

Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В., Урванцева И.А.

Медикаментозная терапия острого коронарного синдрома (ОКС) по данным Федерального регистра ОКС (на примере Окружного кардиологического диспансера)

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ»), г. Сургут

Andreeva I.A., Salamatina L.V., Milovanova E.V., Urvanceva I.A.

Medicamental therapy of acute coronary syndrome (ACS) according to the Federal register ACS (on the example of the Regional cardiological dispensary)

Резюме

Окружной кардиологический диспансер участвует в работе Федерального регистра острого коронарного синдрома (ОКС) с 1 сентября 2009 года. В статье представлена информация о медикаментозной терапии ОКС по данным регистра Окружного кардиологического диспансера за периоды 2009-2010 гг. и 2011-2012 гг. Количество больных, вошедших в регистр, составило в 2009-2010 гг. – 273, в 2011-2012 гг. – 352.

Ключевые слова: регистр ОКС, медикаментозная терапия ОКС, Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

Summary

Regional cardiological dispensary participates in the Federal register of ACS from September 1, 2009. The article presents information on the medicamental therapy of ACS according to the data of the register of Regional cardiology dispensary for the period 2009-2010 and 2011-2012. The number of patients included in the register, has made in 2009-2010 – 273, in 2011-2012 – 352.

Keywords: register of ACS, medicamental therapy of ACS, Regional cardiological dispensary «Center of diagnostics and cardiovascular surgery»

Введение

В последние годы сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной смерти как в России, так и в других экономически развитых странах мира [1]. По данным Ощепковой Е.В. и соавт. (2011) болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смертности населения в России и составляют 56,8% среди всех причин смертей [2].

По данным Национального центра статистики США в год в этой стране диагностируется 1,2-2,1 млн острых инфарктов миокарда (ОИМ) [1].

В РФ в 2011 году количество больных с ОКС составило 581 182, из них больных с ОИМ – 195 592 [3]. По данным Л.А. Бокерия (2012 г.) общая заболеваемость взрослых ИМ снизилась на 6,5% с 139,5 на 100 тыс. населения в 2008 г. до 130,4 - в 2011 г. В ХМАО-Югре заболеваемость взрослых ИМ в 2008-2011 гг. снизилась на

10,9% с 132,1 до 117,7 на 100 тыс. населения [4]. Но при этом необходимо учитывать наметившуюся тенденцию к ежегодному снижению среднего возраста пациентов с ОИМ [1]. По данным отчета НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, за последние годы частота развития ИМ в возрасте до 40 лет возросла с 0,7 до 6,9%, при этом рост наблюдается и среди женщин [5].

Итак, ОИМ вносит большой вклад в заболеваемость и смертность населения. Поиск новых подходов к диагностике, лечению и профилактике ОКС не прекращается и обеспечивается большим количеством разнообразных клинических исследований [1]. С целью оценки и повышения качества лечения ОКС уже много лет существует мировая практика ведения регистров ОКС. В течение последних 10 лет в мире функционировало и продолжает функционировать более 30 национальных и международных регистров больных ОКС (EHS-ACS I, EHS-ACS II и

ENS-ACS Snapshot, GRACE, CRUSADE, регистры серии РЕКОРД и др.) [2].

Регистр – это проспективное эпидемиологическое исследование, в которое должны включаться все лица с изучаемой патологией, и представляет собой организованную систему сбора информации о пациентах с конкретным заболеванием получающих конкретное лечение. Данные регистров позволяют объективно оценивать организацию и качество медицинской помощи больным с ОКС и реальное выполнение рекомендаций по его лечению в клинической практике, а также судить о результатах и исходах лечения ОКС и принимать адекватные меры по повышению качества медицинской помощи при ОКС [6].

С 1 октября 2008 года начал свою работу Российский Регистр ОКС, созданный при поддержке Минздрава России (РКНПК) и ФГБУ Саратовский НИИ кардиологии. Целями работы данного регистра являются оперативная оценка организации медицинской помощи, оценка качества диагностики и лечения больных с ОКС [7].

Цель работы – оценить объем медикаментозной терапии при лечении больных с ОКС по данным БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ», полученным в рамках работы с Российским регистром ОКС. Сравнить полученные данные с данными других регистров ОКС и оценить значение выявленных отличий с целью повышения качества медицинской помощи при ОКС на территории ХМАО-Югры.

Материалы и методы

БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер принимает участие в работе Российского Регистра ОКС с 1 сентября 2009 года. Работа с регистром регламентирована внутренними приказами.

В рамках научной работы был проведен анализ данных Регистра ОКС за периоды: 1) с 1.09.2009 г. по 31.12.2010 г. (2009-2010 гг.); 2) с 1.01.2011 г. по 26.06.2012 г. (2011-2012 гг.).

Все больные были включены в Регистр ОКС в соответствии с критериями включения и исключения, изложенными в инструкции к Регистру.

Критерии включения: возраст не менее 18 лет; предварительный диагноз «ОКС», «ИМ» или «нестабильная стенокардия»; история болезни завершена; вносятся данные всех больных с ОКС, пролеченных в стационаре, включая (умерших в 1-е сутки госпитализации; переведенных в другое ЛПУ по истечении 24 ч с момента поступления; переведенных из другого ЛПУ в течение 24 ч с момента первичного поступления в стационар); не выявлено ни одного критерия исключения.

Критерии исключения: клиника ОКС отсутствует в течение 24 ч до поступления; пациент переведен из другого ЛПУ, где получал лечение по поводу ОКС более 24 ч; пациент переведен для лечения ОКС в другое ЛПУ и с момента первичной госпитализации прошло менее 24 ч; ОКС развился во время пребывания пациента в стационаре; у пациента имеется тяжелая сопутствующая патология: травма, тяжелое желудочно-кишечное кровотечение,

перенесенная операция или инвазивное вмешательство перед поступлением.

Всего за анализируемый период в регистр внесены данные о 625 пациентах, поступивших в БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦД и ССХ» с ОКС (в 2009-2010 гг. – 273 больных, в 2011-2012 гг. – 352 больных). Удельный вес больных с ОКСнST/ОКСбпST составил 82,0/8,1% в 2009-2010 гг. и 82,9/6,3% в 2011-2012 гг.

Удельный вес мужчин/женщин среди больных с ОКСнST в 2009-2010 гг. – 89,3/10,7%, в 2011-2012 гг. – 86,0/14,0%. Среди больных с ОКСбпST удельный вес мужчин уменьшился с 81,8% (2009-2010 гг.) до 68,2% (2011-2012 гг.), а удельный вес женщин возрос с 18,2% до 31,8%, соответственно.

Средний возраст больных с ОКСнST с 2009-2010 гг. по 2011-2012 гг. практически не менялся (55,0-56,0 лет), а средний возраст больных с ОКСбпST уменьшился в 2011-2012 гг. на 2,5 года и составил 52,5 (49,0; 58,0) лет.

В работе использовались такие методы статистического анализа, как: обобщающие показатели (относительные и средние величины), графические изображения, методы оценки динамики явлений.

Результаты и обсуждение

В 2009-2010 гг. среди больных с ОКСнST антиагреганты получили 99,1%, в 2011-2012 гг. – 97,9% (табл. 1, рис. 4), что всего на 1,2% меньше. Все пациенты, получившие антиагреганты, и в 2009-2010 гг. и в 2011-2012 гг. получили аспирин (табл. 1, рис. 1). На догоспитальном этапе в 2009-2010 гг. аспирин получили (рис. 2) 92,8% от всех больных с ОКСнST, получивших аспирин, в 2011-2012 гг. – 42,0% (динамика (-)54,7%).

Среди больных с ОКСнST частота назначения клопидогреля составила (табл. 1) в 2009-2010 гг. 95,1%, в 2011-2012 гг. – практически не изменилась ((-)1,4%) и составила – 93,8% (рис. 1). На догоспитальном этапе клопидогрель был назначен в 2009-2010 гг. в 6,1% случаев (рис. 2), в 2011-2012 гг. – 12,0%, т.е. почти в 2 раза чаще.

Антикоагулянты были использованы в лечении 97,8% больных с ОКСнST в 2009-2010 гг. (табл. 1, рис. 4) и 98,3% – в 2011-2012 гг. (динамика была незначительной и составила (+)0,5%).

Среди пациентов с ОКСнST бета-блокаторы получили (табл. 1, рис. 4) в 2009-2010 гг. – 96,8%, в 2011-2012 гг. – 96,9%. При этом внутривенно начальная доза бета-блокаторов вводилась в 1,4% в 2009-2010 гг. и в 0,7% случаев в 2011-2012 гг. (табл. 1, рис. 3).

Частота применения статинов в лечении больных с ОКСнST по данным нашего регистра составила в 2009-2010 гг. 34,4%, в 2011-2012 гг. – возросла на 160,8% – до 89,7% (табл. 1, рис. 4).

По данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» среди больных с ОКСнST ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II получили 90,2% больных в 2009-2010 гг. и 96,6% – в 2011-2012 гг. (табл. 1, рис. 4), т.е. рост показателя составил (+)7,1%.

Лечение пациентов с ОКСбпST в 2009-2010 гг. включало в себя применение антиагрегантов в 90,9%, в 2011-

Таблица 1. Медикаментозное лечение больных с ОКСпСТ

№	Показатель	2009-2010 гг. (n=224)		2011-2012 гг. (n=292)	
		Абс.	%	Абс.	%
1.	Доля больных с ОКСпСТ, получивших антиагреганты	222	99,1	286	97,9
1.1.	доля больных с ОКСпСТ, получивших аспирин	222	99,1	286	97,9
1.1.а.	доля больных с ОКСпСТ, получивших аспирин на догоспитальном этапе	206	92,8	120	42,0
1.2.	доля больных с ОКСпСТ, получивших клопидогрель	213	95,1	274	93,8
1.2.а.	доля больных с ОКСпСТ, получивших клопидогрель на догоспитальном этапе	13	6,1	33	12,0
2.	Доля больных с ОКСпСТ, получивших антикоагулянты	219	97,8	287	98,3
3.	Доля больных с ОКСпСТ, получивших бета-блокаторы	217	96,8	278	96,9
3.1.	доля больных с ОКСпСТ, которым начальная доза бета-блокаторов вводилась внутривенно	3	1,4	2	0,7
4.	Доля больных с ОКСпСТ, получивших статины	77	34,4	262	89,7
5.	Доля больных с ОКСпСТ, получивших ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II	202	90,2	282	96,6



Рис. 1. Доля больных с ОКСпСТ, получивших аспирин и клопидогрель



Рис. 2. Доля больных с ОКСпСТ, получивших аспирин и клопидогрель на догоспитальном этапе

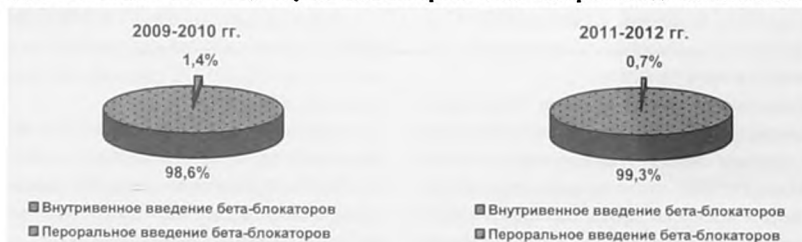


Рис. 3. Доля больных с ОКСпСТ, получивших бета-блокаторы внутривенно



Рис. 4. Доля больных с ОКСпСТ, получивших медикаментозную терапию в 2009-2010 гг. и 2011-2012 гг.

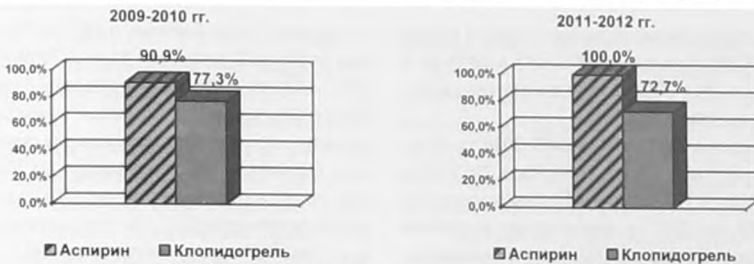


Рис. 5. Доля больных с ОКСбпСТ, получивших аспирин и клопидогрель



Рис. 6. Доля больных с ОКСбпСТ, получивших аспирин и клопидогрель на догоспитальном этапе

Таблица 2. Медикаментозное лечение больных с ОКСбпСТ

№	Показатель	2009-2010 гг. (n=22)		2011-2012 гг. (n=22)	
		Абс.	%	Абс.	%
1.	Доля больных с ОКСбпСТ, получивших антиагреганты	20	90,9	22	100,0
1.1.	доля больных с ОКСбпСТ, получивших аспирин	20	90,9	22	100,0
1.1.а.	доля больных с ОКСбпСТ, получивших аспирин на догоспитальном этапе	13	65,0	11	50,0
1.2.	доля больных с ОКСбпСТ, получивших клопидогрель	17	77,3	16	72,7
1.2.а.	доля больных с ОКСбпСТ, получивших клопидогрель на догоспитальном этапе	3	17,6	3	18,8
2.	Доля больных с ОКСбпСТ, получивших антикоагулянты	20	90,9	18	81,8
3.	Доля больных с ОКСбпСТ, получивших бета-блокаторы	19	86,4	22	100,0
3.1.	доля больных с ОКСбпСТ, которым начальная доза бета-блокаторов вводилась внутривенно	0	-	0	-
4.	Доля больных с ОКСбпСТ, получивших статины	11	50,0	11	50,0
5.	Доля больных с ОКСбпСТ, получивших ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II	16	72,7	17	77,3



Рис. 7. Доля больных с ОКСбпСТ, получивших медикаментозную терапию в 2009-2010 гг. и 2011-2012 гг.

2012 гг. – в 100,0% (табл. 2, рис. 7), что на 10,0% больше. При этом в оба периода времени 100,0% больных, получивших антиагреганты, получили аспирин (табл. 2, рис. 5). Среди них на догоспитальном этапе аспирин получили (табл. 2, рис. 6) в 2009-2010 гг. – 65,0%, в 2011-2012 гг. – 50,0% (динамика (-)23,1%).

Клопидогрель использовался в лечении пациентов с ОКСбпСТ в 2009-2010 гг. в 77,3% случаев, в 2011-2012 гг. – 72,7% (табл. 2, рис. 5), т.е. на 6,0% реже. Из них на догоспитальном этапе клопидогрель получили 17,6% в 2009-2010 гг. и 18,8% в 2011-2012 гг. (табл. 2, рис. 6), при этом рост показателя составил (+)6,8%.

По данным нашего регистра антикоагулянты вошли в схему лечения 90,9% больных с ОКСбпСТ в 2009-2010 гг. (табл. 2, рис. 7), в 2011-2012 гг. этот показатель уменьшился на 10,0% и составил – 81,8%.

Среди пациентов с ОКСбпСТ в 2009-2010 гг. бета-блокаторы получили (табл. 2, рис. 7) 86,4%, в 2011-2012 гг. – 100,0%, что на 15,7% больше. Но, необходимо отметить, что с 2009 по 2012 гг. внутривенно начальная доза бета-блокаторов больным с ОКСбпСТ не вводилась (табл. 2).

По данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» и в 2009-2010 гг. и в 2011-2012 гг. статины использовались в лечении 50,0% пациентов с ОКСбпСТ (табл. 2, рис. 7).

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II при лечении больных с ОКСбпСТ применялись в 2009-2010 гг. в 72,7% случаев, в 2011-2012 гг. – в 77,3% (табл. 2, рис. 7), при этом динамика показателя составила (+)6,3%.

В 2009-2012 гг. по данным нашего регистра подавляющему большинству больных с ОКС было выполнено ЧКВ (87,9-90,9%). ЧКВ всегда должны сопровождаться применением антиагрегантной терапии. Согласно европейским рекомендациям 2010 года двойная дезагрегантная терапия при лечении пациентов с ОИМ должна включать в себя: аспирин 150-300 мг per os и клопидогрель в виде нагрузочной дозы 600 мг внутрь, а затем по 75 мг в день (при этом клопидогрель рекомендуется использовать в первую очередь) [3]. И, несмотря на появление тикагрелора и прасугрела комбинация антиагрегантов аспирин+клопидогрель в настоящее время продолжает использоваться очень активно, что подтверждается данными, в том числе, и нашего регистра.

Так, по данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» в 2009-2010 гг. аспирин получили 99,1% больных с ОКСпСТ, в 2011-2012 гг. – 97,9%. Среди больных с ОКСбпСТ удельный вес, получивших ацетилсалициловую кислоту (АСК), увеличился на 10,0%, с 90,9% в 2009-2010 гг. до 100,0% в 2011-2012 гг. По общероссийским данным Федерального регистра ОКС АСК в 2009 г. получили 94,2% больных с ОКС, а в 2011 г. – 96,8%, по данным регистра EHS ACS Snapshot (2009) – 97,0% больных с ОКС [8], по результатам регистра GRACE среди больных с ОКСпСТ АСК получили – 94,0%, а с ОКСбпСТ – 92,0%, по данным EHS ACS II – 96,8 и 94,5%, соответственно [7]. И в Федеральном регистре ОКС и в зарубежных регистрах удельный вес больных, получивших аспирин, несколько меньше, чем в регистре ОКД «ЦД и ССХ».

По данным нашего регистра среди пациентов с ОКСпСТ, в лечении которых использовался аспирин, в 2009-2010 гг. на догоспитальном этапе его получили 92,8% больных, а в 2011-2012 гг. – в 2,2 раза меньше – 42,0%. Причиной такого резкого снижения этого показателя по нашим данным являются: с одной стороны – недостаточно корректное введение информации по данному показателю, а с другой – дефицит необходимой информации из-за довольно частого отсутствия листов назначения бригады СМП в историях болезней. Нами были предприняты организационные меры для устранения этих не-

достатков. Среди больных с ОКСбпСТ на догоспитальном этапе АСК получили 65,0% (2009-2010 гг.) и 50,0% (2011-2012 гг.), при этом динамика составила (-)23,1%. Таким образом, в силу вышеуказанных обстоятельств в регистре кардиоцентра наблюдается снижение удельного веса больных с ОКС, получивших АСК на догоспитальном этапе, в отличие от общероссийских данных Федерального регистра ОКС, где этот показатель в последние годы увеличивался и составил в 2009 г. – 53,1%, в 2010 г. – 61,4%, в 2011 г. – 96,8% [8]. Несколько меньше, чем по России в целом, и значительно меньше, чем в нашем регистре (2009-2010 гг.), была доля больных с ОКС, получивших аспирин на догоспитальном этапе, по данным регистров РЕКОРД (2007-2008) и РЕКОРД-2 (2009-2011) – 56,1% и 61,2%, соответственно [9, 10].

В регистре ОКД «ЦД и ССХ» среди больных с ОКСпСТ удельный вес пациентов, получивших клопидогрель, не менялся и составил в 2009-2010 гг. – 95,1%, в 2011-2012 гг. – 93,8%, при этом на догоспитальном этапе в 2009-2010 гг. клопидогрель получили 6,1% из них, а в 2011-2012 гг. – почти в 2 раза больше – 12,0%. Среди пациентов с ОКСбпСТ клопидогрель применялся в лечении 77,3% больных в 2009-2010 гг. и 72,7% – в 2011-2012 гг. (динамика (-)6,0%), при этом на догоспитальном этапе клопидогрель получили 17,6% и 18,8% из них, соответственно (динамика (+)6,8%). По российским же данным удельный вес больных, ОКС получивших клопидогрель, меньше, а доля получивших этот препарат на догоспитальном этапе больше, чем в нашем регистре (в 2009 г. – 55,4/20,3%, в 2010 г. – 76,3/28,2%, 2011 г. – 85,3/30,0%, соответственно) [8]. По результатам проведения российского регистра РЕКОРД-2 удельный вес больных с ОКС, которым клопидогрель был назначен на догоспитальном этапе, составил 6,0%, а в целом, за время госпитализации клопидогрель получили 44,7% (РЕКОРД) и 77,2% (РЕКОРД-2) больных с ОКС [9, 10]. Таким образом, в регистрах серии РЕКОРД этот показатель в 1,2-2 раза ниже, чем в регистре кардиоцентра, но его рост с течением времени значительно более выражен. Доля больных с ОКСпСТ/ОКСбпСТ, получивших клопидогрель по результатам некоторых зарубежных регистров, также несколько меньше, чем в регистре ОКД «ЦД и ССХ»: EHS ACS II – 69,8/67,4% [7], GRACE (2009) – 72,1% [11], EHS ACS Snapshot (2009) – 93,0% [8].

При отсутствии противопоказаний начинать антикоагулянтную терапию рекомендуется всем пациентам с ОКС непосредственно после поступления в стационар (класс I Рекомендаций). По результатам нашего регистра доля больных с ОКСпСТ, которые получили антикоагулянты, в 2009-2010 гг. составила 97,8%, в 2011-2012 гг. – 98,3%. Среди больных с ОКСбпСТ антикоагулянты применялись при лечении 90,9% больных в 2009-2010 гг. и 81,8% в 2011-2012 гг. (динамика составила (-)10,0%). Этот показатель в Российском регистре ОКС также довольно высок (в 2009 г. – 93,1%, в 2010 г. – 95,7%, 2011 г. – 96,3%), а в зарубежных регистрах ОКС значительно ниже, чем в регистре кардиоцентра (EHS ACS II среди больных с ОКСпСТ/ОКСбпСТ – 77,2/72,9%, Австралий-

ский регистр ОКС – 24,9/41,3% [7], EHS ACS Snapshot (2009) – 44,5% (НМГ – низкомолекулярный гепарин) [8].

Терапию бета-блокаторами с применением таблетированных форм, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется начинать в первые 24 часа от развития ОКС (класс I Рекомендаций). При наличии повышенного артериального давления целесообразным (класс IIa Рекомендаций) является внутривенное применение бета-блокаторов, которое должно проводиться с большой осторожностью, особенно у больных с ИМпST (согласно рекомендациям ACC/ANA (2007)). К тому же, исследование COMMIT показало, что внутривенное применение бета-блокаторов в наиболее ранний период развития ИМ снижает риск развития повторного ИМ и фибрилляции желудочков, но повышает риск развития кардиогенного шока (особенно при проведении такой терапии в первый день). Поэтому для снижения возможных побочных эффектов внутривенно бета-блокаторы можно использовать только после стабилизации показателей гемодинамики [1].

Частота назначения бета-блокаторов больным с ОКСпST по данным регистра ОКД сохраняется на стабильно высоком уровне (в 2009-2010 гг. – 96,8%, в 2011-2012 гг. – 96,9%), при этом внутривенно начальная доза бета-блокаторов была введена в 1,4% случаев в 2009-2010 гг. и в 0,7% – в 2011-2012 гг. Доля больных с ОКСбпST, получивших бета-блокаторы, возросла на 15,7% (с 86,4% в 2009-2010 гг., до 100,0% в 2011-2012 гг.), но внутривенно пациентам с ОКСбпST начальная доза бета-блокаторов в 2009-2012 гг. не вводилась. По общероссийским данным Федерального регистра ОКС удельный вес больных с ОКС, которые получили бета-блокаторы, был несколько меньше (в 2009 г. – 86,4%, в 2010 г. – 89,7%, 2011 г. – 88,9%) [8], а доля больных, которым первая доза бета-блокаторов была введена внутривенно (2009 г. – 5,5%, 2010 г. – 7,1%, 2011 г. – 8,9%) [8], была в несколько раз больше, чем в регистре ОКД «ЦД и ССХ». По анализируемому показателю регистры РЕКОРД (85,4%) и РЕКОРД-2 (83,6%) более близки к общероссийским данным, чем к регистру ОКД [9, 10]. В ведущих зарубежных регистрах удельный вес больных с ОКСпST/ОКСбпST, получивших бета-адреноблокаторы (БАБ) также был ниже, чем в нашем регистре: EHS ACS II – 83,0/82,8% [12], GRACE – 83,0/81,0% [11], в регистре EHS ACS Snapshot среди всех больных с ОКС этот показатель составил 85,5% [8].

Согласно рекомендациям (класс IIa) при отсутствии противопоказаний терапия статинами должна проводиться всем больным с ОКСбпST, независимо от исходного уровня холестерина и с подбором дозы до достижения целевого уровня ЛПНП $\leq 1,8$ ммоль/л [13].

В регистре ОКД «ЦД и ССХ» доля больных с ОКСпST, получивших статины, в 2009-2010 гг. составила 34,4%, в 2011-2012 гг. – возросла более чем в 1,5 раза – до 89,7%. В 2009-2010 гг. и в 2011-2012 гг. статины входили в схему лечения 50,0% пациентов с ОКСбпST. В регистре РЕКОРД-2 частота применения статинов была ниже (35,3%) [9, 10], чем в регистре кардиоцентра, а общерос-

сийские данные регистра ОКС (2009 г. – 65,4%, 2010 г. – 74,8%, 2011 г. – 81,0%) [8] более близки к нашим показателям. Почти такой же удельный вес больных с ОКС, получивших статины, наблюдался и в регистрах EHS ACS II – 80,7/73,7% [12] и GRACE – 63,0/59,0% [11], но этот показатель был значимо выше в регистре EHS ACS Snapshot – 92,0% [8].

Ингибиторы АПФ (иАПФ) назначаются всем больным с ОКС на неопределенно долгий срок. Использование иАПФ в течение первых 24 часов от начала ОКС рекомендуется стабильным пациентам высокого риска (класс I Рекомендаций), но применение иАПФ возможно и у пациентов других категорий риска (класс IIa Рекомендаций). При непереносимости иАПФ возможно применение блокаторов рецепторов ангиотензина II. Совместное использование иАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II вызвало негативные клинические последствия [1, 13].

По данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в 2009-2010 гг. получили 90,2% больных с ОКСпST, в 2011-2012 гг. – на 7,1% больше – 96,6%. Среди больных с ОКСбпST частота назначения иАПФ или антагонистов рецепторов к ангиотензину II была несколько ниже и составила в 2009-2010 гг. – 72,7%, в 2011-2012 гг. – 77,3% (динамика (+)6,3%). Удельный вес больных с ОКС, получивших иАПФ, по результатам регистров РЕКОРД (86,2%) и РЕКОРД-2 (74,5%) [9, 10] был сравним с нашими показателями, впрочем, как и данные российского регистра ОКС (2009 г. – 78,5%, 2010 г. – 82,3%, 2011 г. – 82,1%) [8]. В ведущих зарубежных регистрах этот показатель был ниже, чем в регистре кардиоцентра, так, например, в EHS ACS II он составил 75,4/69,5% среди больных с ОКСпST/ОКСбпST [12], в GRACE – 69,0/56,0% [11], а в EHS ACS Snapshot – 84,0% [8].

Выводы

Итак, доля больных с ОКС, получивших аспирин, в регистре ОКД «ЦД и ССХ» в 2009-2012 гг. была стабильно высокой (90,9-100,0%) и, как правило, несколько выше, чем в Федеральном и зарубежных регистрах ОКС. Удельный вес пациентов, получивших АСК на догоспитальном этапе, имел тенденцию к уменьшению, по причине чего в 2011-2012 гг. был ниже показателей Федерального регистра и регистров РЕКОРД.

Процент больных, получивших клопидогрель, по данным нашего регистра был высоким (среди больных с ОКСпST – 72,7-77,3%, ОКСбпST – 93,8-95,1%), практически не менялся и, как правило, значительно превышал данный показатель в регистрах, с которыми проводилось сравнение. Доля пациентов, которым клопидогрель был назначен догоспитально, в регистре ОКД растет, но несколько уступает показателям Федерального регистра ОКС.

Удельный вес больных, получивших антикоагулянты, в регистре ОКД «ЦД и ССХ» сохраняется на высоком уровне (81,8-98,3%), сравнимом с показателями Федерального регистра ОКС и значительно превосходящем

данный показатель в EHS ACS II, EHS ACS Snapshot и Австралийском регистрах.

Доля пациентов, которые принимали бета-блокаторы, в нашем регистре очень высока (86,4%-100,0%), имеет тенденцию к росту и значительно превосходит данные всех регистров, с которыми мы проводили сравнение по этому показателю. Внутривенное введение начальной дозы бета-блокаторов проводилось реже, чем в Федеральном регистре ОКС (0,7-1,4% против 5,5-8,9%).

Частота применения статинов среди больных с ОКСпСТ выросла более, чем в 2 раза (34,4-89,7%), а среди больных с ОКСбпСТ не изменилась (50,0%), но в целом сравнима с аналогичным показателем в анализируемых нами регистрах ОКС.

Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в нашем регистре чаще назначались среди больных с ОКСпСТ (90,2-96,6%), чем среди больных с ОКСбпСТ (72,7-77,3%) и, в целом, чаще, чем в российских и зарубежных регистрах, с которыми мы проводили сравнение.

Таким образом, объемы медикаментозной терапии при лечении больных с ОКС по данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» соответствуют основным положениям международных и национальных рекомендаций и являются одними из оптимальных среди российских регионов, а по

некоторым препаратам близки к данным ведущих зарубежных регистров ОКС или даже превосходят их. ■

Андреева И.А. м.н.с. проблемной научно-исследовательской лаборатории патологии кровообращения, врач-эндокринолог БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», г. Сургут; Саламатина Л.В. д.м.н., профессор, завуч Кафедры кардиологии Медицинского института БГОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, заведующая проблемной научно-исследовательской лабораторией патологии кровообращения БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», г. Сургут; Милованова Е.В. к.м.н., доцент Кафедры кардиологии Медицинского института БГОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, заведующая кабинетом диспансеризации БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», г. Сургут; Ураицева И.А. к.м.н., заслуженный врач РФ, заведующая Кафедрой кардиологии Медицинского института БГОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, главный врач БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ», г. Сургут; Автор, ответственный за переписку: Андреева Ирина Алексеевна, 628400, г. Сургут, пр. Ленина, 69/1, кааб. 3-229, тел. (3462) 52-85-79, com. тел. 8-912-811-0117, электронный адрес: krysko@okd.ru

Литература:

1. Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Алесян Б.Г., Машкеплишвили С.Т., Иошина В.И., Камардинов Д.Х. Острый коронарный синдром: основные вопросы стратегии и тактики в клинической практике. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2012. – 242 с., цв. ил.
2. Ощепкова Е.В. и соавт. Анализ мед. помощи больным с ОКС в медицинских учреждениях субъектов РФ, реализующих сосудистую программу (по данным российского регистра ОКС), Материалы Всероссийской НПК «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», Ярославль, 21-23 ноября 2011 г.
3. Алесян Б.Г., Абросимов А.В. Современное состояние рентгенэндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома и перспективы его развития в Российской Федерации. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2013. №1. С. 5–9.
4. Здоровье России: Атлас / Под редакцией Л.А. Бокерия. 8-е изд. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2012. 408 с., 200 карт.
5. Барбараш Л.С. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2013. №1. С. 3–4.
6. Эрлих А.Д. Регистры острых коронарных синдромов – их виды, характеристики и место в клинической практике. Вестник Российской Академии медицинских наук. 2012; 4:30–39.
7. Бойцов С.А., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. и др. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежного регистров острого коронарного синдрома. Кардиологический вестник. 2010; 1:82–6.
8. Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я., Карпов Ю.А. Трехлетний опыт работы регистра больных с острым коронарным синдромом в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях. Кардиологический вестник. 2012; 1:5–9.
9. www.acs-registry.ru.
10. www.athero.ru.
11. Eagle K.A., Goodman S.G., Budai A.A.A. et al. for the GRACE Investigators. Practice variation and missed opportunities for the reperfusion in the ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Lancet 2002; 359: 373–7.
12. Mandelzweig L., Buttler A., Boyko V. et al. for the Euro Heart Survey Investigators. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment and outcomes of patients with ACS in Europe and the Mediterranean basin in 2004. Eur. Heart J. 2006; 27 (19): 2285–93.
13. Anderson J. Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction / J. Anderson, C. Adams, E. Antman et al. // JACC. – 2007. – Vol. 50, №7. – P. e1–e157.