

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: динамика клинико-демографических характеристик и тактика догоспитального и госпитального лечения выживших пациентов, перенесших острый коронарный синдром, за 4-летний период

Сергей Юрьевич Марцевич^{1*}, Александр Васильевич Загребельный¹,
Надежда Петровна Золотарева¹, Наталья Петровна Кутишенко¹,
Юлия Владимировна Лукина¹, Моисей Львович Гинзбург²,
Дмитрий Анатольевич Старцев², Светлана Владимировна Благодатских¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины
Россия, 101990, Москва, Петроверигский переулок, 10

² Люберецкая областная больница. Россия, 140006, Московская обл., Люберцы, Октябрьский пр., 338

Рабочая группа регистра ЛИС-3: Благодатских С.В., Будаева И.В., Гинзбург М.Л., Даниэльс Е.В.,
Загребельный А.В., Золотарева Н.П., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Некошнова Е.С.,
Семенова Ю.В., Старцев Д.А., Фокина А.В.

Цель. Изучить динамику клинико-демографических характеристик, факторов риска, тактику лечения, динамику лекарственной терапии на догоспитальном этапе и назначаемой при выписке из кардиологического отделения у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST за 4-летний период.

Материал и методы. Использованы данные проспективного регистра ЛИС-3 (Люберецкое исследование смертности): включены 104 пациента, поступивших в кардиологическое отделение Люберецкой районной больницы №2 за первые 9 мес 2014 г. и 223 пациента – за первые 9 мес 2018 г. с направительным диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST» и с подтвержденным диагнозом при выписке «острый инфаркт миокарда» (ОИМ) или «нестабильная стенокардия». Проведено сравнение клинико-демографических показателей, факторов риска, проанализирована частота применения у этих пациентов ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, статинов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ (иАПФ), антагонистов рецепторов ангиотензина II, антикоагулянтов на догоспитальном этапе и при выписке из стационара.

Результаты. Значимых различий в гендерно-возрастном составе больных не было, возросло число работающих больных. По сравнению в 2014 г. в 2018 г. количество больных с артериальной гипертонией увеличилось (64,4% и 75,8%, соответственно, $p=0,047$), а с ишемической болезнью сердца (ИБС) существенно снизилось (39,4% и 22,4%, соответственно, $p=0,004$), однако частота выявленной фибрилляции предсердий, ранее перенесенного ОИМ и мозгового инсульта за рассматриваемый период не изменилась. Наличие сопутствующих заболеваний практически не изменилось, за исключением заболеваний почек, которые стали отмечаться значительно чаще. Отмечено значительное снижение частоты тромболитизиса и значительное (более чем в 6 раз) увеличение проведения ангиопластики со стентированием. Больные перед развившимся ОКС в 2014 г. реже получали антиагреганты, чем в 2018 г., в том числе, двойную антиагрегантную терапию, чаще назначались иАПФ. Существенно снизился прием нитратов, а применение статинов возросло (6,7% и 13,9%, соответственно, $p>0,05$). Исход ОКС в виде развития ОИМ был практически одинаковым, как у мужчин, так и у женщин, отмечается тенденция к снижению Q-инфарктов миокарда ($p>0,05$). При выписке стали чаще рекомендовать прием двойной антиагрегантной терапии, а также иАПФ, существенно реже – прием нитратов и любых диуретиков. Прием статинов не изменился.

Заключение. За 4 года «портрет» госпитализированного с ОКС больного несколько поменялся: существенно снизилась частота предшествующей ИБС, увеличилась частота гипертонии. По-прежнему невозможно оценить наличие и значимость таких факторов риска, как гиперхолестеринемия и неблагоприятная наследственность. При анализе догоспитальной терапии повысилась частота применения антиагрегантов и статинов, однако в целом статины принимает меньшая часть нуждающихся в них больных. Доля развития ОИМ среди больных ОКС за рассматриваемый период фактически не изменилась.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, регистр, чрескожное коронарное вмешательство.

Для цитирования: Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Золотарева Н.П., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Старцев Д.А., Благодатских С.В. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: динамика клинико-демографических характеристик и тактика догоспитального и госпитального лечения выживших пациентов, перенесших острый коронарный синдром, за 4-летний период. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2020;16(2):266-272. DOI:10.20996/1819-6446-2020-04-15

LIS-3 Acute Coronary Syndrome Registry: Changes in Clinical and Demographic Characteristics and Tactics of Prehospital and Hospital Treatment of Surviving Patients After Acute Coronary Syndrome Over a 4-Year Period

Sergey Yu. Martsevich^{1*}, Alexander V. Zagrebelyny¹, Nadezhda P. Zolotareva¹, Natalia P. Kutishenko¹, Yulia V. Lukina¹, Moisey L. Ginzburg², Dmitry A. Startsev², Svetlana V. Blagodatskikh¹

The Working Group of the LIS-3 Registry: Blagodatskikh S.V., Budaeva I.V., Ginzburg M.L., Daniels E.V., Zagrebelnyy A.V., Zolotareva N.P., Kutishenko N.P., Lukina Y.V., Martsevich S.Y., Nekoshnova E.S., Semenova Y.V., Startsev D.A., Fokina A.V.

Aim. To study the changes in clinical and demographic characteristics, risk factors, treatment tactics, the dynamics of drug therapy at the prehospital stage and prescribed during discharge from the cardiology department over a 4-year period in patients after acute coronary syndrome (ACS) with ST segment elevation and ACS without ST segment elevation.

Material and methods. Data from the LIS-3 prospective registry (Lyubertsy mortality study) was used. Patients admitted to the cardiology department of the Lyubertsy district hospital No. 2 for the first 9 months of 2014 (n=104) and for the first 9 months of 2018 (n=223) with a diagnosis of "ACS with ST segment elevation and ACS without ST segment elevation" and with a confirmed diagnosis "acute myocardial infarction" (AMI) or "unstable angina" (NSA) were included into the study. Comparison of clinical and demographic indicators, risk factors, the frequency of use of acetylsalicylic acid, clopidogrel, statins, beta-blockers, ACE inhibitors, angiotensin II receptor antagonists, anticoagulants at the prehospital stage and during discharge from the hospital were performed.

Results. Significant differences in the gender and age composition of patients were not found. The number of working patients increased. Compared to 2014, in 2018 the number of patients with arterial hypertension increased (64.4% and 75.8%, respectively, p=0.047), and with coronary heart disease decreased significantly (39.4% and 22.4%, respectively, p=0.004), however, the incidence of atrial fibrillation, history of AMI, and cerebral stroke did not change over the period under consideration. The frequency of concomitant diseases did not practically change, except for kidney diseases, which have become more common. A significant decrease in the frequency of thrombolysis and a significant (more than 6-fold) increase in angioplasty with stenting were found. Patients before ACS in 2014 received less antiplatelet agents than in 2018, including dual antiplatelet therapy, ACE inhibitors were prescribed more often. The intake of nitrates decreased, and the use of statins increased (6.7% versus 13.9%, respectively, p>0.05). AMI as the outcome of ACS was almost the same in both men and women. A downward trend in myocardial Q-infarction (p>0.05) was found. Taking dual antiplatelet therapy and ACE inhibitors were more often recommended at discharge and taking nitrates and any diuretics was less common. Statins intake did not change.

Conclusion. The "portrait" of a hospitalized ACS patient changed somewhat over 4 years: the frequency of the history of coronary heart disease significantly decreased, and the frequency of hypertension increased. The presence and significance of risk factors such as hypercholesterolemia and adverse heredity cannot be assessed as before. The frequency of use of antiplatelet agents and statins increased in prehospital therapy; however, in general, a smaller proportion of patients requiring statins took them. The proportion of AMI patients among ACS ones did not change over the study period.

Key words: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, registry, percutaneous coronary intervention.

For citation: Martsevich S.Y., Zagrebelnyy A.V., Zolotareva N.P., Kutishenko N.P., Lukina Y.V., Ginzburg M.L., Startsev D.A., Blagodatskikh S.V. LIS-3 Acute Coronary Syndrome Registry: Changes in Clinical and Demographic Characteristics and Tactics of Prehospital and Hospital Treatment of Surviving Patients After Acute Coronary Syndrome Over a 4-Year Period. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;16(2):266-272. DOI:10.20996/1819-6446-2020-04-15

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): sergeymartsevich@mail.ru

Received/Поступила: 24.03.2020

Accepted/Принята в печать: 01.04.2020

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) остается одним из основных осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), внося весомый вклад в проблему смертности и инвалидности населения [1]. Проблема лечения больных ОИМ и нестабильной стенокардией (НС) остается весьма актуальной.

В последние годы в Российской Федерации были проведены крупные реформы в области здравоохранения, в частности, были организованы так называемые сосудистые центры, задача которых – обеспечить основанную на современных клинических рекомендациях и данных доказательной медицины своевременную помощь больному с ОИМ и нестабильной стенокардией.

В амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения произошли существенные изменения, направленные на улучшение качества первичной и вторичной профилактики ИБС, предотвращение развития ОИМ или снижение риска повторного инфаркта миокарда. Четких данных, отражающих динамику качества лечебной помощи в стационаре после организации сосудистых центров, на сегодняшний момент нет.

Регистры ОИМ лучше всего позволяют оценить реальную ситуацию, отражающие клинико-демографические характеристики больных, данные анамнеза, особенности клинического течения, качество проводимой терапии и исходы больных, как в остром периоде, так и в отдаленные сроки [2-5]. Госпитальный регистр ОИМ в районной больнице №2 г. Люберцы Московской области с популяцией 190480 человек проводится с 2005 г., а с ноября 2013 г. он трансформировался в регистр острого коронарного синдрома (ОКС); включает всех больных, поступающих в Люберецкую районную больницу с ОИМ и НС, впоследствии у выживших больных оцениваются отдаленные исходы болезни [6,7].

Цель исследования – в рамках регистра ЛИС-3 оценить динамику клинико-демографических характеристик и факторов риска у пациентов, выписанных из кардиологического отделения Люберецкой районной больницы №2 в первые 9 мес 2014 г. и в первые 9 мес 2018 г., перенесших ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST, тактику

их лечения и оценить динамику лекарственной терапии на догоспитальном этапе и назначаемой терапии при выписке из кардиологического отделения за 4-летний период.

Материал и методы

Данное исследование было частью проспективного регистра ЛИС-3 (Люберецкое исследование смертности), в который включены пациенты, поступившие в кардиологическое отделение Люберецкой районной больницы №2 (с июля 2019 г. переименована в Люберецкую областную больницу) с направительным диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента» [8]. В эту часть исследования для выполнения поставленной задачи были включены пациенты с подтвержденным диагнозом ОИМ и НС: 104 пациента из поступивших в стационар за первые 9 мес 2014 г. и 223 пациента – за первые 9 мес 2018 г.

В два этапа (при поступлении и перед выпиской) врачами кардиологического отделения на основании данных истории болезни и опроса пациента заполнялась разработанная в отделе профилактической фармакотерапии НМИЦПМ стандартная карта регистра, дополненная опросником с целью получения более подробной информации для оценки частоты посещаемости пациентом амбулаторных учреждений и качества терапии на догоспитальном этапе (амбулаторно-поликлинический период до наступления референсного события). Стандартная карта регистра включала 40 вопросов, разделенных на 9 категорий: паспортные данные, социальный статус и анамнез посещаемости амбулаторных учреждений до госпитализации, факторы риска сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе, интервенционные методы обследования и лечения в анамнезе, информацию о госпитализации в стационар (сроки и канал поступления), диагноз (направительный, при поступлении, при выписке), краткие сведения из истории болезни, лечение (на догоспитальном этапе, в стационаре, рекомендации при выписке); проводилась ли коронарография и чрескожное коронарное вмешательство во время госпитализации, исход госпитализации (в т.ч. смерть в стационаре).

Проанализирована частота применения на догоспитальном этапе до развития ОКС и назначенных при выписке из стационара дезагрегантов – ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, статинов, бета-адреноблокаторов (ББ), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРАII), антикоагулянтов.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием программы IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., США) в несколько этапов.

С помощью методов описательной статистики были представлены основные характеристики пациентов, включенных в регистр, в том числе, полученных в группах исследования в рассматриваемые периоды. Были определены абсолютные значения и процентные отношения для качественных показателей, проведен анализ количественных показателей на нормальность распределения, средние значения и стандартные отклонения для нормально распределенных количественных показателей.

Результаты

Как следует из табл. 1, значимых различий в гендерном составе больных, поступивших с ОКС в 2014 и 2018 гг., не было, возросло число работающих пациентов, однако это различие не было статистически значимо ($p > 0,05$).

Необходимо отметить увеличение доли пациентов с артериальной гипертонией (64,4% в 2014 г. и 75,8% в 2018 г., $p = 0,047$). Анализ частоты некоторых факторов риска был существенно затруднен. Это касается, в первую очередь, дислипидемии в анамнезе и отягощенной наследственности (табл. 1).

При анализе частоты сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (табл. 1) отмечено существенное снижение частоты ИБС, зарегистрированной до ОИМ (39,4% в 2014 г. и 22,4% в 2018 г., $p = 0,004$). Доля больных с ранее перенесенным инфарктом миокарда и мозговым инсультом за рассматриваемые периоды не изменилась. Практически не изменилась и частота фибрилляции предсердий.

Что касается сопутствующих заболеваний, то их частота также не изменилась за рассматриваемые периоды (табл. 1), за исключением заболеваний почек, которые стали встречаться значительно чаще.

При анализе частоты использования методов, связанных с попыткой реваскуляризации миокарда (рис. 1), отмечено существенное снижение частоты тромболитической и значительное (более чем в 6 раз) увеличение частоты ангиопластики со стентированием.

Больные перед развившемся ОИМ в 2018 г. чаще получали антиагреганты, чем в 2014 г., в том числе, двойную антиагрегантную терапию, а иАПФ назначались реже (табл. 2), частота приема нитратов существенно снизилась, а статинов – возросла, однако эта разница оказалась статистически незначимой (6,7% в 2014 г. и 13,9% в 2018 г.).

Исход ОКС в виде развития ОИМ был практически одинаковым, причем, это было очевидным как для мужчин, так и для женщин (табл. 3). Отмечается тенденция к снижению Q-инфарктов миокарда в 2018 г., но значимых различий не было получено (рис. 2).

При анализе терапии, назначенной в стационаре (табл. 4), следует отметить более высокую частоту ре-

Table 1. Gender-related information, anamnestic data, and the presence of cardiovascular and concomitant diseases

Таблица 1. Гендерно-возрастная информация, анамнестические данные и наличие сердечно-сосудистых и сопутствующих заболеваний

Параметр	2014 г.	2018 г.	p	
Гендерно-возрастные показатели				
Пол, n (%)	Все больные	104	223	
	Мужчины	65 (62,5)	137 (61,4)	0,854
	Женщины	39 (37,5)	86 (38,6)	0,854
Возраст, лет	Все больные	64,7±13,1	61,6±12,5	0,198
	Мужчины	59,3±11,8	58,3±11,6	0,793
	Женщины	73,7±10,1	66,9±11,9	0,432
Факторы риска, n (%)				
Работающие	35 (33,7)	93 (41,7)	0,295	
Низкая физическая активность	50 (48,1)	95 (42,6)	0,638	
Отягощенная наследственность по ССЗ	7 (6,7)	24 (10,8)	<0,0001	
Курение	38 (36,5)	63 (28,3)	0,215	
Сахарный диабет	20 (19,2)	34 (15,2)	0,470	
Дислипидемия в анамнезе	8 (7,7)	6 (2,7)	0,081	
АГ в анамнезе	67 (64,4)	169 (75,8)	0,047	
ССЗ в анамнезе, n (%)				
ИБС	41 (39,4)	50 (22,4)	0,004	
Инфаркт миокарда	16 (15,4)	39 (17,5)	0,550	
Фибрилляция предсердий	4 (3,8)	11 (4,9)	0,564	
ОНМК	7 (6,7)	9 (4,0)	0,366	
Сопутствующие заболевания в анамнезе, n (%)				
Заболевания почек	8 (7,7)	2 (0,9)	0,003	
Анемия	4 (3,8)	4 (1,8)	0,386	
Хронические заболевания легких	8 (7,7)	9 (4,0)	0,272	
Заболевания щитовидной железы	3 (2,9)	2 (0,9)	0,285	
Данные представлены в виде M±m, если не указано иное				
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, АГ – артериальная гипертония, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения				

комендаций приема двойной антиагрегантной терапии, а также иАПФ. Прием статинов как 2014 г., так и в 2018 г. рекомендовался практически всем больным. В 2018 г. существенно реже рекомендовался прием нитратов и любых диуретиков.

Обсуждение

Целью представленного исследования было сравнение «портрета» больного ОКС, поступающего в Люберецкую больницу №2, оценить его демографические, анамнестические, клинические характеристики, подробно описать лекарственную терапию, получаемую больными до развития ОКС. Также ставилась задача оценить используемые во время госпитализации методы реперфузионной терапии, а также терапии, назначенной при выписке больного из стационара. Для сравнения были выбраны первые 9 мес 2014 г. и первые 9 мес 2018 г. Указанные сроки были выбраны не случайно, так как в начале 2015 г. на базе этого

Table 2. Prehospital drug therapy

Таблица 2. Догоспитальная лекарственная терапия

Группы препаратов	Год госпитализации		p
	2014 г. (n=104)	2018 г. (n=223)	
Ацетилсалициловая кислота, n (%)	15 (14,4)	47 (21,1)	0,153
Другие антиагреганты, n (%)	2 (1,9)	20 (9,0)	0,018
Двойная антиагрегантная терапия, n (%)	1 (1,0)	16 (7,2)	0,018
Бета-адреноблокаторы, n (%)	22 (21,2)	46 (20,6)	0,913
Ингибиторы АПФ, n (%)	34 (32,7)	44 (19,7)	0,010
АРА II, n (%)	8 (7,7)	24 (10,8)	0,384
Статины, n (%)	7 (6,7)	31 (13,9)	0,060
Антикоагулянты, n (%)	1 (1,0)	2 (0,9)	1,0*
Антагонисты кальция, n (%)	9 (8,7)	15 (6,7)	0,534
Антиаритмические препараты, n (%)	1 (1,0)	2 (0,9)	1,0*
Диуретики (все группы), n (%)	9 (8,7)	11 (4,9)	0,618
Калий сберегающие диуретики, n (%)	1 (1,0)	1 (0,4)	0,536*
Нитраты, n (%)	10 (9,6)	4 (1,8)	0,002*
Сердечные гликозиды, n (%)	1 (1,0)	1 (0,4)	0,536*

*Данные с использованием точного критерия Фишера
АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина, АПФ – ангиотензинпревращающий фермент

стационара был организован сосудистый центр, резко изменивший стратегию поступления больных в стационар и их ведения. Мы считали, что четырехлетний срок – достаточное время для того, чтобы оценить, какие изменения произошли за указанный период. В анализ включали только выживших больных (это было одним из ограничений исследования), так как для

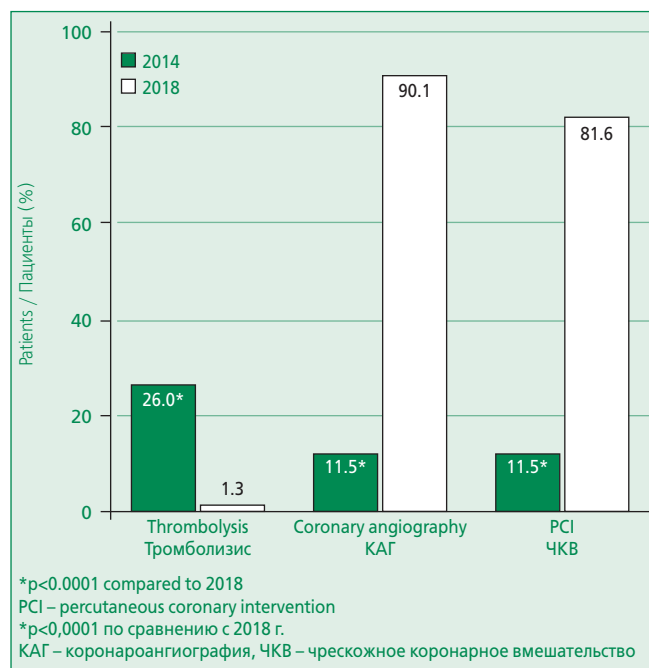


Figure 1. Thrombolysis, coronary angiography, and percutaneous intervention

Рисунок 1. Тромболизис, коронароангиография и чрескожное вмешательство

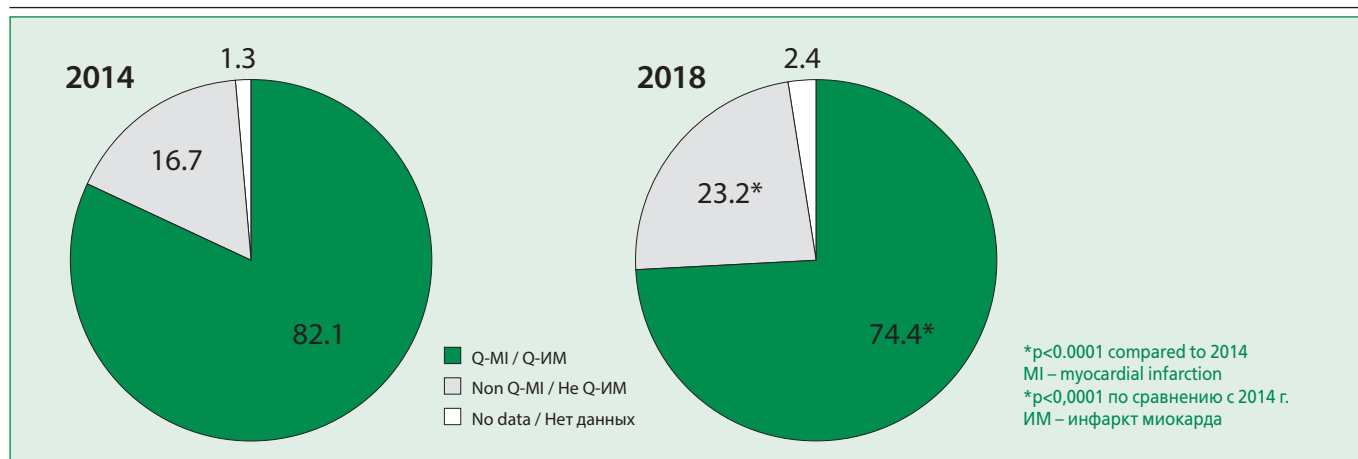


Figure 2. The structure of myocardial infarction (%)
Рисунок 2. Структура инфаркта миокарда (%)

умерших в стационаре больных невозможно было в полной мере собрать ту информацию, которая была предметом изучения.

Первое, что можно отметить при сравнении – более чем двукратное увеличение количества больных, что, по-видимому, объясняется расширением показаний к госпитализации. Что касается основных клинических характеристик, то существенных различий в них зафиксировано не было. В наших предыдущих публикациях была отмечена плохая осведомленность

пациентов о некоторых факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, и были показаны значительные различия между данными медицинской истории, куда включались данные, полученные при сборе анамнеза, и данными, полученными в результате объективного обследования в отношении некоторых факторов риска у пациентов, госпитализированных с диагнозом ОКС [9].

По-прежнему затруднена трактовка таких факторов риска, как дислипидемия в анамнезе и отягощенная наследственность. Полученные данные об их частоте (она оказалась очень небольшой) вызывают сомнения, поскольку есть основания полагать что врачи далеко не всегда интересовались наличием этих факторов риска, поэтому отсутствие упоминания о таких факторах

Table 3. The diagnosis at discharge in patients hospitalized with acute coronary syndrome

Таблица 3. Диагноз при выписке у больных, госпитализированных с острым коронарным синдромом

Пол	Диагноз	2014 г.	2018 г.	p
Мужчины, n (%)	ОИМ	50 (76,9)*	102 (74,5)*	0,704
	Q-ИМ	41 (82,0)**	77 (75,5)**	
	Не Q-ИМ	8 (16,0)**	23 (22,5)**	
	Нет данных	1 (2,0)**	2 (2,0)**	
	НС	15 (23,1)*	35 (25,5)*	
	Всего	65 (100)	137 (100)	
Женщины, n (%)	ОИМ	28 (71,8)*	62 (72,1)*	0,973
	Q-ИМ	23(82,1)**	45 (72,6)**	
	Не Q-ИМ	5 (17,9)**	15 (24,2)**	
	Нет данных	0 (0)**	2 (3,2)**	
	НС	11 (28,2)	24 (27,9)	
	Всего	39 (100)	86 (100)	
Итого, n (%)	ОИМ	78 (75,0)*	164 (73,5)*	0,078
	Q-ИМ	64 (82,1)**	122 (74,4)**	
	Не Q-ИМ	13 (16,7)**	38 (23,2)**	
	Нет данных	1 (1,2)**	4 (2,4)**	
	НС	26 (25,0)*	59 (26,5)*	
	Всего	104 (100)	223 (100)	

*Процент указан от количества всех мужчин, женщин и пациентов указанного года,
**процент указан от количества пациентов, перенесших ОИМ в указанном году
ИМ – инфаркт миокарда, ОИМ – острый ИМ, НС – нестабильная стенокардия

Table 4. Therapy prescribed at discharge

Таблица 4. Терапия, назначенная при выписке

Группы препаратов	2014 г. (n=104)	2018 г. (n=223)	p
Ацетилсалициловая кислота	95 (91,3)	195 (87,4)	0,300
Другие антиагреганты	80 (76,9)	214 (96,0)	<0,0001
Двойная антиагрегантная терапия	74 (71,2)	192 (86,1)	0,001
Бета-адреноблокаторы	94 (90,4)	213 (95,5)	0,071
Ингибиторы АПФ	71 (68,3)	194 (87,0)	<0,0001
АРА II	17 (16,3)	23 (10,3)	0,121
Статины	101 (97,1)	214 (96,0)	0,759*
Антикоагулянты	7 (6,7)	23 (10,3)	0,296
Антагонисты кальция	13 (12,5)	8 (3,6)	0,002
Антиаритмические препараты	6 (5,8)	11 (4,9)	0,751
Диуретики (все группы)	28 (26,9)	30 (13,5)	0,003
Калийсберегающие диуретики	10 (9,6)	11 (4,9)	0,108
Нитраты	12 (11,5)	2 (0,9)	<0,0001*
Сердечные гликозиды	0 (0,0)	0 (0,0)	0,300

*Данные с использованием точного критерия Фишера
АРА – антагонисты рецепторов ангиотензина,
АПФ – ангиотензинпревращающий фермент

риска, какотягощенная наследственность или повышенный уровень холестерина могло означать либо их реальное отсутствие, либо то, что врач не задавал этот вопрос, или больной не знал, как на него ответить. Некоторое (но статистически значимое) увеличение частоты АГ в анамнезе, по-видимому, может свидетельствовать о реальном увеличении распространенности этого фактора риска.

Анализируя предшествующие развитию ОКС сердечно-сосудистые заболевания, отметим, что их число заметно уменьшилось в 2018 г. за счет существенного снижения частоты ранее диагностированной ИБС. Интересно, что в регистре ЛИС-1 (2005-2007 гг.) частота предшествующих ОИМ сердечно-сосудистых заболеваний была значительно выше [10]. Этот факт, возможно, является основным, отражающим изменение «портрета» больного ОИМ. Сравнивая данные регистра ЛИС-3 (как за 2014 г., так и за 2018 г.), можно видеть существенное сокращение доли ОИМ с формированием зубца Q. При сравнении наших данных с зарубежными, отметим, что, помимо снижения заболеваемости ОИМ во многих развитых странах Запада регистрируют и изменение его течения, в частности, отмечается тенденция к преобладанию более легких форм. Так, по данным исследования GRACE, проводившегося в разных странах Америки и Европы, зафиксировано существенное снижение частоты ИМ с формированием зубца Q. Это, по мнению исследователей, существенно повлияло на снижение госпитальной летальности [11], и, по-видимому, эта тенденция с некоторым опозданием наблюдается и в нашей стране.

Возможно, это является отражением как улучшения качества догоспитальной терапии (см. ниже), так и меньшей «отягощенностью» больных предшествующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, в первую очередь, ИБС.

В 2018 г. во время госпитализации, как и следовало ожидать, значительно возросло количество чрескожных коронарных вмешательств, что напрямую связано с функционированием сосудистого центра. Данные проспективного наблюдения за выжившими больными впоследствии позволяют оценить, как это отразилось на отдаленных исходах болезни. Однако частота трансформирования ОКС в ОИМ в 2018 г. практически не изменилась по сравнению с 2014 г. Напомним, однако, что в нашем исследовании анализировались только выжившие в острой стадии болезни больные, при учете умерших в стационаре больных картина могла быть несколько иной.

Принципиально важен анализ так называемой «догоспитальной терапии», т.е. той терапии, которую получали больные непосредственно перед развитием ОКС. Существует обоснованное мнение, что именно эта терапия лучше всего отражает реальное качество

первичной и вторичной профилактики ОИМ, так как эта та терапия, которую реально получали больные, а не та терапия, которую им назначали врачи [4]. При сравнении догоспитальной терапии регистра ЛИС-1 и регистра ЛИС-3 (как в 2014 г., так и в 2018 г.) отмечается существенное улучшение ее качества, в первую очередь, в отношении применения статинов (в регистре ЛИС-1 их получали лишь 2% больных) и антиагрегантов (в регистре ЛИС-1 их получали только 16% больных). В то же время в исследовании, проводимом The American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) в США в 2003-2004 гг. у больных госпитализированных с ОКС частота догоспитальной терапии статинами составляла 44,9%, ББ – 42,8%, и АПФ/АРАII – 43,6% [12].

При сравнении догоспитальной терапии в регистре ЛИС-3 за 2014 и 2018 гг. также отмечается положительная динамика в отношении применения статинов, однако доля больных, получавших эти препараты перед развитием ОКС, остается низкой (13,9%). Явная положительная динамика между 2014 и 2018 гг. отмечена и в отношении частоты назначения антиагрегантов. Обращает на себя внимание и факт снижения назначения нитратов, при этом назначение антиангинальных препаратов других групп практически не возросло. Это может быть объяснено либо снижением частоты стенокардии (что косвенно подтверждается уменьшением частоты ИБС), либо невнимательным отношением врачей к назначению антиангинальной терапии, либо и тем, и другим. Последняя гипотеза представляется наиболее вероятной.

Что касается терапии, рекомендованной после выписки из стационара, то она и в 2014 г. в целом соответствовала клиническим рекомендациям. В 2018 г. возросла частота назначения двойной антиагрегантной терапии, что согласуется с более частым проведением процедуры ангиопластики со стентированием. Следует отметить, однако, что рекомендованная терапия отражает лишь приверженность врачей к соблюдению клинических рекомендаций и далеко не всегда отражает терапию, которую реально принимали больные после выписки из стационара [13].

Закключение

Таким образом, за 4 года «портрет» госпитализированного больного с ОКС несколько изменился: в первую очередь, существенно снизилась частота предшествующей ИБС, увеличилась частота АГ. По-прежнему невозможно оценить частоту и значимость таких факторов риска, как гиперхолестеринемия и неблагоприятная наследственность – либо из-за того, что врачи при сборе анамнеза часто игнорируют эти вопросы, либо вследствие того, что больные не знают ответа на них.

При анализе догоспитальной терапии повысилась частота применения антиагрегантов, частота применения статинов также увеличилась, но в целом статины принимает меньшая часть больных.

Частота развития ОИМ среди больных ОКС за рассматриваемый период фактически не изменилась.

References / Литература

1. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al. Heart disease and stroke statistics - 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(3):e28-e292. DOI:10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.
2. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. The LIS study (Lyubertsy study of mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of the pharmacotherapy. Part 1. Treatment of patients before myocardial infarction and its influence on hospital mortality rate. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2012;8(5):681-4 (In Russ) [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):681-4]. DOI:10.20996/1819-6446-2012-8-5-681-68.
3. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. The LIS study (Lyubertsy study on mortality rate in patients after acute myocardial infarction). Evaluation of drug therapy. Part 2. Influence of previous drug treatment on long-term life prognosis. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2012;8:738-45 (In Russ.) [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 2. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2012;8:738-45]. DOI: 10.20996/1819-6446-2012-8-6-738-745.
4. Lukina Yu.V., Ginzburg M.L., Smirnov V.P., et al. Treatment compliance, in patients with acute coronary syndrome before hospitalization. *The Clinician*. 2012;2:41-9 (In Russ) [Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П., и др. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом. Клиницист. 2012;2:41-9]. DOI:10.17650/1818-8338-2012-6-2-41-49.
5. Martsevich S.Y., Semenova Y.V., Kutishenko N.P., et al. Assessment of patients attendance at outpatient clinics and prehospital therapy: Russian acute coronary syndrome registry LISS-3 data. *Indian Heart J*. 2017;69:105-6. DOI:10.1016/j.ihj.2016.11.005.
6. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. Lyubertsy mortality study (LMS): factors influencing the long-term survival after myocardial infarction. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2013;16(2):32-8 (In Russ) [Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Люберецкое исследование смертности (исследование ЛИС): факторы, влияющие на отдаленный прогноз жизни после перенесенного инфаркта миокарда. Профилактическая Медицина. 2013;16(2):32-8].

About the Authors:

Sergey Yu. Martsevich – MD, PhD, Professor, Head of Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Alexander V. Zagrebelskiy – MD, PhD, Senior Researcher, Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Nadezhda P. Zolotareva – MD, Postgraduate Student, Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Natalia P. Kutishenko – MD, PhD, Head of Laboratory of Pharmacoepidemiological Research, Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Yulia V. Lukina – MD, PhD, Leading Researcher, Laboratory of Pharmacoepidemiological Research, Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Moisey L. Ginzburg – MD, Head of Cardiology Department for Treatment of Patients with Acute Coronary Syndrome, Lyubertsy Regional Hospital

Dmitry A. Startsev – MD, Chief Physician, Lyubertsy Regional Hospital

Svetlana V. Blagodatskikh – PhD (Chemistry), Senior Researcher, Department of Preventive Pharmacotherapy, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. All authors have not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

7. Semenova Yu.V., Kutishenko N.P., Zagebelnyy A.V., et al. Influence of Patients' Prehospital Attendance at Outpatient Clinics on Long-Term Outcomes of Acute Coronary Syndrome: LIS-3 Study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(3):363-9 (In Russ.) [Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Загребельный А.В., и др. Влияние догоспитальной приверженности пациентов к посещению лечебно-профилактических учреждений на отдаленные исходы острого коронарного синдрома: исследование ЛИС-3. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2017;13(3):363-9]. DOI:10.20996/1819-6446-2017-13-3-363-369.
8. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. LIS Study (Lyubertsy Study of mortality in patients after acute myocardial infarction): the patients' portrait. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2011;10(6):89-93 (In Russ) [Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Деев А.Д. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2011;10(6):89-93].
9. Martsevich S.Y., Semenova Y.V., Kutishenko N.P., et al. Awareness of cardiovascular disease, its risk factors, and its association with attendance at outpatient clinics in acute coronary syndrome patients. *Integrative Medicine Research*. 2017;6(3):240-4. DOI:10.1016/j.imr.2017.06.003.
10. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. A Lyubertsy study of mortality among patients with prior acute myocardial infarction: the first results of the LIS study. *The Clinician*. 2011;1;24-8 (In Russ) [Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Люберецкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования «ЛИС». Клиницист. 2011;1;24-8].
11. LaBounty T., Gurm H.S., Goodman S. G., et al. Predictors and implications of Q-waves in ST-elevation acute coronary syndromes. *Am J Med*. 2009;122(2):144-51. DOI:10.1016/j.amjmed.2008.08.029.
12. Lee H.Y., Cooke C.E., Robertson T.A. Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge. *J Manag Care Pharm*. 2008;14(3):271-80. DOI:10.18553/jmcp.2008.14.3.271.
13. Lukina Y.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Y. The Problem of Adherence to the Treatment in Modern Medicine: Possibilities of Solution, Impact on the Effectiveness of Therapy and Disease Outcomes. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(4):519-524 (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2017;13(4):519-24. DOI:10.20996/1819-6446-2017-13-4-519-524.

Сведения об авторах:

Марцевич Сергей Юрьевич – д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ

Загребельный Александр Васильевич – к.м.н., с.н.с., отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ

Золотарева Надежда Петровна – аспирант, отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ

Кутишенко Наталья Петровна – д.м.н., руководитель лаборатории фармакоэпидемиологических исследований, отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ

Лукина Юлия Владимировна – к.м.н., в.н.с., лаборатория фармакоэпидемиологических исследований, отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ

Гинзбург Моисей Львович – зав. кардиологическим отделением для лечения больных ОКС, Люберецкая областная больница

Старцев Дмитрий Анатольевич – главный врач, Люберецкая областная больница

Благодатских Светлана Владимировна – к.х.н., с.н.с., отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦТПМ