

Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «РЕКОРД»)

Л.В.Васильева², И.И.Шевченко^{2,3}, А.Д.Эрлих¹,
В.А.Будяк³, Р.Р.Исламов³ от имени
участников регистра РЕКОРД-3
¹НИИ физико-химической медицины ФМБА
России, Москва
²ГБОУ Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,
Воронеж
³Воронежская городская клиническая
больница скорой медицинской помощи №10,
Воронеж

Цель настоящего анализа состояла в том, чтобы охарактеризовать лечение и исходы пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в «неинвазивных» российских стационарах, а также оценить изменения в лечении ОКС в «неинвазивных» стационарах и исходах за последние годы. Анализ проводился по результатам российского регистра ОКС РЕКОРД-3 (март-апрель 2015 г.), а также проводилось сравнение с объединенными данными «старых» регистров – РЕКОРД (2007 г.) и РЕКОРД-2 (2009–2011 гг.). В регистре РЕКОРД-3 в 21 «неинвазивном» центре было включено 652 пациента (27,5% от всех в регистре). Проведенный анализ данных регистра РЕКОРД-3 позволил выявить основные изменения и тенденции к изменениям, которые произошли в лечении пациентов с ОКС в «неинвазивных» стационарах, по сравнению со «старыми» регистрами серии РЕКОРД. В регистре РЕКОРД-3 по сравнению со «старыми» регистрами пациентам в «неинвазивных» стационарах значимо чаще определялись маркеры некроза миокарда, в частности, тропонин (76,2% vs. 28,4%; $p<0,0001$), им в стационаре и при выписке реже назначались аспирин (87% vs. 91%; $p=0,005$), β -блокаторы (84% vs. 92%; $p<0,001$), но чаще – двойная антитромбоцитарная терапия (79% vs. 23%; $p<0,001$) и статины (86% vs. 25%; $p<0,001$). Частота выполнения тромболитической терапии (ТЛТ) при ОКСпST в регистре РЕКОРД-3 по сравнению со «старыми» регистрами достоверно не изменилась (42,1% vs. 50,5%; $p=0,14$), а частота выполнения ТЛТ на догоспитальном этапе значимо выросла (27,9% vs. 6,0%; $p=0,0003$). По данным регистра РЕКОРД-3, значимо больше пациентов, чем в «старых» регистрах, было переведено из «неинвазивных» стационаров для выполнения коронарогра-

фии (15,6% vs. 2,1%; $p<0,0001$). Между регистром РЕКОРД-3 и «старыми» регистрами не было выявлено значимых различий в госпитальной летальности у всех пациентов с ОКС в «неинвазивных» стационарах (6,3% vs. 6,9%), как и отдельно при ОКСпST (13,8% vs. 20,5%; $p=0,13$) и ОКСбпST (3,8% vs. 3,7%; $p=0,98$).

Ключевые слова: острый коронарный синдром, «неинвазивные» стационары, лечение, исходы.

The Dynamics of Treatment and Hospitalization Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndrome in «Non-Invasive» Hospitals («RECORD» Series of Registers Data)

L.V.Vasileva², I.I.Shevchenko^{2,3}, A.D.Erlih¹,
V.A.Budyak³, R.R.Islamov³ on behalf of the
RECORD-3 register* participants
¹Research Institute of Physico-Chemical
Medicine FMBA of Russia, Moscow
²SBEI Voronezh State Medical University
named after N.N. Burdenko, Voronezh
³Voronezh City Clinical Emergency Care
Hospital No.10, Voronezh

The purpose of this analysis was to describe the treatment and outcome in patients with acute coronary syndrome (ACS) in the «non-invasive» Russian hospitals, as well as to evaluate the changes in the treatment of ACS in the «non-invasive» hospitals and outcomes in recent years. The analysis was conducted based on the results of the Russian register RECORD ACS-3 (March-April 2015), and were compared with the combined data of the «old» registers – RECORD (2007) and RECORD-2 (2009–2011). 652 patients have been included in the RECORD-3 register in 21 «non-invasive» center (27.5% of the whole register). The conducted data analysis of the RECORD-3 register revealed major changes and tendencies to change that have occurred in the management of patients with ACS in the «non-invasive» hospitals, compared to the «old» registers of the RECORD series. In the RECORD-3 register as compared to the «old» registers myocardial necrosis markers in patients of the «non-invasive» hospitals were determined significantly more often, in particular troponin (76,2% vs. 28,4%; $p<0,0001$), aspirin, which was prescribed less often in the hospital and at discharge (87% vs. 91%; $p=0,005$), β -blockers (84% vs. 92%; $p<0,001$), but more often – dual antiplatelet therapy (79% vs. 23%; $p<0,001$) and statins (86% vs. 25%; $p<0,001$). The frequency of thrombolytic therapy (TLT) for STE-ASC was not significantly changed in the RECORD-3 register as compared to the «old» registers (42,1% vs. 50,5%; $p=0,14$), and the frequency of implementation of prehospital TLT significantly increased (27,9% vs. 6,0%; $p=0,0003$). According to the RECORD-3 register, significantly more patients than in the «old» registers were transferred from the «non-invasive» hospitals to perform coronary angiography (15,6% vs. 2,1%; $p<0,0001$). Between the RECORD-3 register and the «old» registers there was no significant difference in hospital mortality in all patients with ACS in the "non-invasive" hos-

Таблица 1. Сравнительные характеристики пациентов в регистрах РЕКОРД-3 с пациентами в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2			
Данные пациентов	РЕКОРД-3 (n=652)	РЕКОРД, РЕКОРД-2 (n=1061)	p
Демографические данные			
Женщины; n (%)	294 (45,4%)	433 (40,8%)	0,07
Возраст ≥65 лет; n (%)	371 (56,9%)	632 (59,6%)	0,30
Перенесенные заболевания/состояния; n (%)			
Инфаркт миокарда	217 (33,3%)	458 (43,2%)	<0,0001
Стенокардия	441 (67,3%)	739 (69,7%)	0,41
Хроническая сердечная недостаточность	311 (47,7%)	482 (45,4%)	0,39
Артериальная гипертензия	583 (89,4%)	914 (86,1%)	0,057
Хроническая почечная недостаточность	19 (2,9%)	44 (4,1%)	0,24
Инсульт/ТИА	52 (8,0%)	123 (11,6%)	0,02
Известные коронарные стенозы ≥50%	52 (8,0%)	49 (4,6%)	0,006
ЧКВ/КШ	46 (7,1%)	39 (3,7%)	0,003
Наследственность по ИБС	99 (15,2%)	176 (16,6%)	0,48
Фибрилляция предсердий	114 (17,5%)	144 (13,6%)	0,03
Известная гиперлипидемия	213 (32,7%)	317 (29,9%)	0,25
Курение	129 (19,8%)	255 (24,0%)	0,047
Сахарный диабет	118 (18,1%)	193 (18,2%)	0,97

pitals (6,3% vs. 6,9%), as well as in patients with singly ST ASC (13,8% vs. 20,5%; $p=0,13$) and non-ST ASC (3,8% vs. 3,7%; $p=0,98$).

Keywords: acute coronary syndrome, «non-invasive» hospitals, treatment, outcomes.

Введение

Предпосылки. За последние несколько лет в России произошли некоторые изменения в системе оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС), которые должны были способствовать формированию тенденции по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Притом, что за последние годы в структуре организации помощи при ОКС в России произошло довольно много изменений (много больниц оснащено для выполнения инвазивных коронарных процедур, во многих регионах созданы «инфарктные сети» для быстрой и точной транспортировки пациентов с ОКС), остается еще довольно много стационаров не имеющих такой возможности, и довольно много пациентов, не попадающих на инвазивное лечение.

Одним из методов, позволяющих максимально непредвзято оценить результаты работы на местах, обозначить «болевы точки» практического здравоохранения, является проведение регистрационных наблюдательных исследований (регистров). Госпитальные регистры острого коронарного синдрома (ОКС) позволяют оценить характеристики пациентов на догоспитальном и госпитальном этапах, вклад факторов риска и тенденции их развития, соответствие терапии пациентов и тактики их ведения современным порядкам, стандартам и рекомендациям [2, 5]. Предыдущие российские регистры ОКС серии РЕКОРД, проведенные в 2007–2008 гг. (РЕКОРД-1) и 2009–2011 гг. (РЕКОРД-2) позволили дать оценку ведению пациентов с ОКС в соответствующие периоды [3, 9]. Регистр РЕКОРД-3 был призван оценить современное состояние лечения пациентов, с ОКС в рутинной практике российских стационаров.

Цель настоящего анализа состояла в том, чтобы охарактеризовать лечение и исходы пациентов с ОКС в стационарах, не имеющих возможности выполнять инвазивные коронарные процедуры («неинвазивные» стационары), а также в том, чтобы оце-

нить изменения в лечении ОКС в «неинвазивных» стационарах и исходах, произошедшие за последние годы.

Материал и методы

Как и предыдущие регистры серии РЕКОРД, регистр РЕКОРД-3 был независимой программой, организованной самими ее участниками по инициативе сотрудников Лаборатории клинической кардиологии НИИ физико-химической медицины ФМБА России.

В регистре РЕКОРД-3 участвовали 47 стационаров из 37 городов 21 региона России. Всего в регистр было включено 2370 пациентов. Неинвазивные центры представлены девятью регионами (Алтайский край, Воронеж, Калужская область, Краснодарский край, Москва, Московская, Нижегородская, Самарская и Тверская области) с оценочным количеством обслуживаемого населения около 3400 тыс жителей.

Включение пациентов в регистр проводилось начиная с 11 марта 2015 г. В течение 1 мес в регистр включались все последовательно госпитализированные больные с подозрением на один из острых коронарных синдромов на момент поступления в стационар. Критерии включения и невключения были подробно изложены в предыдущих публикациях и не отличались от предыдущих регистров РЕКОРД.

Для оценки риска смерти на госпитальном этапе использовалась шкала GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events), учитывающая значение возраста, систолического АД, частоты сердечных сокращений, уровня креатинина, класс Killip, наличие остановки сердца на момент госпитализации, смещение сегмента ST, повышенный уровень маркеров некроза миокарда. Низким считали риск при значении суммы баллов 108 и менее, средним – 109–140 баллов, высоким – более 140 баллов [15].

Данные, полученные в регистре РЕКОРД-3 («новый» регистр), сравнивались с объединенными данными регистров РЕКОРД и РЕКОРД-2 («старые» регистры).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 6.0. Сравнение между собой непрерывных величин с нормальным распределением осуществлялось с помощью t-теста. Для сравнения непрерывных величин при неправильном распределении показателя

Таблица 2. Сравнительные данные на момент поступления в «неинвазивные» стационары пациентов в регистрах РЕКОРД-3 с пациентами в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2			
Данные пациентов	РЕКОРД-3 (n=652)	РЕКОРД, РЕКОРД-2 (n=1061)	p
Интервалы времени и организационные показатели			
Время от начала симптомов до первого обращения*	5,8 (1,5–38,0)	2,1 (0,8–5,5)	<0,0001
Время от начала симптомов до первого обращения при ОКСнST	3,9 (0,9–21,4)	2,0 (0,8–4,2)	<0,0001
Время от начала симптомов до госпитализации*	7,7 (3,0–42,3)	4,6 (2,4–9,2)	<0,0001
Место госпитализации n (%):			
БИТ/БКР	427 (65,5%)	574 (54,1%)	<0,0001
общая палата	205 (31,4%)	105 (9,9%)	<0,0001
Клинические показатели n (%)			
ОКС с подъемами ST	159 (24,4%)	200 (18,9%)	0,0075
Систолическое АД≤90 мм рт. ст.	21 (3,2%)	40 (3,8%)	0,65
Класс Killip:			
I	425 (65,2%)	829 (78,1%)	<0,0001
II	78 (12,0%)	150 (14,1%)	0,22
III	40 (6,1%)	38 (3,6%)	0,02
IV	28(4,3%)	28 (2,6%)	0,08
Значение шкалы GRACE>140 для госпитальной смерти	230 (35,3%)	442 (41,7%)	0,01
Новые или предположительно новые «ишемические» изменения на первой ЭКГ	450 (69,0%)	595 (56,1%)	<0,0001
Депрессии сегмента ST на исходной ЭКГ при ОКСбнST	164 (33,3%)	371 (43,1%)	0,0005
Доля тех, кому определялся тропонин	497 (76,2%)	301 (28,4%)	<0,0001
Маркер некроза миокарда не определялся	59 (9,0%)	165 (15,6%)	0,0001

Примечание. * Медиана (1-3й квартили распределения); БИТ/БКР — блок интенсивной терапии/блок кардиореанимации.

Рис. 1. Частота использования различных медикаментов за время пребывания в стационаре в регистре РЕКОРД-3 в сравнении с регистрами РЕКОРД и РЕКОРД-2

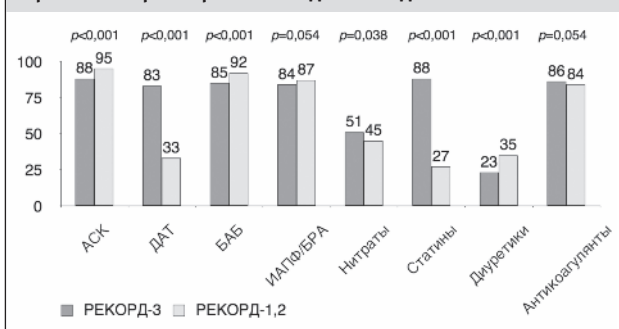
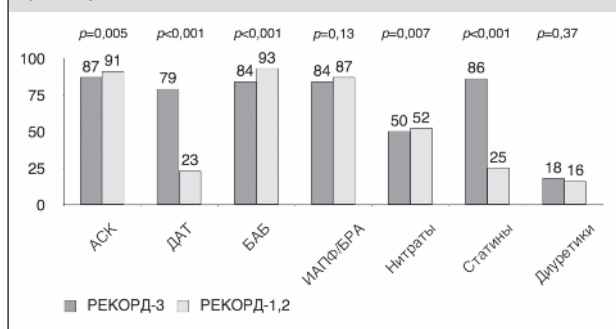


Рис. 2. Частота использования различных медикаментов при выписке из стационара в регистре РЕКОРД-3 в сравнении с регистрами РЕКОРД и РЕКОРД-2.



использовался непараметрический критерий Манна–Уитни (U-критерий). Сравнение дискретных величин проводилось с использованием критерия χ^2 с поправкой на непрерывность по Йетсу. Если число случаев в одной из сравниваемых групп было менее 5, использовался двусторонний критерий Фишера (F-критерий). Различия считались статистически достоверными при значениях двустороннего $p<0,05$.

Результаты исследования

Всего в регистре РЕКОРД-3 приняли участие врачи 21 «неинвазивного» стационара, и в которых было включено 652 пациента с ОКС (27,5% от всех в регистре, в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2 – 43,3%; $p<0,0001$).

«Неинвазивные» стационары регистра РЕКОРД-3 представлены 7 городскими больницами и 14 центральными районными больницами (ЦРБ). Из всех неинвазивных больниц только в 5 (24%) круглосуточно выполнялась эхокардиография, только в 13 (62%) имелись блоки интенсивной терапии/блока кардиореанимации (БИТ/БКР).

Средний возраст всей группы пациентов составил $67,0\pm 11,6$ года, мужчин – $63,1\pm 11,7$ года, женщин –

$71,8\pm 9,6$ года ($p<0,0001$). Каналы поступления больных: по «Скорой помощи» – 65,9%, по направлению поликлиники – 21,2%, переводом из других больниц – 5,1%, самообращение – 7,8%. Место поступления в 67% – БКР/БИТ, в 33% – общая палата.

Сравнительные анамнестические данные пациентов в «неинвазивных» стационарах в регистрах РЕКОРД-3 с регистрами РЕКОРД и РЕКОРД-2 приведены в табл. 1.

Типичный болевой синдром при госпитализации имели 584 (91,1%) пациента, чувство нехватки воздуха/одышку – 416 (64,9%), слабость – 454 (70,8%), при этом у 374 (58,3%) имелось сочетание вышеуказанных жалоб. Два и более приступа загрудинных болей с типичной иррадиацией отметили 330 (51,5%) пациентов. Жаловались на ощущение сердцебиения 179 (27,9%) пациентов, тошноту – 31 (4,8%) пациент. Остановка кровообращения выявлена у 12 (1,9%) пациентов, бессимптомное течение – у 3 (0,5%).

Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) во всей выборке пациентов – $29,1\pm 0,3$ кг/м² (медиана – 27,8, 1–3-й квартили – 25,4–31,4 кг/м²), у 21% пациентов индекс был нормальный (ИМТ 18,5–24,9), у 47% – избыточная масса тела (ИМТ 25–29,9), у 20% –

Неблагоприятный исход	РЕКОРД-3	РЕКОРД, РЕКОРД-2	p
Внутригоспитальные осложнения и исходы n (%)			
Кардиогенный шок	31 (5,0%)	46 (4,3%)	0,60
Новый инфаркт миокарда	29 (4,6%)	26 (2,4%)	0,026
Новый инсульт	3 (0,5%)	11 (1,0%)	0,36
Смерть	41 (6,3%)	73 (6,9%)	0,71
при ОКСпST	22 (13,8%)	41 (20,5%)	0,13
при ОКСбпST	19 (3,8%)	32 (3,7%)	0,98

1-я степень ожирения (ИМТ 30–34,9), у 8% – 2-я степень ожирения (ИМТ 35–39,9), у 4% – 3-я степень ожирения (ИМТ>40).

Сравнительные данные, полученные на момент поступления в стационар, представлены в табл. 2.

Анализ догоспитального приема препаратов показал, что регулярно ацетилсалициловую кислоту (АСК) принимали 312 пациентов (48,6%) в регистре РЕКОРД-3, клопидогрел – 51 (7,9%), β-адреноблокаторы (БАБ) – 265 (41,3%), ингибиторы АПФ (ИАПФ) или блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА) – 271 (42,3%), статины – 154 (24%), нитропрепараты – 172 (26,9%), антагонисты кальция (АКК) – 83 (12,9%).

На этапе догоспитального лечения ОКС АСК была дана 321 пациенту (50,1%) в регистре РЕКОРД-3, клопидогрел получали 192 (29,9%), двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТ) в виде сочетания АСК и клопидогрела – 184 (28,7%), нитраты – 285 (44,5%), парентеральные антикоагулянты – 209 (32,6%), из них нефракционированный гепарин (НФГ) в/в – 173 (82,8%), п/к – 27 (12,9%), эноксапарин – 4 (1,9%).

Сравнительная частота использования различных препаратов за время госпитального лечения представлена на рис. 1.

Частота назначения различных парентеральных антикоагулянтов в регистре РЕКОРД-3 и в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2 составила для в/в НФГ 14,8% vs. 58,0% ($p<0,0001$), для п/к НФГ – 49,6% vs. 12,4% ($p<0,0001$), для эноксапарина – 16,1% vs. 11,4% ($p=0,007$), для фондапаринукса – 4,3% vs. 6,8% ($p=0,046$).

Сравнительная частота назначения при выписке различных медикаментов в регистрах серии РЕКОРД представлена на рис. 2.

Важной особенностью медикаментозного лечения ОКС, появившейся в последние годы является наличие нового антитромбоцитарного препарата – тикагрелора. Доля пациентов, которым тикагрелор был назначен в стационаре, составило 11,2%, а при выписке из стационара – 11,6%.

В регистре РЕКОРД-3 тромболитическая терапия (ТЛТ) при ОКСпST проведена 67 пациентам (42,1%). Среднее время от начала симптомов до начала ТЛТ составило 114±20 мин. Доля пациентов с ОКСпST, которые получили ТЛТ в «старых» регистрах – 50,5% ($p=0,14$).

Доля пациентов, которым ТЛТ был проведен на догоспитальном этапе в регистре РЕКОРД-3, была достоверно выше по сравнению с регистрами РЕКОРД и РЕКОРД-2 – 27,9% vs. 6,0% ($p=0,0003$).

В регистре РЕКОРД-3 ТЛТ в течение 1-го часа от начала симптомов получили 45,7% пациентов, в течение 2-го часа – 15,7%, в течение 3-го – 15,7%, в течение 4-го часа – 5,7%, в течение 5–6-го часа – 10,0%, позже 6-го часа – 7,1%.

В регистре РЕКОРД-3 у пациентов, получивших ТЛТ, в 32% случаев препаратом для ТЛТ была стрептокиназа, у 20% – альтеплаза, у 9% – тенектеплаза, у 16% – пууролаза, у 10% – фортелизин.

Причиной непроведения ТЛТ в регистре РЕКОРД-3 у 59 (38,3%) пациентов стала «поздняя госпитализация», у 8 – причина непроведения осталась неизвестной, у 17 – имелись «противопоказания» (7 – «ОНМК», 1 – «кровотечение», 3 – «травматическая реанимация», 2 – «язвенная болезнь в анамнезе», 1 – «черепно-мозговая травма», 1 – «отказ пациента», 1 – «пожилой возраст», 1 – «отсутствие боли»).

Медиана длительности пребывания в стационаре в регистре РЕКОРД-3 составила 10 дней (1–3-й квартили – 6–13 дней), а в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2 – 15 дней (1–3-й квартили – 10–19 дней) ($p=0,001$).

Частота развития неблагоприятных исходов за время госпитализации представлена в табл. 3.

Среди пациентов в регистре РЕКОРД-3 из «неинвазивных» стационаров для выполнения коронарографии (КАГ) было переведено достоверно больше пациентов, чем в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2 – 15,6% vs. 2,1% ($p<0,0001$). В регистре РЕКОРД-3 среди переведенных для КАГ пациентов 79,4% были переведены в 1-е сутки после госпитализации. Частота перевода из «неинвазивного» стационара для КАГ среди пациентов с ОКСбпST составила 12,2%, среди всех пациентов с ОКСпST – 26,4%, а среди тех, кто получил ТЛТ – 43,3%.

Наличие «острого инфаркта миокарда» в качестве окончательного диагноза было установлено у 46,5% пациентов в регистре РЕКОРД-3 и 41,9% пациентов – в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2 ($p=0,074$).

Обсуждение

Настоящая работа посвящена анализу лечения пациентов с ОКС в российских «неинвазивных» стационарах. Результаты предыдущих регистров РЕКОРД продемонстрировали достаточную объективность и точность. Настоящий анализ основан на результатах нового регистра – РЕКОРД-3, проведенного в 2015 г.

Современные подходы к лечению ОКС требуют максимально активного использования инвазивных методов лечения у пациентов с любыми типами ОКС. При этом кажется, что «неинвазивные» стационары должны остаться «на задворках» лечения ОКС. Однако административно-географические особенности нашей страны таковы, что существует довольно много небольших стационаров, которые не могут быть оборудованы ангиографом. Поэтому настоящий анализ, показывающий как проходит сейчас и как проходило в недавнем прошлом лечение пациентов с ОКС в «неинвазивных» стационарах, является, несомненно, актуальным.

Существенной особенностью регистра РЕКОРД-3 является участие в нем большого числа небольших районных больниц. Эту особенность пришлось учитывать при проведении сравнительного анализа «нового» регистра со «старыми».

Анализ возрастных особенностей пациентов с ОКС в «неинвазивных» центрах регистра РЕКОРД-3 показывает, что соотношение мужчин и женщин,

включенных в регистр, составило примерно 1,2:1. Эти данные значимо отличаются от данных первого европейского регистра ОКС (ACS-I) [6], где соотношение мужчин и женщин для пациентов с ОКСпСТ составило 2,5:1 (71,6% и 28,4% соответственно) и от данных второго Европейского регистра ОКС (ACS II) [10], в котором соотношение мужчин и женщин составило 2,9:1 (соответственно 74,1% и 25,9%). В европейском регистре ОКС (ACS-III) также количество включенных мужчин значимо чаще (71% и 29% соответственно, 2,4:1) [14]. У каждого 9 из 10 пациентов данные заболевания протекают на фоне артериальной гипертензии. Процент распространения артериальной гипертензии, по нашим данным, выше, чем в европейском регистре ACS-I (51,6% – для ОКСпСТ и 63,5% – для ОКСбпСТ) и данным европейского исследования EUROASPIRE [4]. Выявление так же у каждого третьего пациента перенесенного ИМ свидетельствует о высокой распространенности ИБС. Этот показатель значимо выше, чем в исследовании ЛИС, где ОИМ в анамнезе отмечен у 21,2% пациентов [17].

Число пациентов с СД составило 18,3%, что несколько ниже данных европейских регистров ACS-I (21,1%) и ACS-II (21,4%) для пациентов с ОКСпСТ и для пациентов с ОКСбпСТ (23,5% – ACS-I и 26,7% – ACS-II), а так же данных регистра ACS III, где число пациентов с СД в зависимости от периода включения колебалось от 20 до 25% [6, 10, 14].

В то же время наши данные незначимо выше данных регистра CLARIFY, в котором у российских пациентов распространенность СД составила 16,7%, что в свою очередь значимо ниже данных других стран регистра (30,1%) [13]. Только 19,3% пациентов имели при госпитализации нормальный ИМТ, подавляющее большинство имели избыточную массу тела и ожирение. Средний ИМТ в нашей выборке (29,1 кг/м²) незначимо выше данных регистра CLARIFY, касающихся российских пациентов (28,7 кг/м²), но значимо выше данных других стран регистра CLARIFY (27,2 кг/м²).

Важной частью анализа было сравнение организационных показателей лечения в регистре РЕКОРД-3 с этими показателями в «старых» регистрах. Было показано, что заметно больше времени проходит от начала симптомов ОКС до первого обращения за медицинской помощью, что у всех пациентов, что у пациентов с ОКСпСТ. Как следствие – в динамике произошло увеличение времени от начала симптомов до госпитализации. Интересно, но оказалось, что это различие не связано с тем, что в «новом» регистре участвовало большое число районных больниц.

Другим организационным показателем, который был оценен в нашем анализе, была частота выполнения ТЛТ на догоспитальном этапе, которая заметно выросла со времени проведения «старых» регистров РЕКОРД. По-видимому, этот показатель характеризует «работающие» инфарктные сети.

Кроме того, в регистре РЕКОРД-3 по сравнению со «старыми» регистрами серии РЕКОРД стало значимо больше пациентов, которые из «неинвазивных» стационаров были переведены в «инвазивные» для выполнения КАГ. Обращает на себя внимание, что почти половина пациентов после ТЛТ были переведены для выполнения КАГ. Это соответствует современной фармако-инвазивной стратегии лечения. К сожалению, имеющиеся данные не позволяют сказать, какой доле переведенных пациентов было выполнено коронарное вмешательство, но сам факт, что большая доля пациентов получили такую возможность, можно считать положительным.

И еще об одной организационной особенности надо обязательно упомянуть – о выросшей частоте определения маркеров некроза миокарда, и особенно тропонина. Этот показатель стал явно выше, даже с учетом большого числа районных больниц в «новом» регистре.

Анализ использования различных препаратов до начала ОКС показывает, что частота медикаментозного лечения, выявленная в регистре РЕКОРД-3, значимо ниже показателей, полученных в ходе опроса пациентов с ИБС в исследовании EUROASPIRE III [7, 11], выполненном в 2006–2007 гг. в 22 странах Европы, при этом прием АСК отметил 91% респондентов, БАБ – 80%, ИАПФ – 71%, статинов – 78%. В то же время практически по всем препаратам данные регистра РЕКОРД-3 значимо лучше данных исследования ЛИС (БАБ – 21,4%, ИАПФ – 35,3%, статины – 2%) [17].

Динамика госпитального приема ряда препаратов пациентами в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-3 оказалась незначимой. Прием АСК пациентами ниже данных Федерального регистра ОКС (ФР ОКС) [1, 2] – 95%; сопоставим по остальным препаратам. В сравнении с 2007 г. в регистре РЕКОРД-3 в 2015 г. значимо чаще назначались антикоагулянты, причем не только НФГ, но и низкомолекулярный гепарин эноксапарин и фондапаринукс. Процент пациентов, получавших госпитально антикоагулянты, оказался выше, чем в регистре ACS-II для пациентов с ОКСбпСТ (72,9%) [10] и сопоставим с данными ФР ОКС (89%) [2, 8].

Результаты регистра РЕКОРД-3 показывают некоторые наиболее явные изменения в лечении пациентов с ОКС в «неинвазивных» стационарах, произошедшие за последние годы. Так, например, выросла частота применения ДАТ, статинов. При этом явно больше пациентов стали получать НФГ подкожно, а не так, как это рекомендовано руководствами – в виде внутривенной инфузии.

Госпитальная летальность в регистре РЕКОРД-3 не отличалась от таковой в «старых» регистрах серии РЕКОРД, но она была значимо выше, чем в европейских регистрах ACS-I (4,9%), ACS-II (4,0%) [6, 12]. При этом летальность пациентов с ОКСпСТ составила 13,8%, что несколько меньше этого показателя в исследовании ЛИС (15,2%) [17], но выше, чем в европейских регистрах Snapshot 2009 (8,5%) [16] и регистре ACS-III (в последнем отмечается отчетливая тенденция к снижению летальности с 2006 по 2008 гг. с 8,1% до 6,6%) [14].

Заключение

Анализ данных российского регистра ОКС РЕКОРД-3 показывает, что по сравнению с пациентами в регистрах РЕКОРД и РЕКОРД-2:

1. Доля тех, кто был госпитализирован в «неинвазивные» стационары была достоверно меньше, а время от начала симптомов до первого обращения за медицинской помощью было достоверно выше, даже при ОКСпСТ.
2. Достоверно большему числу пациентов в «неинвазивных» стационарах стали определяться маркеры некроза миокарда, в частности, тропонин, достоверно больше пациентов с ОКСпСТ получили ТЛТ на догоспитальном этапе, достоверно больше пациентов были переведены в «инвазивные» стационары для выполнения КАГ, особенно при ОКСпСТ, особенно, после ТЛТ;
3. Пациентам в «неинвазивных» стационарах стали достоверно чаще назначаться статины и ДАТ как во время госпитального лечения, так и при выписке;

4. Показатель госпитальной летальности у пациентов с ОКС в «неинвазивных» стационарах достоверно не различался при любых типах ОКС и оставался довольно высоким по сравнению с результатами международных регистров.

Литература

1. Бойцов С.А., Кривonos О.В., Ощепкова Е.В. и др. Оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включенных в программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС. Менеджер Здравоохранения 2010; 5:19–29. / Bojcov S.A., Krivonos O.V., Oshhepkova E.V. i dr. Ocenka jeffektivnosti realizacii meroprijatij, napravennyh na snizhenie smertnosti ot sosudistyh zabolevanij v regionah, vkljuchennyh v programmu v 2008 godu, po dannym monitoringa Minzdravsocrazvitija Rossii i Registra OKS. Menedzher Zdravoohranenija 2010; 5:19–29. [in Russian]
2. Бойцов С.А., Довгалеvский П.Я., Грiднев В.И. и др. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома // <http://www.cardioweb.ru/news/page/75>. / Bojcov S.A., Dovgalevskij P.Ja., Gridnev V.I. i dr. Sravnitel'nyj analiz dannyh Rossijskogo i zarubezhnyh registrov ostrogo koronarnogo sindroma // <http://www.cardioweb.ru/news/page/75>. [in Russian]
3. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. Регистр РЕКОРД. Лечение больных с острыми коронарными синдромами в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур. Кардиология. 2010; 7: 8–14. / Jerlih A.D., Gracianskij N.A. i uchastniki registra REKORD. Registr REKORD. Lechenie bol'nyh s ostrymi koronarnymi sindromami v stacionarah, imejushih i ne imejushih vozmozhnosti vypolnenija invazivnyh koronarnyh procedur. Kardiologija. 2010; 7: 8–14. [in Russian]
4. Dallongeville J, De Bacquer D, Heidrich J et al.; EUROASPIRE Study Group Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. Heart. 2010 Nov; 96 (21): 1744–9.
5. Российский регистр острых коронарных синдромов / проект организованный Центром атеросклероза научно-исследовательским институтом физико-химической медицины <http://www.athero.ru>. / Rossijskij registr ostryh koronarnyh sindromov / proekt organizovannyj Centrom ateroskleroza nauchno-issledovatel'skim institutom fiziko-himicheskoj mediciny <http://www.athero.ru>. [in Russian]
6. Hasdai D., Behar S., Wallentin L. et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin; the Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes. Euro Heart Survey ACS. Eur Heart J. 2002 Aug; 23 (15): 1190–201.
7. Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al., EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet. 2009 Mar 14; 373 (9667): 929–40.
8. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации. Кардиологический вестник. 2008; 3:2, 3–14. / Chazov E.I., Bojcov S.A. Okazanie medicinskoj pomoshhi bol'nym s ostrym koronarnym sindromom v ramkah programmy sozdanija regional'nyh i pervichnyh sosudistyh centrov v Rossijskoj Federacii. Kardiologicheskij vestnik. 2008; 3:2, 3–14. [in Russian]
9. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. от имени участников регистра РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Кардиология. 2009; 7: 4–12. / Jerlih A.D., Gracianskij N.A. ot imeni uchastnikov registra REKORD. Registr ostryh koronarnyh sindromov REKORD. Charakteristika bol'nyh i lechenie do vypiski iz stacionara. Kardiologija. 2009; 7: 4–12. [in Russian]
10. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al., Euro Heart Survey Investigators. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. Eur Heart J. 2006 Oct; 27 (19): 2285–93.
11. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., PyBrKIK K., Keil U., EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009 Apr; 16 (2): 121–37.
12. Шевченко И.И., Эрлих А.Д., Исламов Р.Р., Будяк В.А., Провоторов В.М., Грацианский Н.А. от имени участников регистров РЕКОРД и РЕКОРД-2. Сравнение данных регистров острых коронарных синдромов РЕКОРД и РЕКОРД-2: лечение и его исходы в стационарах, не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур. Кардиология. 2013; 8: 4–10. / Shevchenko I.I., Jerlih A.D., Islamov R.R., Budjak V.A., Provotorov V.M., Gracianskij N.A. ot imeni uchastnikov registrov REKORD i REKORD-2. Sravnenie dannyh registrov ostryh koronarnyh sindromov REKORD i REKORD-2: lechenie i ego ishody v stacionarah, ne imejushih vozmozhnosti vypolnenija invazivnyh koronarnyh procedur. Kardiologija. 2013; 8: 4–10. [in Russian]
13. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Стэг Ф.Г. от имени участников регистра CLARIFY. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY. Кардиология. 2013; 8: 28–33. / Shal'nova S.A., Oganov R.G., Stjeg F.G. ot imeni uchastnikov registra CLARIFY. Ishemicheskaja bolezni' serdca. Sovremennaja real'nost' po dannym vseirnogo registra CLARIFY. Kardiologija. 2013; 8: 28–33. [in Russian]
14. Schiele, M. Hochadel, M. Tubaro, et al. EHS ACS III: Euro Heart Survey Acute Coronary Syndromes III.F. On materials the congress of the European Society of Cardiology, 2010, Stockholm <http://www.escardio.org/congresses/esc-2010/congress-reports/Pages/710-4-EHS-ACS-III.aspx>.
15. Fox K.A., Dabbous O.H., Goldberg R.J. et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). BMJ. 2006; 333: 1091.
16. Danchin N. Euro Heart Survey Acute Coronary Syndromes: Snapshot 2009. European Society of cardiology. ACS snapshot survey. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/ehs/acute-coronary-syndromes/Pages/acs-snapshot.aspx>;
17. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда и как это влияет на смертность в стационаре. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2012; 8 (5): 681–684. / Marcevic S.Ju., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P. i dr. Issledovanie LIS (Ljubereckoe issledovanie smertnosti bol'nyh, pereznesshih ostryj infarkt miokarda). Ocenka lekarstvennoj terapii Chast' 1. Kak lechatsja bol'nye pered infarktom miokarda i kak jeto vlijaet na smertnost' v stacionare. Racional'naja Farmakoterapija v Kardiologii. 2012; 8 (5): 681–684.

Сведения об авторах:

Эрлих А.Д. – к.м.н., старший научный сотрудник, НИИ физико-химической медицины ФМБА России, Москва