛЬ [42, 81, 99, 110]. Однако в регистре ПРОФИЛЬ [42, 81, 99, 110] оценивалась приверженность пациентов только отдельно к терапии ПОАК и ГЛТ, при этом на основании собственно разработанной анкеты и во всей изучаемой когорте без учета выборки пациентов с ФП и ОКС, поэтому сравнить

результаты с данной работой не представляется возможным. В регистре же Малай Л.Н. [29, 44], как и в данном регистре, использовался с этой целью стандартизированный тест Мориски-Грина [92, 93], в результате чего было получено, что приверженными (4 балла) оказались 47,6% пациентов, недостаточно приверженными (3 балла) – 24,5%, не приверженными (0-2 баллов) – 19,7%, а затруднились ответить – 8,3% пациентов. В данном регистре были получены несколько худшие показатели (что видно очень хорошо, даже с учетом разных сроков и состава наблюдаемых когорт по нозологиям в этих 2-х регистрах): приверженными (4 балла) оказались всего 15,34% пациентов, недостаточно приверженными (3 балла) – 28,22% и не приверженными (0-2 баллов) – 48,47%.

Несколько лучше в изучаемых исследованиях обстоит дело с оценкой других характеристик качества МТ, таких как состав того или иного вида МТ. К сожалению, анализ литературы, имеющейся в свободном доступе по изучаемым исследованиям, показал, что чаще всего приводятся только данные о составе МТ на тот или иной момент лечения пациентов и отсутствует информация о её соответствии КР. Кроме этого, из всех видов МТ обычно имеются данные только об АТТ и крайне редко встречаются упоминания о применении основных классов препаратов, входящих в состав «прогноз-модифицируемой» терапии.

Так информация о ГЛТ на момент выписки из стационара имела только в таких исследованиях, как регистр Малай Л.Н. [29, 44], РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] и EORP - AF Pilot [124, 125, 126], по данным которых данный вид терапии был рекомендован 97,3%, 49,0% и 52,9% пациентов соответственно. Однако информация о ГЛТ на момент окончания наблюдения имела только в регистрах Малай Л.Н. [29, 44] и РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106], в которых количество пациентов, получающих ГЛТ, значительно снизилось в сравнении с показателями на момент выписки из стационара до 65,1% и 28,3% пациентов соответственно. При этом только в регистре РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] имела хотя бы какая-то информация об эффективности ГЛТ – целевой уровень ОХС на момент завершения наблюдения имели 24,6% пациентов, а ХС-ЛПНП – 7,5% пациентов, в том числе из них

принимали ГЛТ только 20,0% и 13,4% пациентов соответственно. Однако необходимо учесть, что только в регистре РЕКВАЗА ФП - Курск [103, 104, 105, 106] данные были приведены по выборке пациентов, имеющих ФП и ИБС (т.е. хотя бы все пациенты относились к IV группе КВР, как и в данном регистре), но ни в одном из этих регистров не было отдельных данных по выборке пациентов с ФП и ОКС, а также указания принадлежности к той или иной группе КВР, поэтому сравнить результаты с данным исследованием не представляется возможным.

Информация об АТТ в том или ином виде имела практически во всех изучаемых исследованиях, за исключением 2 европейских регистров PREFER in AF [122] и ORBITA AF [123]. Однако, хотелось бы отметить, что в большей части оставшихся исследований приводится состав только АТТ без указания причин такого выбора, а также практически отсутствовала информация о контроле эффективности и безопасности данного вида терапии [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]. В таких исследованиях, как регистр ФП 1-го МГМУ, ПРОФИЛЬ, GARFIELD AF, GLORIA AF, WOEST, PIONEER AF-PCI, RE-DUAL PCI и AUGUSTUS довольно много говорится об эффективности и безопасности АТТ, в том числе о причинах изменения АТТ, но в этих исследованиях нет отдельных данных именно по выборке пациентов с ОКС, поэтому сравнивать данные результаты с нашим исследованием не представляется возможным [42, 99, 109, 110, 81, 116, 118, 119, 120, 121, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]. Таким образом, из всех изучаемых исследований сравнить в той или иной степени АТТ представляется возможным только с данными таких исследований, как САМІ, регистр Сычевой Н.А., регистр Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115, 127]. Так на момент выписки из стационара по данным китайского регистра САМІ [127] АТТ была рекомендована только 86,4% пациентов, в отличие от российских регистров Сычевой Н.А., Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115], а также данного регистра, в которых АТТ была рекомендована всем пациентам без исключения (100%). При этом ОАК по данным китайского регистра САМІ [127]

были рекомендованы только 10,2% пациентов, что значительно ниже, чем в российских регистрах Сычевой Н.А., Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115], как и в данном регистре: 10,2% против 100%, 62,88% и 74,25% пациентов соответственно. Из ОАК доля ПОАК в данном исследовании составила всего 4,29% пациентов, что значительно ниже, чем в российских регистрах Сычевой Н.А., Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115]. Но при этом хотелось бы отметить, что по данным китайского регистра САМІ [127] ПОАК не применяли совсем. А в данном регистре из ПОАК применялись только ривароксабан и дабигатран, в отличие от регистров Сычевой Н.А., Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115], в которых применялся ещё и апиксабан. Кроме этого, только в данном исследовании из АВК помимо варфарина 1 пациенту был рекомендован фенилин. Также хотелось бы отметить, что ОАК в сочетании с 2ААг (3АТТ) в данном регистре были рекомендованы 24,54% пациентам, что значительно больше, чем в регистре Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115] – 1,7%, но в тоже время значительно меньше, чем в регистре Сычевой Н.А. [48, 111] – 62,72% пациентов. Несколько иначе обстоит с назначением ОАК в составе с 1 ААг (2АТТ): в данном регистре 2АТТ была рекомендована чуть более половине пациентов – 50,31%, что значительно больше, чем в регистрах Сычевой Н.А., Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 48, 111, 112, 113, 114, 115] – 16,11% и 2,5% пациентов соответственно. Монотерапия ОАК фигурировала только в регистре Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115], по данным которого данный вид терапии был рекомендован 5,1% пациентам. АТТ в виде 2 ААг в регистре Сычевой Н.А. [48, 111], как и в данном регистре, была рекомендована примерно одинаковому количеству пациентов – 22,11% и 25,15% пациентов соответственно, а вот в регистре Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115] – почти в 3 раза большему количеству пациентов (76,2%). В китайском регистре САМІ [127] более подробный состав рекомендуемой АТТ не приводился.

Кроме этого хотелось бы отметить, что ни в одном из изучаемых исследований не был проведен анализ соответствия КР рекомендуемой при

выписке из стационара АТТ, как и АТТ реально принимаемой на амбулаторном этапе [29, 42, 44, 44, 46, 47, 48, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135]. В данном же исследовании было получено, что у 73,62% пациентов АТТ, рекомендуемая пациентам с ФП при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации по поводу ОКС, соответствовала КР, а у оставшихся 26,38% пациентов она соответствовала КР условно (с учетом сопутствующей патологии). Это уже само по себе явилось хорошей предпосылкой для течения III этапа кардиореабилитации, но при дальнейшем анализе АТТ за весь период III этапа были получены практически полностью противоположные данные: 65,03% пациентов получали АТТ не соответствовавшую КР и только 9,20% пациентов – полностью соответствовавшую КР ($p < 0,001$). Хотелось бы отметить, что в данном исследовании ошибки изменения сроков приема АТТ, рекомендованной при выписке по завершению II этапа кардиореабилитации, были выявлены у 21,47% пациентов, ошибки частоты контроля МНО – у 84,11% пациентов, а регулярный контроль МНО (1 раз в месяц, при не целевом МНО чаще) проводился только 13,08% пациентов из принимающих АВК. При этом время ВТД МНО предоставилось возможным подсчитать только 2,80% пациентам, которое составило 25,00% [20,00; 50,00]. Всё это говорит о плохом контроле и неэффективности АТТ за период III этапа кардиореабилитации у пациентов с ФП после ОКС в Кировской области. Несколько лучшие показатели, но также неудовлетворительного качества АТТ в целом, были получены в исследовании Сычевой Н.А. [48, 111]. Так спустя 12 месяцев после выписки из стационара регулярно контролировали МНО 24,8% пациентов, при этом критерием регулярного контроля МНО авторы исследования считали не только частоту определения МНО не реже 1 раза в месяц, но и обязательное нахождение ВТД МНО более 70% [48, 111]. Хотелось бы отметить, что в китайском регистре САМІ [127] информация, имеющаяся в свободном доступе, об АТТ на период амбулаторного наблюдения после выписки совсем отсутствовала. А в российском регистре Татаринцевой З.Г. и соавт. [46, 47, 112, 113, 114, 115] она имела только

частично и только на подгруппу пациентов, которые были выписаны на ЗАТТ (n=102). Кроме этого, срок наблюдения был значительно больше, чем в данном исследовании – 24 против 12 месяцев, поэтому сравнить эти результаты с данным исследованием не представляется возможным.

За весь период III этапа кардиореабилитации в изучаемой когорте данного исследования плановые ССС имели место у 3,07% пациентов, экстренные ССС – у 25,77%, в том числе у 20,25% пациентов в виде ТО (в виде ОКС), у 4,91% пациентов – ТЭО (в виде ишемического МИ, ТИА, острого тромбоза глубоких вен ноги), у 1,23% пациентов – ТО и ТЭО, а у 7,98% пациентов ССС завершились летальным исходом. Однако необходимо отметить, что у 15,34% пациентов ТО/ТЭО возникли на фоне АТТ, не соответствующей КР. Но при этом противоречий КР в корректировке АТТ при возникновении повторных ССС в целом выявлено не было. При сравнении данных показателей с результатами, полученными в исследовании Сычевой Н.А. [48, 111], было получено, что смертность и ТЭО к моменту завершения 12 месяцев после выписки из стационара были значительно выше, а ТО, наоборот, более низкими по сравнению с результатами данного исследования: ТО имели место у 12,7% пациентов, ТЭО – у 11,47% пациентов, при этом смертность от ССЗ составила 16,2%, а смертность всей когорты в целом (n=206) составила 18,9% [48, 111].

При проспективной оценке безопасности АТТ, получаемой пациентами за период всего III этапа кардиореабилитации, в данном исследовании было получено, что геморрагические осложнения, которые оценивались по классификации BARC, имели место у небольшого количества пациентов: клинически не значимые кровотечения (тип 1) имели 12,88% пациентов, малые кровотечения (тип 2) – 4,29% пациентов, большие кровотечения (тип 3в) – 0,61% пациентов. В том числе у 17,18% пациентов геморрагические осложнения возникли на фоне приема АВК (при среднем МНО 3,65 [3,48; 4,13]), а также у 0,61% пациентов – на фоне приема 2ААг (что в основном обусловлено наличием в анамнезе ранее диагностированного рака мочевого пузыря). В целом ошибки контроля МНО были выявлены у 14,11% пациентов, а у 3,07% пациентов при правильном контроле имело место

лабильное МНО. В исследовании же Сычевой Н.А. [48, 111] среди пациентов, продолживших прием ОАК до наступления кровотечения и/или окончания исследования (n=170), всего геморрагические осложнения (по классификации TIMI, с учетом всех кровотечений) были выявлены у 31,2% пациентов. Хотелось бы отметить, что это сопоставимо с результатами данного исследования относительно типов кровотечений по шкале BARC 1-5, которые суммарно имели место у 17,79% пациентов, что почти в половину меньше, чем в исследовании Сычевой Н.А. [48, 111]. Кроме этого, все геморрагические осложнения у пациентов данного исследования возникли на фоне приема АВК, а на фоне применения ПОАК отсутствовали совсем. А вот, по данным исследования Сычевой Н.А. [48, 111], на фоне приема АВК геморрагические осложнения были выявлены у 46,8% пациентов, а также на фоне приема ПОАК – у 18,3%, что значимо чаще в сравнении с данным исследованием.

При проспективном анализе факторов, которые в той или иной степени снизили качество АТТ в данном исследовании, было выявлено, что у 91,41% пациентов имелось ≥ 2 таких факторов. Прежде всего, это невозможность пациентов приобретать ПОАК – 88,34% пациентов, отсутствие возможности контроля МНО – 61,35% пациентов, наличие низкой приверженности пациента к терапии (отказ) – 55,83% пациентов, а также наличие высокого риска кровотечения – 37,42% пациентов. Однако на момент завершения II этапа кардиореабилитации в изучаемой когорте имелся примерно такой же состав и количество факторов, а также лечащими врачами стационара МТ, рекомендуемая для самостоятельного приема на III этапе, была тщательно скорректирована с учетом всего этого и не противоречила КР. Кроме этого, в данном исследовании у 43,6% пациентов была выявлена не только самостоятельная неверная корректировка АТТ, но и у 15,3% пациентов неверная корректировка АТТ лечащим врачом. Хотелось бы отметить, что среди пациентов с ФП и ИМ в исследовании Сычевой Н.А. [48, 111] основные причины отмены ОАК оказались такими же, как и в данном исследовании. Так в отношении АВК – это невозможность контроля МНО (42,2% пациента из 101 принимающих АВК), а в отношении ПОАК –

невозможность приобрести ПОАК (47,4% пациентов из 105 принимающих ПОАК) [48, 111]. Немного более редкими причинами отмены ОАК явились: высокий риск кровотечения – 31,11% и 15,79% пациентов соответственно в группе ОАК и ПОАК; самостоятельная отмена ОАК – 11,11% и 26,32% пациентов соответственно в группе ОАК и ПОАК; отмена ОАК лечащим врачом – 15,56% и 5,26% пациентов соответственно в группе ОАК и ПОАК [48, 111]. Однако все эти показатели качественно сравнить с результатами данного исследования не представляется возможным, так как в данном исследовании анализ проводился для всей изучаемой когорты в целом, а не по отдельным видам АТТ. В целом же в течение последних лет ряд авторов [34, 57, 66, 136, 136] в различных исследованиях также выделяют большое влияние лечащего врача на качество МТ, а также в целом приверженность соблюдения КР. Однако необходимо отметить, что эта тема до сих пор остается мало изученной в сравнении с проблемой приверженности к МТ самих пациентов [57, 66]. Таким образом, в современном мире проблему приверженности пациентов к рекомендуемой терапии, а врачей к приверженности соблюдения КР принято считать отдельными независимыми аспектами вторичной профилактики ССО [34].

Применение основных классов кардиологических препаратов, входящих в состав «прогноз-модифицируемой» терапии, таких как БАБ (в том числе после ИМ), ИАПФ/АРА по данным литературы, имеющейся в свободном доступе по изучаемым исследованиям, имелись в том или ином виде только по данным таких исследований, как регистр Малай Л.Н., РЕКВАЗА ФП - Курск и EORP - AF Pilot [29, 44, 103, 104, 105, 106, 124, 125, 126]. Так БАБ в целом при выписке из стационара были рекомендованы 64,8-92,8% пациентам [29, 44, 103, 104, 105, 106, 124, 125, 126], в том числе среди пациентов, перенесших ИМ – 37,0% [103, 104, 105, 106]. Однако спустя 12-24 месяца (в зависимости от дизайна исследования) после выписки из стационара данную группу препаратов принимали уже несколько меньшее количество пациентов – 62,5-73,8% [29, 44, 103, 104, 105, 106]. ИАПФ/АРА при выписке из стационара были рекомендованы 67,1-93,5% пациентам [29, 44, 103, 104, 105, 106, 124, 125, 126], а спустя 12-24 месяца (в зависимости от дизайна исследования) также как и БАБ их

принимало несколько меньшее количество пациентов – 76,0-77,6% [29, 44, 103, 104, 105, 106]. В данном же исследовании была выявлена примерно такая же тенденция: 87,73% и 89,57% пациентов по БАБ, 87,12% и 82,82% пациентов по ИАПФ/АРА, соответственно при выписке и через 12 месяцев после референсного ОКС. Однако среди пациентов, перенесших ИМ, часто назначение БАБ была существенно выше и составила 63,35% пациентов. Но, к сожалению, все эти сравнения применения БАБ и ИАПФ/АРА в регистрах Малай Л.Н., РЕКВАЗА ФП - Курск и EORP - AF Pilot [29, 44, 103, 104, 105, 106, 124, 125, 126] с данным регистром не являются достоверными, так как отсутствовали данные по отдельной выборке пациентов с ФП и ОКС. А в регистре Малай Л.Н. [29, 44] ещё и срок наблюдения был в 2 раза больше, чем в данном исследовании.

Таким образом, диагностика и лечение пациентов на I и II этапе кардиореабилитации соответствовали, либо условно соответствовали (с учетом сопутствующей патологии) протоколу ведения пациентов с ОКС и/или действующими на момент исследования КР. Что нельзя сказать о последующем III (амбулаторном) этапе, который существенно отличался как по качеству лечебной, так и диагностической помощи, являясь «слабым звеном» комплексной 3-х этапной кардиореабилитации пациентов после ОКС в Кировской области.

Аналогичные проблемы III этапа были выявлены и по результатам 3-летнего Пилотного Проекта «Развитие системы реабилитации больных с ССЗ в ЛПУ субъектов РФ» с участием 17 ЛПУ из 13 субъектов РФ, запущенного в начале 2013 года по Государственному заданию Минздрава РФ, ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ» [35, 67]. При этом хотелось бы отметить, что в последующие годы Миндравом РФ была проведена существенная работа по нивелированию этих проблем. Так, например особо хотелось бы отметить введение с 2017 года в нашей стране системы ДЛО для пациентов, которая довольно неплохо решила проблему обеспеченности лекарственными препаратами пациентов, перенесших ОКС, на III (амбулаторном) этапе кардиореабилитации, в том числе и проблему недостаточного использования ПОАК и приверженности пациентов к данному

виду терапии. Однако, на догоспитальном этапе и после окончания льготного периода данная проблема до сих остаётся не решенной и не теряет своей актуальности, что значительно обострили события последних лет во всем мире с пандемией COVID-19, которые прогрессивно способствуют финансовой нестабильности населения, множественному дебюту ССЗ с возрастанием ССС и усилением нагрузки на систему Здравоохранения [58, 59, 60, 61]. Тем более, что и проведенный нами в данной работе дополнительный анализ влияния COVID-19 и/или вакцинации от неё на пациентов с ФП, перенесших ОКС, показал, что из 60 (40,00%) пациентов изучаемой когорты, переболевших COVID-19 в последствии получили ухудшение течения имеющихся ранее ССЗ – 29 (19,33%) пациентов, а также 12 (8,00%) пациентов умерло, что суммарно составило более 1/2 от всех переболевших данным заболеванием и примерно 1/4 из всех пациентов включенных в регистр. При этом не стоит забывать, что часть пациентов, включенных в регистр, не дожили до пандемии COVID-19, а следовательно, результаты могли бы быть ещё выше. Всё это ещё раз подчёркивает значимость кардиореабилитации и системы ДЛЮ.

Во всех найденных, и упоминаемых ранее, отечественных и зарубежных исследованиях [29, 42, 44, 81, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135] практически отсутствовало сравнение госпитальных (I-II) этапов кардиореабилитации с амбулаторным (III) этапом. Однако в публикациях по данным таких отечественных исследований, как регистр Малай Л.Н. [44], регистр Сычевой Н.А. [48] и регистр Татаринцевой З.Г. и соавт. [114] также, как и в данном регистре было получено, что качество МТ на амбулаторном этапе было значительно хуже, в отличии от качества МТ, которую пациенты получали в стационаре и которая была рекомендована при выписке. При этом исследователи отмечают, что ухудшение качества МТ на амбулаторном этапе снижается пропорционально увеличению времени, прошедшему с момента ОКС [114]. Также упоминания о более плохом качестве МТ на амбулаторном этапе в сравнении со стационарными этапами кардиореабилитации имеются и по

результатам таких КИ, как WOEST, PIONEER AF – PCI, RE - DUAL PCI, AUGUSTUS и ENTRUST - AF PCI [128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135], однако все эти КИ не имеют достаточной статистической мощности для данного анализа [48, 137]. Крайне редкими являются упоминания и о недостаточном качестве диагностической помощи (диагностические исследования и консультации профильными специалистами) на амбулаторном этапе кардиореабилитации [44], которая в большинстве исследований, просто не анализировалась.

Отдельно хотелось бы подчеркнуть, что дополнительно проведённый нами в данной работе анализ частоты возникновения повторных ССС (сердечно-сосудистая смертность, частота ТО (в виде ОКС) и ТЭО (в виде ишемического МИ, ТИА, системной эмболии)), декомпенсации ХСН (с госпитализацией) и общей летальности (смерть от любой причины) за период последующих 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного ОКС, а также влияния на это COVID-19 и/или вакцинации от неё на данный момент не имеет аналогов среди прочих исследований. Кроме этого, он показал, что пациенты изучаемой когорты имели умеренный уровень общей летальности за 1-7 лет в виде 34,67% и 39,88% за все 7 лет наблюдения после референсного ОКС, что говорит о более лучших показателях, чем в других исследованиях. Так, например, в исследовании И.С. Скопец только 5-летняя выживаемость пациентов после перенесенного ОКС составила 23,8% [138], при этом помимо меньшего срока наблюдения у пациентов не имелось такого серьёзного ССЗ, как ФП, а также исследование проходило намного раньше начала пандемии COVID-19, которая также существенно повлияла на общую летальность пациентов и декомпенсацию уже имеющих ССЗ.

Если же рассматривать общую летальность от самого COVID-19, то в нашем исследовании из 60 (40,00%) пациентов, которые заразились данным заболеванием умерло 12 (8,00%), то есть общая летальность от COVID-19 составила 20,00%, что при сравнении с данными крупного отечественного регистра АКТИВ SARS-CoV-2 [139] имеет значительно большие показатели: 20,00% против 6,17% соответственно. Ещё большие показатели в сравнении с данными регистра АКТИВ

SARS-CoV-2 [139] в нашем исследовании были получены относительно летальности от COVID-19 среди госпитализированных пациентов: 32,43% против 7,56% пациентов соответственно. Данные различия, на наш взгляд, обусловлены различной степенью ПМ у изучаемых пациентов. Тем более что по данным регистра АКТИВ SARS-CoV-2 было доказано, что одним из самых значимых ФР летального исхода у пациентов с COVID-19 является именно ПМ, особенно обусловленная ССЗ [139]. Так, например, наличие в анамнезе АГ повышали риск летального исхода в 3 раза, а ИБС, ФП или ХСН любого ФК – в 4 раза, при этом ФП представляла наибольший риск для пациентов старше 60 лет [139].

Особо хотелось бы обратить внимание на то, что в нашем регистре все без исключения пациенты (100%) уже на момент окончания II этапа кардиореабилитации были ПМ, при этом 31,29% имели среднюю и 66,26% пациентов тяжелой степени ПМ, а в регистре АКТИВ SARS-CoV-2 встречались пациенты не имеющие в анамнезе совсем ССЗ, либо только одно ССЗ: 21,44% и 4,88% среди выживших пациентов, а также 26,49% и 10,57% среди умерших пациентов [139]. При этом, все без исключения пациенты (100%) нашего регистра имели как минимум в анамнезе ИБС, ФП и ХСН, а также большая часть пациентов имели ещё и АГ (93,33% среди всей изучаемой когорты и 86,67% среди пациентов, заразившихся COVID-19), что значительно больше, чем в регистре АКТИВ SARS-CoV-2 [139]: ИБС – 23,1%, ФП – 6,78%, ХСН – 16,3%, АГ – 60,8% пациентов.

Также огромную роль в большей летальности сыграл и возраст пациентов. Так ещё на момент включения в данный регистр средний возраст пациентов уже составил 65,00 [59,00; 72,00] лет против 58,00 [8,00; 68,00] лет в регистре АКТИВ SARS-CoV-2 [139], при этом на момент заболевания COVID-19 47 (78,33%) пациентам из всех, заразившихся данным заболеванием было 60 и более лет.

Значимую роль в данном исследовании играет и сравнительная оценка выживших и умерших пациентов с ФП за период последующих 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации по поводу референсного ОКС, которая

помогла выявить факторы, имеющиеся на различных этапах кардиореабилитации, которые ассоциировались, либо имели тенденцию к ассоциации с летальным исходом у наблюдаемой когорты пациентов за последующие 6 лет после окончания III этапа кардиореабилитации. Так среди факторов, имеющихся у пациентов до возникновения референсного ОКС, таковыми являются наличие в анамнезе тяжелой степени ПМ (≥ 5 баллов Чарлсон), а также возраста старше 60 лет. Из факторов, имеющихся в анамнезе на момент окончания II этапа, это наличие вновь наличие в анамнезе тяжелой степени ПМ (≥ 5 баллов Чарлсон), особенно СД 2 типа, а также ПОМ при АГ. Из факторов, имеющихся в анамнезе за период последующих 6 лет после окончания III этапа, это наличие в анамнезе перенесенного COVID-19 у не вакцинированных пациентов (особенно случаи до изобретения вакцин) и/или повторных ССС (как в целом, так и экстренные, особенно ТЭО (в виде ишемического МИ, ТИА, острого тромбоза глубоких вен голени) и декомпенсации ХСН с госпитализацией), а также факт приема ОАК (особенно ПОАК) через 7 лет после референсного ОКС. При сравнении этих предикторов (факторов) ассоциирующихся с летальностью с данными регистра АКТИВ SARS-CoV-2 [139, 140, 141], хотелось отметить, что относительно таких факторов, как наличие в целом выраженной ПМ, СД 2 типа и возраста пациентов старше 60 лет, данные совпали. При этом одним из самых значимых факторов, как и в нашем регистре, авторы регистра АКТИВ SARS-CoV-2, отмечают именно наличие выраженной ПМ [139, 140, 141].

Всё это ещё раз подчёркивает значимость изучения всех ФР ССЗ и COVID-19, а также разработке мер по их нивелированию, в том числе посредством составления регистров.

ВЫВОДЫ

1. Для пациентов с фибрилляцией предсердий, в последствии госпитализированных по поводу острого коронарного синдрома, характерен высокий уровень полиморбидности, высокий или очень высокий кардиоваскулярный риск, низкое качество терапии основного и сопутствующих заболеваний согласно национальным клиническим рекомендациям и критериям EURO-FORTA, особенно низкое качество антитромботической терапии (антикоагулянты получали только 34,29% пациентов) и недостаточный контроль эффективности и безопасности проводимого лечения на догоспитальном этапе.

2. Пациенты с фибрилляцией предсердий и острым коронарным синдромом только в 23,93% случаев были госпитализированы в лечебно-профилактические учреждения с возможностью проведения коронароангиографии, при этом пациенты редко получали чрескожное коронарное вмешательство (9,82%) и шунтирование (1,23%), диагностические исследования и медикаментозная терапия на I и II этапах в основном соответствовала клиническим рекомендациям, хотя у пациентов пожилого и старческого возраста согласно критериям EURO-FORTA, были выявлены некоторые несоответствия.

3. Диспансерное наблюдение и медикаментозная терапия в период III этапа кардиореабилитации были низкого качества: гиполипидемическую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями получали только 25,15% пациентов, антитромботическая терапия соответствовала клиническим рекомендациям только у 9,20%. Приверженность пациентов к рекомендованной терапии в период III этапа кардиореабилитации была низкой: 48,47% пациентов были не привержены лечению, 28,22% – недостаточно привержены.

4. В течение 12 месяцев качество терапии прогрессивно снижалось и согласно самооценке здоровья в период III этапа кардиореабилитации 54,6% пациентов отмечали ухудшение самочувствия, 53,99% были повторно госпитализированы, летальность в течение III этапа кардиореабилитации составила 7,98%.

5. У пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших ОКС, наблюдался высокий уровень общей летальности (31,90%) за 6 лет после окончания III этапа реабилитации. Наиболее значимыми факторами, которые ассоциировались с летальностью являлись: тяжелая степень полиморбидности (≥ 5 баллов Чарлсон), сахарный диабет 2 типа, перенесенный COVID-19 у не вакцинированных пациентов, повторные сердечно-сосудистые события в целом и в частности тромбэмболические осложнения и госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Прием оральных антикоагулянтов в целом и в частности прямых оральных антикоагулянтов ассоциировались со снижением риска летального исхода.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется использовать результаты локального амбулаторно-поликлинического регистра Кировской области, посвященного изучению качества диагностики и лечения пациентов с фибрилляцией предсердий, госпитализированных по поводу острого коронарного синдрома, для разработки мер по повышению качества и доступности диагностических исследований и медикаментозной терапии на амбулаторном этапе для этой категории пациентов как до момента развития острого коронарного синдрома, так и в период III (амбулаторного) этапа кардиореабилитации, в том числе для совершенствования программы длительного лекарственного обеспечения.

2. Рекомендуется разработать план мероприятий по повышению качества обучения студентов медицинских ВУЗов, ординаторов, курсантов факультетов повышения квалификации врачей по специальностям «семейная медицина», «терапия» и «кардиология» в соответствии с современными клиническими рекомендациями и по усилению контроля за их выполнением.

3. Возможно рекомендовать использование списка EURO-FORTA (помимо соответствия клиническим рекомендациям) для дифференцированного подбора терапии лицам пожилого и старческого в практической деятельности врачам общей практики (семейный врач), терапевтов и кардиологов с целью улучшения качества медикаментозной терапии (минимизация побочных эффектов, полипрогмазии) и качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Camm, A. J. Guidelines for the management of atrial fibrillation. ESC 2010 / A. J. Camm, G. Y. Lip, R. De Caterina et al. // Eur Heart J. – 2012. – №2 (33). – P. 2719–47.
2. Сулимов, В. А. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий (клинические рекомендации). РКО 2012 / В. А. Сулимов, С. П. Годицын, Е. П. Панченко и др. // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102). – приложение 3.
3. Van de Werf, F. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. / F. Van de Werf, J. Vax, A. Betriu et al. // Eur Heart J. – 2008. – №29. – P. 2909–945.
4. Bassand, J.P. Guidelines for the management of diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. ESC 2007 / J.P.Bassand, C.Hamm, D.Ardissino et al. // EurHeartJ. – 2007. – №28. – P.1598–660.
5. Грацианский, Р. Г. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема ST по ЭКГ. ВНОК 2006 / Н. А. Грацианский, Р. Г. Оганов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т.5, № 8. – С. 411-440.
6. Montalescot, G. Recommendations for the treatment of stable coronary heart disease (Рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца). ESC 2013 / G. Montalescot, U. Sechtem, S. Achenbach et al. // Российский кардиологический журнал. – 2014. – № 7. – С. 7-79.
7. Smith, S, C. Jr. Recommendations of secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease. AHA and ACCF 2011 / S. C. Jr Smith, E. J. Benjamin, R. O. Bonow et al. // J Am Coll Cardiol. – 2011. – № 58 (23). – P. 2432–46.
8. Reiner, Ž. Guidelines for the management of dyslipidaemias. ESC and EAS 2011 / Ž. Reiner, A. L. Catapano, G. De Backer et al. // Europ. Heart J. – 2011. – № 32. – P. 1769-1818.

9. Ежов, М. В. Рекомендации по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (V пересмотр). РКО, НОА и РосОКР 2012 / М. В. Ежов, И. В. Сергиенко, Д. М. Аронов и др. // Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – № 4. – С. 4-52.
10. Mancia, G. GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION. ESH and ESC 2013 / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz et al. // Journal of hypertension. – 2013. – № 31 (7). – P. 1281-1357.
11. Чазов, И. Е. Клинические рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. РКО 2013 / И. Е. Чазов, Е. В. Ощепкова, Ю. В. Жернакова и др. // Кардиологический вестник. – 2015. – № 1. – С. 3-30.
12. Мареев, В. Ю. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (IV пересмотр). ОССН, РКО и РНМОТ 2013 / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев, Г. П. Арутюнов и др. // Сердечная Недостаточность. – 2013. – Том 14, № 7 (81). – С. 379-472.
13. Аракелян, М.Г. Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2020 / М.Г. Аракелян, Л.А. Бокерия, Е.Ю. Васильева и др. (рабочая группа РКО) // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Том 26 (№7). – С.4594. doi:10.15829/1560-4071-2021-4594. 190-260.
14. Барбараш, О. Л. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020 / О. Л. Барбараш, Ю. А. Карпов, В. В. Кашталап и др. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Том 25 (№11). – С. 4076. <https://doi.org/10.15829/29/1560-4071-2020-4076>.
15. Аверков, О. В. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 / О. В. Аверков, Д.В. Дупляков, М.Ю. Гиляров и др. (рабочая группа РКО) // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Том 25 (№11). – С. 4103. doi:10.15829/1560-4071-2020-4103.
16. Барбараш, О.Л. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 / О.Л. Барбараш, Д.В. Дупляков, Д.А. Затейщиков и др. (рабочая группа РКО) // Российский

кардиологический журнал. – 2021. – Том 26 (№4). – С. 4449.
<https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4449>.

17. Кухарчук, В.В. Атеросклероз и дислипидемии. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. 2020 / В.В. Кухарчук, М.В. Ежов, И.В. Сергиенко и др. (рабочая группа РКО) // Атеросклероз и дислипидемия. 2020. – Том 1 (№38):7-42. DOI: 10.34687/2219-8202.JAD.2020.01.000.

18. Кобалава, Ж. Д. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 / Ж. Д. Кобалава, А. О. Конради, С. В. Недогода и др. (рабочая группа РКО) // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Том 25 (№3). – С.3786. doi:10.15829/1560-4071-2020- 3-3786.

19. Терещенко, С. Н. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020 // С. Н. Терещенко, А.С. Галявич, Т.М. Ускач (рабочая группа РКО) // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Том 25 (№11). – С.4083. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4083>.

20. Аронов, Д. М. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, О. Л. Барбараш и др. // CardioСоматика. – 2014. – № S1. – С. 5-41.

21. Сон, И. М. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2014 году. Статистический справочник. Минздрав России / И. М. Сон, Г. А. Александрова, Е. В. Хахалина и др. – М.: 2015. – 186 с.

22. Болдуева, С. А. Инфаркт миокарда у больных с фибрилляцией предсердий / А. С. Болдуева., М. В. Соловьева, Д. В. Облавацкий, В. С. Феоктистова // Кардиология. – 2020. – № 60 (1). – С.53–61. DOI: 10.18087/cardio.2020.1.n620

23. Zeumer, U. Impact of known or new-onset atrial fibrillation on 2-year cardiovascular event rate in patients with acute coronary syndromes: results from the prospective EPICOR Registry / U. Zymer, L. Annemans, N. Danchin et al. // Europe - an

Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. – 2019. – №8 (2). – P.121–9.
DOI: 10.1177/2048872618769057.

24. Cross, A. J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications / A. J. Cross, R. A. Elliott, K. Petrie, L. Kuruvilla, J. George // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2020. – №85 (5). – P. 1-228. CD012419. doi: 10.1002/14651858.

25. Zhu, Y. Characteristics, service use and mortality of clusters of multimorbid patients in England: a population-based study / Y. Zhu, D. Edwards, J. Mant et al. // *BMC Med.* – 2020. – № 18 (78). – P. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01543-8>.

26. Дорофеева, Ю. А. Качество лечения пациентов с фибрилляцией предсердий в зависимости от индекса полиморбидности, предшествовавшее госпитализации по поводу острого коронарного синдрома / Ю. А. Дорофеева, Е. И. Тарловская // *Кардиология.* – 2018. – № 58(S5). – С.54–59. DOI: 10.18087/cardio.2478.

27. Тарловская, Е. И. Коморбидность и полиморбидность – современная трактовка и насущные задачи, стоящие перед терапевтическим сообществом / Е. И. Тарловская // *Кардиология.* – 2018. – № S9. – С. 29-38.

28. Дорофеева, Ю. А. Ретроспективная оценка полиморбидности у пациентов с фибрилляцией предсердий до госпитализации по поводу острого коронарного синдрома / Ю. А. Дорофеева, Е. И. Тарловская, С. В. Мальчикова // *Кардиология в Беларуси.* – 2017. – № 3 (9). – С. 450-453.

29. Малай, Л. Н. Характеристика больных и госпитальные исходы у пациентов с острым инфарктом миокарда: данные регистра (г. Хабаровск). Часть 1 / Л. Н. Малай, Л. В. Солохина, Ю. М. Бухонкина и др. // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* – 2016. – № 12 (1). – С. 56-62.

30. Piepoli, M. F. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. ESC 2014 /

M. F. Piepoli, U. Corrà, S. Adamopoulos et al. // *Eur J Prev Cardiol.* – 2014. № 21 (6). – P. 664–681.

31. Piepoli, M. F. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation / M. F. Piepoli, U. Corra' et al. // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2010. – № 17. – P. 1-17.

32. Corra, U. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. EACPR 2010 / U. Corra, M. F. Piepoli et al. // *Eur Heart J.* – 2010. – № 31 (16). – P. 1967–74.

33. Balady, G. J. Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory from the American Heart Association / G. J. Balady, P. A. Ades, V. A. Bittner et al. // *Circulation.* – 2011. – № 124. – P. 2951-60.

34. Гарганеева, А. А. Роль приверженности лечению в клиническом течении постинфарктного периода (по данным регистра острого инфаркта миокарда) / А. А. Гарганеева., Е. А. Кужелева, О. В. Тукиш // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* – 2019. – Том 8(4). – С. 56-64. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2019-8-4-56-64>.

35. Бубнова, М. Г. Кардиореабилитация: этапы, принципы и международная классификация функционирования (МКФ) / М. Г. Бубнова, Д. М. Аронов // *Профилактическая медицина.* – 2020. – Том 23 (5). – С. 40-49. <https://doi.org/10.17116/profmed20202305140>.

36. Ларина, В. Н. Современные стратегии кардиореабилитации после инфаркта миокарда и чрезокожного коронарного вмешательства / В. Н. Ларина, Ф. Д. Ахматова, С. Э. Аракелов, А. Е. Мохов, И. М. Доронина, Н. Н. Денисова // *Кардиология.* – 2020. – Том 60 (3). – С.111-118. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.3.n546>.

37. Аронов, Д. М. История развития кардиореабилитации в России / Д. М. Аронов // *Кардиология*. – 2018. – Том 58 (11S). – С.14-21. <https://doi.org/10.18087/cardio.2604>.

38. Тарловская, Е. И. Ретроспективный анализ клинического статуса пациентов с фибрилляцией предсердий, предшествующего острому коронарному синдрому: данные локального регистра / Е. И. Тарловская, Ю. А. Дорофеева, С. В. Мальчикова // *Сердце: журнал для практикующих врачей*. – 2017. – № 16 (4). – С. 235–245.

39. Марцевич, С. Ю. Отчет о проведении круглого стола: «Регистры в кардиологии: основные правила проведения, современный опыт и результаты их создания в различных регионах Российской Федерации» / С. Ю. Марцевич, М. М. Лукьянов, Н. П. Кутишенко // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2016. – Том 12 (3). – С. 314-316. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-314-316>.

40. Решетько, О.В. Анализ антиромботической терапии фибрилляции предсердий в международных и российских регистрах / О.В. Решетько, А.В. Соколов, Н.В. Фурман // *Качественная клиническая практика*. — 2019. — №1. — С.83—96. DOI: 10.24411/2588-0519-2019-10066.

41. Марцевич, С. Ю. Люберцкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования «ЛИС» / С. Ю. Марцевич, М. Л. Гинзбург, Н. П. Кутишенко и др. // *КЛИНИЦИСТ*. – 2011. – № 1. – С. 24-27.

42. Марцевич, С. Ю. Опыт изучения фибрилляции предсердий на базе регистра ПРОФИЛЬ / С. Ю. Марцевич, А. Р. Навасардян, Н. П. Кутишенко и др. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2014. – № 13 (2). – С.35-39. DOI:10.15829/1728-8800-2014-2-35-39.

43. Переверзева, К. Г. Приверженность лечению пациентов в отдаленном периоде наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда (данные регистра РЕГАТА) / К. Г. Переверзева, С. С. Якушин, М. М. Лукьянов, О. М. Драпкина // *Кардиология*. – 2020. – № 60(10). – С.66–72. DOI: 10.18087/cardio.2020.10.n1264.

44. Давидович, И. М. Отдаленные результаты и приверженность терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: данные локального регистра (Хабаровск) / И. М. Давидович, Л. Н. Малай, Н. П. Кутишенко // *КЛИНИЦИСТ*. – 2016/2017. – Том 10/11. – С.36-44. DOI: 10.17650/1818-8338-2016-10-4-36-44.

45. Лукьянов, М. М. Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом «фибрилляция предсердий» в условиях реальной амбулаторно-поликлинической терапии (по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний РЕКВАЗА) / М. М. Лукьянов, С. А. Бойцов, С. С. Якушин и др. // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. – 2014. – № 10 (4). – С. 366-377. DOI: 10.20996/1819-6446-2014-10-4-366-377.

46. Татаринцева, З.Г. Особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий в клинической практике по данным регистра острого коронарного синдрома / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачёва, С. А. Рафф, С. В. Кручинова, В. А. Порханов // *Кардиология*. – 2019. – № 59 (7). – С.19–25. DOI: 10.18087/cardio.2019.7.2503.

47. Татаринцева, З. Г. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий на фоне острого коронарного синдрома в реальной клинической практике по данным тотального регистра острого коронарного синдрома по Краснодарскому краю / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачева, В. А. Порханов // *Кардиология*. – 2018. – № 58 (S7). – С.55–64. DOI: 10.18087/cardio.2490.

48. Сычева, Н. А. Эффективность и безопасность прямых оральных антикоагулянтов в составе тройной антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром. Данные наблюдательного исследования/ Н. А. Сычева, Л. Ю. Королёва, В. П. Носов и др. // *Кардиология*. – 2020. – № 60 (7). – С. 53-63. DOI: 10.18087/cardio.2020.7.n954.

49. Шахнович, Р.М. Эволюция лечения инфаркта миокарда за последние десятилетия. Значение работ Е.И. Чазова / Р.М. Шахнович, М.Я. Руда // *Терапевтический архив*. – 2019. – № 91 (6). – С. 25–33. DOI: 10.26442/00403660.2019.06.000291.

50. Kumar, V. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease 8th ed (Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану 8-е издание, перевод с английского) / Kumar V. et al. – М.: Логосфера, 2016. – Том 2. – 616 с.
51. Хайсанова, М.Х. Оценка пятилетних исходов после перенесенного острого коронарного синдрома / М.Х. Хайсанова // Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. – Новосибирск. – 2020.
52. Тарловская, Е. И. Ретроспективный анализ качества лечения, предшествующего острому коронарному синдрому, пациентов с фибрилляцией предсердий: данные локального регистра / Ю. А. Дорофеева, Е. И. Тарловская, С. В. Мальчикова // Кардиология. – 2018. – 58 (S3). – С. 27–35.
53. Iqba, Z. New-onset Atrial Fibrillation in Patients Presenting with Acute Myocardial Infarction / Z. Iqbal, M. N. Mengal, A. Badini, M. Karim // Cureus – 2019. – № 11(4). – P. e4483. doi:10.7759/cureus.4483.
54. Batra, G. All types of atrial fibrillation in the setting of myocardial infarction are associated with impaired outcome / G. Batra, B. Svennblad, C. Held, T. Jernberg // Heart (British Cardiac Society). – 2016. – № 102 (12). P. 926-933. DOI:10.1136/heartjnl-2015-308678.
55. Mubarik, A., Holter Monitor / A. Mubarik, A. M. Iqbal // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2020. PMID: 30855791.
56. Bolli, R. William Harvey and the Discovery of the Circulation of the Blood/ R. Bolli // Circ Res. – 2019. – №124 (9). – P. 1300-1302. doi:10.1161/CIRCRESAHA.119.314977. PMID: 31021729.
57. Аронов Д.М. Патогенез атеросклероза через призму нарушения функций микрососудов / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, О. М Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 20 (7). – С. 3076. doi:10.15829/1728-8800-2021-3076.
58. Шляхто, Е.В. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19 / Е.В. Шляхто, А.О. Конради, Г.П. Арутюнов и др. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Том 25 (3). – С. 3801. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3801>.

59. Tadic, M. COVID-19, hypertension and cardiovascular diseases: Should we change the therapy? / M. Tadic, C. Cuspidi, G. Mancia et all. // *Pharmacol Res.* – 2020. – № 158. – P.104906. doi: [10.1016/j.phrs.2020.104906](https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104906).
60. Cheng, H. Organ-protective effect of angiotensin-converting enzyme 2 and its effect on the prognosis of COVID-19 / H. Cheng, Y. Wang, G.Q. Wang // *J Med Virol.* – 2020. – № 92(7). – P.726-730. doi: [10.1002/jmv.25785](https://doi.org/10.1002/jmv.25785).
61. Saeed, S. Coronavirus disease 2019 and cardiovascular complications: focused clinical review / S. Saeed, M. Tadic, T.H. Larsen et all. // *J Hypertens.* – 2021. – № 39(7). – P.1282-1292. doi: [10.1097/HJH.0000000000002819](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002819).
62. Малков, И. П. Россия в цифрах. 2019: Крат.стат.сб. Росстат / П.В. Малков, Э. Ф. Баранов, Т. С. Безбородова и др. – М.: 2019. – 549 с. ISBN 978-5-89476-465-8.
63. Rodriguez, F. Heidenreich PA. Association of Statin Adherence with Mortality in Patients with Atherosclerotic Cardiovascular Disease / F. Rodriguez, D.J. Maron, J.W. Knowles, S.S. Virani, S. Lin // *JAMA Cardiology.* – 2019. – № 4 (3). – P. 206–13. DOI: [10.1001/jamacardio.2018.4936](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.4936).
64. Bretos-Azcona, P. E. Tailoring integrated care services for high-risk patients with multiple chronic conditions: a risk stratification approach using cluster analysis / P. E. Bretos-Azcona, Sánchez-Iriso, J. M. E. & Cabasés Hita // *BMC Health Serv Res.* – 2020. – № 20 (806). – P. 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05668-7>.
65. Тукиш, О.В. Трудности диагностики острого инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста и их влияние на тактику ведения в остром периоде заболевания / О.В. Тукиш, А.А. Гарганеева // *Российский кардиологический журнал.* – 2019. – № 3. – С.17-23. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-3-17-23>.
66. Переверзева, К.Г. Долгосрочная приверженность медикаментозной терапии у больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в сравнении с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями / К.Г. Переверзева, М.М. Лукьянов, С.Ю. Марцевич и др. // *Терапия.* – 2019. – №5 (1(27)). – С54–59. DOI:[10.18565/therapy.2019.1.54-59](https://doi.org/10.18565/therapy.2019.1.54-59).

67. Тарловская, Е. И. Качество антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром, на III этапе реабилитации: данные локального регистра Кировской области/ Е. И. Тарловская, Ю. А. Дорофеева // Кардиология. – 2022. – Том 62 (5). – С. 27-32. DOI: 10.18087/cardio.2022.5.n1779.

68. Official site Medical Faculty Mannheim Heidelberg University [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/forta/> (доступен на 12.07.2021).

69. Pazan, F. The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People FORTA/ F. Pazan, C. Weiss, M. Wehling // Drugs Aging. – 2018. – № 35(1). – P. 61-71.

70. Camm, A. J. Challenges in comparing the non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for atrial fibrillation-related stroke prevention / A. J. Camm, K. A. Fox, E. Peterson// Europace. – 2018. – №20(1). – P.1-11. DOI:10.1093/europace/eux086.

71. Chang, H. J. Coronary Atherosclerotic Precursors of Acute Coronary Syndromes / H. J. Chang, F. Y. Lin, S-E. Lee, D. Andreini, J. Vax, F. Cademartiri et all //J Am Coll Cardiol. –2018. – № 71 (22). – С. 2511–2522.

72. Беленков, Ю. Н. Антикоагулянтная терапия у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий / Ю. Н. Беленков, Г. А. Шакарьянц, Н. В. Хабарова, Г. В. Ан / Кардиология. – 2018. – № 58(10). – С.45–52. DOI: 10.18087/cardio.2018.10.10177.

73. Переверзева, К. Г. Долгосрочная приверженность медикаментозной терапии у больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в сравнении с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями / К. Г. Переверзева, М. М. Кукьянов, С. Ю. Марцевич и др. // ТЕРАПИЯ (РМОТ). – 2019. – № 1. – С. 54-59. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2019.1.54-59>.

74. Канорский, С. Г. Как сохранить приверженность к приему антикоагулянта у пациента с фибрилляцией предсердий? / С. Г. Каногорский // Кардиология. – 2019. – №59 (11). – С.76–83. DOI:10.18087/cardio.2019.11.n724.

75. Ogawa, H. Progression From Paroxysmal to Sustained Atrial Fibrillation Is Associated With Increased Adverse Events / H. Ogawa, Y. An, S. Ikeda et al // *Stroke*. – 2018. – № 49 (10). – P. 2301–8. DOI: 10.1161/STROKEAHA.118.021396.

76. Карпов, Ю. А. Антитромботическая терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий после чрескожного коронарного вмешательства: современная стратегия / Ю. А. Карпов // *Российский кардиологический журнал*. – 2019. – № 24 (12). – С.137–147. doi:10.15829/1560-4071-2019-12-137-147.

77. Reilly, K. The Pharmacist's Guide to Acute Coronary Syndrome / K. Reilly // *US Pharm*. – 2020. – № 45 (2). – P.HS7-HS12.

78. Батурина, О. А. Распространенность фибрилляции предсердий при остром коронарном синдроме и особенности назначения пероральных антитромботических препаратов / О. А. Батурина, Д. А. Андреев, Н. А. Ананичева и др. // *Кардиология*. – 2019. – № 59 (1). – С.40–48. DOI: 10.18087/cardio.2019.1.10213

79. Горбунова, Е. В. Эффективность модуля принятия решений в персонализированном выборе антикоагулянта / Е. В. Горбунова, С. П. Дуванова, К. М. Филимонов, С. Е. Мамчур, С. А. Макаров // *Кардиология*. – 2021. – № 61 (3). – С.18–22. DOI: 10.18087/cardio.2021.3.n1511.

80. Golwala, H. B. Safety and efficacy of dual vs. triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials / H. B. Golwala, C. P. Cannon, P. G. Steg, G. Doros, A. Qamar, S. G. Ellis et al. // *European Heart Journal*. – 2018. – №39 (19). – P:1726–1735a. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy162.

81. Лукина, Ю. В. Исследование приверженности лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ) / Ю. В. Лукина, С. Ю. Марцевич, А. В. Загребельный и др. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2013. – №12 (5). – 56-61. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2013-5-56-61>.

82. Лазебник, Л. Б. Исторические особенности и семантические трудности использования терминов, обозначающих множественность заболеваний у одного больного / Л. Б. Лазебник, Ю. В. Конев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – Том 154 (6). – С. 4-9.

83. Charlson, M. E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J Chron Dis. – 1987. – № 5 (40). – P. 373-383.

84. Quan, H. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data / H. Quan, V. Sundararajan, P. Halfon et al. // Med Care. – 2005. – № 43 (11). – P. 1130-9.

85. Quan, H. Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries / H. Quan, B. Li, C. M. Couris, K. Fushimi, P. Graham, P. Hider, J-M. Januel, V. Sundararajan // American Journal of Epidemiology. – 2011. – № 6 (173). – P. 173:676–682.

86. Thygesen, S. K. The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients / S. K. Thygesen, C. F. Christiansen, S. Christensen¹, T. L. Lash, H. T. Sorensen // BMC Medical Research Methodology. – 2011. – № 11. – P. 83.

87. Sundararajan, V. New ICD-10 version of the Charlson Comorbidity Index predicted in-hospital mortality / V. Sundararajan, T. Hendersona, C. Perry, A. Muggivana, H. Quan, W. A. Ghali // Journal of Clinical Epidemiology. – 2004. – № 57 – P. 1288–1294.

88. Lip, G. Y. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation / G. Y. Lip, R. Nieuwlaat, R. Pisters, D. A. Lane, H. J. Crijns // Chest. – 2010. – № 137(2). – P. 263-72.

89. Pazan, F. FORTA. The FORTA (Fit fOR The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People / F. Pazan, C. Weiss, M. Wehling // Drugs Aging. – 2019. – № 36 (5). – P.481-484. doi: 10.1007/s40266-019-00669-628. PMID: 309417.

90. Lang, R. M. Recommendations for chamber quantification / R.M. Lang, M. Bierig, R.B. Devereux et al. // *Eur J Echocardiography*. – 2006. – №7. – P. 79-108.
91. Bornstein, A.B. Left Ventricular Hypertrophy / A.B. Bornstein, S.S. Rao, K. Marwaha // In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2022. PMID: 32491466.
92. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // *Med Care*. – 1986. – № 24. – С. 67—73.
93. Лукина, Ю. В. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутищенко, С. Ю. Марцевич, О. М. Драпкина // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2020. – Том 19 (3). – С. 2562. doi:10.15829/1728-8800-2020-2562.
94. Brooks, R. EQ-5D: a plea for accurate nomenclature // R. Brooks, K.S. Boye, B. Slaap // *J Patient Rep Outcomes*. – 2020. – № 3;4 (1). – P. 52. doi: 10.1186/s41687-020-00222-9. PMID: 32620995; PMCID: PMC7334333.
95. Булейко, А. А. Клиническая психометрика / А. А. Булейко, В. Я. Вычужина, Е. Н. Загоруйко и др. // *Учебное пособие ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ*. – 2-е издание дополненное. – 2018. – С. 339. ISBN – 978-5-74-53-0541-2
96. Katnic, I. Fundamentals of Biomedical Statistics / I. Katnic, M. Orlandic // *Stud Health Technol Inform*. – 2020. – P.274:111-121. doi: 10.3233/SHTI200671. PMID: 32990669.
97. Гржибовский, А.М. Анализ биометрических данных с использованием пакета статистических программ SPSS / А.М. Гржибовский, Т.Н. Унгурану // *Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета*. 2017. – С. 293. ISBN 978-5-91702-255-0.
98. Официальный сайт Правительства Кировской области: <https://www.kirovreg.ru/region/regionmap/index.php?ID=4331> (ссылка доступна на: 09.01.2022).

99. Сулимов, В. А. Антикоагулянтная терапия в реальной клинической практике: данные ретроспективного одномоментного исследования / В. А. Сулимов, Д. А. Напалков, А. А. Соколова, А. В. Жиленко, О. С. Аникина // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2015. – Том 11 (2). – С.116-123. DOI:10.20996/1819-6446-2015-11-2-116-123.

100. Соколова, А.А. Возможности повышения эффективности и безопасности терапии пероральными антикоагулянтами у пациентов с фибрилляцией предсердий в рамках работы кабинета контроля антикоагулянтной терапии / А. А. Соколова // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва. – 2016.

101. Кореннова, О. Ю. Фибрилляция предсердий в реальной клинической практике: уроки одного регионального регистра / О. Ю. Кореннова, С. Н. Мальцев, А. В. Петренко, Е. Ю. Булахова // Журнал Трудный пациент. – 2015. – Том 13, № 4. – С. 8-11. ISSN: 2074-1995.

102. Якусевич, В. В. Амбулаторный пациент с фибрилляцией предсердий: основные характеристики. Первые данные регистра РЕКВАЗА ФП – Ярославль / В. В. Якусевич, Е. М. Позднякова, В. В. Якусевич и др. // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. – 2015. – Том 11 (2). – С.149-152. DOI:10.20996/1819-6446-2015-11-2-149-152.

103. Масленникова, Ю. В. Сравнительная характеристика пациентов с фибрилляцией предсердий Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи / Ю. В. Масленникова, В. П. Михин, М. В. Бекетова, Е. И. Звягинцева, М. М. Лукьянов // Журнал Профилактическая медицина. – 2015. – Том 18, №2 (выпуск 2). – С.с73-74. ISSN 2305-4948.

104. Михин, В. П. Структура госпитализации и антитромботическая терапия у больных с фибрилляцией предсердий в сочетании с ишемической болезнью сердца (данные регистра РЕКВАЗА ФП-Курск) / В. П. Михин, Ю. В. Масленникова, М. М. Лукьянов // Архивъ внутренней медицины. – 2017. – Том 7 (3). – С. 217-223. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-3-217-223.

105. Михин, В. П. Структура смертности и оценка риска смерти у больных с сочетанием фибрилляции предсердий и ишемической болезни сердца (данные регистра РЕКВАЗА ФП-Курск) / В. П. Михин, Ю. В. Масленникова, М. М. Лукьянов и др. // Человек и его здоровье. – 2017. – №4. – С. 35-41. DOI: 10.21626/vestnik/2017-4/07.

106. Михин, В. П. Медикаментозная терапия больных ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий в реальной медицинской практике (результаты регистра РЕКВАЗА ФП-Курск) / В. П. Михин, Ю. В. Масленникова, М. М. Лукьянов, Е. В. Кудряшов // Человек и его здоровье. – 2017. – №2. – С. 49-54. DOI: 10.21626/vestnik/2017-2/09.

107. Лукьянов, М. М. Больные с сочетанием хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и перенесенного ранее инфаркта миокарда: клинико-anamнестические характеристики и практика назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и β -адреноблокаторов, приверженность лечению (данные амбулаторного регистра РЕКВАЗА) // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. – 2017. – №13 (2). – С.207-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-207-212>.

108. Андреевко, Е. Ю. Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторной практике: возрастные и гендерные характеристики, коморбидность, медикаментозное лечение и исходы (данные регистра РЕКВАЗА) / Е. Ю. Андреевко, М. М. Лукьянов, С. С. Якушин и др. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2019. – №18 (6). – С.99–106. doi:10.15829/1728-8800-2019-6-99-106.

109. Навасардян, А. Р. Изучение приверженности терапии новыми оральными антикоагулянтами у больных с фибрилляцией предсердий в рамках регистра сердечно-сосудистых заболеваний / А. Р. Навасардян // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва. – 2015.

110. Марцевич, С. Ю. Оценка приверженности к приему новых пероральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий по данным

регистра ПРОФИЛЬ / С. Ю. Марцевич, А. Р. Навасардян, Н. П. Кутишенко, А. В. Захарова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – №10 (6). – С.625-630. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2014-10-6-625-630>.

111. Сычева, Н. А. Эффективность и безопасность антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших острый коронарный синдром / Н. А. Сычева // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Казань. – 2020.

112. Татаринцева, З. Г. Особенности острого коронарного синдрома в сочетании с фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике (по данным регистра Краснодарского края) / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачева, С. А. Рафф и др. // Альманах клинической медицины. – 2018. – №46 (7). – С.716–724. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-7-716-724.

113. Татаринцева, З. Г. Дислипидемия у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне острого коронарного синдрома по данным регистра Краснодарского края / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачева // Инновационная медицина Кубани. – 2019. – №15(3). – С.19-24. DOI: 10.35401/2500-0268-2019-15-3-19-24.

114. Татаринцева, З. Г. Антитромбоцитарная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне острого коронарного синдрома в реальной клинической практике (по данным тотального регистра острого коронарного синдрома по Краснодарскому краю) / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачева, С. В. Кручинова, В. А. Порханов // Кардиология: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 6 (4). – С. 6–13. doi: 10.24411/2309-1908-2018-14001.

115. Татаринцева, З. Г. Особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий в клинической практике по данным регистра острого коронарного синдрома / З. Г. Татаринцева, Е. Д. Космачева, С. А. Рафф и др. // Кардиология. – 2019. – №59 (7). – С.19–25. DOI:10.18087/cardio.2019.7.2503

116. Bassand, J-P. Two-year outcomes of patients with newly diagnosed atrial fibrillation: results from GARFIELD-AF / J-P. Bassand, G. Accetta, A. J. Camm, et al. // *Eur Heart J.* – 2016. – № 37 (38). – P. 2882-2889. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw233.

117. Kakkar, A. K. International longitudinal registry of patients with atrial fibrillation at risk of stroke: Global Anticoagulant Registry in the FIELD (GARFIELD) / A. K. Kakkar, I. Mueller, J.-P. Bassand, D. A. Fitzmaurice, S. Z. Goldhaber, S. Goto, S. Haas, W. Hacke, G. Y. H. Lip, L. G. Mantovani, F. W. A. Verheugt, W. Jamal, F. Misselwitz, S. Rushton-Smith, A. G. G. Turpie. // *Am. Heart J.* 2012. Vol. 163. № 1, P. 13–19.

118. Apenteng, P. N. Temporal trends in antithrombotic treatment of real-world UK patients with newly diagnosed atrial fibrillation: findings from the GARFIELD-AF registry / P. N. Apenteng, H. Gao, Hobbs FR on behalf of UK GARFIELD-AF Investigators and GARFIELD-AF Steering Committee, et al // *BMJ Open.* 2018. –N 8. P.e018905. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018905.

119. Pope, M. K. Risk profile, antithrombotic treatment and clinical outcomes of patients in Nordic countries with atrial fibrillation – results from the GARFIELD-AF registry / M. K. Pope, D. Atar, A. Svilaas et all. // *Annals of Medicine.* – 2021. № 53 (1). – P. 485-494, DOI: 10.1080/07853890.2021.1893897.

120. Menno, V. Antithrombotic Treatment Patterns in Patients with Newly Diagnosed Nonvalvular Atrial Fibrillation: The GLORIA-AF Registry, Phase II / V. Menno, M. D. Huisman, J. Kenneth et al. // *Am J Med.* – 2015. – № 128 (12). – P. 1306-13.e1. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.07.013.

121. Шляхто, Е В. Клинический портрет пациента с фибрилляцией предсердий в Российской Федерации в зависимости от антитромботической терапии. Результаты II фазы глобального регистра GLORIA-AF / Е. В. Шляхто, С. В. Виллевалде, А. В. Ежов и др. // *Российский кардиологический журнал.* – 2020. – №;25(11). – С.:4179. doi:10.15829/1560-4071-2020-4179.

122. Caterina, R. De. [Management of thromboembolic risk in patients with atrial fibrillation in Italy: baseline data from the PREFER in AF European Registry] /

R. De Caterina, G. Renda, R. Sangiulio // *G Ital Cardiol (Rome)*. – 2016. – №17 (11). – P. 922-931. DOI: 10.1714/2498.26200.

123. O'Brien, E. C. Clinical Characteristics, Oral Anticoagulation Patterns, and Outcomes of Medicaid Patients With Atrial Fibrillation: Insights From the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF I) Registry / E. C. O'Brien, S. Kim, T. Laine et al. // *J Am Heart Assoc*. – 2016. – № 5 (5). – P. e002721. DOI: 10.1161/JAHA.

124. Lenarczyk, R. Polish and European management strategies in patients with atrial fibrillation. Data from the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot) / R. Lenarczyk, K. Mitreǵa, M. Mazurek et al. // *Pol Arch Med Wewn*. – 2016. – № 126 (3). – P.138-48. DOI:10.20452/pamw.3322.

125. Lip, G. Y. Sex-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Observational Research Programme Pilot survey on Atrial Fibrillation / G. Y. Lip, C. Laroche, G. Boriani. et al // *Europace*. – 2015. – №17(1). – P. 24-31. doi: 10.1093/europace/euu155. Epub 2014 Jun 22. PMID: 24957921.

126. Boriani, G. Glomerular filtration rate in patients with atrial fibrillation and 1-year outcomes / G. Boriani, C. Laroche, I. Diemberger et al // *Sci Rep*. – 2016. – № 28 (6). –P. 30271. doi: 10.1038/srep30271.

127. Dai, Y. Atrial fibrillation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: analysis of the china acute myocardial infarction (CAMI) registry / Y. Dai, J. Yang, Z. Gao et al. // *BMC Cardiovasc Disord*. – 2017. – № 17 (1). – P. 2. DOI: 10.1186/s12872-016-0442-9.

128. Dewilde, W. J. WOEST study investigators. Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomized, controlled trial / W. J. Dewilde, T. Oirbans, F. W. Verheugt et al. // *Lancet*. – 2013. – № 381. – P.1107-15. doi:10.1016/S0140-6736(12)62177-1. Epub 2013 Feb 13.

129. Gibson C. M., An open-label, randomized, controlled, multicenter study exploring two treatment strategies of rivaroxaban and a dose-adjusted oral vitamin K antagonist treatment strategy in subjects with atrial fibrillation who undergo percutaneous coronary intervention (PIONEER AF-PCI) / C. M. Gibson, R. Mehran, C. Bode et al. // *Am Heart J.* – 2015. – № 169. – P. 472-8.e5. doi:10.1016/j.ahj.2014.12.006.

130. Gibson, C. M. Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI / C. M. Gibson, R. Mehran, C. Bode et al. // *N Engl J Med.* – 2016. – № 375. – 2423-34. DOI: 10.1056/NEJMoa1611594.

131. Christopher, P. Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation / P. Christopher, M. D. Cannon, L. Deepak et all. // *N Engl J Med.* – 2017. – № 16 (377). – P.1513-24. DOI: 10.1056/NEJMoa1708454.

132. Павлова, Т. В. Результаты субанализов рандомизированного клинического исследования AUGUSTUS / Т. В. Павлова, П. Д. Пуплякова, О. В. Шкаева, С. П. Кривова // *Российский кардиологический журнал.* – 2020. – Том 25 (S3). – С.4104. doi:10.15829/1560-4071-2020-4104.

133. Lopes, R. D. Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation / R. D. Lopes, G. Heizer, R. Aronson et all. // *N Engl J Med.* – 2019. – №380. – С.1509-24. DOI: 10.1056/NEJMoa1817083.

134. Vranckx, P. Edoxaban-based versus vitamin K antagonist-based antithrombotic regimen after successful coronary stenting in patients with atrial fibrillation (ENTRUST-AF PCI): a randomised, open-label, phase 3b trial / P. Vranckx, M. Valgimigli, L. Eckardt et all. // *LANCET.* – 2019. – № 394 (10206). – P. 1335-1343. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31872-0/](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31872-0/).

135. Vranckx, P. Edoxaban in atrial fibrillation patients with percutaneous coronary intervention by acute or chronic coronary syndrome presentation: a pre-specified analysis of the ENTRUST-AF PCI trial / P. Vranckx, M. Valgimigli, L. Eckardt et all. // *European Heart Journal.* – 2020. – V. 41 (47). – P. 4497–4504, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa617/>.

136. Седых, Д. Ю. Различия приверженности к терапии у пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда / Д. Ю. Седых, Г. Петров,

В. В. Кашталап // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2018. – №7 (4). – С.15-25.

137. Golwala, H.B. Ellis SG et al. Safety and efficacy of dual vs. triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials / H.B. Golwala, C.P. Cannon, P.G. Steg et al. // *European Heart Journal*. – 2018. – № 39 (19). – P. 1726–1735a. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy162.

138. Скопец, И.С. Оценка отдаленных последствий острого коронарного синдрома в реальной клинической практике: результаты пятилетнего наблюдения / И.С. Скопец, Н.Н. Везикова, О.Ю. Барышева и др.// *CardioСоматика*. – 2018. – Том 9 (2). – С:17–23. DOI: 10.26442/2221-7185_2018.2.17-23.

139. Арутюнов, Г.П. Международный регистр “Анализ динамики Коморбидных заболеваний у пациенТов, перенесшИх инфицироВание SARS-CoV-2” (АКТИВ SARS-CoV-2): анализ предикторов неблагоприятных исходов острой стадии новой коронавирусной инфекции / Г. П. Арутюнов, Е. И. Тарловская, А. Г. Арутюнов и др. // *Российский кардиологический журнал*. – 2021. – Том 26 (4). – С.4470. doi:10.15829/1560-4071-2021-4470.

140. Арутюнов, Г.П. Международный регистр «Анализ динамики коморбидных заболеваний у пациентов, перенесших инфицирование SARS-CoV-2 (АКТИВ SARS-CoV-2)» / Г. П. Арутюнов, Е. И. Тарловская, А. Г. Арутюнов и др. // *Кардиология*. – 2020. – Том 60(11). – С:30–34. DOI: 10.18087/cardio.2020.11.n1398.

141. Арутюнов, Г.П. Регистр «Анализ динамики Коморбидных заболеваний у пациенТов, перенесшИх инфицироВание SARS-CoV-2» (АКТИВ). Оценка влияния комбинаций исходных сопутствующих заболеваний у пациентов с COVID-19 на прогноз / Г. П. Арутюнов, Е. И. Тарловская, А. Г. Арутюнов и др. // *Терапевтический архив*. – 2022. – Том 94 (1). – С:32–47. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201320

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БОЛЬНОГО (регистр пациентов с ФП и ОКС, проходивших II этап кардиореабилитации в клинике Кировской ГМА)

- Индивидуальный код пациента
- Пол: ♂ ♀ ▪ Количество полных лет: _____
- Место жительства: *сельская местность* *городская местность*
- г. Киров* *район Кировской области* (_____)
- Дата заполнения карты (включения в регистр): ____ / ____ / ____
- Дата ОКС: ____ / ____ / ____
- Дата поступления на I этап кардиореабилитации ____ / ____ / ____
- Дата поступления на II этап кардиореабилитации ____ / ____ / ____
- Дата начала III этапа кардиореабилитации ____ / ____ / ____
- Дата контрольного визита ____ / ____ / ____

1) Анамнестические и инструментальные данные до возникновения ОКС:

Сердечно-сосудистая патология

- Наличие АГ в анамнезе: *да* *нет*
- Для пациентов с АГ: ▪ Стаж АГ: _____
- Вазоренальный генез АГ: *да* *нет* ▪ Степень АГ: 1 2 3
- Максимальное АД: ____ / ____ мм.рт. ст. ▪ Привычное АД: ____ / ____ мм.рт. ст.
- Целевое АД (<140/90 мм рт. ст. и <140/85 мм рт. ст. для больных с СД) в течение
последних 3 месяцев: *да* *нет* ▪ Наличие ПАД ≥ 60 : *да* *нет*
- Наличие ГЛЖ: *да* *нет* ▪ ХБП (СКФ 30-60 мл/мин/1,73м²): *да* *нет*
- Гиперт. ретинопатия: *да* *нет* ▪ Гиперт. нефропатия: *да* *нет*
-
- Наличие ИБС в анамнезе: *да* *нет*
- Для пациентов с ИБС: ▪ Стаж ИБС: _____
- Наличие ОКС в анамнезе: *да* *нет* ▪ Сколько раз: _____
- Вид ОКС: *НС* *ИМ с Q* *ИМ без Q* ▪ Как давно последний: _____
- Наличие в анамнезе КАГ: *да* *нет* ▪ Как давно: _____
- Какая: *плановая* *экстренная* *первично* *повторно* *шунтография*

- АС КА: да нет (ГДЗ ГДН) ▪Тромбоз КА: да нет
- Реваскуляризация КА в анамнезе: да нет ▪Как давно: _____
- Какая: плановая экстренная стентирование (с лек./п. без лек./п.)
ТБА шунтирование (АКШ МКШ АКШ+МКШ)
.....
- Наличие ФП в анамнезе: да нет
 Для пациентов с ФП: ▪Стаж ФП _____
- Форма ФП: пароксиз. персист. дл. персист. постоянная
- Частота контроля МНО (для тех, кто принимал АВК): без контроля
1 раз/нед. 1 раз/2 нед. 1 раз/мес. 1 раз/1-2 мес. реже
- Причина не назначения АКВ: нет возможности контроля МНО
лабильное МНО или кровотечение в анамнезе высокий риск кровотечения не
указано другое _____
- Причина не назначения ПОАК: цена (нет возможности покупать)
не указана другое _____
- Показан прием ИПП: да нет
 При постоянной ФП
- Имелась ли в течение последних 3-х месяцев ТК ЧСС: да нет
- Какая: пульс урежающие препараты ЭКС
- ЧСС < 110 уд. в мин.: да нет ▪Брадикармия ФП: да нет
 При пароксизмальной ФП
- Принимали ли в течение последних 3-х месяцев постоянно ТПП: да нет
- В течение 3 месяцев до ОКС имелись ли пароксизмы ФП: да нет
- СР на момент ОКС: да нет
 При персистирующей ФП
- Выбор тактики: ТКР перевод в постоянную форму не указано
- Проведенная ТКР: ЭКВ МКВ ▪Имело ли место СВ СР: да нет
- СР на момент ОКС: да нет

При длительно персистирующей ФП

- Раннее проведенная ТКР: ЭКВ МКВ ▪ Сколько раз: 1 раз ≥ 2 раз
- Длительность эффекта: длительный кратковременный не эффективна
- Имело ли место СВ СР: да нет ▪ СР на момент ОКС: да нет
- Выбор дальнейшей тактики: ТКР перевод в постоянную ФП не указано
-
- Наличие ХСН в анамнезе: да нет

Для пациентов с ХСН: ▪ Стаж ХСН _____ ▪ ФК: I II III IV

-
- Проводилась ли РЧА: да нет ▪ По поводу чего: _____
- Наличие постоянного ЭКС: да нет ▪ По поводу чего: _____
- Наличие МИ в анамнезе: да нет ▪ Сколько раз _____
- Осложнения МИ (парезы, параличи и т.п.): да нет
- ХРБС: да нет ▪ Наличие ИКС: да нет (МК ТК АК)
- Периферический АС: да нет ▪ АС БЦА: да нет (ГДЗ ГДН)
- Отягощенность семейного анамнеза по ССЗ: да нет неизвестно
- Непереносимость ИАПФ (сухой кашель): да нет
- Непереносимость других кардиологических групп препаратов: нет да

.....

▪ Наличие других ССЗ: да нет ▪ Какие: _____

.....

Сопутствующая (не сердечно-сосудистая) патология

- Нарушение гликемии натощак (сахар 5,6-6,9 ммоль/л у лиц без СД): да нет
- Наличие в анамнезе НТГ: да нет ▪ СД в анамнезе: да нет
- Тип: 1 2 ▪ Осложнения: да нет
- Какие: ретинопатия нефропатия полинейропатия другие _____
- Какой вид терапии: инсулин ПССП диета другое _____

▪Рост (м): _____ ▪Вес (кг): _____ ▪ИМТ: _____ ▪ОТ (см): _____

▪Наличие заболеваний ЩЖ: ДУЗ (АДИ другой струмэктомия)

АИТ (АДИ другой струмэктомия) Другое _____

▪БА в анамнезе: *да* *нет* ▪ХОБЛ в анамнезе: *да* *нет*

▪Хронический неспецифический бронхит в анамнезе: *да* *нет*

▪ЯБ в анамнезе: *да* *нет* ▪Локализация: *желудок* *ДПК*

▪Наличие осложнений ЯБ: *да* *нет* ▪Какие: _____

▪Наличие гастрита/гастродуоденита: *да* *нет*

▪Какой: *неспецифический* *хронический атрофический* *другой* _____

▪Наличие ГЭРБ: *да* *нет* ▪Наличие эзофагита: *да* *нет*

▪Вирусный гепатит: *да* *нет* ▪Какой: *A* *B* *C* *D* *E*

▪Наличие других заболеваний ЖКТ: *да* *нет* ▪Какие: _____

▪ХБП в анамнезе: *да* *нет*

▪Стадия: *A0* *A1* *A2* *A3* *A4* *неизвестно*

C1 *C2* *C3a* *C3б* *C4* *неизвестно*

▪Наличие других заболеваний почек: *да* *нет* ▪Какие: _____

▪Курение: *да* *нет* ▪Сколько лет: _____

▪Бросил: *да* *нет* ▪Как давно: _____

▪Злоупотребление алкоголем: *да* *нет*

▪Наличие других не кардиальных заболеваний: *да* *нет*

Какие: _____

▪ИПМ (количественный) _____ баллов

▪CHA₂DS₂-VASc _____ баллов

▪ИПМ (качественный) _____ баллов

▪HAS-BLED _____ баллов

2) Анамнестические и инструментальные данные I и II этапов кардиореабилитации

- Вид ОКС: *НС* *ИМ с Q* *ИМ без Q*
- Куда поступил первично на I этап кардиореабилитации: *РСЦ* *ПСЦ*
отделение НК ЦРБ *отделение НК городской больницы*
- Переводы в другие ЛПУ на I этапе кардиореабилитации: *да* *нет*
- Если да, то куда: *РСЦ* *ПСЦ* *КХО КОКБ*
- ЛПУ, направившее на II этап кардиореабилитации: *РСЦ* *ПСЦ*
отделение НК ЦРБ *отделение НК городской больницы* *КХО КОКБ*
- Проводилась ли ТЛТ: *да* *нет* Препарат: _____
- Проводилась ли КАГ: *да* *нет*
- Какая: *плановая* *экстренная* *первично* *повторно* *шунтография*
- АС КА: *да* *нет* (*ГДЗ* *ГДН*) ▪ Тромбоз КА: *да* *нет*
- Проводилась ли реваскуляризация КА: *да* *нет*
- Какая: *плановая* *экстренная* *стензирование* (*с лек./п.* *без лек./п.*)
ТБА *шунтирование* (*АКШ* *МКШ* *АКШ+МКШ*)
- Рекомендовано при выписке: КАГ/шунтография: *да* *нет*
- реваскуляризация КА: *да* *нет* ▪ консультация кардиохирурга: *да* *нет*

.....
Данные ЭХО-КС: ▪ ФВ ЛЖ (Simpson) (%) _____

	<i>да</i>	<i>нет</i>		<i>да</i>	<i>нет</i>
ИКДО ЛЖ <97 мл/м²			ИКДОЛП >29 мл/м²		
ИКДОЛП >34 мл/м²			ИММЛЖ м>116 ж>96		
ИММЛЖ м>149 ж>122			ОТС >0,45		
Е/ē ср. >15 (Е/е)			Е/ ср. >9-14 (Е/е)		
РАР сист. >35 мм.рт.ст			ē ср. <9 см/сек		
ГЛЖ			Edec (DT) <100мс		
Диагностические коды СНсФВ			ФП (не СР) при исследовании		

Данные ХМ-ЭКГ:

- Ритм на момент исследования: *синусный* *ФП* *другой* _____
 - Среднесуточная ЧСС: _____ уд./мин. ▪ Паузы > 2000 мс: *да* *нет*
-

▪ Почему назначены в стационаре дозы ГЛТ ниже рекомендованных КР:

п/э *с учетом возраста* *не указано* *другое* _____

▪ Имелись ли п/э ГЛТ: *да* *нет*

▪ Какие: \uparrow *в 3р АЛТ/АСТ* \uparrow *в 2р билирубина* *другое* _____

▪ Отмена ГЛТ: *да* *нет* ▪ Почему: _____

▪ Замена препарата или группы: *да* *нет* ▪ Почему: _____

▪ \downarrow дозы ГЛТ: *да* *нет* ▪ Почему: _____

▪ Почему при выписке рекомендованы дозы ГЛТ ниже рекомендованных КР:

п/э *с учетом возраста* *не указано* *другое* _____

.....
 ▪ Имелись ли гемorragические осложнения АТТ (BARC):

Тип 0 *Тип 1* *Тип 2* *Тип 3а* *Тип 3в* *Тип 3с* *Тип 4* *Тип 5*

▪ На какой АТТ: *АВК* *ПОАК* *ААГ* *другое* _____

▪ Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____

с ошибками контроля МНО *без ошибок контроля МНО*

▪ Имелись ли гастропатии на фоне приема АТТ: *нет* *не эрозивные*

эрозивные *обострение имеющихся ранее* ▪ Проведено ФГДС: *да* *нет*

▪ На какой АТТ: *АВК* *ПОАК* *ААГ* *другое* _____

▪ Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____

с ошибками контроля МНО *без ошибок контроля МНО*

▪ Показан приём ИПП: *да* *нет*

▪ Почему не назначены АКВ в стационаре: *письменный отказ пациента*

нет возможности контроля МНО в дальнейшем *ВРК (HAS BLEED ≥ 3)*

лабильное МНО или кровотечение в анамнезе *не указано* *другое*

.....
 ▪ Почему не назначены ПОАК в стационаре: *письменный отказ пациента*

цена (нет возможности покупать в дальнейшем) не указана

другое _____

▪ Отмена ОАК: *да* *нет*

- Причина: *n/э* *лабильное МНО* *отказ пациента* *другое* _____
- Почему не рекомендованы при выписке АКВ: *письменный отказ пациента*
нет возможности контроля МНО *низкая приверженность*
ВРК (HAS BLED ≥ 3) *лабильное МНО или кровотечение в анамнезе*
не указано *другое* _____
- Почему не рекомендованы при выписке ПОАК: *письменный отказ пациента*
цена (нет возможности покупать) *низкая приверженность* *не указано*
другое _____
- Другие п/эфекты АТТ _____
-
- Срывы ритма за период I-II этапов: *да* *нет*
- Чем восстановлен СР: СВР МКВ ЭКВ ▪ Выявлено АДИ: *да* *нет*
- Достигнутый уровень пульса (< 110 уд. в мин) на момент завершения II этапа кардиореабилитации: *целевой* *тахикардия* *брадикардия*
- Форма ФП при выписке: *пароксиз.* *персист.* *дл. персист.* *постоянная*
- Причина не назначения БАБ в стационаре: *n/э или непереносимость*
гипотония *брадикардия* *противопоказания* *другое* _____
- Причина не назначения БАБ при выписке: *n/э или непереносимость*
гипотония *брадикардия* *противопоказания* *другое* _____
- Какая ТК ЧСС выбрана для пациентов с постоянной ФП:
пульс урежающие препараты *ЭКС* *не указано* *другое* _____
- Какая ТК ЧСС выбрана для пациентов с пароксизмальной ФП:
ТПП *не указано* *другое* _____
- Какая выбрана тактика для пациентов с персистирующей и длительно персистирующей ФП: *ТКР* *перевод в постоянную форму* *не указано*
- Какая ТКР: *ЭКВ* *МКВ* *РЧА* *другое* _____
- Рекомендована ли при выписке консультация аритмолога: *да* *нет*
- Рекомендована ли при выписке консультация эндокринолога/УЗИ ЩЖ/гормоны ЩЖ: *да* *нет* ▪ Рекомендован ли при выписке ХМ-ЭКГ: *да* *нет*
- Рекомендована ли при выписке установка ЭКС: *да* *нет*
- Причина: *ФП* *СССУ* *другая* _____
- Рекомендована ли при выписке РЧА: *да* *нет*
- Причина: *ФП* *другая* _____
-

- Причина не назначения ИАПФ/АРА в стационаре: *п/э или непереносимость*
гипотония *противопоказания* *другое* _____
- Непереносимость ИАПФ (сухой кашель): *да* *нет*
- Имелись ли другие п/э ИАПФ/АРА: *да* *нет*
- Какие п/э: _____
- Достигнутый уровень АД на момент завершения II этапа кардиореабилитации:
целевой *гипотония* *I степень* *II степень* *III степень*
- Почему не рекомендованы ИАПФ/АРА при выписке: *противопоказания*
п/э или непереносимость *гипотония* *другое* _____
.....
- Имелись ли п/э других групп препаратов: *да* *нет*
- Какие п/э: _____
- Причины не назначения других групп в стационаре: _____

- Причины не назначения других групп при выписке: _____

- Выявлены ли ещё ССЗ, кроме тех, что уже имелись до ОКС: *да* *нет*
- Какие: *ИБС* *ХСН* *АГ* *другие* _____

- Выявлены ли ещё не ССЗ, кроме тех, что уже имелись до ОКС: *да* *нет*
- Какие: _____

- ИПМ (количественный) _____ баллов ▪ ИПМ (качественный) _____ баллов
- CHA₂DS₂-VASc _____ баллов ▪ HAS-BLED _____ баллов
- Консультации каких ещё специалистов рекомендованы при выписке:

- Какие другие инструментальные методы исследования рекомендованы при выписке: _____

- Примечание: _____

3) Анамнестические и инструментальные данные III этапа кардиореабилитации (заполняется на контрольном визите)

- Прием терапевта/ВОП: да нет ▪ Сколько раз: _____
 ▪ Прием кардиолога: да нет ▪ Сколько раз: _____
 ▪ Прием кардиохирурга: да нет ▪ Прием аритмолога: да нет
 ▪ Прием эндокринолога: да нет ▪ Не наблюдались нигде: да нет
 ▪ Проводилась ли КАГ: да нет ▪ Сколько раз: _____
 ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
 ▪ Какая: плановая экстренная первично повторно шунтография
 ▪ АС КА: да нет (ГДЗ ГДН) ▪ Тромбоз КА: да нет
 ▪ Проводилась ли реваскуляризация КА: да нет ▪ Сколько раз: _____
 ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
 ▪ Какая: плановая экстренная стентирование (с лек./п. без лек./п.
 ТБА шунтирование (АКШ МКШ АКШ+МКШ
 ▪ Проводилась ли ЭХО-КС: да нет ▪ Проводилось ли ХМ-ЭКГ: да нет
 ▪ Вызов СПМ: да нет ▪ Сколько раз: _____
 ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
 ▪ Причина: гиперт. криз НРС ОКС другое _____

 ▪ Повторная госпитализация: да нет ▪ Какая: плановая экстренная
 ▪ Сколько раз: _____ ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
 ▪ Причина: гиперт. криз НРС ОКС другое _____

 ▪ Имелись ли п/э ГЛТ: да нет
 ▪ Какие: ↑ в 3р АЛТ/АСТ ↑ в 2р билирубина другое _____
 ▪ Была ли изменена рекомендованная при выписке ГЛТ: да нет
 отменена совсем ↓ доза ↑ доза замена на другой препарат/группу
 ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
 ▪ Кто изменил ГЛТ: терапевт/ВОП кардиолог кардиохирург
 аритмолог самостоятельно другое _____
 ▪ Причина: согласно сроку, рекомендованному КР п/э повторные ССС
 недостаточный эффект низкая приверженность не указано другое

- Имелись ли ТО: да нет (НС ИМ с Q ИМ без Q другие _____
- Сколько раз: _____ ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____
- На какой АТТ: АВК ПОАК ААГ другое _____
- Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____
с ошибками контроля МНО без ошибок контроля МНО нет данных
- Имелись ли ТОЭ: да нет ▪ Сколько раз: _____
- Какие: МИ ишемич. ТЭЛА. другое _____
- Через сколько месяцев после выписки: _____
- На какой АТТ: АВК ПОАК ААГ другое _____
- Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____
с ошибками контроля МНО без ошибок контроля МНО нет данных
- Имелись ли геморрагические осложнения АТТ (BARC):
Тип 0 Тип 1 Тип 2 Тип 3а Тип 3в Тип 3с Тип 4 Тип 5
- На какой АТТ: АВК ПОАК ААГ другое _____
- Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____
с ошибками контроля МНО без ошибок контроля МНО нет данных
- Имелись ли гастропатии на фоне приема АТТ: нет не эрозивные
эрозивные обострение имеющихся ранее ▪ Проведено ФГДС: да нет
- На какой АТТ: АВК ПОАК ААГ другое _____
- Если на фоне приема АВК, то при каком МНО: _____
с ошибками контроля МНО без ошибок контроля МНО нет данных
- Частота контроля МНО (для тех, кто принимал АВК):
регулярно (1-2 раза/мес.) нерегулярно (< 1-2 раз/мес, либо без учета МНО)
только при повт. госпитализациях мал срок приема АВК без контроля
- Была ли изменена рекомендованная при выписке АТТ: да нет
отменена совсем ↓ доза ↑ доза замена на другой препарат/группу
отменен АВК отменен ПОАК отменен 1 ААг отменены 2 ААг
краткосрочно (удаление зубов, операция и т.п.) долгосрочно (на _____ месяцев)
- Через сколько месяцев после выписки: _____
- Кто изменил АТТ: терапевт/ВОП кардиолог кардиохирург
аритмолог самостоятельно другое _____
- Причина: согласно сроку, рекомендованному КР н/э

стал ВРК ($HAS\ BLED \geq 3$) повторные ССС недостаточный эффект
 низкая приверженность не указано другое

▪ Причина отмены АВК: нет возможности контроля МНО н/э
 лабильное МНО или кровотечение в анамнезе стал ВРК ($HAS\ BLED \geq 3$)
 низкая приверженность не указано другое _____
 ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____

▪ Причина отмены НОАК: цена (нет возможности покупать) н/э
 стал ВРК ($HAS\ BLED \geq 3$) низкая приверженность не указано
 другое _____ ▪ Через сколько месяцев после выписки: _____

▪ Другие п/эффекты АТТ: _____

▪ Показан приём ИПП: да нет

.....

▪ Форма ФП конец III этапа: пароксиз. персист. дл.персист. постоянная

▪ Имелись ли п/э ААТ: да нет

▪ Какие: АДИ ЦЖ проаритмические другое _____

▪ Была ли изменена рекомендованная при выписке ААТ: да нет

отменена совсем ↓ доза ↑ доза замена на другой препарат/группу

▪ Через сколько месяцев после выписки: _____

▪ Кто изменил ААТ: терапевт/ВОП кардиолог кардиохирург

аритмолог самостоятельно другое _____

▪ Причина: н/э повторные НРС недостаточный эффект

низкая приверженность не указано другое

▪ Осуществлялся ли контроль пульса: да нет самоконтроль ХМ-ЭКГ

▪ На III этапе пульс был в пределах целевых значений: да нет

▪ Если нет, то какой: тахикардия брадикардия

▪ Достигнутый уровень пульса на момент конечной точки: целевой тахикардия
 брадикардия ▪ Срыв ритма: да нет ▪ Сколько раз: _____

▪ Чем купирован: спонтанно МКВ ЭКВ ▪ Проведение РЧА: да нет

▪ Установка постоянного ЭКС: да нет ▪ Снижение ТФН: да нет

.....

▪ Имелись ли п/э других групп «Жизне-сохраняющей терапии»: да нет

▪ Какие: _____

▪ Был ли существенно изменен приём других групп «Жизне-сохраняющей терапии»: да нет (отменена совсем замена на другой препарат/группу)

▪ Через сколько месяцев после выписки: _____

▪ Кто изменил ААТ: *терапевт/ВОП* *кардиолог* *кардиохирург*
аритмолог *самостоятельно* *другое* _____

▪ Причина: *п/э* *повторные ССС* *недостаточный эффект*
низкая приверженность *не указано* *другое*

▪ Осуществлял ли самостоятельно контроль АД: да нет

▪ АД было в пределах целевых значений: да нет

гипотония *кризовое течение* *прочее* _____

▪ Гипертонический криз: да нет ▪ Сколько раз: _____

▪ Достигнут ли целевой уровень АД на момент конечной точки: да нет

.....
▪ Выявлены ли ещё ССЗ, кроме тех, что уже имелись до начала III этапа кардиореабилитации: да нет ▪ Какие: _____

.....
▪ Выявлены ли ещё не ССЗ, кроме тех, что уже имелись до начала III этапа кардиореабилитации: да нет ▪ Какие: _____

.....
▪ Жизненный статус пациента на момент завершения исследования (12 месяцев от момента возникновения референсного ОКС): *жив* *умер* *потеряна связь*

▪ Дата смерти: ____ / ____ / ____

▪ Через сколько месяцев после выписки: _____

▪ Причина смерти: *известна* *неизвестна*

▪ Какая: *сердечно-сосудистая патология* *не сердечно-сосудистая патология*
(*ИМ* *МИ ишемич.* *МИ гемор.* *ТЭЛА* *аритмия* *другое*

.....
▪ Примечание: _____

4) Медикаментозная терапия до ОКС и на всех 3-х этапах кардиореабилитации

Группа	Препарат	3 мес. до ОКС	Окончание II этапа	Рекомендуемая при выписке	III этап
Статины	Аторвастатин				
	Розувастатин				
	Симвастатин				
АВК	Варфарин				
	Фенилин				
ПОАК	Дабигатран				
	Ривароксабан				
	Апиксабан				
ААГ	АСК				
	Клопидогрел				
	Тикагрелор				
ИАПФ	Периндоприл				
	Эналаприл				
	Рамиприл				
	Лизиноприл				
	Моноприл				
	Зофеноприл				
АРА	Валсартан				
	Лосартан				
	Кандесаран				
БАБ (II класс ААП)	Бисопролол				
	Метопролол				
	Атенолол				

α и β АБ	Карведилол				
α АБ	Клонидин				
	Тамсузолин				
α АМ	Доксазозин				
Агонисты I ₁ - имидазолиновых рецепторов	Моксонидин				
АК	Амлодипин				
	Нифедипин				
	Дилтиазем				
	Леркамидин				
АМКР	Спиринолактон				
	Эплеренон				
ПД	Торасемид				
ТД	Гипотиазид				
	Индапамид				
Нитраты кор.	Изосорбида динитрат				
	Нитроглицерин				
Нитраты дл.	Нитросорбида мононитрат				
Ингибиторы if каналов	Ивабрадин				
Регуляторы обменных процессов	Триметазидин				
ААП Ic класса	Лаптаконидина гидробромид				
	Этацизин				

	Пропафенон				
ААП III класса	Амиодарон				
	Соталол				
ААП IV класса	Верапамил				
Другие ААП (СГ)	Дигоскин				
ПССП	Метформин				
	Гликлазид				
	Гликвидон				
	Манинил				
Инсулин	Протофан				
Гормоны ЩЖ	Левотироксин				
ИПП	Пантопразол				
	Омепразол				
Препараты железа	Сорбифер				
ГКС системного действия	Преднизолон				
Ингаляционные КГС	Беклометазон				
	Флутиказон				
	Будесонид				
β АМ	Сальбутамол				
	Формотерол				
	Фенотерол				
	Салметерол				
МХЛ	Ипатропиума бромид				

приложение 2

ИПМ М. Е. Charlson и соавт. (1987)		ИПМ М. Е. Charlson и соавт. (1987) в модификации Н. Quan и соавт. (2005)	
Болезни	Баллы	Болезни по коду МКБ-10	Баллы
Инфаркт миокарда	1	I21.x; I22.x; I25.2	0
Хроническая сердечная недостаточность	1	I09.9; I11.0; I13.0; I13.2; I25.5; I42.0; I42.5 - I42.9; I43.x; I50.x; P29.0	2
Болезнь периферических артерий	1	I70.x; I71.x; I73.1; I73.8; I73.9; I77.1; I79.0; I79.2; K55.1; K55.8; K55.9; Z95.8; Z95.9	0
Цереброваскулярное заболевание	1	G45.x; G46.x; H34.0; I60.x - I69.x	0
Деменция	1	F00.x - 03.x; F05.1; G30.x; G31.1	2
Хроническое заболевание легких	1	I27.8; I27.9; J40.x - J47.x; J60.x - J67.x; J68.4; J70.1; J70.3	1
Болезнь соединительной ткани	1	M05.x; M06.x; M31.5; M32.x - M34.x; M35.1; M35.3; M36.0	1
Язвенная болезнь	1	K25.x - K28.x	0
Легкое поражение печени	1	B18.x; K70.0 - K70.3; K70.9; K71.3 - K71.5; K71.7; K73.x; K74.x; K76.0; K76.2 - K76.4; K76.8; K76.9; Z94.4	2
Диабет без поражения органов	1	E10.0; E10.1; E10.6; E10.8; E10.9; E11.0; E11.1; E11.6; E11.8; E11.9; E12.0; E12.1; E12.6; E12.8; E12.9; E13.0; E13.1; E13.6; E13.8; E13.9; E14.0; E14.1; E14.6; E14.8; E14.9	0
Диабет с поражением органов	2	E10.2 - E10.5; E10.7; E11.2 - E11.5; E11.7; E12.2 - E12.5; E12.7; E13.2 - E13.5; E13.7; E14.2 - E14.5; E14.7	1
Гемиплегия или параплегия	2	G04.1; G11.4; G80.1; G80.2; G81.x; G82.x; G83.0 - G83.4; G83.9	2
Заболевания почек (умеренная или тяжелая болезнь почек)	2	I12.0; I13.1; N03.2 - N03.7; N05.2 - N05.7; N18.x; N19.x; N25.0; Z49.0 - Z49.2; Z94.0; Z99.2	1
Любые злокачественные опухоли, включая лимфому и лейкемии, кроме злокачественных новообразований кожи	2	C00.x - C26.x; C30.x - C34.x; C37.x - C41.x; C43.x; C45.x - C58.x; C60.x - C76.x; C81.x - C85.x; C88.x; C90.x - C97.x;	2

Умеренные или тяжелые заболевания печени	3	I85.0; I85.9; I86.4; I98.2; K70.4; K71.1; K72.1; K72.9; K76.5; K76.6; K76.7;	4
Метастатическая солидная опухоль	6	C77.x - C80.x	6
СПИД / ВИЧ	6	B20.x - B22.x; B24.x	4
	29		24
+ добавляется по 1 баллу за каждые 10 лет жизни после 40 лет (40-49 лет – 1 балл, 50-59 – 2 балла и т.д.)			

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Интерпретация полученных результатов			
Оценка годовой летальности		Оценка 10-летней выживаемости	
Баллы	%	Баллы	%
		0	99
1-2	12	1	96
		2	90
3-4	26	3	77
		4	53
≥ 5	85	≥ 5	≤ 21

приложение 3

Индивидуальный код пациента **EuroQol (визуально-аналоговая шкала – «термометр здоровья»)**

- Мы хотели бы узнать, как бы Вы оценили состояние своего здоровья **НА МОМЕНТ ВЫПИСКИ** из стационара по окончании II этапа кардиореабилитации.
- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить, 0 – наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
- Поставьте крестик “X” на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья **НА МОМЕНТ ВЫПИСКИ** из стационара по окончании II этапа кардиореабилитации.

Индивидуальный код пациента **EuroQol (визуально-аналоговая шкала – «термометр здоровья»)**

- Мы хотели бы узнать, как бы Вы оценили состояние своего здоровья **СЕГОДНЯ** на контрольном визите по окончании исследования.
- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить, 0 – наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
- Поставьте крестик “X” на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья **СЕГОДНЯ** на контрольном визите по окончании исследования.



Приложение 4

Индивидуальный код пациента

- **Дата заполнения карты:**
- **Жизненный статус:** *жив* *умер* *потеряна связь* *отказ от опроса*
- **Дата смерти:** ▪ *Нет данных* ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Причина смерти:** *известна* *нет данных*
- (ИМ МИ *иш.* МИ *гем.* ТЭЛА НРС НСЗ )
- **Повторные ССС:** *да* (плановые экстренные) *нет* *нет данных*
- **Наличие ТО:** *да* *нет* *нет данных* (НС ИМ *с Q* ИМ *без Q*)
- **Сколько раз:** ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Наличие ТОЭ:** *да* *нет* *нет данных* (МИ *иш.* ТИА. *другое* ...)
- **Сколько раз:** ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Проводилась ли КАГ:** *да* *нет* *нет данных* ▪ **Сколько раз:**
- **Сколько раз:** ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Какая:** *плановая* *экстренная* *первично* *повторно* *шунтография*
- **Проводилась ли реваскуляризация КА:** *да* *нет* *нет данных*
- **Сколько раз:** ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Какая:** *плановая* *экстренная* *стентирование* *ТБА* *шунтирование*
- **Прочие ССС:** *да* (.....) *нет* *нет данных*
- **Сколько раз:** ▪ **Через** месяцев после реф. ОКС
- **Приём ОАК по прошествии 7 лет от референсного ОКС:** ▪ *да* ▪ *нет*
- АВК (варфарин фенилин при целевом МНО)
- ПОАК (дабигатран ривароксабан )
- **Болезнь COVID-19:** *да* *нет* *есть а/т* *нет данных*
- **Где проходил лечение:** амбулаторно в стационаре *нет данных*
- **Имелось ухудшение течения ССЗ после перенесенного COVID-19:**
нет да (ИБС ФП АГ ХСН прочее _____)
- с летальным исходом *нет данных*
- **Вакцинация COVID-19:** *да* (до болезни) *нет* *нет данных*
- переболел COVID-19 до изобретения вакцин