



Врачебное наблюдение и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в регистре РЕГИОН-М

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

Цель. Оценить выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в зависимости от приверженности посещению ими районной поликлиники и типа врачебного наблюдения и в первый год после выписки из стационара.

Материал и методы. В амбулаторную часть регистра РЕГИОН-М были включены 684 пациента, прикрепленных к Городской поликлинике № 64 г. Москвы, выписанных из Городской клинической больницы им. Ф. И. Иноземцева г. Москвы в период с 01.01.2012г по 30.04.2017г с подтвержденным диагнозом ОНМК (мозговой инсульт/транзиторная ишемическая атака).

Результаты. В течение первого года после развития референсного ОНМК 451 (65,9%) пациент посетил поликлинику лично (гр. 1), к 166 (24,3%) пациентам врач приходил на дом (гр. 2), а 67 (9,8%) не обращались к врачу (гр. 3). Пациенты, которых врач посещал на дому, чаще имели ишемическую болезнь сердца и инсульт в анамнезе, и возраст мужчин был больше, чем в других группах. Пациенты, которые не обращались к врачу, реже имели коморбидные заболевания и инвалидность, и реже посещали поликлинику до ОНМК. Смертность пациентов гр. 3 была значимо выше, чем гр. 1 и гр. 2 на протяжении всего периода наблюдения и составила на 1, 2 и 3 этапах — 55,2%, 70,1% и 77,6% ($p < 0,001$), соответственно, чем в гр. 2 — 31,2%, 55,4%, 71,1% ($p < 0,001$) и гр. 1 — 23,7%, 37,0% и 54,3% ($p < 0,001$). Смертность пациентов гр. 1 была ниже, чем гр. 2 ($p < 0,05-0,01$). Относительный риск смерти при посещении поликлиники пациентом лично составил 0,450 (95% доверительный интервал (ДИ): 0,333-0,608, $p < 0,0001$) и при визите врача на дом — 0,668 (95% ДИ: 0,482-0,927, $p < 0,05$). При многофакторном анализе и внесении поправки на пол и возраст (относительный риск (RR) смерти 0,08 (95% ДИ: 0,048-0,133), $p < 0,0001$ и 1,036 (95% ДИ: 1,031-1,042), $p < 0,001$, соответственно) независимый вклад фактора посещения поликлиники после референсного ОНМК сохранялся. Так, RR смерти для посещения поликлиники пациентом составил 0,996 (95% ДИ: 0,994-0,999), $p < 0,001$ и 0,998 (95% ДИ: 0,995-1,0), $p < 0,05$.

Заключение. Более низкая смертность среди лиц, посещавших районную поликлинику в первый год после перенесенного ОНМК, и среди тех, кого врач посещал на дому, по сравнению с пациентами, не обращавшимися в лечебное учреждение, подтверждает важную роль врачебного наблюдения в постгоспитальном периоде.

Ключевые слова: мозговой инсульт, транзиторная ишемическая атака, регистр, отдаленная выживаемость, летальность, острое нарушение мозгового кровообращения, тип врачебного наблюдения, приверженность посещению поликлиники.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ Городская Поликлиника № 218 ДЗМ, Москва, Россия.

Толпыгина С. Н.* — д.м.н., в.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0003-0160-0158, Чернышева М. И. — врач отделения медицин-

ской профилактики ГБУЗ Городской поликлиники № 218 ДЗМ, ORCID: 0000-0002-4631-6997, Загребельный А. В. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0003-1493-4544, Воронина В. П. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0001-5603-7038, Кутишенко Н. П. — д.м.н., руководитель лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0001-6395-2584, Дмитриева Н. А. — к.м.н., с.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела, ORCID: 0000-0001-8119-9645, Лерман О. В. — к.м.н., с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0002-3299-1078, Лукина Ю. В. — к.м.н., в.н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела, ORCID: 0000-0001-8252-3099, Лукьянов М. М. — к.м.н., руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, ORCID: 0000-0002-5784-4525, Окшина Е. Ю. — к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, ORCID: 0000-0001-7891-3721, Парсаданян Н. Э. — главный врач ГБУЗ ГП 218 ДЗМ, ORCID: 0000-0001-7037-8277, Марцевич С. Ю. — д.м.н., профессор, г.н.с., руководитель отдела профилактической фармакотерапии, ORCID: 0000-0002-7717-4362, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430.

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

ДИ — доверительный интервал, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ЛИС — Люберецкое исследование смертности, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ОКС — острый коронарный синдром, рОНМК — референсное острое нарушение мозгового кровообращения, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ССО — сердечно-сосудистые осложнения, ТИА — транзиторная ишемическая атака, РЕГИОН-М — РЕГИСтр больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения и госпитализированных в московский стационар, RR — относительный риск.

Рукопись получена 14.05.2023

Рецензия получена 18.06.2023

Принята к публикации 25.06.2023



Для цитирования: Толпыгина С. Н., Чернышева М. И., Загребельный А. В., Воронина В. П., Кутишенко Н. П., Дмитриева Н. А., Лерман О. В., Лукина Ю. В., Лукьянов М. М., Окшина Е. Ю., Парсаданян Н. Э., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М. Врачебное наблюдение и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в регистре РЕГИОН-М. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(8):5463. doi:10.15829/1560-4071-2023-5463. EDN QV11LA

Medical follow-up and long-term survival of patients with cerebrovascular accident: data from the REGION-M registry

Tolpygina S. N.¹, Chernysheva M. I.², Zagrebelny A. V.¹, Voronina V. P.¹, Kutishenko N. P.¹, Dmitrieva N. A.¹, Lerman O. V.¹, Lukina Yu. V.¹, Lukyanov M. M.¹, Okshina E. Yu.¹, Parsadanyan N. E.², Martsevich S. Yu.¹, Drapkina O. M.¹

Aim. To assess the survival rate of patients after cerebrovascular accident (CVA), depending on the visits to the local outpatient clinic and the type of medical supervision, and in the first year after hospital discharge.

Material and methods. The outpatient part of the REGION-M registry included 684 patients assigned to the City Polyclinic № 64 of Moscow, discharged from the F. I. Inozemtsev City Clinical Hospital (Moscow) in the period from January 1, 2012 to April 30, 2017 with a confirmed diagnosis of cerebral stroke/transient ischemic attack.

Results. During the first year after the CVA, 451 (65,9%) patients visited the local clinic on their own (group 1), while 166 (24,3%) patients was consulted by house call (group 2), and 67 (9,8%) did not see the physician (group 3). Patients visited by house call were more likely to have prior coronary artery disease and stroke, and the age of men was older than in other groups. Patients who did not see a doctor were less likely to have comorbidities and disabilities, and were less likely to visit the clinic before stroke. The mortality of patients in group 3 was significantly higher throughout the entire follow-up period (55,2%, 70,1% and 77,6% at stages 1, 2 and 3 ($p < 0,001$), respectively) than in group 2 (31,2%, 55,4% ($p < 0,001$)) and group 1 (23,7%, 37,0% and 54,3% ($p < 0,001$)). Mortality of patients in group 1 was lower than group 2 ($p < 0,05-0,01$). The relative risk of death in clinic visitors was 0,450 (95% confidence interval (CI), 0,333-0,608, $p < 0,0001$), while in those visited by a doctor at home — 0,668 (95% CI, 0,482-0,927, $p < 0,05$). In multivariate analysis and adjustment for sex and age (relative risk (RR) of death, 0,08 (95% CI, 0,048-0,133), $p < 0,0001$ and 1,036 (95% CI, 1,031-1,042), $p < 0,001$, respectively), the independent contribution of the factor of clinic visits was preserved. Thus, the RR of death in visitors was 0,996 (95% CI, 0,994-0,999), $p < 0,001$ and 0,998 (95% CI, 0,995-1,0), $p < 0,05$.

Conclusion. The lower mortality among those visited the local clinic in the first year after CVA and among those who were visited by a doctor at home, compared with patients who were not observed, confirms the important role of medical supervision in the post-hospital period.

Keywords: cerebral stroke, transient ischemic attack, registry, long-term survival, mortality, cerebrovascular accident, type of medical observation, adherence to clinic visits.

Relationships and Activities: none.

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow; ²City Polyclinic № 218, Moscow, Russia.

Tolpygina S. N.* ORCID: 0000-0003-0160-0158, Chernysheva M. I. ORCID: 0000-0002-4631-6997, Zagrebelny A. V. ORCID: 0000-0003-1493-4544, Voronina V. P. ORCID: 0000-0001-5603-7038, Kutishenko N. P. ORCID: 0000-0001-6395-2584, Dmitrieva N. A. ORCID: 0000-0001-8119-9645, Lerman O. V. ORCID: 0000-0002-3299-1078, Lukina Yu. V. ORCID: 0000-0001-8252-3099, Lukyanov M. M. ORCID: 0000-0002-5784-4525, Okshina E. Yu. ORCID: 0000-0001-7891-3721, Parsadanyan N. E. ORCID: 0000-0001-7037-8277, Martsevich S. Yu. ORCID: 0000-0002-7717-4362, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: stolpygina@gnicpm.ru

Received: 14.05.2023 **Revision Received:** 18.06.2023 **Accepted:** 25.06.2023

For citation: Tolpygina S. N., Chernysheva M. I., Zagrebelny A. V., Voronina V. P., Kutishenko N. P., Dmitrieva N. A., Lerman O. V., Lukina Yu. V., Lukyanov M. M., Okshina E. Yu., Parsadanyan N. E., Martsevich S. Yu., Drapkina O. M. Medical follow-up and long-term survival of patients with cerebrovascular accident: data from the REGION-M registry. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(8):5463. doi:10.15829/1560-4071-2023-5463. EDN QVILA

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Пациенты, посещавшие лечебное учреждение в первый год после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), имели лучший прогноз жизни в отдаленном периоде, чем не посетившие ни разу, однако данные о значении типа врачебного наблюдения (визит пациента в поликлинику или посещение пациента врачом на дому) отсутствуют.

Что добавляют?

- Отдаленный прогноз жизни пациентов, лично посетивших поликлинику в первый год после ОНМК, был лучше, чем у пациентов, которых врач посещал на дому, и в обоих случаях он был лучше, чем у пациентов, не обращавшихся в лечебное учреждение.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) остается одной из значимых причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире [1]. Значительная часть этих пациентов умирает

Key messages

What is already known about the subject?

- Patients who visited a local clinic in the first year after cerebrovascular accident (CVA) had a better long-term prognosis than those who never visited, but there is no data on the significance of medical supervision type (patient's visit to a clinic or a doctor's visit to a patient).

What might this study add?

- The long-term prognosis in patients personally visited the clinic in the first year after CVA was better than in those visited by a doctor at home. In both cases, prognosis was better than in patients not observed by a physician.

в острой стадии болезни, однако и выжившие больные имеют неблагоприятный прогноз, в первую очередь из-за высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и повторных ОНМК [1, 2]. Особенности развития и исходы острой фазы ОНМК/транзиторной ишемической атаки (ТИА) были изучены в целом ряде российских регистров [3-6].

Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что раннее начало комплекса мер по вторичной профилактике ССО у лиц, перенесших ОНМК, способно значительно снизить риск развития повторного инсульта [7, 8], но для этого необходимо продолжение врачебного наблюдения и лечения на амбулаторном этапе. Немаловажную роль в обеспечении эффективной вторичной профилактики ССЗ играет приверженность пациентов не только к лечению, но и к посещению лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), в т.ч. после выписки из стационара. В литературе имеются данные российского регистра Люберецкого исследования смертности (ЛИС)-3 [9, 10], не выявившего достоверного влияния на риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и острого коронарного синдрома (ОКС) приверженности к посещению ЛПУ до развития ОКС, но выявившего повышение качества терапии у пациентов, регулярно посещавших ЛПУ после перенесенного ОКС.

В нашей предыдущей статье были представлены результаты двухлетнего наблюдения пациентов, перенесших ОНМК, из поликлинической части регистра — "РЕГИСтр больных, перенесших Острое Нарушение мозгового кровообращения и госпитализированных в московский стационар" (РЕГИОН-М) с учетом факта посещения ими районной поликлиники. Было установлено, что пациенты, обратившиеся в поликлинику хотя бы 1 раз в течение 1 года после ОНМК, имели в 4 раза более низкий уровень смертности, чем не обратившиеся ни разу [11], однако не анализировался тип обращения (визит пациента в поликлинику или посещение врачом на дому).

Учитывая высокую социальную значимость инсульта и важность вторичной профилактики ССО, представляется важным изучить влияние приверженности к обращению в ЛПУ и его типа (визит пациента в поликлинику или посещение врачом на дому) в первый год после ОНМК на выживаемость пациентов в различные сроки наблюдения.

Цель: оценить выживаемость больных, перенесших ОНМК, в зависимости от приверженности к посещению ими районной поликлиники и типа врачебного наблюдения в первый год после выписки из стационара.

Материал и методы

Подробно протокол всего госпитально-поликлинического ретроспективно-проспективного регистра РЕГИОН и отдельных его частей был опубликован ранее [12-14]. В данной части исследования использованы данные амбулаторной проспективной части регистра РЕГИОН-М, в которую были включены все пациенты, прикрепленные к Городской поликлинике № 64 г. Москвы, выписанные из "Городской клинической больницы им. Ф. И. Иноземцева г. Москвы"

в период с 01.01.2012г по 30.04.2017г с подтвержденным диагнозом ОНМК: мозговой инсульт или ТИА. Факт прикрепления к ГБУЗ г. Москвы "Городская поликлиника № 64 ДЗМ" устанавливался по адресу регистрации, указанному пациентом или его родственниками при поступлении в стационар. На основании электронной базы данных поликлиники № 64 были выделены 684 пациента, выписанных за указанный период из данного стационара с диагнозом "ОНМК/ТИА". Информация, содержащаяся в амбулаторных картах больных, такая как социально-демографические признаки, тип перенесенного ОНМК, сердечно-сосудистые и сопутствующие заболевания, факт посещения поликлиники пациентом или визит врача к пациенту на дом, назначение в поликлинике лекарственной терапии до поступления в стационар по поводу ОНМК/ТИА, в первые 6 мес. после выписки, и с 6 до 12 мес. Учитывались данные о последнем обращении пациентов в поликлинику к врачам любой специальности и терапии, назначенной врачами следующих специальностей: кардиолог, терапевт, невролог, психиатр. Наличие заболевания фиксировалось на основании любого упоминания в диагнозе до референсного ОНМК (рОНМК).

Весь поликлинический этап наблюдения разделен на три этапа: 1 этап — выписка из стационара до 2017г — 1,83 (1,1-3,1), 2 этап с 2017 по 2020г — 4,2 (2,4-5,6) лет и 3 этап — с 2020г по 2022г — 5,5 (2,4-7,0) лет, соответственно. Оценивалась выживаемость больных на трех этапах наблюдения.

В качестве конечной точки была выбрана "смерть от всех причин", как наиболее точно оцениваемый исход наблюдения. Лиц с неустановленным жизненным статусом на момент завершения периода наблюдения не было, но поскольку часть больных, включенных в амбулаторно-поликлиническую часть регистра РЕГИОН-М, после выписки из стационара в поликлинику не обращалась, то статус их жизни устанавливался на основании данных единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) или в телефонном разговоре с родственниками. В течение первого года после развития рОНМК 451 (65,9%) пациент посетил поликлинику лично (гр. 1), к 166 (24,3%) пациентам врач приходил на дом (гр. 2), а 67 (9,8%) не обращались к врачу (гр. 3).

Статистический анализ. Для статистической обработки результатов применялся пакет статистических программ SPSS Statistics 23.0 (IBM, США). При нормальном распределении количественные показатели представлены в виде M (среднее значение) + σ (среднеквадратичное отклонение), при ненормальном — в виде медианы ME 50% (25; 75), номинальные и порядковые переменные представлены в виде абсолютного количества и % от общего числа. Различия между группами пациентов определялись при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Для

Таблица 1

Сравнительная клиничко-анамнестическая характеристика больных в зависимости от типа контакта с врачом в первый год после ОНМК в регистре РЕГИОН-М (n=684)

Тип контакта с врачом	Гр. 1 (визит пациента в поликлинику, n=451) (%)	Гр. 2 (посещение пациента врачом на дому (n=166) (%)	Гр. 3 (отсутствие контакта с врачом, n=67) (%)
Возраст, годы (M±m)			
Все	71,1±0,7	65,1±0,8α**	68,6±0,5
Женщины	68,8±0,9	74,4±1,3	77,0±2,0β**
Мужчины	64,4±0,9	67,6±1,6α**	63,7±2,4
Женщины	254 (56,3%)	103 (62,0%)	41 (61,2%)
Тип референсного инсульта			
Геморрагический	31 (6,9%)	14 (26,9%)	7 (13,5%)
Ишемический	334 (74,1%)	131 (78,9%)	49 (73,1%)
ТИА	86 (19,1%)	21 (12,7%)	11 (16,4%)
ИБС	268 (59,4%)	125 (75,3%)α***	30 (44,8%)
ОНМК/ТИА в анамнезе	81 (18,6%)	35 (21,1%)	5 (7,5%)β*
ХСН	72 (16,0%)	26 (15,7%)	5 (7,5%)
Фибрилляция предсердий	68 (15,1%)	37 (22,3%)	7 (10,4%)β*
Артериальная гипертензия	374 (82,9%)	161 (97,0%)	39 (58,2%)β***
Хронические болезни легких	87 (19,3%)	27 (16,3%)	8 (11,9%)
Хроническая болезнь почек	73 (16,2%)	23 (13,9%)	1 (1,5%)β**
Онкологические заболевания	43 (9,5%)	18 (10,8%)	3 (4,5%)
Сахарный диабет	86 (19,1%)	31 (18,3%)	5 (7,5%)

Примечание: достоверность попарных различий α между гр. 2 vs 1, 3, β между гр. 3 vs 1, 2, * — p<0,05, ** — p<0,01, *** — p<0,001.

Сокращения: ИБС — ишемическая болезнь сердца, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

определения прогностической значимости влияния конкретных факторов на общую смертность использовался регрессионный анализ с определением относительного риска (RR) и 95% доверительных интервалов (ДИ) с корректировкой на заведомо значимые показатели (пол и возраст больных). Уровень статистической значимости был установлен при p<0,05.

Результаты

В таблице 1 представлена клиничко-анамнестическая характеристика пациентов, включенных в амбулаторную часть регистра РЕГИОН-М.

Как видно из таблицы, по полу, среднему возрасту, типу референсного инсульта пациенты трех групп достоверно не различались.

У пациентов гр. 2, которых врач посещал на дому, мужчины имели более старший возраст, чаще имели ишемическую болезнь сердца (ИБС) и инсульт в анамнезе и инвалидность до ОНМК, чем в гр. 1 и 3.

Анализ обращаемости в поликлинику пациентов до развития ОНМК показал, что ~83% всех больных посещали поликлинику в течение последних 12 мес. до референсного события, причем достоверно реже пациенты гр. 3 (64% vs 83% в гр. 1 и 91% в гр. 2, p<0,05), не обратившиеся в поликлинику в первый год после ОНМК. Посещали поликлинику до рОНМК преимущественно коморбидные пациенты, имеющие инвалидность (p<0,01 для всех). Лекарственная терапия до рОНМК достоверно чаще

(p<0,05) назначалась пациентам гр. 2, которых врач посещал на дому.

В течение первого года после развития рОНМК 451 (65,9%) пациент посетил поликлинику лично (гр. 1), к 166 (24,3%) пациентам врач приходил на дом (гр. 2), а 67 (9,8%) не обращались к врачу (гр. 3).

Из таблиц 1 и 2 видно, что пациенты гр. 3, которые не обращались к врачу, реже имели коморбидные заболевания и инвалидность, и реже посещали поликлинику до ОНМК, т.е. были или более здоровыми, или были необследованными.

Из таблиц 1 и 2 видно, что пациенты гр. 2, которых врач посещал на дому, имели более старший возраст среди мужчин, чаще имели ИБС и инсульт в анамнезе, они чаще обращались в поликлинику (91,0% в гр. 2 vs 83,1% в гр. 1 и 64,3% в гр. 3, p<0,05) и им достоверно чаще назначалась лекарственная терапия до рОНМК (63,3% в гр. 2 vs 45,2% в гр. 1 и 23,9% в гр. 3, p<0,05). Таким образом, пациенты, которых врач посещал на дому, были болееотягощенными сопутствующими заболеваниями. Доля пациентов, обратившихся в поликлинику в первые 6 мес. после ОНМК, была достоверно больше в гр. 2 (87,3%), чем в гр. 1 (65%, p<0,05), как и тех, кому была назначена лекарственная терапия в первые 6 мес. после ОНМК в гр. 2 (80,1% vs 51,9%, p<0,05).

На протяжении всего периода наблюдения смертность пациентов гр. 3 (не обратившихся к врачу) была достоверно выше, чем гр. 1 и гр. 2 и составила

Таблица 2

Инвалидность, посещение поликлиники и назначение терапии в зависимости от типа контакта с врачом в первый год после ОНМК в регистре РЕГИОН-М (n=684)

Признак	Гр. 1 (визит пациента в поликлинику, n=451), n (%)	Гр. 2 (посещение пациента врачом на дому, n=166), n (%)	Гр. 3 (отсутствие контакта с врачом, n=67), n (%)
Инвалидность до рОНМК	153 (33,9%)	73 (44,0%)	6 (9,0%) α^*
Посещение поликлиники до рОНМК	375 (83,1%)	151 (91,0%)	43 (64,2%) α^*
Назначение лекарственной терапии до ОНМК	204 (45,2%)	105 (63,3%)	16 (23,9%) α^*
Обращение в поликлинику после рОНМК	424 (94,0%)	152 (91,6%)	0 (0)
До 6 мес.	293 (65,0%)	145 (87,3%) β^*	
После 6 мес.	234 (51,9%)	133 (80,1%) β^*	
Назначение терапии после рОНМК в течение 12 мес.	372 (82,5%)	141 (84,9%)	0 (0%)
До 6 мес.	234 (51,9%)	133 (80,1%) β^*	
После 6 мес.	259 (57,4%)	63 (38,0%) β^*	

Примечание: достоверность попарных различий α между гр. 3 vs 1, 2, β между гр. 2 vs 1, 3, * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$.

Сокращения: рОНМК — референсное острое нарушение мозгового кровообращения, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения.

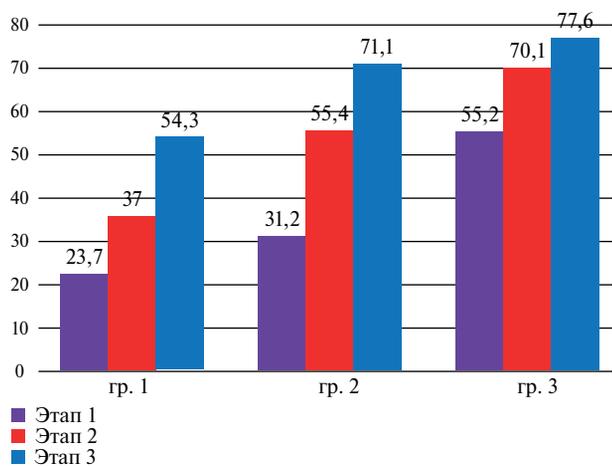


Рис. 1. Смертность пациентов на протяжении всего периода наблюдения.

Примечание: Достоверность попарных различий между группами α — на 1 этапе * — $p < 0,05$ для гр. 1-2, ** — $p < 0,01$ для гр. 2-3, *** — $p < 0,001$ для гр. 1-3. β — на 2 этапе ** — $p < 0,01$ для гр. 2-3, *** — $p < 0,001$ для гр. 1-2 и 1-3. ϵ — на 3 этапе * — $p < 0,05$ для гр. 1-3, ** — $p < 0,01$ для гр. 2-3, *** — $p < 0,001$ для гр. 1-2.

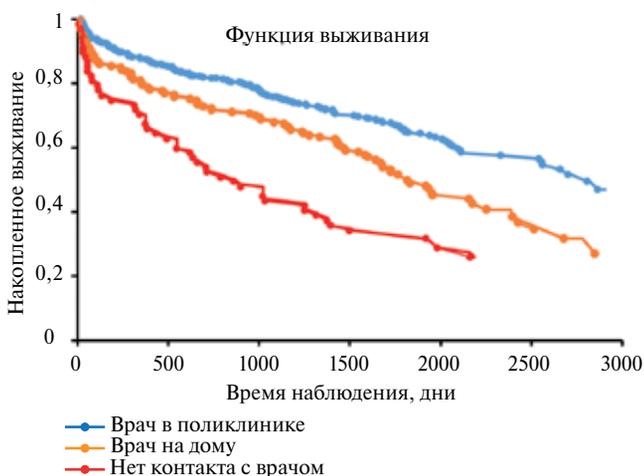


Рис. 2. Кривые Каплана-Майера для выживаемости пациентов, обратившихся в поликлинику в первый год после развития рОНМК, на 2 этапе наблюдения.

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

на 1, 2 и 3 этапах — 55,2%, 70,1% и 77,6% ($p < 0,001$), соответственно, чем в гр. 2 — 31,2%, 55,4%, 71,1% ($p < 0,001$) и гр. 1 — 23,7%, 37,0% и 54,3% ($p < 0,001$) (рис. 1-3).

При сравнении гр. 1 и 2 было выявлено, что смертность пациентов, которые посещали поликлинику лично (гр. 1), была ниже, чем у тех, кого врач посещал на дому (гр. 2), на 1, 2 и 3 этапе наблюдения ($p < 0,05-0,01$) (рис. 1-3).

RR смерти при посещении пациентом поликлиники лично составил 0,450 (95% ДИ: 0,333-0,608, $p < 0,0001$) и при визите врача на дому — 0,668 (95% ДИ: 0,482-0,927, $p < 0,05$). При многофакторном анализе и внесении поправки на пол и возраст (RR смерти 0,08 (95% ДИ: 0,048-0,133), $p < 0,0001$ и 1,036 (95% ДИ: 1,031-1,042), $p < 0,001$, соответственно), независимый вклад фактора посещения поликлиники после рОНМК сохранялся. Так, RR смерти для посещения поликлиники пациентом составил 0,996 (95% ДИ: 0,994-0,999), $p < 0,001$ и 0,998 (95% ДИ: 0,995-1,0), $p < 0,05$. Таким образом, обращение к врачу поликлиники в первый год после выписки из стационара как в виде личного визита к врачу, так и в виде посещения пациента врачом на дому, оказалось самостоятельным прогностически благоприятным фактором.

Обсуждение

В нашем исследовании при анализе обращаемости в поликлинику пациентов до развития ОНМК установлено, что ~83% всех больных посещали поликлинику в течение последних 12 мес. до референсного события, причем из них достоверно реже пациенты гр. 3 (64% vs 83% в гр. 1 и 91% в гр. 2, $p < 0,05$), не обратившиеся в поликлинику в первый год после ОНМК. Углубленный анализ, как было описано в нашей предыдущей статье [11], показал, что посещали поликлинику преимущественно пациенты, имеющие инвалидность и хронические заболевания,

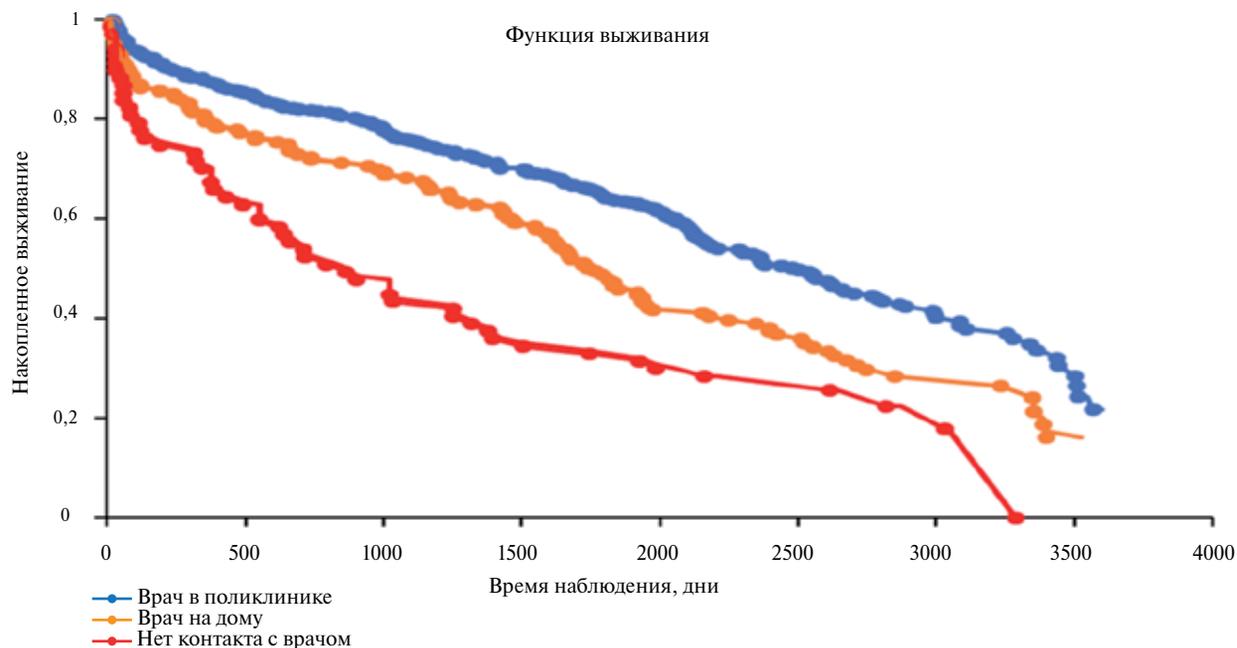


Рис. 3. Кривые Каплана-Майера для выживаемости пациентов, обратившихся в поликлинику в первый год после развития рОНМК, на 3 этапе наблюдения.
Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

т.е. коморбидные. Тем не менее под наблюдением врачей до развития рОНМК находились не все пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском, у которых должна была проводиться первичная и вторичная профилактика ССО. Лекарственная терапия до рОНМК достоверно чаще ($p < 0,05$) назначалась пациентам гр. 2, которых врач посещал на дому, и реже всех в гр. 3 (не обращавшихся в поликлинику после развития ОНМК). Схожая ситуация была выявлена в больничном регистре ЛИС-2, где до развития рОНМК лечение получала лишь небольшая часть пациентов [2].

В течение первого года после выписки обратились в поликлинику только 84,2% пациентов, из них 65,9% посетили поликлинику лично, к 24,3% пациентов врач приходил на дом. Причина, по которой врача вызывали на дом, не была указана в амбулаторной карте, однако такие пациенты чаще имели ИБС, инсульт в анамнезе и инвалидность, т.е. были более "тяжелыми". Различий по типу инсульта между тремя группами не выявлено, а данных о тяжести моторных нарушений после ОНМК в амбулаторных картах не было, поэтому не удалось установить связь между последствиями инсульта и типом обращения к врачу. Причину неявки пациентов в поликлинику после выписки из стационара установить точно не представлялось возможным, лишь у 5% пациентов в карте была пометка, что они наблюдаются в другом лечебном учреждении.

Доля пациентов, обратившихся в поликлинику в первые 6 мес. после ОНМК, была достоверно больше в гр. 2 (87,3%), чем в гр. 1 (65%, $p < 0,05$) и

оставалась практически на том же уровне в период с 6 до 12 мес. (80,1% в гр. 2 и 51,9% в гр. 1). Доля тех, кому была назначена лекарственная терапия в первые 6 мес. после ОНМК, была выше в гр. 2 (80,1%) vs 51,9% в гр. 1, ($p < 0,05$), но снижалась в период с 6 до 12 мес. до 38,0% в гр. 2 и оставалась на том же уровне в гр. 1 (57,4%). В доступной нам литературе отсутствуют данные о частоте и характере врачебного наблюдения пациентов (посещение ЛПУ или визит врача на дому) и частоте назначения лекарственных препаратов в течение 1 года до и 1 года после ОНМК, но есть данные по пациентам, перенесшим ОКС. В рамках госпитального регистра ЛИС-3 было показано, что до развития ОКС только 43,4% выписанных из стационара больных регулярно посещали врачей лечебно-профилактических учреждений, а 24,4% ни разу не посетили ЛПУ по поводу ССЗ. В этом исследовании факторами, положительно ассоциированными с приверженностью к посещению ЛПУ, явились: женский пол, возраст, ведение малоактивного образа жизни, наличие высшего образования, наличие в анамнезе ССЗ (ИБС, ранее перенесенный ИМ, ОНМК, артериальная гипертония, сахарный диабет), а факторами, отрицательно ассоциированными с приверженностью к посещению ЛПУ, — курение и занятость на работе [9, 10]. В нашем исследовании посещение больными поликлиники также ассоциировалось с коморбидной отягощенностью и связанным с ней наличием инвалидности до развития рОНМК. Другой возможной причиной неявки пациентов в поликлинику представлялось то, что часть пациентов

после рОНМК не нуждались в больничном листе или выдаче бесплатных лекарств, не имела инвалидности или поводов для обращения к врачу, т.е. были "легче", чем посетившие поликлинику, что схоже с результатами изучения приверженности посещению ЛПУ пациентами после ОКС в исследовании ЛИС-3. Среди причин непосещения ЛПУ пациентами, не посещавшими ЛПУ после ОКС (n=53), в ходе телефонного опроса были названы: отсутствие свободного времени/хорошее самочувствие (24,5%), трудности записи на прием (11,3%), физические трудности передвижения (20,8%), неверие в необходимость посещения (24,5%), предпочтение стационарного лечения амбулаторному (5,7%) [15].

Тем более парадоксальным оказался тот факт, что смертность среди лиц, не посетивших поликлинику ни разу после рОНМК, изначально менее отягощенных, была почти в 2 раза выше, чем у пациентов, обратившихся к врачу (55,2% в гр. 3 vs 31,2 в гр. 2, которых врач посещал на дому и 23,7% в гр. 1, посещавших ЛПУ лично, $p < 0,001$) на 1 этапе наблюдения, в дальнейшем различия в смертности постепенно уменьшались, но оставались достоверными на 2 (70,1% в гр. 3 vs 55,4 в гр. 2, и 37,0% в гр. 1, $p < 0,001$) и 3 этапах наблюдения (77,6% в гр. 3 vs 71,1 в гр. 2, и 54,3% в гр. 1, $p < 0,001$). Вероятно, различия в уровне смертности объясняются тем, что пациенты, обращающиеся в поликлинику после перенесенного инсульта, находятся под врачебным наблюдением и чаще получают лечение, направленное на вторичную профилактику. Данное предположение соответствует данным Ю. Семеновой, что, хотя сама по себе приверженность к посещению ЛПУ не влияла на ближайший прогноз после ОКС, но достоверно улучшала качество лекарственной терапии, получаемой до и после ОКС [9, 10, 15]. Также косвенное подтверждение мы нашли в результатах Российского клинического исследования [16] по реабилитации пациентов после перенесенного ОНМК на амбулаторном этапе. В нем была выявлена значительная разница в уровне смертности среди пациентов, получавших эффективную вторичную профилактику ССО, как немедикаментозную (отказ от вредных привычек, повышение физической активности, снижение веса), так и медикаментозную. За период в среднем пятилетнего наблюдения умер 61 из 350 больных, поэтому смертность составила 17,4%, ежегодная смер-

тность — 5,5%. Наиболее частой причиной смерти были повторный инсульт, ИМ или острая сердечно-сосудистая недостаточность. Большинство (281) больных проводили эффективную профилактику повторного инсульта. И только небольшая часть (45 из 326) больных отказывались от регулярного приема лекарственных средств даже при наличии рекомендаций со стороны врачей. Смерть от инсульта, инфаркта или острая сосудистая смерть развилась у 5% из 281 больного, которые принимали регулярное лечение, и у 47% из 45 больных, которые постоянно не принимали ни антигипертензивные препараты, ни антитромбоцитарные средства после перенесенного ишемического инсульта. От регулярного приема лекарственных средств достоверно чаще отказывались мужчины, курильщики, злоупотребляющие алкоголем пациенты. В группе больных, перенесших ишемический инсульт и регулярно принимающих лечение, значительно реже, чем у пациентов, отказавшихся от регулярного лечения, возникали повторный инсульт (3 и 16%, соответственно), ИМ (1 и 7%), смерть от ССЗ (1 и 13,8%). Таким образом, вероятной причиной более высокой смертности среди пациентов, не посещавших поликлинику после перенесенного ОНМК, явилось их нежелание заниматься своим здоровьем, посещать врача и принимать лекарственные препараты.

Несмотря на имеющиеся недостатки в проведении вторичной профилактики ССЗ на амбулаторном этапе у пациентов, перенесших ОНМК [17], врачебное наблюдение и назначение лекарственной терапии после выписки из стационара повышали выживаемость пациентов, обращающихся в поликлинику в первый год после перенесенного ОНМК.

Заключение

Более низкая смертность среди лиц, посещавших районную поликлинику в первый год после перенесенного ОНМК, и среди тех, кого врач посещал на дому, по сравнению с пациентами, не обращавшимися в лечебное учреждение, подтверждает важную роль врачебного наблюдения в постгоспитальном периоде.

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

Литература/References

- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485.
- Martsevich SYu, Kutishenko NP, Suvorov AYU, et al. The study of anamnestic factors and their role in estimation of short-term (in-hospital) prognosis in patient underwent brain stroke or transient ischemic attack, by the data LIS-2 REGISTRY. *Russian Journal of Cardiology*. 2015;(6):14-9. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Суворов А. Ю. и др. Анализ анамнестических факторов и их роль в определении ближайшего (госпитального) прогноза у больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку. Результаты регистра ЛИС-2. *Российский Кардиологический Журнал*. 2015;(6):14-9. doi:10.15829/1560-4071-2015-6-14-19.
- Boytsov SA, Martsevich SY, Ginzburg ML, et al. Lyubertsy study on mortality rate in patients after cerebral stroke or transient ischemic attack (LIS-2). Design and medical treatment estimation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2013;9(2):114-22. (In Russ.) Бойцов С. А., Марцевич С. Ю., Гинзбург М. Л. и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку

- (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2013;9(2):114-22. doi:10.20996/1819-6446-2013-9-2-114-122.
4. Boytsov SA, Lukyanov MM, Yakushin SS, et al. Outpatient register of cardiovascular diseases in the Ryazan Region (RECVASA): principal tasks, experience of development and first results. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):44-50. (In Russ.) Бойцов С. А., Лукьянов М. М., Якушин С. С. и др. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):44-50. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-3-8.
 5. Chugunova SA, Nikolaeva TY, Kuzmina ZM, et al. Stroke epidemiology in Yakutsk based on the population-based register in 2015. *Far East Medical Journal*. 2017;3:80-5. (In Russ.) Чугунова С. А., Николаева Т. Я., Кузьмина З. М. и др. Эпидемиология инсульта в Якутске по данным территориально-популяционного регистра за 2015 г. *Дальневосточный медицинский Журнал*. 2017;3:80-5.
 6. Khutueva LS, Efremov VV. Clinical and epidemiological characteristics and stroke risk factors in Ingushetia. *New Technologies*. 2012;1:234-9. (In Russ.) Хутиева Л. С., Ефремов В. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска мозговых инсультов в республике Ингушетия. *Новые Технологии*. 2012;1:234-9.
 7. Skvortsova VI, Shetova IM, Kakorina EP, et al. Reduction in stroke death rates through a package of measures to improve medical care for patients with vascular diseases in the Russian Federation. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2018;21(1):4-10. (In Russ.) Скворцова В. И., Шетова И. М., Какорина Е. П. и др. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. *Профилактическая Медицина*. 2018;21(1):4-10. doi:10.17116/profmed20182114-10.
 8. Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with Stroke or transient ischemic attack A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:227-76. doi:10.1161/strokeaha.111.614933.
 9. Semenova YuV, Kutishenko NP, Zagrebely AV, et al. Adherence to attendance at outpatient clinic, quality of prehospital therapy, and direct outcome of acute coronary syndrome: analysis within LIS-3 registry. *Rational pharmacotherapy in cardiology*. 2016;12(4):430-4. (In Russ.) Семенова Ю. В., Кутищенко Н. П., Загребельный А. В. и др. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии и ближайшие исходы острого коронарного синдрома: исследование в рамках регистра ЛИС-3. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(4):430-4. doi:10.20996/1819-6446-2016-12-4-430-434.
 10. Semenova YuV, Kutishenko NP, Zagrebely AV, et al. Influence of patients' prehospital attendance at outpatient clinics on long-term outcomes of Acute Coronary Syndrome: LIS-3 study. *Rational pharmacotherapy in cardiology*. 2017;13(3):363-9. (In Russ.) Семенова Ю. В., Кутищенко Н. П., Загребельный А. В. и др. Влияние догоспитальной приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений на отдаленные исходы острого коронарного синдрома: исследование ЛИС-3. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2017;13(3):363-9. doi:10.20996/1819-6446-2017-13-3-363-369.
 11. Martsevich SYu, Tolpygina SN, Chernysheva MI, et al. Adherence to Attendance at Outpatient Clinic and Longterm Survival of Patients after Stroke in Outpatient Setting: the Data of REGION-M Registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(3):386-93. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Толпыгина С. Н., Чернышева М. И. и др. Приверженность посещению поликлиники и отдаленная выживаемость больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным амбулаторного этапа наблюдения в регистре РЕГИОН-М (посещение поликлиники и выживаемость после инсульта). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(3):386-93. doi:10.20996/1819-6446-2021-06-04.
 12. Boytsov SA, Martsevich SYu, Kutishenko NP, et al. The study "Register of Patients after Acute Stroke (REGION)". Part 1. Hospital Prospective Register of Patients after Acute Stroke (According to the Results of the Pilot Phase of the Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2016;12(6):645-53. (In Russ.) Бойцов С. А., Марцевич С. Ю., Кутищенко Н. П. и др. Исследование "Регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН)". Часть 1. Госпитальный проспективный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по результатам пилотного этапа исследования). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(6):645-53. doi:10.20996/1819-6446-2016-12-6-645-653.
 13. Martsevich SY, Kutishenko NP, Lukyanov MM, et al. The study Hospital register of patients with acute cerebrovascular accident (REGION): characteristics of patient and outcomes of hospital treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(6):32-8. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Кутищенко Н. П., Лукьянов М. М. и др. Исследование Госпитальный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН): портрет заболевшего и исходы стационарного этапа лечения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(6):32-8. doi:10.15829/1728-8800-2018-6-32-38.
 14. Voronina VP, Zagrebely AV, Lukina YuV, et al. Features of cerebral stroke course in patients with diabetes mellitus according to the REGION-M register. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(5):60-5. (In Russ.) Воронина В. П., Загребельный А. В., Лукина Ю. В. и др. Особенности течения мозгового инсульта у больных сахарным диабетом по данным регистра РЕГИОН-М. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(5):60-5. doi:10.15829/1728-8800-2019-5-60-65.
 15. Martsevich SYu, Semenova YuV, Kutishenko NP, et al. Assessment of patients compliance for ambulatory institution visits and its influence on the quality of treatment before development of acute coronary syndrome, by the LIS-3 registry. *Russian Cardiology Journal*. 2016;(6):55-60. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Семенова Ю. В., Кутищенко Н. П. и др. Оценка приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений и ее влияния на качество терапии до развития острого коронарного синдрома в рамках регистра ЛИС-3. *Российский кардиологический журнал*. 2016;(6):55-60. doi:10.15829/1560-4071-2016-6-55-60.
 16. Parfenov VA, Verbitskaya SV Secondary prevention of ischemic stroke: international recommendations and clinical practice. *Neurology J*. 2014;(2):4-10. (In Russ.) Парфенов В. А., Вербицкая С. В. Вторичная профилактика ишемического инсульта: международные рекомендации и клиническая практика. *Неврологический журнал*. 2014;(2):4-10. doi:10.18821/1560-9545-2014-19-2-4-10.
 17. Martsevich SYu, Tolpygina SN, Zagrebely AV, et al. Quality of medication therapy in patients after stroke depending on presence/absence of diabetes: data from the outpatient stage of REGION-M registry. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(5):2856. (In Russ.) Марцевич С. Ю., Толпыгина С. Н., Загребельный А. В. и др. Качество лекарственной терапии больных, перенесших мозговой инсульт, в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета, на амбулаторном этапе регистра РЕГИОН-М. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2856. doi:10.15829/1728-8800-2021-2856.