

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Д.А. Затейщиков, Э.Г. Волкова, И.О. Гузь, М.А. Евдокимова,
О.Ю. Асейчева, А.С. Галявич, С.Н. Терещенко, Н.А. Казиолова,
М.Г. Глезер, А.В. Ягода, Л.И. Кательницкая, С.В. Шлык,
Е.В. Хоролец, О.П. Донецкая, О.С. Чумакова, В.Б. Закирова,
Е.С. Красильникова, Н.А. Джаиани, Н.Д. Селезнева,
В.С. Осмоловская, Е.В. Акатова, И.В. Тимофеева, О.И. Боева,
М.П. Маргарян, В.О. Константинов, Н.Б. Тимофеева,
Т.Н. Бакланова, Н.Е. Резниченко, Е.Ю. Панфилова, Б.А. Сидоренко,
Москва, Челябинск, Казань, Пермь, Ставрополь, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург

В Российское многоцентровое проспективное наблюдательное исследование больных, перенесших обострение ишемической болезни сердца (ИБС), включены 1208 больных, в т. ч. с инфарктом миокарда с формированием зубца Q – 550 (45,5 %) человек и инфарктом миокарда без формирования зубца Q или нестабильной стенокардией – 658 (54,5 %). Выявлены большая распространенность факторов риска среди этой категории больных, редкое использование современных методов вторичной профилактики осложнений атеросклероза на догоспитальном этапе и крайне низкая доступность хирургических методов лечения ИБС. При этом основные характеристики российской выборки больных соответствуют данным крупных международных регистров, в связи с чем основные правила лечения таких больных подходят и нашей стране.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, лечение больных острым коронарным синдромом, Российское многоцентровое проспективное наблюдательное исследование

Сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной инвалидности и смертности в экономически развитых странах и представляют собой одну из актуальнейших проблем современного общества. В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на долю ишемической болезни сердца (ИБС) приходится 46,8 % [1]. По прогнозу Всемирного банка развития (2005), сделанному до 2020 г., ИБС останется ведущей причиной смертности в мире.

Больной, перенесший обострение ИБС, попадает в группу высокого риска повторения эпизода обострения. Именно у этих больных особенно важным является использование всех современных средств лечения. Опыт других стран, однако, показывает, что даже там, где к проблемам здравоохранения относятся более серьезно, чем в нашей стране, существует значительная дистанция между современными рекомендациями и реалиями практики.

Целью исследования являлась оценка частоты применения современ-

ных методов лечения больных ИБС, попавших в специализированные кардиологические стационары в связи с развитием острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы

Исследование проводилось с декабря 2004-го по июнь 2009 г. В исследовании участвовало 16 центров из 7 городов (Москвы, Казани, Перми, Челябинска, Ставрополя, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга), всего в исследование были включены 1208 больных. В исследование включались больные, поступившие в стационар в связи с развитием ОКС.

Больные, у которых в результате ОКС не сформировался инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q, должны были быть госпитализированы не позднее 72 часов от начала заболевания и при поступлении в стационар иметь по крайней мере один из следующих дополнительных критериев:

- депрессию сегмента ST по крайней мере на 1 мм в двух соседних отведениях;

- инверсию зубца T не менее 3 мм;
- транзиторный подъем сегмента ST;
- повышение уровня кардиоспецифических ферментов (креатинфосфокиназы-МВ, тропонинов).

Больные, у которых в результате ОКС сформировался ИМ с зубцом Q, должны были быть госпитализированы не позднее 10 дней от начала заболевания и иметь по крайней мере один из следующих дополнительных критериев:

- стойкий подъем сегмента ST не менее 1 мм в двух смежных отведениях от конечностей или не менее 2 мм в двух соседних грудных отведениях;
- появление новой блокады левой ножки пучка Гиса;
- динамику острого ИМ (появление патологических зубцов Q, снижение зубца R, изменение конечной части желудочкового комплекса);
- повышение уровня кардиоспецифических ферментов.

Таким образом, в исследование вошли как больные, поступившие в острую фазу ОКС, так и те, кто наибо-

Таблица 1. Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

| Параметры | Показатели по группам больных | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|---------|--------------------|
| | ОКС ПСТ (n = 550) | ОКС БПСТ (n = 658) | p | все ОКС (n = 1208) |
| Возрастно-половые особенности | | | | |
| Мужской пол, n (%) | 381 (69,3) | 381 (57,9) | < 0,001 | 762 (63,1) |
| Женский пол, n (%) | 169 (30,7) | 277 (42,1) | | 446 (36,9) |
| Средний возраст, годы | 60,30 ± 11,98 | 62,30 ± 11,44 | 0,004 | 61,40 ± 11,72 |
| Заболевания/состояния | | | | |
| Ишемическая болезнь сердца, n (%) | 292 (53,1) | 528 (80,2) | < 0,001 | 820 (67,9) |
| Инфаркт миокарда, n (%) | 118 (21,5) | 272 (41,3) | < 0,001 | 390 (32,3) |
| Стенокардия, n (%) | 279 (50,8) | 507 (77,1) | < 0,001 | 786 (65,1) |
| Хирургические вмешательства на коронарных артериях в анамнезе, n (%) | 6 (1,1 %) | 28 (4,3) | 0,001 | 34 (2,8) |
| Нарушения ритма сердца, n (%) | 52 (9,5) | 149 (22,6) | < 0,001 | 201 (16,6) |
| Нарушения синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости, n (%) | 5 (0,9) | 14 (2,1) | НД | 19 (1,6) |
| Внутрижелудочковые блокады, n (%) | 19 (3,5) | 47 (7,1) | 0,011 | 66 (5,5) |
| Инсульты в анамнезе, n (%) | 48 (8,7) | 62 (9,4) | НД | 110 (9,1) |
| Хроническая сердечная недостаточность, n (%) | 228 (41,5) | 436 (66,3) | < 0,001 | 664 (55,0) |
| Атеросклероз периферических артерий, n (%) | 60 (10,9) | 89 (13,5) | НД | 149 (12,3) |
| Фракция выброса левого желудочка, измеренная в 4-камерной позиции, % | 49,7 ± 11,15 | 55,7 ± 10,75 | < 0,001 | 52,9 ± 11,33 |
| Сниженная фракция выброса левого желудочка, измеренная в 4-камерной позиции (<40 %), n (%) | 53 (16,2) | 28 (7,5) | < 0,001 | 81 (11,6) |
| Факторы риска | | | | |
| Артериальная гипертензия, n (%) | 418 (76,0) | 566 (86,0) | < 0,001 | 984 (81,5) |
| из них принимали антигипертензивные препараты, n (%) | 253 (60,5) | 437 (77,2) | < 0,001 | 690 (70,1) |
| Сахарный диабет, n (%) | 85 (15,5) | 95 (14,4) | НД | 180 (14,9) |
| Курение, n (%) | 254 (46,2) | 209 (31,8) | < 0,001 | 463 (38,3) |
| Курение в анамнезе, n (%) | 89 (16,2) | 108 (16,4) | НД | 197 (16,3) |
| Гиперлипидемия в анамнезе, n (%) | 120 (21,8) | 269 (40,9) | < 0,001 | 389 (32,2) |
| из них принимали липидснижающие препараты, n (%) | 33 (27,5) | 79 (29,4) | НД | 112 (28,8) |
| Масса тела, кг | 79,50 ± 13,32 | 80,00 ± 14,38 | НД | 79,80 ± 13,91 |
| Индекс массы тела, кг/м ² | 27,880 ± 4,509 | 28,500 ± 4,505 | 0,019 | 28,220 ± 4,515 |
| Ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м ²), n (%) | 159 (29,2) | 231 (35,2) | 0,017 | 390 (32,5) |
| Окружность талии, см | 94,40 ± 12,66 | 95,30 ± 13,08 | НД | 94,9 ± 12,9 |
| Абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин > 102, у женщин > 88 см), n (%) | 187 (35,6) | 283 (43,7) | 0,003 | 470 (40) |

Примечание. НД – недостоверно.

Таблица 2. Результаты лабораторного обследования больных на момент включения в исследование

| Параметры | Показатели по группам больных | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|---------|--------------------|
| | ОКС ПСТ (n = 550) | ОКС БПСТ (n = 658) | p | все ОКС (n = 1208) |
| Глюкоза крови, ммоль/л | 5,429 ± 2,562 | 5,2710 ± 2,3857 | НД | 5,3420 ± 2,4665 |
| Гипергликемия (глюкоза крови ≥ 6,1 ммоль/л), n (%) | 99 (24,4 %) | 105 (21,3 %) | НД | 204 (22,7 %) |
| Общий холестерин, ммоль/л | 4,539 ± 1,354 | 4,7250 ± 1,3381 | 0,04 | 4,6410 ± 1,3477 |
| Гиперхолестеринемия (общий холестерин ≥ 5,2 ммоль/л), n (%) | 113 (27,9 %) | 167 (33,8 %) | 0,033 | 280 (31,1 %) |
| ЛПНП, ммоль/л | 2,456 ± 0,9224 | 2,490 ± 0,8546 | НД | 2,4750 ± 0,8855 |
| ЛПНП ≥ 3,0 ммоль/л, n (%) | 99 (24,4 %) | 128 (26,0 %) | НД | 227 (25,3 %) |
| ЛПВП, ммоль/л | 0,9410 ± 0,2608 | 1,0280 ± 0,3117 | < 0,001 | 0,989 ± 0,293 |
| Низкий уровень ЛПВП (у мужчин < 1,0; у женщин < 1,2 ммоль/л), n (%) | 276 (69,5 %) | 295 (60,6 %) | 0,003 | 571 (64,6 %) |
| Триглицериды, ммоль/л | 2,1880 ± 1,3693 | 2,1320 ± 1,3739 | НД | 2,1570 ± 1,3713 |
| Гипертриглицеридемия (триглицериды ≥ 1,7 ммоль/л), n (%) | 231 (57,2 %) | 275 (56,0 %) | НД | 506 (56,5 %) |
| Мочевая кислота, ммоль/л | 379,60 ± 114,42 | 368,3 ± 112,57 | НД | 373,40 ± 113,48 |
| Гиперурикемия (мочевая кислота у мужчин > 420; у женщин > 350 мкмоль/л), n (%) | 157 (38,8 %) | 183 (37,0 %) | НД | 340 (37,8 %) |
| Креатинин, мкмоль/л | 108,00 ± 27,08 | 105,70 ± 29,49 | НД | 106,70 ± 28,44 |
| Повышенный уровень креатинина (у мужчин > 115 мкмоль/л; у женщин > 97 мкмоль/л), n (%) | 151 (37,4 %) | 192 (38,9 %) | НД | 343 (38,2 %) |
| Скорость клубочковой фильтрации (рассчитана по формуле Кокрофта–Гаулта), мл/мин | 73,31 ± 24,86 | 73,440 ± 27,628 | НД | 73,380 ± 26,413 |
| Сниженная скорость клубочковой фильтрации (< 60 мл/мин), n (%) [2] | 138 (34,7 %) | 172 (34,9 %) | НД | 310 (34,8) |

Примечание. ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

лее опасный период заболевания перенес “на ногах”.

Поскольку основной идеей исследования был анализ критериев риска развития повторного обострения ИБС, наблюдение за больными начиналось на 10-й день от развития ОКС при условии стабилизации состояния и отсутствии в течение предшествующих 10 дней таких событий как:

- рецидив ИМ;
- повторные симптомы ишемии длительностью более 10 минут у пациента, получавшего оптимальную медикаментозную терапию;
- повторные изменения электрокардиограммы (ЭКГ), свидетельствовавшие об ишемии;
- повторное повышение уровня кардиоспецифических ферментов.

Иначе говоря, в исследование не попадали больные, погибшие от ОКС в первые 10 дней обострения.

Во время контрольных обследований регистрировались неблагоприятные клинические исходы, такие как сердечно-сосудистая смерть, нефатальный ИМ, нестабильная стенокардия, нефатальный инсульт, осложненный атеросклероз периферических артерий, потребовавший госпитализации в хирургический стационар. Также учитывались все случаи проведения процедур реваскуляризации.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы SPSS 13,0 for Windows. Для протяженных переменных рассчитывались средние величины и стандартные отклонения ($M \pm m$). Для непрерывных числовых показателей был проведен анализ распределения и критериев его соответствия нормальному. При попарном сравнении параметров в зависимости от типа распределения использовали t-критерий Стьюдента или тест Манна–Уитни. Дискретные величины сравнивали с использованием критерия χ^2 Пирсона или двустороннего точного критерия Фишера (при частотах менее 5). Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование были включены 1208 больных: 762 (63,1 %) мужчины и 446 (36,9 %) женщин. Средний возраст больных составил $61,4 \pm 11,72$ года. У 550 (45,5 %) больных был ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС ПСТ), у 658 (54,5 %) – ОКС без подъема сегмента ST (ОКС БПСТ). С учетом динамики ЭКГ изменений и уровня маркеров некроза миокарда всем пациентам с ОКС в дальнейшем была проведена диагностика острого ИМ с формированием зубца Q (550 больных, 45,5 %) и острого ИМ без формирования зубца Q или нестабильной стенокардии (658 больных, 54,5 %).

Средний срок наблюдения за больными после включения в исследование составил $1,31 \pm 0,796$ года. В течение периода наблюдения было зафиксировано 65 случаев повторного нефатального ИМ, 157 эпизодов нестабильной стенокардии, 13 нефатальных инсультов, 116 больных умерли (из них 98 от сердечно-сосудистых причин, 9 от инсульта, 9 от других причин), лишь 60 больных подверглись хирургическому вмешательству на коронарных артериях. Клиническая характеристика больных, включенных в исследование, представлена в *табл. 1*.

Обращает на себя внимание тот факт, что лишь 2,8 % больных до включения в исследование подвергались хирургическим вмешательствам на коронарных артериях. О наличии повышенного уровня холестерина были информированы 32,2 % больных, при этом липидснижающие препараты принимали менее трети (28,8 %). Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний была высокой, при этом до момента обострения ИБС значительная часть больных не получали адекватного современного лечения.

Основные данные инструментального обследования больных на момент включения в исследование (10-е сутки с момента стабилизации состояния) приведены в *табл. 2*. Данные о полученном в течение госпитализации лечении представлены в *табл. 3*.

Несмотря на то что сахарный диабет при поступлении зарегистрирован лишь у 14 % больных, гиперглике-

мия (глюкоза крови $\geq 6,1$ ммоль/л) на момент стабилизации состояния фиксировалась у 22,7 % больных.

Системный тромболитиз проведен 37 % больных ОКС ПСТ. Антиагреганты получали 95,9 % больных, нефракционированный гепарин – 72,2, низкомолекулярный – 19,0, нитраты – 93,1, β -адреноблокаторы – 87,7, иАПФ – 89,4 %, статины были назначены 47 % больных. Больные с диагнозом ОКС ПСТ чаще получали низкомолекулярные гепарины ($p = 0,001$), статины ($p < 0,001$), инсулин ($p = 0,001$), в то же время им реже назначались блокаторы кальциевых каналов ($p < 0,001$), тиазидные диуретики ($p < 0,001$), агонисты имидазолиновых рецепторов ($p = 0,041$) и сердечные гликозиды ($p = 0,015$).

Обсуждение

Единственным противопоказанием к включению больного в настоящее наблюдательное исследование было прогнозируемое отсутствие возможности для дальнейшего наблюдения. При сопоставлении с данными других регистров следует отметить особенности включения больных в означенное исследование. Во-первых, в него вошли не только больные, поступившие в острую фазу, но и те, кто был госпитализирован позже, во-вторых, наблюдение за больными начиналось в стабильный период, так что в исследование не вошли те, кто погиб в первые 10 дней заболевания. В данной статье не анализируются факторы, обуславливающие неблагоприятное течение заболевания.

Среди международных регистров ОКС наиболее масштабным является GRACE (the Global Registry of Acute Coronary Events) [3, 4], который продолжается до сих пор и к 16.01.2009 насчитывает сведения о 102 341 пациенте из 247 лечебных учреждений 30 стран мира.

В Российской Федерации отсутствуют национальные базы, которые бы позволяли отслеживать особенности применения лекарств в разных группах больных. Что касается ОКС, то некоторые сведения можно получить из регистра РЕКОРД, который собрал сведения о 796 больных ОКС, включен-

Таблица 3. Медикаментозная терапия больных в период госпитализации

| Группа препаратов | Группы больных | | | |
|--|----------------|-----------------|---------|----------------|
| | ОКС ПСТ, n (%) | ОКС БПСТ, n (%) | p | все ОКС, n (%) |
| Тромболитики | 202 (36,7) | 18 (2,7) | < 0,001 | 220 (18,2) |
| Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел) | 533 (96,9) | 625 (95,0) | НД | 1165 (95,9) |
| Гепарины: | | | | |
| - нефракционированный | 385 (70,0) | 487 (74,1) | НД | 872 (72,2) |
| - низкомолекулярный | 127 (23,1) | 103 (15,7) | 0,001 | 230 (19,0) |
| Варфарин | 15 (2,7) | 14 (2,1) | НД | 29 (2,4) |
| Нитраты | 518 (94,2) | 606 (92,1) | НД | 1124 (93,1) |
| Липидснижающие препараты: | | | | |
| - статины | 298 (54,2) | 270 (41,0) | < 0,001 | 568 (47,0) |
| - другие | 2 (0) | 0 | НД | 2 (0,2) |
| Бета-адреноблокаторы | 482 (87,6) | 577 (87,7) | НД | 1059 (87,7) |
| Блокаторы кальциевых каналов | 72 (13,1) | 130 (19,8) | 0,001 | 202 (16,7) |
| Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) | 491 (89,3) | 589 (89,5) | НД | 1080 (89,4) |
| Антагонисты рецепторов ангиотензина II | 4 (0,7) | 2 (0,3) | НД | 6 (0,5) |
| Диуретики: | | | | |
| - петлевые | 103 (18,7) | 123 (18,7) | НД | 226 (18,7) |
| - тиазидные | 119 (21,6) | 205 (31,2) | < 0,001 | 324 (26,8) |
| - другие | 119 (21,6) | 130 (19,8) | НД | 249 (20,6) |
| Агонисты имидазолиновых рецепторов | 12(2,2) | 27 (4,1) | 0,041 | 39 (3,2) |
| Антиаритмические препараты | 31 (5,6) | 33 (5,0) | НД | 64 (5,3) |
| Сердечные гликозиды | 13 (2,4) | 32 (4,9) | 0,015 | 45 (3,7) |
| Сахароснижающие препараты: | | | | |
| - инсулин | 54 (9,8) | 33 (5,0) | 0,001 | 87 (7,2) |
| - пероральные сахаро-снижающие препараты | 46(8,4) | 60 (9,1) | НД | 106 (8,8) |

ных в период с 1.11.2007 по 10.02.2008 в 21 центр 15 российских городов [5].

При сравнении исходных характеристик исследуемой нами когорты больных и пациентов регистров GRACE (1.04.1999–31.03.2001) [6] и РЕКОРД [5] следует отметить несколько более молодой возраст: средний возраст – 61,4 ± 11,72, 66 лет и 64,7 ± 12,1 года соответственно. По половому составу среди пациентов всех указанных регистров преобладали мужчины (69,3, 66,5 и 57,2 % соответственно).

Данные сопоставления анамнестических показателей и факторов риска пациентов различных регистров приведены в табл. 4. Группы пациентов из всех трех регистров сопоставимы по таким показателям, как наличие в анамнезе ИБС, ИМ, стенокардии, нарушений мозгового кровообращения, атеросклероза периферических артерий. Обращает на себя внимание значительно меньшее, чем в регистре РЕКОРД, число пациентов, перенесших хирургические вмешательства на коронарных артериях (2,8 против 7,8 %). В нашем исследовании частота встречаемости сахарного диабета составила 14,9 %, в то время как в регистрах GRACE и РЕКОРД она достигала 23,3 и 18,1 % соответственно.

В то же время, если анализировать частоту встречаемости гипергликемии на 10-й день развития ОКС (т. е. после стабилизации состояния), глюкоза крови ≥ 6,1 ммоль/л регистрировалась у 22,7 % больных. По-видимому, различия в частоте встречаемости сахарного диабета в анамнезе и гипергликемии натощак в нашем исследовании обусловлены недостаточной эффективностью диагностики данного заболевания на догоспитальном этапе.

По данным еще одного крупного европейского регистра, ОКС ENACT [7], частота процедур реваскуляризации в анамнезе также была значительно выше (7–20 %). Очевидно, что доступность хирургических методов лечения в нашей стране существенно меньше, чем в Европе.

Частота встречаемости артериальной гипертензии (АГ) сопоставима у наших больных и больных российского регистра РЕКОРД (81,5 и 85,3 %), однако значительно превышает соответствующий показатель регистра GRACE (57,8 %). Вероятно, это различие связано с особенностями протоколов регистров, касающихся критериев диагностики этого заболевания. Так, например, в регистре ENACT частота встречаемости АГ составила 41–51 %,

однако учитывались только больные, получавшие антигипертензивные препараты [7]. В нашем исследовании доля лиц, принимавших лечение по поводу повышенного артериального давления, составила 57 %, что вполне сопоставимо с данными GRACE. Частота курильщиков среди наших пациентов больше, чем среди пациентов регистра РЕКОРД, и меньше, чем в регистре GRACE. Так как распространенность курения выше у мужчин, это полученное различие можно объяснить тем, что в нашем исследовании мужчин было больше, чем в регистре РЕКОРД, но меньше, чем в GRACE (63,1, 57,2 и 66,5 % соответственно).

Что касается анамнестических данных, то при сравнении больных двух групп в регистре РЕКОРД получены сходные с нашими результатами: у больных ОКС ПСТ реже в анамнезе регистрировались клинические проявления хронической сердечной недостаточности, меньше частота встречаемости АГ, чем у больных из группы ОКС БПСТ (p < 0,001). Также в группе больных ОКС ПСТ из регистра РЕКОРД прослеживаются сходные с нашим исследованием тенденции к меньшей частоте в анамнезе случаев стенокардии, ИМ, нарушений липид-

ного обмена, более высокой частоте курения.

При анализе лечения больных ОКС обращает на себя внимание довольно низкая частота проведения тромболитической терапии пациентам с ОКС ПСТ как в нашем исследовании, так и в регистре РЕКОРД (36,7 и 32,1 % соответственно) и тот факт, что вопреки современным рекомендациям тромболитическая терапия проведена нескольким больным ОКС БПСТ. В качестве сравнения частота проведения первичной реперфузионной терапии (тромболитической и чрескожных коронарных вмешательств) пациентам с ОКС ПСТ, по данным европейского регистра ACS-Registry, составила 78 %. Эти данные выглядят особенно удручающе, если учесть тот факт, что оба российских регистра проводились в активных учреждениях, сотрудники которых, очевидно, применяют современные методы лечения чаще, чем их коллеги из других учреждений.

Что касается назначения препаратов остальных групп, то по частоте назначения антиагрегантов (96,9–95,0 и 92,9–93,9 %), нефракционированного гепарина (70,0–74,1 и 73,3–78,9 %), низкомолекулярного гепарина (23,1–15,7 и 10,2–13,4 %), β -адреноблокаторов (87,6–87,7 и 85–89,1 %), иАПФ (89,3–89,5 и 83,6–86,2 %) наше исследование и регистр РЕКОРД сопоставимы. В проведенном нами исследовании по сравнению с исследованием РЕКОРД чаще назначали нитраты

Таблица 4. Сравнение клинических параметров больных, включенных в наше исследование, регистры GRACE и РЕКОРД

| Параметры | Показатели пациентов сравнимых регистров, % | | |
|--|---|-------|--------|
| | наши данные | GRACE | РЕКОРД |
| ИБС до поступления в стационар | 67,9 | 68,1 | – |
| Инфаркт миокарда | 32,3 | 32,0 | 38,6 |
| Стенокардия | 65,1 | – | 64,8 |
| Хирургические вмешательства на коронарных артериях | 2,8 | – | 7,8 |
| Хроническая сердечная недостаточность | 55,0 | 11,0 | 32,2 |
| Нарушения мозгового кровообращения | 9,1 | 8,6 | 10,9 |
| Атеросклероз периферических артерий | 12,3 | 10,3 | 7,3 |
| Артериальная гипертензия | 81,5 | 57,8 | 85,3 |
| Курение | 38,3 | 56,7 | 27,5 |
| Курение в анамнезе | 16,3 | – | 8,9 |
| Сахарный диабет | 14,9 | 23,3 | 18,1 |
| Гиперхолестеринемия | 32,2 | – | 24,0 |

(94,2–92,1 и 71,1–73,3 % соответственно), реже – блокаторы кальциевых каналов (13,1–19,8 и 20,3–30,5 %) и антагонисты рецепторов ангиотензина II (0,7–0,3 и 2,4–2,9 %).

Выводы

1. Среди больных, включенных в исследование, широко распространены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, в их анамнезе имеется множество сердечно-сосудистых событий. При этом ведение этих пациентов на догоспитальном этапе явно не соответствует современным требованиям.
2. Сравнительный анализ клинико-демографических характеристик пациентов, включенных в исследование, с данными других крупных зарубежных и российских регистров

ОКС показал, что когорты больных сопоставимы по основным показателям (анамнестическим данным, наличию факторов риска). Поэтому основные правила лечения таких больных подходят и для нашей страны.

3. Результаты анализа лечения больных указывают на то, что реперфузионные вмешательства (тромболитическая терапия) применяются вдвое реже по сравнению с европейскими странами – даже в учреждениях, расположенных в крупных городах. Доступность хирургических методов лечения ИБС в нашей стране крайне мала.

Работа выполнена при финансовой поддержке Акционерного коммерческого банка ТААТТА (Якутск).

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология: Руководство для врачей. М., 2007. 213 с.
2. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976;16:31–41.
3. Eagle KA, Goodman SG, Avezum A, et al. Practice variation and missed opportunities for reperfusion in ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the global registry of acute coronary events (grace). *Lancet* 2002;359:373–77.
4. Steg PG, Goldberg RJ, Gore JM, et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the global registry of acute coronary events (GRACE). *Am J Cardiol* 2002;90:358–63.
5. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Атеротромбоз. 2009. № 1(2). С. 105–119.
6. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, et al. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Arch Intern Med* 2003;163:2345–53.
7. Fox KAA, Cokkinos DV, Deckers J, et al on behalf of the ENACT (European Network for Acute Coronary Treatment) investigators. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2000;21:1440–49.