

## Лечение больных острым коронарным синдромом с подъемом ST в стационарах имеющих и не имеющих возможности выполнения чрезкожных коронарных вмешательств (данные регистра «РЕКОРД»)

А.Д.Эрлих, Н.А.Грацианский и участники регистра РЕКОРД\*

Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ и учреждения - участники РЕКОРД

В России во все большем числе лечебных учреждений появляются возможности для выполнения чрезкожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Во многих учреждениях, имеющих эти возможности, выполняются экстренные процедуры у больных острыми коронарными синдромами (ОКС), в частности первичные ЧКВ при ОКС с подъемами сегмента ST (ПСТ) на ЭКГ. Несколько таких учреждений (далее обозначаемых как «инвазивные» стационары или центры) приняли участие в регистре РЕКОРД. Из «инвазивных» стационаров 4 были больницами городского или муниципального подчинения, 2 – областного или краевого подчинения, 3 – стационарами на базе научно-исследовательских медицинских центров, 1 – стационаром ведомственного подчинения. Результаты сравнения лечения больных с ОКС PST, госпитализированных в «инвазивные» и неинвазивные стационары кратко представлены в этом сообщении.

В РЕКОРД включено 246 больных с основным рабочим диагнозом при поступлении ОКС П ST. Из этих больных 161 (65,5%) включены в «инвазивных», 85 (34,5%) – в неинвазивных центрах. Сравнительная характеристика групп больных, включенных в инвазивных и неинвазивных центрах представлена в табл. 1.

Из табл 1 видно, что больные, включенные в «неинвазивных» центрах, имели достоверно более высокий риск неблагоприятных исходов по сравнению с теми, кто был включен в «инвазивных» центрах. «Худшими», хотя и недостоверно, были и такие характеристики группы госпитализированных в неинвазивные центры, как средний возраст, доля больных старше 75 лет, доля больных, ранее уже перенесших инфаркт миокарда.

Основные виды лечения больных с ОКС П ST в «инвазивных» и «неинвазивных» стационарах представлены в табл. 2. Больные, поступавшие в «инвазивные» центры чаще получали лечение, предписанное современными рекомендациями.

Таблица 1

Основные анамнестические и клинические характеристики больных, включенных в «инвазивных» и «неинвазивных» стационарах

	«Инвазивные», n=161	«Неинвазивные», n=85	p
Средний возраст (годы±ст.откл.)	63,9±12,7	67,1±12,7	0,08
Больные ≥ 75 лет (%)	19,9%	28,2%	0,1
Инфаркт в анамнезе	26,7%	36,5%	0,1
Сахарный диабет в анамнезе	22,4%	23,5%	0,8
Время от начала симптомов до госпитализации (ч)	4,3 (2,2-9,8)	4,1 (2,3-9,5)	0,6
Больные с классом Killip ≥ II при поступлении	26,1%	34,1%	0,2
Больные с повышенным значением индекса GRACE (≥150) при поступлении	39,1%	52,9%	0,04
Больные с повышенным значением индекса РЕКОРД (≥3) при поступлении	31,1%	44,7%	0,03

\* См. приложение к предшествующей статье.

Таблица 2

Основные виды лечения и его результаты у больных, госпитализированных в «инвазивные» и «неинвазивные» стационары

	«Инвазивные», n=161	«Неинвазивные», n=85	p
Аспирин догоспитально	60,2%	48,2%	0,07
Аспирин в первые 24 час госпитализации	95,0%	90,6%	0,2
Аспирин в стационаре	94,4%	92,9%	0,65
Клопидогрель	58,4%	18,8%	<0,0001
Гепарины	95,7%	92,9%	0,4
НФГ	77,0%	84,7%	0,1
НМГ	17,4%	8,2%	0,036
Первичная реперфузионная терапия	60,9%	34,1%	<0,0001
ТЛТ	31,1%	34,1%	0,6
Первичная ЧКВ	30,4%	—	—
Время от госпитализации до ТЛТ	0,3 (0,2-0,6)	0,25 (0,2-0,4)	0,2
Смерти во время госпитализации (летальность)	14,3%	21,2%	0,2

За время госпитализации умерли в «инвазивных» стационарах 23 (14,3%), в «неинвазивных» — 18 (21,2%) больных, различие статистически не достоверно ( $p=0,2$ ).

**Первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ).** В инвазивных центрах всего у 49 больных выполнено первичное ЧКВ — у 41/126 (32,5%) поступивших до 12 часов и 8/34 (23,5%), поступивших позже 12 часов от начала симптомов. За время госпитализации умерли 3/49 больных (6,1%) подвергнутых и 20/112 больных (18,9%) не подвергнутых первичному ЧКВ ( $p=0,038$ ).

**«Одинаковое» лечение в инвазивных и неинвазивных центрах.** В «инвазивных» учреждениях, представивших данные в РЕКОРД, применение первичного ЧКВ как правило не было рутинным и большинство больных лечили без применения этой процедуры. Сравнение

основных анамнестических, клинических характеристик и лечения больных, получивших и не получивших первичное ЧКВ в «инвазивных» стационарах представлено в таблице 3.

Больные, не подвергнутые ЧКВ, были в среднем старше больных, подвергнутых этой процедуре. Выявлена также ощутимая разница между группами «с ЧКВ» и «без ЧКВ» по частоте применения клопидогреля с почти двукратным перевесом в группе «с ЧКВ». Кроме того, практически по всем остальным характеристикам показатели больных, не подвергнутых ЧКВ, были хуже, хотя и недостоверно.

Таблица 3

Анамнестические, клинические характеристики и лечение больных, которым было и которым не было проведено первичное ЧКВ в «инвазивных» стационарах

	С ЧКВ (n=49)	Без ЧКВ (n=112)	p
Средний возраст (годы±ст.откл.)	60,0±10,6	65,6±13,4	0,003
Больные ≥ 75 лет (%)	6,1%	25,9%	0,004
Инфаркт миокарда в анамнезе	20,4%	29,5	0,2
Время от начала симптомов до госпитализации (час)	4,25 (2,0-8,5)	4,3 (2,2-11,1)	0,4
Больные с классом Killip ≥ II при поступлении	20,4%	28,6%	0,3
Больные с повышенным значением индекса GRACE (≥150) при поступлении	28,6%	43,8%	0,07
Больные с повышенным значением индекса РЕКОРД (≥3) при поступлении	24,5%	33,9%	0,2
Лечение			
Аспирин догоспитально	61,2%	59,8%	0,9
Аспирин в первые 24 час госпитализации	95,9%	94,6%	0,7
Аспирин в стационаре	97,9%	92,9%	0,2
Клопидогрель	95,9%	42,0%	<0,0001

Таблица 4

Сравнительная характеристика групп больных, леченных без применения ЧКВ в инвазивных центрах, и лечившихся в неинвазивных центрах.

В таблице 4 представлено сопоставление групп больных, подвергнутых неинвазивному лечению в «инвазивных» и неинвазивных центрах. Практически все характеристики группы больных, леченных в инвазивных центрах без применения ЧКВ, были «лучше», чем в группе больных, леченных в неинвазивных центрах. Нельзя исключить, что именно это различие и обусловило несколько меньшую летальность в «инвазивных» учреждениях.

**Заключение**

Больные с ОКС II ST, госпитализированные в «инвазивные» стационары, участвовавшие в регистре РЕКОРД, получали более близкое к рекомендуемому современными руководствами лечение по сравнению с больными из «неинвазивных» стационаров. Летальность в группе больных, леченных с применением первичного ЧКВ была низкой. Однако нельзя исключить, что это, по крайней мере, отчасти объяснялось явной тенденцией к выполнению инвазивных процедур у больных с меньшим риском смерти.

Что касается группы больных, леченных в «инвазивных» стационарах без применения первичной ЧКВ, то летальность в ней была высокой, хотя и меньшей, чем в неинвазивных стационарах. Однако это также могло быть следствием тенденции к меньшему риску смерти у больных, госпитализированных в инвазивные учреждения.

Полученные данные не позволяют исключить, что в инвазивные (более крупные, имеющие лучшие возможности для лечения) учреждения вообще госпитализируются больные с меньшим риском смерти. Однако это является предположением, для подтверждения или опровержения которого требуется существенно больший материал и возможно, специально спланированное исследование.

	«Инвазивные» без ЧКВ (n=112)	«Неинвазивные» (n=85)
Средний возраст (годы±ст. откл.)	65,6±13,4	67,1±12,7
Больные ≥ 75 лет (%)	25,9%	28,2%
Инфаркт в анамнезе	29,5%	36,5%
Сахарный диабет в анамнезе	22,3%	23,5%
Время от начала симптомов до госпитализации (ч)	4,3 (2,2-11,1)	4,1 (2,3-9,5)
Больные с классом Killip ≥II при поступлении	28,6%	34,1%
Больные с повышенным значением индекса GRACE (≥150) при поступлении	43,8%	52,9%
Больные с повышенным значением индекса РЕКОРД (≥3) при поступлении	33,9%	44,7%
Лечение		
Аспирин догоспитально	59,8%	48,2%
Аспирин в первые 24 час госпитализации	94,6%	90,6%
Аспирин в стационаре	92,9%	92,9%
Клопидогрель	42,0%	18,8%
Гепарины	96,4%	92,9%
ТЛТ	42%	34,1%
Смерти во время госпитализации (летальность)	18,9%	21,2%