

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Е. В., Пушкарёв Г. С., Смазнов В. Ю., Гафаров В. В., Кузнецов В. А. Социально-экономические факторы риска кардиоваскулярной смерти: данные 12-летнего проспективного исследования // Российский кардиологический журнал. – 2014. – № 6 (110). – С. 7–11.
2. Бекенова Д.З., Демидов А.А., Сагитова Г.Р. Уровень биометаллов и клинико-эпидемиологические аспекты острых форм ишемической болезни сердца // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 301.
3. Гофман Е. А., Марцевич С. Ю., Деев Д. Н. и др. Первые результаты исследования ПРОГНОЗ ИБС: 5-летнее, проспективное наблюдательное когортное исследование больных стабильно протекающей ИБС // Клиницист. – 2012. – № 1. – С. 56–62.
4. Михайлов Г. В., Орлова Я.А., Агеев Ф.Т. Сердечно-сосудистое сопряжение: клиническое значение, методы оценки и возможности медикаментозной коррекции // Журнал «сердечная недостаточность». – 2012. – № 2. – С. 111–117.
5. Полунина Е. А., Тарасочкина Д. С., Севостьянова И. В., Полунин И. Н., Перова Н. Ю., Заклякова Л. В. Варианты гипертрофии левого желудочка при сочетании артериальной гипертензии и стенокардии напряжения // Астраханский медицинский журнал. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 79–85.
6. Полунина О. С., Аксенов А. И. Роль белков-матриксинов и их ингибиторов в развитии сердечно-сосудистой патологии и ремоделирования миокарда // Астраханский медицинский журнал. – 2016. – Т. 11, № 2. – С. 42–57.
7. Рыбакова М. К., Митьков В. В. Эхокардиография в таблицах и схемах. Настольный справочник. Изд. 2-е. М.: Видар, 2011. – 287 с.
8. Шальнова С. А., Конради А. О., Карпов Ю. А., Концевая А. В., Деев А. Д., Капустина А. В., Худяков М. Б., Шляхто Е. В., Бойцов С. А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 5. – С. 6–11.
9. Шальнова С. А., Деев А. Д., Капустина А. В. и др. Ишемическая болезнь сердца у лиц 55 лет и старше. Распространенность и прогноз / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 21–28.

Поступила 23.12.2016.

С. А. РАФФ, Е. Д. КОСМАЧЕВА

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ОТДЕЛЬНЫХ ЛПУ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (ЧАСТЬ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА РЕКОРД-3)

Кафедра терапии № 1 ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского». Россия, 350086, Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. +7 (918) 235-41-03; e-mail: staraff@mail.ru

Отражены результаты проспективного наблюдения за 661 пациентом, поступившим в 17 стационаров Краснодарского края с диагнозом «острый коронарный синдром» (ОКС). Определены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и проанализированы данные анамнеза. Проведена оценка диагностических и лечебных мероприятий на различных этапах оказания помощи. Выводы. Сроки доставки пациентов с ОКС в стационар не оптимальны. Амбулаторная терапия проводится в недостаточном объеме даже после ЧКВ и АКШ. При лечении в стационаре часть пациентов получают неадекватные дозы дезагрегантов. Доля пациентов, получивших реперфузионную терапию, должна быть увеличена. Использование инвазивных процедур для диагностики и лечения ОКС значительно улучшает исходы и прогноз при низком уровне осложнений.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, исходы, лечение, регистр.

S. A. RAFF, E. D. KOSMACHEVA

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROM IN SELECTED HOSPITALS OF KRASNODAR REGION (PART OF THE RUSSIAN REGISTER RECORD-3)

Department of therapy № 1 Kuban state medical university, Regional clinical hospital № 1 named after professor S. V. Ochapovsky of the ministry of health of the Krasnodar region. Russia, 350086, Krasnodar, 1 May str., 167; tel. +7 (918) 235-41-03; e-mail: staraff@mail.ru

Demonstrated the results of prospective study of 661 patients were admitted in 17 hospitals of Krasnodar region with a diagnosis of acute coronary syndrome (ACS). Identify risk factors for cardiovascular diseases and medical history data

were analyzed. The evaluation of diagnostic and therapeutic measures at different stages of care. Conclusions. Delivery times of patients with ACS in the hospital is not optimal. Outpatient therapy is insufficiently even after PCI and CABG. In the treatment of the hospital patients receive inadequate doses of antiplatelet agents. The proportion of patients who received reperfusion therapy should be increased. The use of invasive procedures for the diagnosis and treatment of acute coronary syndrome significantly improve outcomes and prognosis, with a low level of complications.

**Keywords:** acute coronary syndrome, outcomes, treatment, registry.

Несмотря на значительные успехи в лечении, обострения ишемической болезни сердца (ИБС) и, прежде всего, острый коронарный синдром (ОКС) продолжают сохранять чрезвычайную социально-экономическую значимость вследствие высокой смертности трудоспособного населения, особенно в первые часы развития. ОКС ежегодно является причиной большого числа экстренных госпитализаций как в России, так и во всем мире. Проблема ОКС в течение последних десятилетий привлекает большое внимание ученых в различных странах, интерес к ней оправдан складывающейся в сжатые сроки критической ситуацией, когда экстренно назначенное лечение имеет жизненно спасающие эффекты и предшествует установлению окончательного диагноза. Актуальность проблемы подчеркивается изданием значительного числа как международных, так и российских рекомендаций по диагностике и лечению ОКС. Насколько же реальная клиническая практика соответствует существующим стандартам и рекомендациям, адекватно можно оценить только с помощью проведения регистров, включающих всех последовательно госпитализированных пациентов.

Цель исследования: участие стационаров Краснодарского края в независимом регистре РЕКОРД-3 с целью анализа результатов течения и исходов заболевания у пациентов, поступивших в клинику с диагнозом острого коронарного синдрома в течение 30 дней.

### Материалы и методы

Последовательность включения в исследование больных ОКС осуществлена путем заполнения регистрационных карт на всех больных с

соответствующими клиническими признаками, обратившихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) Краснодарского края и госпитализированных в стационар в марте-апреле 2015 года. В регистре приняли участие 17 стационаров, в том числе 5 – «инвазивных» (29 %), 7 – с наличием первичного сосудистого отделения и 5 – центральных районных больниц, среди которых только одна с наличием кардиологического отделения, остальные с терапевтическими отделениями. Диагноз ОКС устанавливался согласно рекомендациям Российского кардиологического общества и Европейского кардиологического общества от 2012 и 2015 гг. на основе комплекса клинико-анамнестических данных, а также инструментальных и лабораторных методов исследования.

Проведено проспективное наблюдение за 661 пациентом, 412 мужчинами и 249 женщинами, в возрасте  $63,8 \pm 11,7$  года, поступивших в различные ЛПУ с диагнозом ОКС.

### Результаты и обсуждение

206 (31 %) пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда, 339 (60 %) имели стенокардию напряжения в анамнезе, 78 (12 %) ранее перенесли чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или аортокоронарное шунтирование (АКШ), 556 (84 %) страдали артериальной гипертензией и 528 (79 %) имели избыточную массу тела. Сахарным диабетом страдали 114 (17 %) пациентов. Несмотря на то что более половины пациентов имели в анамнезе хроническую ИБС, а некоторые перенесли инфаркт миокарда и процедуры реваскуляризации, лечение их на догоспитальном этапе

Таблица 1

### Характеристика пациентов с ОКС и факторы риска ИБС

Пациенты с ОКС	Вся группа, n=661, %	Инвазивные центры, n=434, %	Неинвазивные центры, n=227, %
Всего	100	65	35
Мужчин	62	64	58
Женщин	38	36	42
Возраст, лет	$63,8 \pm 11,7$ (27-91)	$62,6 \pm 12,0$	$66,2 \pm 10,9$
<b>Факторы риска</b>			
АГ	84	82	88
Избыток веса	79	81	77
Дислипидемия	29	25	37
Курение	27	30	22
наследственность	20	23	14

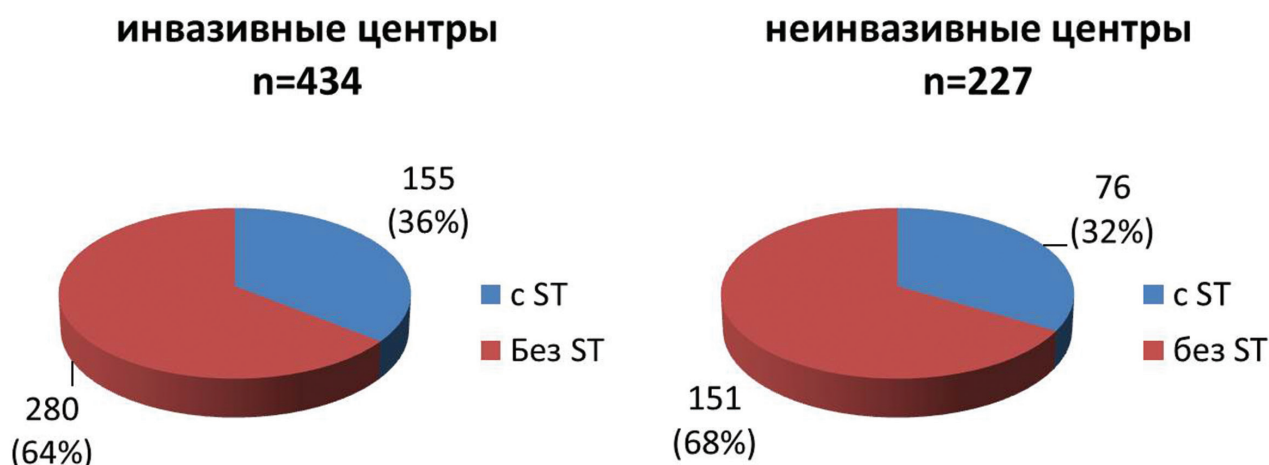


Рис. 1. ОКС в зависимости от ЭКГ.

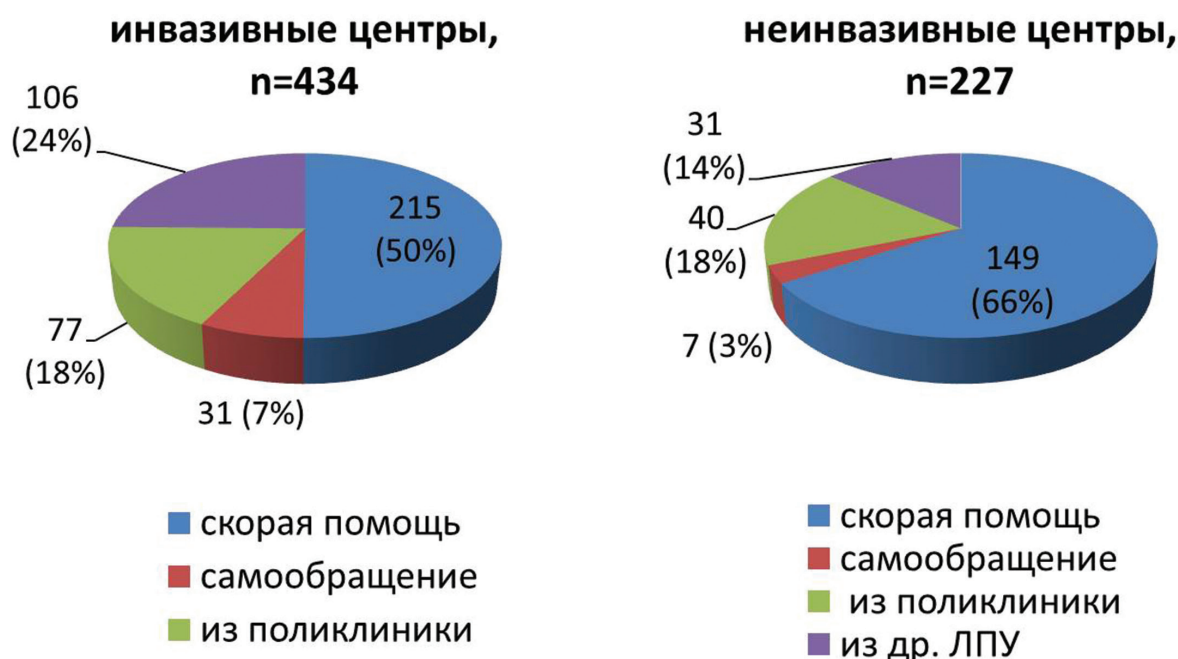


Рис. 2. «Канал» поступления.

можно признать неудовлетворительным: около 30 % пациентов принимали регулярно бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и аспирин, только лишь 20 % принимали регулярно статины.

При поступлении 231 (35 %) пациенту установлен диагноз «ОКС» с подъемом сегмента ST, 435 (65 %) – ОКС без подъема сегмента ST (рис. 1). Уровень кардиоспецифических ферментов (тропонин I) не определялся у 24 (3,6 %) пациентов и был повышен у 259 (39,2 %) пациентов.

Тяжесть острой сердечной недостаточности по классификации Killip соответствовала I классу у 508 (77 %) пациентов, II – у 89 (13 %), III – у 29 (4 %), IV – 11 (2 %) пациентов. В сроки до 12 часов от начала заболевания доставлено 480 (73 %) человек. Наибольшее количество пациентов госпитализируется по скорой помощи, до 18 % направлены из поликлиники, от 14 % до 25 % переведены для дальнейшего лечения в другой стационар и от 3 %

до 7 % госпитализируется как самостоятельное обращение.

Основная часть пациентов с ОКС госпитализируется в палату интенсивной терапии (ПИТ) или отделение анестезиологии и реанимации (АРО) во всех центрах, но остается значительная доля пациентов (до 21 %), госпитализированных в общую палату отделения (рис. 3).

Диагностическая коронароангиография проведена 306 (46,6 %), и 165 пациентов (38 %) подвергнуты операции ЧТКА, оказавшейся успешной у 159 (96 %) пациентов (достигнут кровотока TIMI 3). 1 пациенту с ОКС без подъема ST проведена реваскуляризация методом АКШ в экстренном порядке.

116 (50 % в группе ОКСПST) пациентов получили тромболитическую терапию, из них 46 (39 %) догоспитально. Основными препаратами для тромболиза были стрептокиназа и пуролаза.

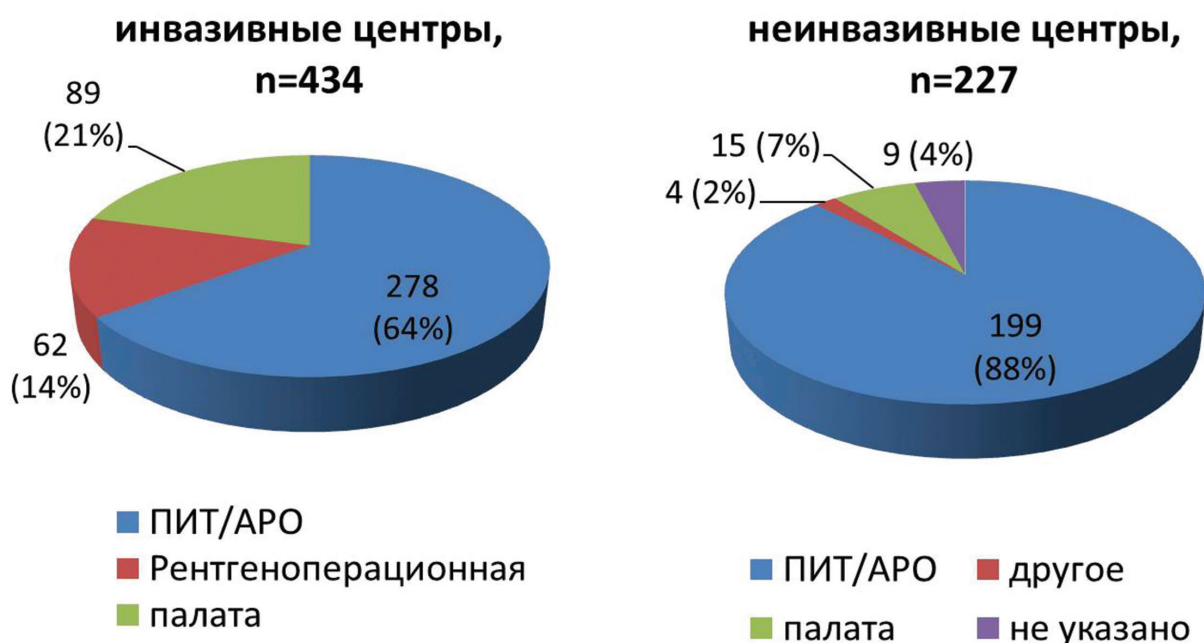


Рис. 3. Госпитализирование пациентов с ОКС.

Лишь 55 (8, 3 %) пациентов получили нагрузочную дозу клопидогреля 600 мг, 432 (65 %) пациентов — 300 мг клопидогреля и 139 (21 %) — тикагрелора, большинству пациентов назначена нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты (87 %).

При лечении ОКС на госпитальном этапе использовалась ацетилсалициловая кислота (АСК) в 84 % случаев, продолжена антикоагулянтная терапия более 1 суток эноксапарином в 6 %, нефракционированным гепарином в 36 %. Базовое лечение ОКС включало все необходимые препараты: бетаблокаторы 77 %, ИАПФ 73 %, диуретики 16 %, нитраты 31 %, статины 79 % человек. Рекомендован при выписке прием АСК 80 %, статинов 80 %, бетаблокаторов 74 %, ИАПФ 73 %, клопидогреля 60 % и тикагрелора 11 % пациентам.

За период госпитализации тромбоз стента, потребовавший повторного эндоваскулярного вмешательства, не развился ни у одного пациента.

За время лечения развилось 2 незначительных кровотечения, купировавшихся без лечения, и 1 большое кровотечение, потребовавшее гемо-

трансфузии. Госпитальная летальность в группе пациентов с «ОКС» составила 2,9 % (19 человек), в группе пациентов с ОКС/ПСТ летальность составила 6,5 % (15 человек).

Диагноз ОКС снят у 67 (10 %) пациентов, среди них преобладают пациенты с артериальной гипертензией, кардиалгией и стабильной ИБС.

Проведение регистра, при условии получения информации, соответствующей действительности, позволяет оценить качество оказания медицинской помощи на различных ее этапах и выявить основные недостатки. По данным нашего исследования, ключевых проблем в ведении больных с ОКС несколько. Сроки доставки в стационар при ОКС нуждаются в оптимизации: временная задержка при доставке пациентов зависит не только от работы медицинских служб, но и от сроков обращения пациентов за помощью, что может быть уменьшено при достаточной медицинской грамотности населения.

Амбулаторное наблюдение кардиологических пациентов можно признать неудовлетворительным: адекватная терапия проводится в недостаточном объеме даже после перенесенных инфарктов и операций по реваскуляризации миокарда.

При госпитализации сохраняется большой процент случаев помещения пациентов в общую терапевтическую (кардиологическую) палату, в которых нет достаточной возможности обеспечить адекватное наблюдение за этими больными.

Следует отметить возможность практически во всех случаях госпитализации исследования кардиоспецифических ферментов в ЛПУ различного уровня и оснащения.

При лечении в стационаре часть пациентов получают неадекватные дозы дезагрегантов (используются низкие нагрузочные дозы клопидогре-

Таблица 2

## Диагностические мероприятия

Диагностические мероприятия	n=661	%
ЭКГ	661	100
Лабораторные данные		
КФК МВ повышена	269	40,7
Тропонин повышен	259	39,2
Маркеры некроза не определялись	24	3,6
ЭХОКГ	566	85,6
КАГ	308	46,6



## Исходы и осложнения

Показатель	Всего, n=661	%	Инвазивные центры		Неинвазивные центры	
			количество	%	количество	%
ОКС снят	67	10	44	10	23	10
Перевод в др. ЛПУ	104	16	11	2,5	93	41
Перевод в санаторий	43	7	38	8,8	5	2,2
Большое кровотечение (+гемотрансфузия)	1	0,15	1	0,23	0	-
Малое кровотечение	2	0,3	1	0,23	1	0,4
Тромбоз стента	0	0	0	0	-	-
Умерло всего	19	2,87	13	2,99	6	2,6
Умерло в группе ОКС/ПСТ (n=231)	15	6,49	10	6,45	5	6,58

ля, выявлен низкий процент использования тикагрелора особенно в инвазивных центрах).

Продолжается подкожное введение гепарина, не указанное ни в одних рекомендациях; часто используются нефибринспецифические препараты для тромболитической терапии.

Доля пациентов с ОКС/ПСТ с реперфузионной терапией недостаточная (первичная ЧКВ 22 % и ТЛТ 50 %) и должна быть увеличена; доля пациентов при ОКС/ПСТ с ЧКВ мала — 26 % и также нуждается в увеличении.

Госпитальная летальность при ОКС (при условии перевода более тяжелых больных для лечения в инвазивные центры) в инвазивных и неинвазивных центрах сопоставима, что говорит о значительном улучшении исходов и прогноза, при низком уровне осложнений при использовании инвазивных процедур для диагностики и лечения ОКС.

Продолжение проведения регистров позволит более объективно оценить реальную клиническую практику.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать» // Профилактическая медицина. — 2012. — № 2. — С. 3-10.
2. Космачева Е. Д., Позднякова О. А., Круберг Л. К., Павленко В. А., Порханов В. А., Шелушенко А. А., Шелушенко Е. А., Белан И. А., Кижватова Н. В. Первые результаты регистра острых коронарных синдромов в Краснодарском крае // Атеротромбоз. — 2010. — № 1. — С. 109.

3. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. Регистр острых коронарных синдромов «РЕКОРД». Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Кардиология. — 2009. — № 49 (7/8). С. 4–13.

4. Эрлих А. Д., Харченко М. С., Барбараш О. Л., Кашталап В. В. и др. Степень приверженности к выполнению руководств по лечению острого коронарного синдрома в клинической практике российских стационаров и исходы в период госпитализации (данные регистра «РЕКОРД-2») // Кардиология. — 2013. — № 1. — С. 14–22.

5. Эрлих А. Д. Двойная антитромбоцитарная терапия: необходимость приверженности к лечению и возможности ее повышения // Атеротромбоз. — 2014. — № 2. — С. 25–33.

6. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2015; 29 August. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv320.

7. Hamm C., Crea F. The year in cardiology 2013: acute coronary syndromes, European Heart Journal. 2014; 35: 349–352. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv548.

8. Peterson E. D., Roe M. T., Mulgund J. et al. Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes. JAMA. 2006; 295 (16): 1912–1920.

9. Somma K. A., Bhatt D. L., Fonarow G. C. et al. Guideline adherence after ST-segment elevation versus non-ST segment elevation myocardial infarction. Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 2012; Sep. 1; 5 (5): 654–661.

Поступила 20.10.2016