

# Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца

С.А. Бойцов<sup>1,2</sup>, С.И. Проваторов<sup>✉1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

## Аннотация

Диспансерное наблюдение пациентов с ишемической болезнью сердца дает возможность существенно снизить вероятность возникновения у них сердечно-сосудистых осложнений. Активное наблюдение за амбулаторными пациентами позволяет скорректировать основные факторы риска сердечно-сосудистых осложнений, оценить риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и выявить пациентов, нуждающихся в проведении реваскуляризации. Внедрение комплексной оценки сердечно-сосудистого риска и развитие технологий дистанционного наблюдения позволят улучшить отдаленные результаты амбулаторного наблюдения за больными с ишемической болезнью сердца высокого сердечно-сосудистого риска.

**Ключевые слова:** диспансерное наблюдение, ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистый риск, реваскуляризация, смертность  
**Для цитирования:** Бойцов С.А., Проваторов С.И. Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца. Терапевтический архив. 2023;95(1):5–10. DOI: 10.26442/00403660.2023.01.202038  
© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

EDITORIAL ARTICLE

## Possibilities of dispensary observation in reducing mortality from coronary heart disease

Sergey A. Boytsov<sup>1,2</sup>, Sergei I. Provatorov<sup>✉1</sup>

<sup>1</sup>Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia;  
<sup>2</sup>Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

## Abstract

Dispensary observation of patients with coronary artery disease can significantly reduce the likelihood of cardiovascular complications onset. Active outpatient monitoring allows to correct the main risk factors for cardiovascular complications, to estimate the risk of unfavorable cardiovascular events onset and to identify patients who will get benefit of coronary revascularization. The introduction of a comprehensive assessment of cardiovascular risk and the development of remote monitoring technologies will improve the long-term results of outpatient follow-up of patients with coronary artery disease at high cardiovascular risk.

**Keywords:** dispensary observation, ischemic heart disease, cardiovascular risk, revascularization, mortality

**For citation:** Boytsov SA, Provatorov SI. Possibilities of dispensary observation in reducing mortality from coronary heart disease. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2023;95(1):5–10. DOI: 10.26442/00403660.2023.01.202038

### Смертность от острых и хронических форм ишемической болезни сердца

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее частой причиной смерти в российской популяции. В соответствии с данными Росстата [1], в 2020 г. при общей смертности в Российской Федерации 1460,2 на 100 тыс. населения болезни системы кровообращения составили 640,8 на 100 тыс., среди которых более 1/2 случаев (347,3 на 100 тыс.) приходилось на ИБС. Таким образом, на долю ИБС в нашей популяции приходится более 24% среди всех случаев смерти, а снижение смертности от ИБС является важным условием для снижения общей смертности.

Столь высокий вклад ИБС в структуру смертности в значительной степени обусловлен высокой распространенностью данного заболевания. В российской популяции доля лиц, страдающих ИБС, превышает 5%: по данным мони-

торинга Минздрава России, общая заболеваемость ИБС в 2021 г. составила 5101 случай на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость ИБС среди взрослого населения России в 2021 г. – 806,6 случая на 100 тыс. человек, при этом 146,5 случая пришлось на инфаркт миокарда (ИМ), а 293,6 случая – на стенокардию. Доля ИМ в структуре первичной заболеваемости ИБС у взрослых – 18,2%; основную массу новых случаев заболевания составили хронические формы ИБС.

В структуре смертности от ИБС также преобладают хронические формы. По данным Росстата, в 2021 г. от ИБС в России умерли 507 793 человека, среди которых от ИМ – 55 817 человек. Таким образом, хронические формы заболевания составили 89% среди смертей от ИБС.

Совершенствование системы оказания специализированной помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) привело к значимому снижению смертности

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Проваторов Сергей Ильич – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд. легочной гипертензии и заболеваний сердца ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова». Тел.: +7(910)423-71-38; e-mail: semaver@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-7936-3634

Бойцов Сергей Анатольевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., ген. дир. ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова», проф. каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». ORCID: 0000-0001-6998-8406

<sup>✉</sup>Sergei I. Provatorov. E-mail: semaver@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-7936-3634

Sergey A. Boytsov. ORCID: 0000-0001-6998-8406

от острых форм ИБС. За период с 2015 по 2019 г., по оперативным данным Росстата, смертность от ИМ снизилась на 14,6% – с 43,1 до 36,8 случая в год на 100 тыс. населения. В то же время с учетом снижения смертности от ИБС в целом с 335,1 случая на 100 тыс. населения в 2015 г. до 301,9 на 100 тыс. в 2019 г. снижение смертности от хронических форм ИБС составило 8%. В 2021 г. на фоне эпидемии COVID-19 расчетный уровень смертности от ИБС составил 348,1 случая на 100 тыс. населения, что говорит о росте смертности от ИБС в сравнении с уровнем 2015 г.

### **Сердечные и несердечные причины смерти у больных с ИБС**

У многих пациентов с хронической ИБС (ХИБС) отмечаются доброкачественное течение заболевания и относительно невысокий риск неблагоприятных событий. По данным регистра CLARIFY, включившего 32 703 пациента с ХИБС из 45 стран [2], частота сердечно-сосудистой смерти, инфаркта либо инсульта при 5-летнем наблюдении составила 9,5%. По результатам статистического анализа электронных медицинских данных в Великобритании (программа CALIBER), включившего данные 102 023 пациентов со стабильной ИБС [3], частота коронарной смерти либо ИМ в течение 5 лет составила 9,7%. В то же время смертность от всех причин среди этих пациентов в течение 5 лет оказалась высокой и составила 20,6%. В значительной степени неблагоприятный отдаленный прогноз у пациентов с ИБС может быть связан с наличием различных коморбидных состояний. По данным ЭССЕ-исследования РФ, у большинства лиц с ИБС старше 55 лет отмечается как минимум одна значимая коморбидная патология, причем количество сопутствующих заболеваний увеличивается с возрастом [4]. Чаще всего ИБС сочетается с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью. Наличие сопутствующих заболеваний у пациента с ИБС значительно повышает вероятность смерти не только от сердечно-сосудистых, но и от внесердечных причин.

### **Стратификация риска у пациентов с ХИБС**

Основными сердечно-сосудистыми причинами смерти у пациентов с ИБС являются смерть от сердечной недостаточности, внезапная смерть и смерть вследствие инфаркта либо инсульта [5]. Вероятность возникновения этих событий существенно различается у разных категорий пациентов, в связи с чем важное значение имеет стратификация сердечно-сосудистых рисков и их снижение у пациентов, наблюдающихся в связи с ХИБС.

Наиболее значимым фактором, связанным с вероятностью смерти у пациентов с ХИБС, является возраст. По данным, полученным в исследовании CORONOR [6], среди пациентов со стабильной ИБС в возрасте 85 лет и старше 5-летняя выживаемость не превышает 50%.

Пациенты, перенесшие ИМ, составляют многочисленную группу высокого риска среди больных с ИБС. По данным регистра PPRIMM75, включавшего лиц в возрасте 75 лет и старше, вероятность смерти в 1-й год после перенесенного ИМ составила 8,7% для пациентов, выписавшихся из стационара, а смертность в первые 5 лет после выписки составила 22,9% [7]. Пациенты, перенесшие ИМ без подъема сегмента ST, на ЭКГ демонстрируют худший прогноз в сравнении с лицами, у которых развился ИМ с подъемом ST: смертность в первый год может превышать 30 и 20% соответственно [8].

Наличие сопутствующей сердечной недостаточности более чем в 5 раз повышает вероятность смерти пациента

с ИБС, причем пациенты с сохраненной фракцией выброса также относятся к группе риска [9]. Наличие сахарного диабета у пациентов с верифицированным по данным компьютерной томографической ангиографии коронарным атеросклерозом в 2 раза повышает вероятность смерти в течение 5 лет в сравнении с пациентами без диабета [10]. У пациентов с сочетанием ИБС и хронической болезни почек вероятность смерти в течение 10 лет возрастает в 1,3–2,1 раза в зависимости от выраженности нарушения функции почек в сравнении с пациентами, у которых функция почек сохранена [11].

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества 2020 г. по стабильной ИБС [12], а также рекомендации Европейского кардиологического общества 2019 г. по диагностике и лечению хронических коронарных синдромов [13] предписывают оценку риска сердечно-сосудистых осложнений путем проведения нагрузочного тестирования с ЭКГ-контролем и последующей оценкой риска по шкале Дьюка, нагрузочного тестирования с визуализацией и оценкой размеров зоны ишемии миокарда (эхокардиография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная томография), оценку распространенности и выраженности коронарного стенозирования по данным компьютерной томографической ангиографии или инвазивной ангиографии коронарных артерий, в том числе с определением фракционного и моментального резервов кровотока. Для каждого метода установлены значения, соответствующие категории высокого риска (вероятность смерти в течение года – 3% и более). У пациентов, соответствующих категории высокого риска, проведение реваскуляризации коронарных артерий улучшает прогноз.

В настоящее время отсутствует единая общепризнанная шкала оценки риска у пациентов с ИБС, учитывающая как ангиографические, так и клинико-лабораторные показатели. Среди наиболее перспективных систем комплексной оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с ХИБС, включающих клинические параметры и ключевые биомаркеры, можно выделить шкалу ABC – CHD, которая построена на основании наблюдения за 13 164 пациентами со стабильной ИБС и средней продолжительностью наблюдения 3,7 года. Шкала учитывает уровни тропонина T, N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида и холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в крови, а также возраст, курение, наличие диабета и атеросклероза магистральных артерий [14]. В зависимости от значения указанных параметров вероятность сердечно-сосудистой смерти у пациента с ИБС в течение года может составлять от 0,1 до 50%, причем наибольшее значение в данной модели имеет содержание N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида и тропонина T в крови.

### **Значимость наблюдения за пациентами с ХИБС**

Пациенты с ИМ чаще умирают в стационаре, чем за его пределами. Так, по данным мониторинга Минздрава России, в 2019 г. вследствие ИМ в стационарах умерли 27 779 человек, а вне стационаров – 19 042 человека. Соотношение смертей от ИМ в стационаре и вне стационара составило 40,7 к 58,3%. При хронических формах ИБС смерть в большинстве случаев происходит вне медицинской организации. По данным анализа медицинских свидетельств о смерти лиц, умерших от ИБС в Московской области в 2020 г., в 30,2% случаев смерть произошла в стационаре, а

в 69,8% – дома либо в другом месте [15]. Таким образом, для предотвращения смерти пациентов с ХИБС ключевое значение приобретает совершенствование амбулаторной медицинской помощи пациентам.

В настоящее время в различных странах реализуются программы амбулаторного наблюдения за пациентами, предполагающие активное наблюдение лиц с сердечно-сосудистой патологией, прежде всего врачами общей практики и семейными врачами. Активное вовлечение пациентов, страдающих ИБС, в процесс амбулаторного наблюдения позволяет существенно улучшить прогноз этой категории пациентов. Так, по данным анализа программ амбулаторной медицинской помощи в Германии [16], вовлечение пациентов с ИБС в программу интенсивного амбулаторного наблюдения позволяет снизить у них смертность от всех причин на 19% и частоту повторных госпитализаций – на 6%.

### **Диспансерное наблюдение больных с ИБС в России**

Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС в России регламентируется приказом Минздрава России №168н от 15 марта 2022 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» [17]. В соответствии с данным нормативом врач-кардиолог осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с ИБС, перенесшими ИМ, стентирование либо шунтирование коронарных артерий в первые 12 мес после события, за пациентами с сочетанной патологией, с высоким функциональным классом стенокардии, а также в случае резистентности к проводимой терапии. В остальных случаях пациента с ИБС наблюдает врач-терапевт.

По данным мониторинга Минздрава России, в 2021 г. под диспансерным наблюдением в России состояли 5 631 355 пациентов с ИБС, или 3852,6 человека на 100 тыс. населения. Доля лиц с ИБС, поставленных под диспансерное наблюдение, составила 75,5% от общего количества выявленных случаев заболевания. Летальность среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, состоявших под диспансерным наблюдением, в 2021 г. составила 2,2%.

Важным аспектом диспансерного наблюдения за пациентами с ИБС является возможность получения определенными группами этих пациентов бесплатного лекарственного обеспечения в соответствии с приказом Минздрава России №639н от 29 сентября 2022 г. «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, ИМ, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства» [18]. В соответствии с этим документом пациенты, перенесшие ИМ либо острое нарушение мозгового кровообращения, коронарное шунтирование либо стентирование, а также катетерную абляцию, имеют право на бесплатное получение широкого спектра препаратов, включая антиагреганты, гиполипидемические, антиангинальные средства и препараты, направленные на лечение сердечной недостаточности. Снижение затрат со стороны пациента существенно повышает его приверженность назначенной терапии [19]. Для пациентов, перенесших ИМ и/или стентирование коронарных артерий, важно обеспе-

чить получение необходимых лекарственных препаратов уже в день выписки из стационара, поскольку у данной категории больных даже кратковременный перерыв в приеме антиагрегантов может привести к развитию коронарного тромбоза. В настоящее время во многих регионах практикуется постановка под диспансерное наблюдение этих пациентов в день выписки из стационара с одновременным получением ими препаратов, входящих в льготное лекарственное обеспечение.

Помимо возможности получения пациентом, страдающим ИБС, антиагрегантов и холестеринснижающих препаратов большое значение имеет назначение этих препаратов в эффективных дозах и в случае антиагрегантов на протяжении достаточно длительного срока. Назначение высокоинтенсивной терапии статинами пациентам с ИБС, относящимся к группам высокого риска, позволяет как минимум на 10% снизить вероятность возникновения у них инфаркта, инсульта и сердечно-сосудистой смерти в сравнении с пациентами, принимающими средние и низкие дозы статинов [20]. Длительность назначения двойной антиагрегантной терапии в значительной степени зависит от соотношения тромботических и геморрагических рисков у конкретного пациента и в настоящее время составляет 6 мес у большинства пациентов, перенесших плановое чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и как минимум 12 мес после перенесенного ОКС [21].

Вовлечение кардиологов в непосредственное осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с ИБС существенно повышает качество оказания медицинской помощи таким пациентам. При этом значительную проблему представляет кадровый дефицит кардиологов в поликлиниках. Действующим Порядком оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендована численность обслуживаемого населения 20 тыс. человек на 1 кардиолога амбулаторного звена [22]. В реальной практике, по данным мониторинга Минздрава России, на 1 кардиолога в большинстве субъектов РФ приходится 30 и более тысяч обслуживаемого населения, причем кардиологи зачастую отсутствуют в поликлиниках населенных пунктов, удаленных от областных центров. В этих условиях может быть использован дистанционный формат наблюдения пациентов кардиологами с применением телемедицинских технологий. По имеющимся данным, дистанционный формат наблюдения кардиолога за пациентом не уступает по эффективности непосредственному наблюдению [23]. Действующая нормативная база позволяет использовать телемедицинские технологии при консультировании пациентов, однако удаленное диспансерное наблюдение в настоящее время нормативно не регламентировано и требует проработки как в отношении регламента процедуры, так и в вопросах финансирования.

### **Лабораторное и инструментальное обследование в рамках диспансерного наблюдения.**

Действующий регламент диспансерного наблюдения [17] предполагает выполнение общего и биохимического анализов крови не менее 1 раза в год, определение содержания ХС ЛПНП в крови не менее 2 раз в год, проведение эхокардиографии и рентгенографии грудной клетки 1 раз в год и нагрузочное тестирование не реже 1 раза в 2 года у пациентов, подвергшихся реваскуляризации. Приведенный объем обследования достаточен для пациентов низкого риска со стабильным течением заболевания, но при появляющихся признаках дестабилизации важно своев-

ременное выполнение дополнительных исследований для уточнения степени риска и коррекции тактики ведения пациента, прежде всего оценки необходимости проведения реваскуляризации.

Основной задачей врача, осуществляющего диспансерное наблюдение, является максимально возможная коррекция имеющихся у пациента модифицируемых факторов риска, обеспечение приверженности назначенной лекарственной терапии и достижение целевых уровней ХС ЛПНП и артериального давления для пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией. Данные клинических исследований свидетельствуют о том, что частота недостижения целевого уровня ХС ЛПНП у пациентов, перенесших ОКС, приближается к 50% [24]. Для повышения частоты достижения целевого уровня ХС ЛПНП в крови необходимо использовать высокие дозы статинов в сочетании с эзетимибом на фоне активного контроля липидного профиля. При недостижении целевых значений на фоне данной терапии показано назначение ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9.

Для оценки риска у пациентов со стабильной ИБС должна активно применяться проба с дозированной физической нагрузкой в сочетании с визуализацией ишемизированной зоны. Пациенты с отсутствием воспроизводимой ишемии либо с небольшой ишемизированной зоной имеют лучший прогноз при назначении только медикаментозной терапии, в то время как у пациентов с распространенной зоной ишемии реваскуляризация может улучшить прогноз [25]. В настоящее время активное использование нагрузочных проб с визуализацией ишемии в большинстве медицинских организаций страны является скорее исключением, чем общей практикой. Во многих случаях в качестве аргумента для проведения повторной реваскуляризации используется выявление стенозов коронарных артерий по результатам контрольной ангиографии через 6–12 мес после ранее выполненного ЧКВ без оценки моментального или фракционного резерва кровотока. Такой подход противоречит действующим рекомендациям [12] и должен быть исключен из практики.

### **Реваскуляризация у пациентов со стабильной ИБС**

В настоящее время не вызывает сомнений, что проведение реваскуляризации коронарных артерий улучшает прогноз у пациентов с ОКС. В то же время прогностическое значение реваскуляризации у пациентов со стабильной ИБС не столь однозначно. Данные регистра REACH, включившего более 68 тыс. пациентов с ИБС, свидетельствуют о более низком риске сердечно-сосудистой смерти среди пациентов, перенесших ЧКВ, в сравнении с пациентами, которым реваскуляризация коронарных артерий не выполнялась [26]. При этом отмечены значительные различия между популяционными характеристиками пациентов, подвергшихся и не подвергшихся реваскуляризации, как по возрасту и сопутствующим заболеваниям, так и по региону проживания. В то же время результаты исследований COURAGE и ISCHEMIA [27, 28] не подтверждают позитивного влияния на прогноз в отношении смерти или

возникновения ИМ плановых ЧКВ у пациентов со стабильным течением ИБС. В настоящее время положительное прогностическое влияние реваскуляризации признано у пациентов, имеющих значимое стенозирование ствола левой коронарной артерии либо передней нисходящей артерии, двух- и трехсосудистое поражение при фракции выброса менее 35%, площади стресс-индуцированной ишемии миокарда 10% и более и при значимом стенозировании единственной функционирующей коронарной артерии [26]. Своевременное выявление этих состояний и обоснованное направление пациентов на коронароангиографию с последующей реваскуляризацией обеспечивают существенное снижение риска у пациентов с ИБС, находящихся под диспансерным наблюдением.

### **Заключение**

Существующий в настоящее время регламент позволяет охватить диспансерным наблюдением основную массу пациентов высокого риска, страдающих ИБС, обеспечить их необходимыми лекарственными препаратами в рамках льготного лекарственного обеспечения, осуществлять у них контроль достижения целевого уровня ХС ЛПНП и артериального давления и своевременно определять у них показания к проведению реваскуляризации. В то же время необходимы дополнительные исследования по оценке эффективности диспансерного наблюдения среди отдельных групп пациентов, стратификации риска у пациентов с различными вариантами течения ИБС и разными сочетаниями сопутствующей патологии, а также с разными вариантами поражения коронарного русла. Требуется доработка и научного обоснования протоколы дистанционного наблюдения пациентов, проживающих в удаленных районах, и протоколы взаимодействия врачей различных специальностей при осуществлении наблюдения за пациентами с множественной коморбидностью.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

### **Список сокращений**

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ЛПНП – липопротеины низкой плотности

ОКС – острый коронарный синдром

ХИБС – хроническая ишемическая болезнь сердца

ХС – холестерин

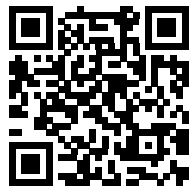
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Российский статистический ежегодник. 2021: Статистический сборник Росстат. М., 2021. Режим доступа: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik\\_2021.pdf](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2021.pdf). Ссылка активна на 14.11.2022 [Russian statistical yearbook. 2021: Statistical collection of Rosstat. Moscow, 2021 Available at: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik\\_2021.pdf](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2021.pdf). Accessed: 14.11.2022 (in Russian)].
2. Sorbets E, Fox KM, Elbez Y, et al. CLARIFY investigators. Long-term outcomes of chronic coronary syndrome worldwide: insights from the international CLARIFY registry. *Eur Heart J*. 2020;41(3):347-56. DOI:10.1093/eurheartj/ehz660
3. Rapsomaniki E, Shah A, Perel P, et al. Prognostic models for stable coronary artery disease based on electronic health record cohort of 102 023 patients. *Eur Heart J*. 2014;35(13):844-52. DOI:10.1093/eurheartj/ehz533
4. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д., и др. Сочетания ишемической болезни сердца с другими неинфекционными заболеваниями в популяции взрослого населения: ассоциации с возрастом и факторами риска. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2015;14(4):44-51 [Shalnova SA, Oganov RG, Deev AD, et al. Comorbidities of ischemic heart disease with other non-communicable diseases in adult population: age and risk factors association. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2015;14(4):44-51 (in Russian)]. DOI:10.15829/1728-8800-2015-4-44-51
5. Bauters C, Tricot O, Meurice T, et al. Long-term risk and predictors of cardiovascular death in stable coronary artery disease: the CORONOR study. *Coron Artery Dis*. 2017; 28(8):636-41. DOI:10.1097/MCA.0000000000000560
6. Abbadi AB, Lemesle G, Lamblin N, Bauters C. Very long-term outcomes of older adults with stable coronary artery disease (from the CORONOR study). *Coron Artery Dis*. 2022;33(3):169-75. DOI:10.1097/MCA.0000000000001086
7. Viana-Tejedor A, Loughlin G, Fernández-Avilés F, Bueno H. Temporal trends in the use of reperfusion therapy and outcomes in elderly patients with first ST elevation myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2015;4(5):461-7. DOI:10.1177/2048872614565928
8. Terkelsen CJ, Lassen JF, Nørgaard BL, et al. Mortality rates in patients with ST-elevation vs. non-ST-elevation acute myocardial infarction: observations from an unselected cohort. *Eur Heart J*. 2005;26(1):18-26. DOI:10.1093/eurheartj/ehi002
9. Lamblin N, Meurice T, Tricot O, et al. First Hospitalization for Heart Failure in Outpatients With Stable Coronary Artery Disease: Determinants, Role of Incident Myocardial Infarction, and Prognosis. *J Card Fail*. 2018;24(12):815-22. DOI:10.1016/j.cardfail.2018.09.013
10. Blanke P, Naoum C, Ahmadi A, et al. Long-Term Prognostic Utility of Coronary CT Angiography in Stable Patients With Diabetes Mellitus. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2016;9(11):1280-8. DOI:10.1016/j.jcmg.2015.12.027
11. Lima EG, Charytan DM, Hueb W, et al. Long-term outcomes of patients with stable coronary disease and chronic kidney dysfunction: 10-year follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study II Trial. *Nephrol Dial Transplant*. 2020;35(8):1369-76. DOI:10.1093/ndt/gfy379
12. Российское кардиологическое общество (РКО). Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4076 [Russian Society of Cardiology (RSC). 2020 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. Russian Society of Cardiology (RSC). 2020 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(11):4076 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2020-4076
13. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. ESC Scientific Document Group, 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2020;41(3):407-77. DOI:10.1093/eurheartj/ehz425
14. Lindholm D, Lindbäck J, Armstrong PW, et al. Biomarker-Based Risk Model to Predict Cardiovascular Mortality in Patients With Stable Coronary Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(7):813-26. DOI:10.1016/j.jacc.2017.06.030
15. Самородская И.В., Чернявская Т.К., Какорина Е.П., Семенов В.Ю. Ишемические болезни сердца: анализ медицинских свидетельств о смерти. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(1):4637 [Samorodskaya IV, Chernyavskaya TK, Kakorina EP, Semenov VYu. Ischemic heart disease: medical certificate of cause of death analysis. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(1):4637 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2022-4637
16. Sawicki OA, Mueller A, Glushan A, et al. Intensified ambulatory cardiology care: effects on mortality and hospitalisation – a comparative observational study. *Sci Rep*. 2020;10(1):14695. DOI:10.1038/s41598-020-71770-9
17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». *Российская газета*. 22.04.2022. Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2022/04/22/minzdrav-prikaz168-site-dok.html>. Ссылка активна на 14.11.2022 [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 15, 2022 №168n "On approval of the procedure for dispensary observation of adults". *Russian newspaper*. 04.22.2022. Available at: <https://rg.ru/documents/2022/04/22/minzdrav-prikaz168-site-dok.html>. Accessed: 14.11.2022 (in Russian)].
18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 №639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства». *Российская газета*. 28.10.2022. Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2022/10/28/minzdrav-prikaz639-site-dok.html>. Ссылка активна на 14.11.2022 [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated September 29, 2022 №639n "On approval of the list of drugs for medical use in order to provide outpatient care for people under dispensary observation who have suffered acute cerebrovascular accident, myocardial infarction, and who have undergone coronary artery bypass grafting, angioplasty of the coronary arteries with stenting and catheter ablation for cardiovascular diseases, within 2 years from the date of diagnosis and (or) surgical intervention". *Russian newspaper*. 10.28.2022. Available at: <https://rg.ru/documents/2022/10/28/minzdrav-prikaz639-site-dok.html>. Accessed: 14.11.2022 (in Russian)].
19. Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(5):CD007017. DOI:10.1002/14651858.CD007017.pub2
20. Mills EJ, O'Regan C, Eyawo O, et al. Intensive statin therapy compared with moderate dosing for prevention of cardiovascular events: a meta-analysis of >40 000 patients. *Eur Heart J*. 2011;32(11):1409-15. DOI:10.1093/eurheartj/ehz035
21. Espinoza C, Mukherjee D. Dual Antiplatelet Therapy in Patients with High Cardiovascular Risk. *Heart Int*. 2021;15(1):26-36. DOI:10.17925/HI.2021.15.1.26
22. Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Российская газета*. 24.04.2013. Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2013/04/25/serdechniki-dok.html>. Ссылка активна на 14.11.2022 [The procedure for providing medical care to patients with cardiovascular diseases. *Russian newspaper*. 04.24.2013. Available at: <https://rg.ru/documents/2013/04/25/serdechniki-dok.html>. Accessed: 14.11.2022 (in Russian)].
23. Осокина А.К., Потехина А.В., Филатова А.Ю., и др. Возможность контроля липидного профиля у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, с помощью дистанционного мониторинга по результатам наблюдения в течение 6 месяцев. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медицинской экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2020;3:56-64 [Osokina AK, Potekhina AV, Filatova AYU, et al. Possibility of lipid profile control in patients under coronary stenting using remote monitoring on the results of observation for 6 months. *Vestnik of Russian Society of Specialists on Medical Social Expertise and Rehabilitation Industry*. 2020;3:56-64 (in Russian)]. DOI:10.17238/issn1999-2351.2020.3.56-64
24. Alsadat N, Hyun K, Boroumand F, et al. Achieving lipid targets within 12 months of an acute coronary syndrome: an observational analysis. *Med J Aust*. 2022;216(9):463-8. DOI:10.5694/mja.251442

25. Hachamovitch R, Hayes SW, Friedman JD, et al. Comparison of the short-term survival benefit associated with revascularization compared with medical therapy in patients with no prior coronary artery disease undergoing stress myocardial perfusion single photon emission computed tomography. *Circulation*. 2003;107(23):2900-7. DOI:10.1161/01.CIR.0000072790.23090.41
26. Elbez Y, Cheong AP, Fassa AA, et al. Clinical outcomes in patients with stable coronary artery disease with vs. without a history of myocardial revascularization. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2016;2(1):23-32. DOI:10.1093/ehjqcco/qcv017
27. Boden WE, O'Rourke RA, Maron DJ, et al. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2007;356:1503-16. DOI:10.1056/NEJMoa070829
28. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2020;382:1395-407. DOI:10.1056/NEJMoa1915922

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.11.2022



OMNIDOCTOR.RU