

# Особенности наблюдения и обследования в амбулаторной практике пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в зависимости от профиля сердечно-сосудистой коморбидности, по данным регистра РЕГИОН

А.Н.Воробьев<sup>✉1</sup>, М.М.Лукьянов<sup>2</sup>, С.С.Якушин<sup>1</sup>, С.Ю.Марцевич<sup>2</sup>, А.Н.Козминский<sup>1</sup>, К.А.Мосейчук<sup>1</sup>, К.Г.Переверзева<sup>1</sup>, Е.А.Правкина<sup>1</sup>, А.В.Загребельный<sup>2</sup>, О.М.Драпкина<sup>2</sup>, С.А.Бойцов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России. 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9;

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. 101990, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3;

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России. 121552, Россия, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а

✉vorobyev.an@gmail.com

**Цель** – изучить особенности наблюдения, инструментального и лабораторного обследования пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), с учетом сердечно-сосудистой коморбидности.

**Материал и методы.** В рамках амбулаторного этапа исследования РЕГИОН созданы: регистр больных, перенесших ОНМК любой давности (регистр ОНМК-ЛД; n=511), а также регистр первого обращения в поликлинику после перенесенного мозгового инсульта (ОНМК-ПО; n=475) на базе трех поликлиник г. Рязани. Проведен анализ особенностей амбулаторного наблюдения пациентов за последние 12 мес до референсного визита в регистре ОНМК-ЛД и в первые 6 мес после референсного визита в регистре ОНМК-ПО в зависимости от диагностированных сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, нахождения под диспансерным наблюдением.

**Результаты.** За анализируемый период наблюдения в поликлинике больных наиболее часто осматривали участковые врачи-терапевты (ОНМК-ЛД – 81,4%, ОНМК-ПО – 91,6%). У больных регистра ОНМК-ЛД выявлена статистически значимо более высокая частота выполнения электрокардиографии, эхокардиографии и определения содержания в крови креатинина, общего холестерина у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе по сравнению с не перенесшими ранее инфаркт миокарда, а также в подгруппе больных, посещающих поликлинику, в сравнении с наблюдающимися на дому. Посещавшим поликлинику пациентам регистра ОНМК-ПО статистически значимо чаще проводились врачебные осмотры и выполнялись основные лабораторные и инструментальные методы обследования, за исключением эхокардиографии, по сравнению с наблюдающимися на дому. Частота проведения врачебных осмотров, а также выполнения инструментальных и лабораторных методов была статистически значимо выше в регистре ОНМК-ПО в целом и во всех анализируемых группах по сравнению с регистром ОНМК-ЛД, кроме подгруппы имевших ОНМК в анамнезе.

**Заключение.** Качество обследования пациентов, перенесших ОНМК, в поликлинике является недостаточным, тем не менее сравнение результатов регистров ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО позволяет говорить о его значительной положительной динамике за период 2,3 года, разделявший референсные визиты в данных регистрах.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, мозговой инсульт, транзиторная ишемическая атака, амбулаторно-поликлиническая практика, регистр, сердечно-сосудистая коморбидность, наблюдение.

**Для цитирования:** Воробьев А.Н., Лукьянов М.М., Якушин С.С. и др. Особенности наблюдения и обследования в амбулаторной практике пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в зависимости от профиля сердечно-сосудистой коморбидности, по данным регистра РЕГИОН. CardioСоматика. 2018; 9 (2): 5–11. DOI: 10.26442/2221-7185\_2018.2.5-11

## Specifics of outpatient follow-up and assessment of patients with the history of acute stroke depending of the profile of cardiovascular comorbidity according to the data of the outpatient registry REGION

A.N.Vorobyev<sup>✉1</sup>, M.M.Loukyanov<sup>2</sup>, S.S.Yakushin<sup>1</sup>, S.Yu.Martsevich<sup>2</sup>, A.N.Kozminsky<sup>1</sup>, K.A.Moseychuk<sup>1</sup>, K.G.Pereverzeva<sup>1</sup>, E.A.Pravkina<sup>1</sup>, A.V.Zagrebelyny<sup>2</sup>, O.M.Drapkina<sup>2</sup>, S.A.Boytssov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>I.P.Pavlov Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 390026, Russian Federation, Ryazan, ul. Vysokovol'tnaia, d. 9;

<sup>2</sup>National Medical Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation. 101990, Russian Federation, Moscow, Petroverigskii per., d. 10, str. 3;

<sup>3</sup>National Medical Research Center for Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation. 121552, Russian Federation, Moscow, ul. 3-ia Cherepkovskaia, d. 15a

✉vorobyev.an@gmail.com

**Abstract**

**Aim** – to study the specifics of follow-up, instrumental and laboratory assessment of patients with a history of acute cerebrovascular accident (ACVA), taking cardiovascular comorbidity into account.

**Material and methods.** Within the outpatient phase of the REGION study, a register of patients with a history of ACVA of any remoteness (ACVA-AR registry, n=511), and the register of patients who had visited the outpatient clinic for the first time after cerebral stroke (ACVA-FV, n=475) were organized. The analysis of specifics of outpatient follow-up of patients during the last 12 months prior to the reference visit in the ACVA-AR registry and in the first 6 months after the reference visit in the ACVA-FV registry, depending on diagnosed concomitant cardiovascular diseases and their complications, conditions and the fact of being under dispensary observation was done.

**Results.** During the analyzed period of follow-up in the outpatient clinic, the patients were most often examined by district therapists (ACVA-AR – 81.4%, ACVA-FV – 91.6%). Patients in the ACVA-AR registry had a statistically significantly higher incidence of electrocardiography, echocardiography and blood creatinine and total cholesterol results in patients with a history of myocardial infarction comparing to those who hadn't myocardial infarction, as well as in a subset of patients who visited the clinic in comparison with those who were observed at home. Patients of the ACVA-FV registry were statistically significantly more often examined by doctors and had basic laboratory and instrumental examination methods done (except echocardiography) compared to those who were observed at home. The frequency of medical examinations, as well as the performance of instrumental and laboratory methods, was statistically significantly higher in the ACVA-FV register as a whole and in all analyzed groups comparing to the ACVA-AR registry, except for a subgroup of patients with a history of ACVA.

**Conclusion.** The quality of the examination of patients with a history of ACVA in the outpatient practice is inadequate; nevertheless, a comparison of the results of the ACVA-AR and ACVA-FV registers allows one to speak of its significant positive dynamics over the period of 2.3 years, which separated the reference visits in these registers.

**Key words:** acute cerebrovascular accident, cerebral stroke, transient ischemic attack, outpatient practice, register, cardiovascular comorbidity, follow-up.

**For citation:** Vorobyev A.N., Loukyanov M.M., Yakushin S.S. et al. Specifics of outpatient follow-up and assessment of patients with the history of acute stroke depending of the profile of cardiovascular comorbidity according to the data of the outpatient registry REGION. *Cardiosomatics*. 2018; 9 (2): 5–11. DOI: 10.26442/2221-7185\_2018.2.5-11

**Цель исследования**

*Цель* – изучить в рамках амбулаторного регистра-целью исследования особенности наблюдения, инструментального и лабораторного обследования пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), с учетом сердечно-сосудистой коморбидности.

В Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности населения на протяжении многих десятилетий. По данным 2014 г. 1/2 (50,1%) всех смертей в стране произошла по причине ССЗ, причем более 80% из них было связано с ишемической болезнью сердца (ИБС) и мозговыми инсультами (МИ) [1]. В последние годы смертность от МИ в нашей стране снижается [2], тем не менее до 80% пациентов, перенесших МИ, не возвращаются к прежней работе вследствие инвалидизации [3].

Данные доказательной медицины однозначно свидетельствуют о том, что ОНМК можно предупредить с помощью комплекса мер первичной профилактики МИ и транзиторной ишемической атаки (ТИА) [4, 5]. Кроме того, раннее начало осуществления мер вторичной профилактики ОНМК способно значительно снизить как частоту повторного МИ, так и связанную с ним сердечно-сосудистую смертность [5, 6]. Основные подходы к первичной и вторичной профилактике МИ отражены в современных клинических рекомендациях [4–8].

Перенесшие ОНМК пациенты, как правило, характеризуются сердечно-сосудистой коморбидностью (т.е. имеют два и более диагноза сердечно-сосудистой патологии). В связи с этим эффективность вторичной профилактики ОНМК в значительной степени определяется качеством амбулаторного ведения пациентов с наиболее распространенными ССЗ: артериальной гипертензией (АГ), ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН), фибрилляцией предсердий (ФП) [5, 6, 8–15].

Однако реальная клиническая практика совершенно в недостаточной степени соответствует тому, что сформулировано в клинических рекомендациях [9–17].

На повышение качества медицинской помощи населению РФ в амбулаторно-поликлинических условиях направлено, в частности, совершенствование системы диспансерного наблюдения (ДН) больных с ССЗ, перенесших ОНМК [18].

Реальное представление о существующей медицинской практике, ее особенностях в разных регионах или медицинских учреждениях позволяют получить медицинские регистры, которые становятся все более востребованными в самых различных областях медицины [19]. Но имеющихся данных отдельных регистров больных, перенесших ОНМК [16, 20–23], недостаточно, особенно в контексте оценки результатов отдаленного наблюдения данной категории больных в амбулаторно-поликлинической практике в РФ.

Несмотря на то что в нашей стране был организован ряд регистровых исследований по изучению течения МИ [16, 20, 21], существует необходимость более подробного описания этой группы больных, оценки наличия у них сочетанных ССЗ, а также выявления особенностей оказания им амбулаторно-поликлинической помощи.

Исследование РЕГИОН (РЕГИСтр больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения) имеет целью изучить особенности течения ОНМК, ближайшие и отдаленные исходы, качество обследования и медикаментозной терапии в рамках амбулаторных и госпитального регистров [24, 25]. В данной публикации представлены результаты оценки использования отдельных элементов комплекса мер вторичной профилактики ОНМК в амбулаторных регистрах в г. Рязани, являющихся составной частью этого исследования.

**Материалы и методы**

На базе трех поликлиник г. Рязани созданы два амбулаторных регистра больных, перенесших ОНМК (МИ/ТИА). Эти регистры являются составной частью исследования РЕГИОН, проводящегося в Москве и Рязани. В соответствии с протоколом исследования в амбулаторно-поликлинические регистры были включены 986 больных, перенесших ОНМК (МИ/ТИА):

Таблица 1. Частота наличия ССЗ у больных, перенесших ОНМК и включенных в регистры

Диагноз	Регистр ОНМК-ЛД, n (%)	Регистр ОНМК-ПО, n (%)	p
АГ	496 (97,1)	443 (93,3)	0,005
ИБС	384 (75,1)	318 (66,9)	0,005
ХСН	378 (74,0)	317 (66,7)	0,013
ФП	107 (20,9)	141 (29,7)	0,002
МИ в анамнезе	72 (14,1)	83 (17,5)	0,144
ИМ в анамнезе	89 (17,4)	88 (18,5)	0,65

Таблица 2. Характеристика и численность групп пациентов, выделенных для анализа

Регистр	С ИМ в анамнезе		С МИ до референсного ОНМК в анамнезе		1–2 диагноза ССЗ (АГ, ИБС, ХСН, ФП)		3–4 диагноза ССЗ (АГ, ИБС, ХСН, ФП)		На ДН		На дому	
	ЛД	ПО	ЛД	ПО	ЛД	ПО	ЛД	ПО	ЛД	ПО	ЛД	ПО
n (%)	89 (17,4)	88 (18,5)	72 (14,1)	83 (17,5)	158 (30,9)	172 (36,2)	347 (67,9)	280 (58,9)	179 (35,0)	151 (31,8)	172 (33,7)	296 (62,3)

1. Регистр больных, перенесших ОНМК любой давности (регистр ОНМК-ЛД). Включены 511 пациентов, перенесших ОНМК любого срока до даты обращения к врачу любого профиля трех поликлиник г. Рязани в марте-мае 2012 г., сентябре-октябре 2012 г. и январе-феврале 2013 г.

2. Регистр больных, впервые обратившихся в поликлинику после перенесенного ОНМК (регистр ОНМК-ПО). Включены 475 пациентов, впервые обратившихся в те же три поликлиники г. Рязани в 2013–2015 гг. после перенесенного ОНМК.

Кроме факта перенесенного ОНМК, обращения к врачу данных поликлиник в течение указанного периода критериями включения также являлись: возраст 18 лет и старше, постоянное проживание в Рязани или Рязанской области. В соответствии с методологией создания регистров в исследование включались все пациенты, соответствовавшие критериям включения. Для больных регистра ОНМК-ЛД референсным считали ОНМК любой давности (при наличии двух и более ОНМК в анамнезе референсным считали последний из них). Референсным визитом (визитом включения) в регистре ОНМК-ПО считали первый визит в период после ОНМК к любому из врачей поликлиники (вне зависимости от числа визитов в поликлинику до периода включения).

Источниками информации для ретроспективной части наблюдательного исследования являлась амбулаторная карта пациента. Протокол наблюдательного исследования был одобрен на заседании независимого этического комитета ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава России от 15.12.2015. Более подробное описание дизайна, протокола исследования РЕГИОН, формирования электронной базы данных было опубликовано нами ранее [19].

Для статистической обработки данных применялся статистический пакет SPSS Statistics 20.0 (IBM). При анализе результатов использовались стандартные методы описательной статистики (вычисление средних и стандартных отклонений для количественных переменных с нормальным распределением, медианы, а также 25 и 75% квартилей для количественных данных с распределением, отличным от нормального; вычисление долей для номинальных показателей). Значимость различий частоты наличия признака между группами сравнения определялась непараметрическим методом с использованием критерия  $\chi^2$ .

В данной публикации представлены результаты анализа амбулаторного наблюдения пациентов за последние 12 мес до референсного визита в регистре

ОНМК-ЛД и в первые 6 мес после референсного визита в регистре ОНМК-ПО.

## Результаты

В амбулаторные регистры были включены 511 пациентов (мужчин 41,5%; n=212), обратившихся в поликлинику к врачам любого профиля и перенесших ранее ОНМК любой давности (регистр ОНМК-ЛД), а также 475 человек (мужчин 45,1%; n=214), впервые обратившихся в поликлинику к врачам любого профиля после перенесенного ОНМК (регистр ОНМК-ПО). Медиана возраста пациентов, включенных в регистры ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО, составила 72,7 (63,1; 77,5) и 74,2 (63,3; 79,3) года соответственно. Больные, включенные в указанные регистры, не имели статистически значимых различий по возрасту, полу, частоте наличия инфаркта миокарда (ИМ) и ОНМК в анамнезе, но значимо различались по частоте наличия АГ, ИБС, ХСН и ФП (табл. 1).

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что у большинства больных, включенных в регистры ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО, диагностировались АГ, ИБС и ХСН, что служит дополнительным подтверждением наличия у них очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Важно отметить достаточно высокую частоту ФП и МИ в анамнезе как факторов, существенно повышающих риск повторного ОНМК.

Для оценки амбулаторного обследования пациентов, перенесших ОНМК, а также выявления его возможных особенностей в зависимости от профиля сердечно-сосудистой коморбидности был проведен анализ частоты проведения осмотров специалистов и использования основных функциональных и лабораторных методов обследования в целом по регистрам ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО, а также в их группах (табл. 2).

За анализируемые 12 мес наблюдения в поликлинике больных регистра ОНМК-ЛД (табл. 3) наиболее часто осматривали врачи-терапевты участковые, при этом 18,6% пациентов терапевтом не консультировались. Следует отметить низкий процент визитов к врачу-кардиологу (5,7%). Лишь около 1/4 (26,2%) пациентов имели в амбулаторной карте запись об осмотре невролога. По частоте проведения осмотров врачами-специалистами внутри групп больные регистра ОНМК-ЛД были сопоставимы.

При анализе использования инструментальных и лабораторных методов исследования у больных регистра ОНМК-ЛД выявлена статистически значимо более высокая частота выполнения электрокардио-

**Таблица 3. Частота проведения осмотров специалистов и использования дополнительных методов обследования в разных группах больных регистра ОНМК-ЛД (%)**

Осмотры и исследования	ИМ в анамнезе		МИ в анамнезе		Количество диагнозов ССЗ		ДН		Место осмотра		Всего (n=511)
	Есть (n=89)	Нет (n=422)	Есть (n=72)	Нет (n=439)	1–2 (n=158)	3–4 (n=347)	Есть (n=179)	Нет (n=332)	На дому (n=172)	Поликлиника (n=239)	
Осмотр терапевта	78,7	82,0	79,2	81,8	79,1	83,0	82,7	80,7	98,3	96,2	81,4
Осмотр кардиолога	9,0	5,0	5,6	5,7	2,5	7,2	5,0	6,0	5,8	7,1	5,7
Осмотр невролога	21,3	27,3	25,0	26,4	25,9	26,2	26,8	25,9	27,9	33,9	26,2
ЭКГ	46,1	32,9*	30,6	36,0	34,2	35,4	31,8	37,0	29,7	49,8*	35,2
УЗ БЦА	1,1	4,0	4,2	3,4	6,3	2,3*	2,8	3,9	4,7	3,8	3,5
КТ ГМ	1,1	6,2	9,7	4,6	6,3	4,9	5,6	5,1	7,6	4,2	5,3
МРТ ГМ	6,7	2,9	4,2	4,1	7,0	2,6*	2,2	5,1	2,3	7,1	4,1
ЭхоКГ	19,1	3,3*	4,2	6,4	5,1	6,6	3,4	7,5	1,2	10,0*	6,1
ОАК	56,2	47,9	40,3	50,8	47,5	50,4	42,5	53,0*	39,0	69,9*	49,3
Глюкоза	51,7	37,2*	26,4	41,9*	38,6	40,9	33,5	43,1*	33,7	54,4	39,7
Креатинин	46,1	24,9*	25,0	29,2	22,8	31,7*	22,3	31,9*	25,6	40,2*	28,6
ОХС	47,2	24,2*	25,0	28,7	22,8	31,1	23,5	30,7	25,0	39,3*	28,2
ЛПНП	0,0	4,5	8,3	4,6	6,3	4,6	2,8	6,3	7,0	5,0	5,1
ЛПВП	6,7	3,6	4,2	4,1	5,1	3,7	2,8	4,8	5,2	5,0	4,1
ТГ	23,6	6,2*	9,7	9,1	7,0	10,4	5,0	11,4*	8,1	13,0	9,2

Примечание. ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; \*здесь и далее в табл. 4, 5:  $p < 0,05$ .

графии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ), а также определения содержания в крови креатинина и общего холестерина (ОХС) у пациентов с ИМ в анамнезе по сравнению с пациентами без перенесенного ранее ИМ, а также в подгруппе больных, посещающих поликлинику, в сравнении с наблюдающимися на дому.

В подгруппе пациентов с 1–2 диагнозами ССЗ отмечены значимо большая частота применения ультразвукового сканирования брахиоцефальных артерий (УЗ БЦА) и магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ ГМ) и меньшая частота определения уровня креатинина в крови по сравнению с подгруппой пациентов, имевших 3–4 диагноза ССЗ.

Следует отметить, что больные на ДН и без такового значимо не различались по компонентам обследования, за исключением более редкого выполнения общего анализа крови (ОАК) и определения уровня глюкозы, креатинина и триглицеридов (ТГ) у больных, находящихся на ДН.

Больных регистра ОНМК-ПО (табл. 4) в поликлинике также наиболее часто осматривали участковые врачи-терапевты. Как и в регистре ОНМК-ЛД, доля пациентов, консультированных врачом-кардиологом, была невысокой (17,3%). За первые 6 мес наблюдения в поликлинике после перенесенного ОНМК неврологом были осмотрены лишь 60,0% включенных пациентов.

Из табл. 4 следует, что больные без МИ в анамнезе были статистически значимо чаще осмотрены кардиологом и неврологом, также им чаще проводились ЭКГ, УЗ БЦА, МРТ ГМ и основные оценивавшиеся лабораторные исследования по сравнению с больными, имевшими в анамнезе МИ. При этом последним значимо чаще выполнялась ЭхоКГ.

Важно отметить, что посещавшим поликлинику пациентам регистра ОНМК-ПО статистически значимо чаще проводились врачебные осмотры и выполнялись все лабораторные и инструментальные методы обследования, за исключением ЭхоКГ, по сравнению с пациентами, наблюдающимися на дому.

В остальных группах пациентов не было отмечено значимых различий в компонентах амбулаторного

обследования, кроме более частого выполнения ЭхоКГ и определения глюкозы крови при наличии ИМ в анамнезе, более частого проведения МРТ ГМ при отсутствии ИМ в анамнезе, более частого выполнения ЭхоКГ пациентам с 1–2 диагнозами ССЗ и более частого выполнения УЗ БЦА больным, находящимся на ДН.

Важно подчеркнуть, что медиана продолжительности периода от развития референсного ОНМК до визита включения составила 3,4 (1,4; 7,6) года в регистре ОНМК-ЛД и 19 (13; 31) дней – в регистре ОНМК-ПО. При этом даты референсных визитов в регистрах различались в среднем на 2,3 года. Это дает возможность оценивать амбулаторное ведение пациентов с ОНМК различной давности и его динамику (табл. 5).

Частота проведения врачебных осмотров, а также выполнения инструментальных и лабораторных методов была статистически значимо большей в регистре ОНМК-ПО в целом и во всех его анализируемых группах по сравнению с регистром ОНМК-ЛД, за исключением подгруппы имевших ОНМК в анамнезе.

### Обсуждение

В настоящей публикации представлен анализ ведения пациентов, перенесших ОНМК, на амбулаторно-поликлиническом этапе. Рассмотрены особенности использования диагностических методов в рамках каждого регистра (ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО), а также проведено сопоставление данных двух амбулаторных регистров, в которых давность развития ОНМК различалась в среднем на 5,7 года, а сроки референсных визитов – в среднем на 2,3 года. Между пациентами в обоих регистрах не было значимых различий по возрасту, полу, частоте наличия в анамнезе ИМ и МИ до референсного ОНМК. При этом у больных в регистре ОНМК-ЛД значимо чаще отмечалось наличие АГ, ИБС и ХСН.

При высокой частоте сердечно-сосудистой коморбидности у пациентов регистра ОНМК-ЛД отмечается низкий охват наблюдением врача-кардиолога: так, в течение 12 мес кардиологом были осмотрены только каждый 11-й больной с ИМ в анамнезе и каждый

**Таблица 4. Частота проведения осмотров специалистов и использования дополнительных методов обследования в разных группах больных регистра ОНМК-ПО (%)**

Осмотры и исследования	ИМ в анамнезе		МИ в анамнезе		Количество диагнозов ССЗ		ДН		Место осмотра		Всего (n=511)
	Есть (n=88)	Нет (n=387)	Есть (n=83)	Нет (n=392)	1–2 (n=172)	3–4 (n=280)	Есть (n=151)	Нет (n=324)	На дому (n=296)	Поликлиника (n=142)	
Осмотр терапевта	92,0	91,5	91,6	91,6	93,0	90,4	94,7	90,1	99,0	95,1*	91,6
Осмотр кардиолога	22,7	16,0	3,6	20,2*	15,7	18,6	18,5	16,7	9,8	35,2*	17,3
Осмотр невролога	52,3	61,8	24,1	67,6*	60,5	58,2	60,9	59,6	56,4	79,6*	60,0
ЭКГ	54,5	57,6	37,3	61,2*	62,8	54,6	57,6	56,8	51,4	79,6*	57,1
УЗ БЦА	40,9	36,7	24,1	40,3*	37,2	38,2	47,0	33,0*	32,4	69,6*	37,7
КТ ГМ	53,4	46,8	41,0	49,5	50,0	48,2	53,0	45,7	44,6	64,8*	48,0
МРТ ГМ	1,1	13,2*	0,0	13,3*	15,1	9,3	14,6	9,3	9,1	16,9*	10,9
ЭхоКГ	13,6	6,2*	14,5	6,1*	11,6	4,3*	7,9	7,4	7,1	10,6	7,6
ОАК	72,7	65,6	60,2	68,4	68,6	66,1	70,2	65,4	64,5	83,8*	66,9
Глюкоза	76,1	62,3*	49,4	68,1*	69,8	63,2	69,5	62,7	63,5	78,9*	64,8
Креатинин	65,9	59,2	55,4	61,5	65,7	56,8	54,3	63,3	59,8	73,2*	60,4
ОХС	63,6	61,5	49,4	64,5*	66,3	60,4	58,9	63,3	60,8	75,4*	61,9
ЛПНП	48,9	49,4	32,5	52,8*	47,1	51,1	47,0	50,3	46,3	65,5*	49,3
ЛПВП	48,9	43,4	32,5	46,9*	42,4	45,7	41,1	46,0	41,9	58,5*	44,4
ТГ	55,7	44,4	38,6	48,2	48,3	45,7	47,0	46,3	43,2	62,7*	46,5

**Таблица 5. Сравнение частоты проведения осмотров специалистов и использования дополнительных методов обследования в отдельных группах больных регистров ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО (%)**

Осмотры и исследования	С ИМ в анамнезе		С ОНМК в анамнезе		1–2 диагноза ССЗ		3–4 диагноза ССЗ		На ДН		На дому		Всего	
	ЛД (n=89)	ПО (n=88)	ЛД (n=72)	ПО (n=83)	ЛД (n=158)	ПО (n=172)	ЛД (n=347)	ПО (n=280)	ЛД (n=179)	ПО (n=151)	ЛД (n=172)	ПО (n=296)	ЛД (n=511)	ПО (n=475)
Осмотр терапевта	78,7	92,0*	79,2	91,6*	79,1	93,0*	83,0	90,4*	82,7	94,7*	98,3	99,0	81,4	91,6*
Осмотр кардиолога	9,0	22,7*	5,6	3,6	2,5	15,7*	7,2	18,6*	5,0	18,5*	5,8	9,8	5,7	17,3*
Осмотр невролога	21,3	52,3*	25,0	24,1	25,9	60,5*	26,2	58,2*	26,8	60,9*	27,9	56,4*	26,2	60,0*
ЭКГ	46,1	54,5	30,6	37,3	34,2	62,8*	35,4	54,6*	31,8	57,6*	29,7	51,4*	35,2	57,1*
УЗ БЦА	1,1	40,9*	4,2	24,1*	6,3	37,2*	2,3	38,2*	2,8	47,0*	4,7	32,4*	3,5	37,7*
КТ ГМ	1,1	53,4*	9,7	41,0*	6,3	50,0*	4,9	48,2*	5,6	53,0*	7,6	44,6*	5,3	48,0*
МРТ ГМ	6,7	1,1	4,2	0,0	7,0	15,1*	2,6	9,3*	2,2	14,6*	2,3	9,1*	4,1	10,9*
ЭхоКГ	19,1	13,6	4,2	14,5	5,1	11,6	6,6	4,3	3,4	7,9	1,2	7,1*	6,1	7,6
ОАК	56,2	72,7*	40,3	60,2*	47,5	68,6*	50,4	66,1*	42,5	70,2*	39,0	64,5*	49,3	66,9*
Глюкоза	51,7	76,1*	26,4	49,4*	38,6	69,8*	40,9	63,2*	33,5	69,5*	33,7	63,5*	39,7	64,8*
Креатинин	46,1	65,9*	25,0	55,4*	22,8	65,7*	31,7	56,8*	22,3	54,3*	25,6	59,8*	28,6	60,4*
ОХС	47,2	63,6*	25,0	49,4*	22,8	66,3*	31,1	60,4*	23,5	58,9*	25,0	60,8*	28,2	61,9*
ЛПНП	0,0	48,9*	8,3	32,5*	6,3	47,1*	4,6	51,1*	2,8	47,0*	7,0	46,3*	5,1	49,3*
ЛПВП	6,7	48,9*	4,2	32,5*	5,1	42,4*	3,7	45,7*	2,8	41,1*	5,2	41,9*	4,1	44,4*
ТГ	23,6	55,7*	9,7	38,6*	7,0	48,3*	10,4	45,7*	5,0	47,0*	8,1	43,2*	9,2	46,5*

14-й – имеющий 3–4 значимых ССЗ. Наличие в анамнезе перенесенного ИМ приводило к увеличению частоты использования ЭКГ, ЭхоКГ и определения ОХС, вероятно, за счет назначения данных обследований врачом-терапевтом. Аналогичные тенденции среди больных, посещающих поликлинику, скорее всего обусловлены фактическими ограничениями возможности выполнения данных методов при наблюдении на дому.

Различие по количеству сопутствующих ССЗ не приводило к изменению тактики амбулаторного наблюдения в плане использования дополнительных методов обследования. Выявленное при этом значимо более частое проведение УЗ БЦА и МРТ ГМ при наличии 1–2 ССЗ не представляется возможным трактовать как закономерность ввиду невысокой в целом частоты использования данных методов в регистре ОНМК-ЛД (3,5 и 4,1% соответственно).

При анализе зависимостей применения диагностических методов от профиля коморбидности в регистре ОНМК-ПО установлено, что подгруппа больных без МИ в анамнезе более часто осматривалась кардиологом и неврологом, что нашло отражение в более высоком проценте использования в данной группе необходимых инструментальных и лабораторных методов. При более детальном рассмотрении данной группы выявлено, что больные с МИ в анамнезе и без МИ в анамнезе были сопоставимы по наличию АГ ( $p=0,24$ ), ИБС ( $p=0,09$ ), ХСН ( $p=0,17$ ), сахарного диабета ( $p=0,32$ ). В подгруппе больных с МИ в анамнезе статистически значимо чаще имелись ФП и ИМ в анамнезе, при этом данные пациенты чаще наблюдались на дому ( $p=0,0004$ ), что, вероятнее всего, и привело к значимо более низким показателям использования у них диагностических методов в амбулаторных условиях. Иные различия в нозологиче-

ском профиле пациентов регистра ОНМК-ПО не продемонстрировали значительного влияния на частоту применения отдельных компонентов амбулаторного наблюдения.

При сравнении оцениваемых показателей между регистрами обращает на себя внимание значительный рост частоты использования необходимых инструментальных и лабораторных методов (в том числе УЗ БЦА, компьютерной томографии – КТ ГМ, определения показателей липидного профиля крови) в регистре ОНМК-ПО. Отчасти это может быть связано с наличием в распоряжении специалистов амбулаторного звена сведений, полученных при недавней госпитализации по поводу референсного ОНМК у 78,7% пациентов регистра ОНМК-ПО. Кроме того, учитывая разницу сроков визитов включения, предполагается, что на амбулаторное ведение пациентов в регистре ОНМК-ПО положительно повлияло вступление в силу приказа Минздрава России от 21.12.2012 №1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».

Тем не менее качество обследования в амбулаторных условиях больных, перенесших ОНМК, остается недостаточным. Особенно это касается низкой частоты осмотров кардиологом (5,7 и 17,3%), выполнения УЗ БЦА (3,5 и 37,7%), исследования липидов крови (28,2 и 61,9%).

Учитывая невысокий процент охвата ДН в регистрах ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО (35,0 и 31,8%), актуальным является его повышение у данной категории больных с целью улучшения профилактики повторных ОНМК и других сердечно-сосудистых осложнений.

Считаем важным обратить внимание на категорию пациентов, обслуживающихся на дому. Меньшие показатели использования компонентов амбулаторного ведения у данных больных, очевидно, связаны с объективными трудностями обеспечения лечебно-диагностического процесса вне медицинской организации. Эта проблема, безусловно, требует усилий по разработке и реализации мер по ее устранению.

## Заключение

Результаты амбулаторных регистров исследования РЕГИОН в Рязани показали, что качество обследования в поликлинике пациентов, перенесших ОНМК, является недостаточным, тем не менее сравнение данных регистров ОНМК-ЛД и ОНМК-ПО позволяет говорить о его значительной положительной динамике за период 2,3 года, разделявший референсные визиты.

Увеличение числа диагнозов ССЗ у больных, перенесших ОНМК, не приводило к изменению тактики амбулаторного наблюдения в виде повышения охвата консультациями специалистов и применения дополнительных методов обследования.

Наличие ИМ в анамнезе обуславливало увеличение частоты использования ЭКГ, ЭхоКГ и определения липидов крови. Наличие в анамнезе МИ до референсного ОНМК ограничивало применение методов инструментальной и лабораторной диагностики преимущественно в связи с большей долей наблюдавшихся на дому среди данной категории пациентов.

## Литература/References

1. Демографический ежегодник России. 2017. Стат. сб. Росстат. М., 2017. / *Demograficheskij ezhegodnik Rossii. 2017. Stat. sb. Rosstat. M., 2017. [in Russian]*
2. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2016 году. Стат. справочник. Минздрав России. М., 2017. / *Mediko-demograficheskie pokazateli Rossijskoj Federacii v 2016 godu. Stat. spravochnik. Minzdrav Rossii. M., 2017. [in Russian]*
3. Рожкова ТИ. Клинико-эпидемиологический анализ качества оказания медицинской помощи больным с инсультом в отдельных регионах Российской Федерации (по данным госпитального регистра). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ульяновск, 2011; с. 24. / *Rozhkova TI. Kliniko-epidemiologicheskij analiz kachestva okazaniya medicinskoj pomosbi bolnym s insultom v otdelnyh regionah Rossijskoj Federacii (po dannym gospi tal'nogo registra). Avto ref. dis. ... kand. med. nauk. Ulyanovsk, 2011; s. 24. [in Russian]*
4. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. *Stroke* 2014; 45 (12): 3754–832.
5. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016; 37: 2315–81.
6. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke* 2014; 45 (7): 2160–236.
7. Winstein CJ, Stein J, Arena R et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke* 2016; 47 (6): e98–e169.
8. Saposnik G, Fonarow GC, Pan W et al. Guideline-Directed Low-Density Lipoprotein Management in High-Risk Patients With Ischemic Stroke. *Stroke* 2014; 45 (11): 3343–51.
9. Lenti L, Bereczki D, Brainin M et al. Stroke care in the central Eastern Europe: current problems and call for action. *Int J Stroke* 2013; 8 (5): 365–73.
10. Yusuf S, Islam S, Chow CK et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011; 378 (9798): 1231–43.
11. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310 (9): 959–68.
12. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med* 2014; 371 (9): 818–27.
13. Howard G, Banach M, Cushman M et al. Is Blood Pressure Control for Stroke Prevention the Correct Goal? *Stroke* 2015; 46 (6): 595–600.
14. Переверзева КГ, Воробьев АН, Марцевич С.Ю. и др. Анализ тактики ведения пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий в реальной поликлинической практике. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2015; 1: 48–55. / *Pereverzeva K.G., Vorobev AN, Marcevic S.Yu. i dr. Analiz taktiki vedeniya pacientov s ishemicheskoy boleznью serdca i fibrillyaciej predserdij v realnoj poliklinicheskoy praktike. Nauka molodyb (Eruditio Juvenium). 2015; 1: 48–55. [in Russian]*
15. Переверзева КГ, Воробьев АН, Никулина Н.Н. и др. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрового наблюдения. Рос. медико-биологический вестн. им. акад. И.П.Павлова. 2014; 1: 90–6. / *Pereverzeva K.G., Vorobev AN, Nikulina N.N. i dr. Osobenosti obsledovaniya pacientov s ishemicheskoy boleznью serdca v ambulatornoj praktike po dannym registrovogo nablyudeniya. Ros. mediko-biologicheskij vestr. im. akad. I.P.Pavlova. 2014; 1: 90–6. [in Russian]*
16. Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л. и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговую инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. Рацион. фармакотерапия в кардиологии. 2013; 9 (2): 114–22. / *Bojcov SA, Marcevic S.Yu., Ginzburg ML. i dr. Lyubereckoe issledovanie smertnosti bolnyb, perenessib mozgovoj insult ili tranzitornyyu ishemicheskuyu ataku (LIS-2). Dizajn i ocenka lekarstvennoj terapii. Racion. farmakoterapiya v kardiologii. 2013; 9 (2): 114–22. [in Russian]*

17. Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С. и др. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2014; 6: 44–50. / *Bojcov SA, Lukyanov MM, Yakushin SS. i dr. Registr kardiovaskulyarnyh zabolevanij (REKVAZA): diagnostika, sochetannaya serdechno-sosudistaya patologiya, soputstvuyushie zabolevaniya i lechenie v usloviyah realnoj ambulatorno-poliklinicheskoj praktiki. Kardiovask. terapiya i profilaktika. 2014; 6: 44–50. [in Russian]*
18. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и с высоким риском их развития. Методические рекомендации. М.: ГНИЦПМ, 2014. / *Bojcov SA, Chuchalin AG. Dispansernoe nablyudenie bolnyh bronicheskimi neinfekcionnymi zabolevaniyami i s vysokim riskom ih razvitiya. Metodicheskie rekomendacii. M.: GNICPM, 2014. [in Russian]*
19. Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2013; 12 (1): 4–9. / *Bojcov SA, Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P. i dr. Registry v kardiologii. Osnovnye pravila provedeniya i realnye vozmozhnosti. Kardiovask. terapiya i profilaktika. 2013; 12 (1): 4–9. [in Russian]*
20. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Суворов А.Ю. и др. Характеристика пациентов с мозговым инсультом или транзиторной ишемической атакой, включенных в регистр ЛИС-2 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговую инсульт). Рационал. фармакотерапия в кардиологии. 2015; 11 (1): 18–24. / *Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P., Suvorov A.Yu. i dr. Karakteristika pacientov s mozgovym insultom ili tranzitornoj ishemicheskoj atakoj, vkluchennyh v registr LIS-2 (Lyubereckoe issledovanie smernosti bolnyh, perenesshib mozgovoj insult). Racion. farmakoterapiya v kardiologii. 2015; 11 (1): 18–24. [in Russian]*
21. Ключихина О.А., Стаховская Л.В. Анализ эпидемиологических показателей инсульта по данным территориально-популяционных регистров 2009–2012 гг. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014; 6: 63–9. / *Kluchibina OA, Stabovskaya LV. Analiz epidemiologicheskikh pokazatelej insulta po dannym territorialno-populyacionnyh registrov 2009–2012 gg. Zurn. neurologii i psixiatrii im. SSKorsakova. 2014; 6: 63–9. [in Russian]*
22. Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Оценка соответствия современным клиническим рекомендациям сердечно-сосудистой терапии, направленной на улучшение исходов у пациентов после перенесенного инсульта (по данным регистра ЛИС-2). Рационал. фармакотерапия в кардиологии. 2015; 11 (3): 247–52. / *Suvorov A.Yu., Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P. i dr. Ocenka sootvetstviya sovremennym klinicheskim rekomendaciyam serdechno-sosudistoj terapii, napravlennoj na uluchshenie ishodov u pacientov posle perenesennogo insulta (po dannym registra LIS-2). Racion. farmakoterapiya v kardiologii. 2015; 11 (3): 247–52. [in Russian]*
23. Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Оценка качества терапии в регистрах острого нарушения мозгового кровообращения. Зарубежный опыт, перспективы России. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2014; 13 (4): 81–6. / *Suvorov A.Yu., Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P. Ocenka kachestva terapii v registrakh ostrogo narusheniya mozgovogo krovoobrascheniya. Zarubezhnyj opyt, perspektivy Rossii. Kardiovask. terapiya i profilaktika. 2014; 13 (4): 81–6. [in Russian]*
24. Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Исследование «РЕГИСТР больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН)». Ч. 1. Госпитальный проспективный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по результатам пилотного этапа исследования). Рационал. фармакотерапия в кардиологии. 2016; 12 (6): 645–53. / *Bojcov SA, Marcevic S.Yu., Kutishenko N.P. i dr. Issledovanie "REGISTR bolnyh, perenesshib Ostroe Narushenie mozgovogo krovoobrascheniya (REGION)". Ch. 1. Gospitalnyj prospektivnyj registr bolnyh, perenesshib ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya (po rezultatam pilotnogo etapa issledovaniya). Racion. farmakoterapiya v kardiologii. 2016; 12 (6): 645–53. [in Russian]*
25. Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С. и др. Исследование «Регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН)». Ч. 2. Амбулаторный проспективный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по результатам пилотного этапа исследования). Рационал. фармакотерапия в кардиологии. 2017; 13 (1): 4–17. / *Bojcov SA, Lukyanov MM, Yakushin SS. i dr. Issledovanie "Registr bolnyh, perenesshib ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya (REGION)". Ch. 2. Ambulatornyj prospektivnyj registr bolnyh, perenesshib ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya (po rezultatam pilotnogo etapa issledovaniya). Racion. farmakoterapiya v kardiologii. 2017; 13 (1): 4–17. [in Russian]*

#### Сведения об авторах

**Воробьев Александр Николаевич** – канд. мед. наук, зав. поликлиническим отделением НКЦ ГОИ ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова».

E-mail: vorobyev.an@gmail.com

**Лукьянов Михаил Михайлович** – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд. клинической кардиологии и молекулярной генетики ФГБУ НМИЦ ПМ

**Якушин Сергей Степанович** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной терапии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова»

**Марцевич Сергей Юрьевич** – д-р мед. наук, проф., рук. отд. профилактической фармакотерапии ФГБУ НМИЦ ПМ

**Козминский Александр Николаевич** – канд. мед. наук, ассистент Центра симуляционного обучения и аккредитации специалистов ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова»

**Мосейчук Ксения Анатольевна** – канд. мед. наук, ассистент каф. госпитальной терапии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова»

**Переверзева Кристина Геннадьевна** – канд. мед. наук, ассистент каф. госпитальной терапии ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова»

**Правкина Екатерина Алексеевна** – канд. мед. наук, врач функциональной диагностики поликлинического отделения НКЦ ГОИ ФГБОУ ВО «РязГМУ им. акад. И.П.Павлова»

**Загребельный Александр Васильевич** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд. профилактической фармакотерапии ФГБУ НМИЦ ПМ

**Драпкина Оксана Михайловна** – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., дир. ФГБУ НМИЦ ПМ

**Бойцов Сергей Анатольевич** – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., ген. дир. ФГБУ «НМИЦ кардиологии»