

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Е. Д. Космачева, О. А. Позднякова, Л. К. Круберг,  
В. А. Порханов, П. А. Павленко, А. А. Шелушенко,  
Е. А. Шелушенко, И. А. Белан, Н. В. Кижватова  
Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского,  
Центр грудной хирургии, г. Краснодар  
Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС,  
Кубанского медицинского университета, г. Краснодар

Несмотря на очевидные успехи, связанные с развитием интервенционной кардиологии и применением фибринолитиков, сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из главных причин высокой смертности в России. При своевременном выявлении острого коронарного синдрома (ОКС) максимально эффективными методами лечения являются ангиопластика с имплантацией стента или тромболитическая (при соблюдении оптимальных сроков выполнения вмешательства) [1–3], поэтому медицинская система должна быть организована таким образом, чтобы обеспечить проведение реперфузии в максимально сжатые сроки.

Официальная медицинская статистика не всегда в состоянии предоставить органам здравоохранения достоверную информацию об истинной распространенности острых коронарных событий среди населения. В то же время эти данные совершенно необходимы для разработки мер совершенствования и внедрения современных стандартов оказания медицинской помощи больным с указанной патологией. Разработка и внедрение различных регистров, анализ их результатов позволяют оценить точность диагностики, применяемость и эффективность различных методов лечения. Ранее проведенные наблюдения [4–6] позволили выявить существенные различия в оказании помощи при ОКС, инфаркте миокарда в различных регионах, что делает необходимым проведение собственных исследований в данном направлении.

**Цель исследования:** оценить сроки госпитализации и качество оказания медицинской помощи при ОКС в различных стационарах Краснодарского края для определения путей совершенствования организационной и медицинской составляющей при данной патологии.

### Материал и методы

За основу протокола регистра, схемы регистра были взяты документы регистра острых коронарных синдромов РЕКОРД, проводившегося лабораторией клинической кардиологии НИИ ФХМ [7]. Изучались жалобы, данные анамнеза, вероятные факторы риска развития ОКС, данные обследования, лечение до госпитализации, во время пребывания в стационаре, рекомендации при выписке, диагностические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи, исход госпитализации.

В краевой регистр было включено 776 пациентов с ОКС из 6 районов Краснодарского края: Выселковский район — 91 пациент, Гулькевичский район — 92 пациента, Красноармейский район — 124 пациента, Усть-Лабинский район — 153 пациента, Северский район — 139 пациентов, г. Новороссийск — 177 пациентов. Период проведения регистра — с января 2008 по декабрь 2008 года. Данные, получаемые в стационаре, заносились в электронную таблицу формата Excel и по электронной почте присылались в Центр грудной хирургии, где была создана объединенная база данных.

## Результаты

**Общая характеристика больных, включённых в регистр.** Характеристика больных, включённых в регистр, приведена в табл. 1.

Мужчин было 489 (63 %), женщин — 287 (37 %), средний возраст составил 59,5 лет.

При поступлении в стационар основными клиническими проявлениями ОКС были боль в грудной клетке (84 %), одышка (9,4 %); реже встречались слабость (4,4 %), другие жалобы (1,2 %), отсутствие жалоб (1,0 %).

В первые 6 часов от начала заболевания госпитализировано 27,6 % пациентов, в течение 6–24 часов — 32,4 %, позднее 24 часов — 40 %.

Таблица 1

### Характеристика больных ОКС, вошедших в регистр

Показатель	Число больных (n=776)	%
<i>Заболевание/состояние</i>		
Стенокардия	411	52,9
Инфаркт миокарда в анамнезе	188	24,2
Хроническая сердечная недостаточность	233	30,0
Периферический атеросклероз	68	8,8
ОНМК в анамнезе	67	8,6
<i>Факторы риска</i>		
Артериальная гипертония	545	70,2
Сахарный диабет	55	7,1
Курение	299	38,5
Семейный анамнез ИБС	288	37,1
Гиперхолестеринемия	383	49,4

Характеристика больных, вошедших в регистр, представлена в табл. 1. У подавляющего большинства пациентов в анамнезе имели место гипертоническая болезнь (70 % больных), стенокардия (53 %), ХСН (30 %), у 24,2 % из них ранее был как минимум один инфаркт миокарда.

478 (61,8 %) пациентов систематически принимали рекомендованные ранее по поводу ИБС и гипертонической болезни лекарственные препараты, 298 (38,2 %) — не придерживались терапии или не обращались ранее за медицинской помощью по поводу сердечно-сосудистой патологии.

Из числа госпитализированных больных с ОКС с подъёмом сегмента ST (ОКС П ST) составили 51 % случаев, без подъёма сегмента ST — 49 %.

**Диагностические исследования в стационаре.** На исходной ЭКГ, зарегистрированной в связи с симптомами, послужившими причиной включения в регистр, в 51 % случаев отмечены подъёмы сегмента ST, в 7,7 % — блокада левой ножки пучка Гиса. В остальных случаях (41,3 %) имели место депрессия сегмента ST или инверсия зубца Т. У 423 больных (54,5 %) локализацией изменений на ЭКГ являлась передняя стенка левого желудочка.

В связи с симптомами, ставшими поводом для госпитализации в стационар, хотя бы один из рекомендуемых маркёров некроза миокарда был определён у 38 % больных. При этом в основном оценивались: уровень тропонина Т — у 294 больных (37,9 %), активность КФК — у 252 больных (32,5 %), повышение указанных маркёров некроза зарегистрировано у 22,2 % и 13,1 % пациентов соответственно. Общий холестерин в крови был определён в 98 % случаев, его уровень  $\geq 5$  ммоль/л отмечался у 67,3 % больных.

**Лечение.** Антикоагулянтная терапия (АКТ) на догоспитальном этапе начата лишь у 30 % больных, 10,6 % пациентов получили первую дозу антикоагулянта в приёмном отделении; оставшимся 51,2 % больных АКТ назначена лишь в условиях стационара. Всем больным, получившим АКТ (719 человек, 92,7 %), лечение начато в первые сутки с момента установления диагноза. 57 пациентов (7,3 %) не получали АКТ. Спектр использованных препаратов был представлен нефракционированным гепарином (64,6 % случаев), клексаном (10 %), другим низкомолекулярным гепарином (17,5 %).

При ОКС П ST тромболитический был выполнен у 32 больных (8 %), преимущественно использовалась стрептокиназа, тканевой активатор плазминогена применили у 4 пациентов. Клопидогрел

в этой группе был назначен каждому второму пациенту (49,5%), аспирин — практически всем больным (97,2%), при этом в 82,5% приём начат на догоспитальном этапе. Нефракционированный гепарин использован у 64,1% больных, а низкомолекулярные гепарины — у 30,5% больных ОКС П ST.

48 первоначально поступивших в районные больницы пациентов (6,2%) были направлены в краевую клиническую больницу для проведения коронарной ангиографии и определения возможности выполнения коронарной ангиопластики (сведения о данной группе больных будут представлены в последующей публикации).

До поступления в стационар ингибиторы АПФ принимали 49,5% больных, в стационаре — 77,7% пациентов. Нитраты на догоспитальном этапе применяли в качестве лечения у 39,2% пациентов, в условиях стационара — 90%. Также в стационаре 11,5% пациентов назначены блокаторы рецепторов ангиотензина, 10% пациентов — блокаторы кальциевых каналов.

**Исходы заболевания.** К моменту выписки из стационара диагноз Q-позитивного инфаркта миокарда был установлен 48,1% пациентов, Q-негативный инфаркт миокарда — 28,9% больных, у 16,1% пациентов ОКС явился проявлением нестабильной стенокардии. У 7% больных данных за ИБС не выявлено.

Осложнения, возникшие на момент лечения больных в стационаре, в виде умеренной сердечной недостаточности (II класс по Killip) имели 68% госпитализированных, отёк лёгких — 5,4%, кардиогенный шок — 2% больных. Рецидивирующее течение инфаркта миокарда в стационаре отмечено у 7 пациентов (0,1%), 2 из которых — с летальным исходом.

Госпитальная летальность от ОКС в изученной группе составила 8,5% (66 человек), из них 37 пациентов (4,8%) умерли в первые 24 часа. При ОКС П ST летальность составила 11,6%.

### Обсуждение

Ведение регистра ОКС врачами, работающими в районных больницах края, — это первый опыт в России, поэтому, с одной стороны, потребова-

лось много усилий участников регистра для его внедрения и проведения, с другой, как всякий первый опыт, он не свободен от некоторых упущений и неточностей. Однако уже первое обобщение результатов позволило выявить ключевые проблемы ведения больных ОКС в районах края. Прежде всего, это большой временной промежуток от появления симптомов до поступления пациента в стационар — в первые шесть часов заболевания госпитализировано менее трети пациентов. Недостаточно полно оказывается помощь на догоспитальном этапе — лечение проводилась менее чем в половине случаев (антикоагулянтная терапия — у 30% больных, антиагрегантная — у 48,2%), тромболитическая на догоспитальном этапе также не выполнялась. Ограниченно использовались в диагностике маркёры повреждения миокарда. На госпитальном этапе тромболитическая использовалась существенно реже, чем у пациентов в регистре РЕКОРД (8% и 32,1% соответственно, табл. 2.). Это, вероятно, обусловлено тем, что в Российском регистре участвовали клиники преимущественно крупных городов, существенно шире использующие современные технологии реперфузии, в отличие от стационаров районного уровня. Также врачи районов недостаточно пользовались возможностью транспортировать пациентов с ОКС БП ST в краевую больницу для выполнения инвазивных методов лечения. При столь очевидных упущениях в оказании помощи пациентам с ОКС достаточна неожиданным оказался показатель летальности как в целом по группе, так и среди больных ОКС П ST — 8,55 и 11,6%, что ниже по-

Таблица 2

### Использование антитромботической терапии у больных ОКС П ST в регистре ОКС Краснодарского края и регистре РЕКОРД

Препарат	Регистр Краснодарского края (% больных)	Регистр РЕКОРД (% больных)
Тромболитики	8	32,1
Клопидогрел	49,5	44,9
Аспирин	97,2	93,9
Гепарин	94,7	94,6

казателей, полученных в регистре РЕКОРД (7,0% и 16,7% соответственно). Это, вероятнее всего, можно трактовать как следствие не всегда чёткого знания врачами диагностических критериев ОКС, прежде всего без подъёма ST, и, возможно, включение в регистр пациентов с болевым синдромом неишемического генеза.

Полученные факты позволяют более чётко определить основные направления работы по улучшению оказания помощи пациентам с ОКС: необходима как целенаправленная образовательная работа с врачами догоспитально-

го и госпитального этапов, так и мероприятия по формированию приоритетов в медикаментозном обеспечении скорой помощи и стационаров. Необходима также активная работа со средствами массовой информации и непосредственно с больными, имеющими факторы риска и выработка стереотипа вызова скорой помощи в течение 5 минут при любом приступе стенокардии, длящемся более 20 минут. Продолжение работы регистра позволит наиболее объективно оценить динамику в качестве оказания помощи при данной патологии.

### Литература

1. Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъёма сегмента ST на ЭКГ. В: Национальные клинические рекомендации. Москва, 2008. с. 412–440.
2. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2007; 28: 1598–1660
3. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST на ЭКГ. В: Национальные клинические рекомендации. Москва, 2008. с. 240–326.
4. Явелов И. С., Грацианский Н. А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъёмами сегмента ST. Кардиология, 2004;4:4–13
5. Явелов И. С., Грацианский Н. А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъёмов сегмента ST. Кардиология, 2003;12:16–29
6. Зяблов Ю. И., Округин С. А., Орлова С. Д. Многолетние тренды заболеваемости, смертности и летальности от острых коронарных катастроф в открытой популяции Томска. Результаты наблюдения по программе «Регистр острого инфаркта миокарда» (1984–1998 гг.). Кардиология, 2001;7:54
7. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. и участники регистра РЕКОРД. Независимый регистр острых коронарных синдромов. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Атеротромбоз, 2009; 1 (2):105–122

## О ПУБЛИКАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИСТРА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Ф. Д. Эрлих

Лаборатория клинической кардиологии НИИ  
Физико-химической медицины ФМБА России, г. Москва

В последнее время в России отмечается интерес к регистрационным исследовательским программам, посвящённым острым коронарным синдромам (ОКС). Особенно важно, что этот интерес возник у практических работников здравоохранения, без какой либо стимуляции «сверху». Безусловно, это — результат понимания того, что только проведение регистров даёт возможность собрать объективные данные о лечении больных с ОКС, и, соответственно, определить пути улучшения результатов лечения. В этой связи, статья коллег из Краснодара является очень показательной и её интересно рассматривать и в свете оценки методологии проведения регистров, и с точки зрения практической применимости результатов регистра.

Что касается методики проведения описанного в статье регистра, обращает внимание, что это была довольно необычная для отечественной практики программа, в которой участвовали даже небольшие стационары такого крупного региона как Краснодарский край. Дело в том, что маленькие больницы (например, районные) редко участвуют в исследовательских программах, но именно в эти больницы поступает очень много больных с ОКС. А информации о лечении и исходах в маленьких больницах, практически никакой нет. Поэтому Краснодарский регистр, несомненно, во-первых, даст возможность получить сейчас и получать в дальнейшем очень интересные данные, а во-вторых, опыт, который получают врачи небольших стационаров во время участия в регистре, будет ценным для них самих.

Но особенность регистров такова, что их польза проявляется лишь в том случае, когда строго соблюдаются правила его проведения. В ином случае

информация регистра будет искажена, а значит, принесёт только вред. Надо отметить, что основным условием качественного регистра является включение в него всех без исключения больных с ОКС (согласно наличию у них критериев включения и невключения). Нет никаких оснований сомневаться в том, что проведение описанного в статье регистра проходило с соблюдением всех правил. Но при прочтении материалов и методов видится явный пробел в описании того, сколько стационаров участвовали в регистре, включались ли в него все подряд больные за указанные сроки (11 месяцев), проводилось ли включение весь этот срок или каждый стационар предоставлял данные за более короткое время включения.

Рассматривая результаты Краснодарского регистра, можно сказать, что полученные в нём данные были в целом предсказуемы, так как отражают общие проблемы лечения ОКС в России: большая задержка госпитализации, редкое назначение аспирина догоспитально и клопидогреля в стационаре, недостаточно активное использование методов реперфузии при ОКС с подъёмами ST (ОКС П ST). Это, кстати, косвенно указывает на достоверность полученных в регистре результатов.

Хочу опосредованно включиться в обсуждение результатов регистра. Что касается выяснения причин невысокой летальности при ОКС П ST при низком качестве лечения (как указывают сами авторы), то у меня есть предположение, что связано это, скорее всего с возрастом больных. Средний возраст всех больных с ОКС в Краснодарском регистре был 59,5 лет, а значит, возраст больных с ОКС П ST был ещё меньше (эта постоянная закономерность). При этом, в регистре РЕКОРД, например, средний возраст больных ОКС

П ST был 65,1, а в европейском регистре EHS-ACS-II — 63,1. Известно, что возраст является самым мощным предиктором неблагоприятного исхода при ОКС. Возможно, именно этот фактор сыграл важную роль.

В целом же, проведение регистра ОКС в Краснодарском крае очень радует. Уже в этом первом

опыте авторы работы смогли увидеть собственные проблемы, а значит, можно надеяться, что они будут искать возможности для их решения. Хочется, чтобы настоящая работа действительно стала конструктивной помощью в улучшении качества лечения больных. Дальнейшее проведение регистров ОКС в Краснодарском крае это покажет.