СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Оценка динамики качества догоспитальной терапии больных с острым коронарным синдромом за прошедшие годы: сравнение регистров ЛИС-1 и ЛИС-3

Юлия Викторовна Семенова^{1*}, Александр Васильевич Загребельный¹, Наталья Петровна Кутишенко¹, Моисей Львович Гинзбург², Сергей Юрьевич Марцевич¹

- ¹ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Россия, 101990, Москва, Петроверигский пер., 10
- ² Люберецкая районная больница №2 Россия, 140006, Люберцы, Октябрьский проспект, 338

Цель. Оценить, используя данные регистра ЛИС-3, как за последние годы изменилось качество догоспитальной терапии пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Использованы данные госпитальных регистров острого коронарного синдрома ЛИС-3 (2013-2015 гг., n=397) и острого инфаркта миокарда ЛИС-1 (2005-2007 гг., n=1133). Для оценки качества получаемой пациентами терапии на догоспитальном этапе учитывался прием отдельных групп препаратов, рекомендованных действующими на момент проведения исследования клиническими рекомендациями для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты. В регистре ЛИС-3 по сравнению с регистром ЛИС-1 несколько чаще на догоспитальном этапе пациенты получали основные препараты, влияющие на прогноз ССЗ – антиагреганты (23,2% против 15,7%; p<0,01) и статины (4,9% против 2%; p<0,01), однако частота их назначения в целом оставалась низкой. Частота приема пациентами препаратов других групп была сопоставима для регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 (p>0,05). Качество догоспитальной терапии пациентов регистра ЛИС-3 значимо не различалось между выжившими и умершими в стационаре пациентами как во всем регистре (p>0,05), так и среди пациентов с диагностированной ишемической болезнью сердца в анамнезе (p>0,05).

Заключение. Отмечено незначительное улучшение качества догоспитальной терапии больных с ОКС, в основном за счет более частого использования антиагрегантов и статинов. Возможно, это является следствием плохого выявления начальных форм ишемической болезни сердца, а также недооценки значимости коррекции факторов риска, как со стороны больных, так и со стороны врачей.

Ключевые слова: регистр, острый коронарный синдром, качество догоспитальной терапии.

Для цитирования: Семенова Ю.В., Загребельный А.В., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю. Оценка динамики качества догоспитальной терапии больных с острым коронарным синдромом за прошедшие годы: сравнение регистров ЛИС-1 и ЛИС-3. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2017;13(6):827-834. DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-827-834

Assessment of Changes in Quality of Prehospital Treatment of Patients with Acute Coronary Syndrome in the Last Few Years: LIS-1 vs LIS-3 Registries

Yulia V. Semenova¹, Alexander V. Zagrebelnyy¹, Natalia P. Kutishenko¹, Moisey L. Ginzburg², Sergey Yu. Martsevich¹

- ¹ National Research Center for Preventive Medicine. Petroverigskiy per. 10, Moscow, 101990 Russia
- ² Lyubertsy District Hospital №2. Oktyabrskiy prospect. 338, Lyubertsy, Moscow Region, 140006 Russia

Aim. To assess the changes in prehospital treatment of patients with acute coronary syndrome during the last years on the basis of the LIS-3 registry data.

Material and methods. Data of acute coronary syndrome hospital registry LIS-3 (2013-2015, n=397) and acute myocardial infarction hospital registry LIS-1 (2005-2007, n=1133) were used. To assess quality of prehospital treatment the fact of taking specific pharmacological groups of medications for primary and secondary cardiovascular diseases prevention was taken into consideration.

Results. Patients in the LIS-3 registry, in comparison with patients in the LIS-1 registry, more often took antiplatelet drugs (23.2% vs 15.7%, respectively; p<0.01) and statins (4.9% vs 2%, respectively; p<0.01). However, in general, the frequency of prescribing these groups of medications remained low. The use of medications of other pharmacological groups was comparable in patients of LIS-1 and LIS-3 registries (p>0.05). The quality of prehospital treatment did not differ significantly in survived and deceased patients of LIS-3 registry (p>0.05).

Conclusion. Only slight improvement in the quality of prehospital therapy in patients with acute coronary syndrome was revealed, mainly due to more frequent use of antiplatelet drugs and statins. It may be explained by poor detection of early forms of ischemic heart disease and underestimation of the importance of risk factors correction, both on the part of patients and on the part of physicians.

Keywords: registry, acute coronary syndrome, quality of prehospital treatment.

Changes in Quality of Prehospital Treatment of Patients with ACS Динамика догоспитальной терапии больных с ОКС

For citation: Semenova Y.V., Zagrebelnyy A.V., Kutishenko N.P., Ginzburg M.L., Martsevich S.Y. Assessment of Changes in Quality of Prehospital Treatment of Patients with Acute Coronary Syndrome in the Last Few Years: LIS-1 vs LIS-3 Registries. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017;13(6): 827-834. (In Russ). DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-6-827-834

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): YSemenova@gnicpm.ru

Received / Поступила: 06.10.2017 Accepted / Принята в печать: 19.10.2017

Качество получаемой медикаментозной терапии является одной из важнейших составляющих, влияющих на течение и исход сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности, ишемической болезни сердца (ИБС).

Качество первичной и вторичной лекарственной профилактики ССЗ с позиций доказательной медицины отражено в современных клинических рекомендациях [1-3].

Однако целый ряд наблюдательных исследований, в том числе проведенных в рамках регистров, демонстрирует, что получаемая пациентами терапия часто оказывается не соответствующей современным рекомендациям [4-6].

В рамках госпитального регистра острого инфаркта миокарда (ИМ) ЛИС-1 (2005-2007 гг.), проводимого на базе трех скоропомощных больниц Люберецкого района, наряду с изучением характеристик пациентов с ИМ, частоты наличия у них в анамнезе ССЗ и факторов риска ССЗ, было оценено качество догоспитальной терапии, а также ее связь с исходами заболевания. В целом обращала на себя внимание низкая частота приема пациентами отдельных групп лекарственных препаратов, использующихся для первичной и вторичной профилактики ССЗ до развития у них ИМ [6].

После активного внедрения в практику интервенционных методов лечения в одном из стационаров (Люберецкой районной больнице №2) в продолжение данного регистра в ноябре 2013 г. был создан регистр острого коронарного синдрома (ОКС) ЛИС-3. Поскольку регистр ЛИС-3 фактически является продолжением регистра ЛИС-1, было решено сравнить, как изменилось за прошедшие годы качество догоспитальной терапии пациентов.

Цель данной работы: оценить, как изменилось за последние годы качество догоспитальной терапии пациентов с ОКС, используя данные регистра ЛИС-3.

Материал и методы

Госпитальный регистр острого ИМ ЛИС-1 (2005-2007 гг., n=1133) проводился на базе трех стационаров Люберецкого района [7]. 172 пациента (15,2%)

умерли в стационаре. Данные о пациентах были получены из архива историй болезней и внесены в «Карты больного с острым ИМ, поступившего в стационар».

Регистр ЛИС-3 проводится на базе Люберецкой районной больницы №2 (г. Люберцы) с ноября 2013 г. В данную часть исследования были включены пациенты (n=397), проживающие в Москве и Московской области, которые были госпитализированы в стационар с 01.11.2013 г. по 31.07.2015 г. с направительным диагнозом ОКС. Установление окончательного диагноза в стационаре происходило с учетом данных объективного обследования, электрокардиографического и эхокардиографического исследований, уровня кардиоспецифических маркеров острого ИМ. Критерием исключения была высокая вероятность невозможности отслеживания жизненного статуса пациентов на отдаленном этапе (проживание за пределами Москвы и Московской области, отказ от подписания информированного согласия). В стационаре умерло 19,4% пациентов (77/397).

В отличие от регистра ЛИС-1, являющегося ретроспективным регистром, где информация о догоспитальной терапии пациентов получалась из историй болезней, ЛИС-З является проспективным регистром. Перед началом его проведения была поставлена задача получить более точную оценку догоспитальной терапии пациентов. Для выполнения этой задачи в отделе профилактической фармакотерапии ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России специально для регистра ЛИС-3 была разработана «Карта больного, включенного в регистр по ОКС», содержащая опросник, который заполнялся врачами со слов пациентов, и раздел для внесения данных из историй болезней (Приложение 1). Вопросы Карты включают данные об анамнезе жизни, заболевания, факторах риска ССЗ, частоте посещения врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и сроках последнего визита, получаемой до развития ОКС терапии с указанием доз препаратов.

Для оценки качества получаемой пациентами на догоспитальном этапе терапии учитывался факт приема отдельных групп препаратов, рекомендован-

Приложение 1

	Паспортные данные
ФИО_	
	ОНЫ: пациента - ; родств-ков -
	проживания –
Дата г	оспитализации в стационар ФИО врача
	Общие данные
Пол -	- Муж; - Жен. Рост - cm. Вес - , кг.
Образ	ование — — - Начальное; — - Неполное профессиональное; — - Высшее; - Учёная степень;
	- Среднее; - Неоконченное высшее; - Нет данных.
Семей	ное положение Женат/замужем; Холост/Не замужем; Разведен(-а); Бдовец/вдова; Гражданский брак.
Работа	рет - 📗 - Нет; 🔲 - Да; 📗 - Нет данных. Пенсионер - 🦳 - Нет; 🔲 - Да; 🦳 - Нет данных.
Наблю	дается у врача по поводу сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) —
F	нет;
Наблю	рдается в медучреждении — Поликлиника по м/ж ; Ведомственное ; Научный цент Платное; Другое; Не наблюдается; Нет данных.
После	 днее обращение к врачу до госпитализации по поводу сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ):
N	1eнее 1 года; - 1- 2 года; - Более 2 лет; - Не обращался; - Нет данных. <i>Факторы риска</i>
Курен	ие – 🔲 - Не курит; 🔲 - Курит; 🔲 - Отказ от курения; 🔲 - Нет данных.
Низкая	я физ. активность (ходьба < 30 мин в день < 5 дней в нед.) - 🔲 - Нет ; 🦳 - Да; 🦳 - Нет данных.
	ценная наследст-сть по ССЗ (муж. до 55 лет, жен. до 60 лет) - 🔲 - Нет; 🦳 - Да; 🦳 - Нет данных.
	Заболевания в анамнезе
Перен	есенные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) -
	- Нет; — - АГ (ГБ); — - Пороки сердца;
Ш	- Инфаркт миокарда; ДКМП; Наруш. серд. ритма (включая ФП);
\vdash	- ИБС; — - ГКМП; — - Другое.
ш	- Стенокардия; Миокардит; Нет данных.
	твующие заболевания —
-	Нет; - Дислипидемия;; - Заболевания щитовидной железы; Мозговой инсульт; - Заболевания почек; - ТЭЛА, тромбоэмболии сосудов;
-	ТИА; - Анемия; - Другие;
-	Сахарный диабет; - Хр. заболевания легких; - Нет данных.
Забол	певания ЖКТ и гепато-биллиарной системы—
	Нет ; - Хр. панкреатит; - ЖКБ, холецистэкт.; - Язвенная болезнь;
	Гепатит ; - Холецистит; - Эрозивн. гастрит; - Другие.
	Интервенционные методы в анамнезе
Корон	ароангиография — 🔲 - Нет; 🔲 - Да. Дата исслед 🔃 🔲 г _{од} — - Нет данных
Стеноз	вы коронарных артерий при последнем исследовании (стенозы артерий≥70%,ствол ЛКА≥ 50%)
	Heт (0); Да (1); Нет данных.
Балло	нная ангиопластика и стентирование – 💹 - Нет; 💹 - Да. Операция ОКШ – 💹 - Нет ; 💹 - Д

		Ди	агноз	
Напр	равительный диагно	оз Стенокардия; - Н	lec <u>т. с</u> тенокардия;	- OKC без 个ST; - OKC c 个ST;
	- Острый инфаркт л	ииокарда; Другое СС3 ;	; Другое забо	олевание.
Диаг	гноз при поступлені	ии Стенокардия; - Н	ест. стенокардия;	ОКС без ↑ST; ОКС с ↑ST;
	- Острый инфаркт м			
Приг	нимал ли пашиент к	акую-либо терапию по повод		ıзации - - Нет; - Да.
Nº	Группа	ты, принимаемые пациентом Название препарата		Нежелательные явления
ME	труппа	(патентованное)	Доза (мг/сут) *	пежелательные жинения
ЗАПО	<u>ОЛНЯТСЯ ПРИ ВЫП</u>	<u>ИСКЕ БОЛЬНОГО</u>	_	
Стату	ус пациента: 🔃 -	Умер; Выписан;	- Переведен;	- Другое.
Если	<i>«Умер»,</i> то причи	на смерти -		
] - Инфаркт миокар	ода; Позговой ин	сульт; - Забо	левания легких;
	- Другие болезни	сердца; - Онкология;	- Остр	рая коронарная недостаточность;
L] - Другие причины			
Пата	алогоанатомическое	е вскрытие проводилось:] - Да;	; - Нет данных.
Если	<i>і пациент жив</i> . (заі	полняется при выписке)	_	_
Диаг	гноз при выписке -	- Стенокардия; - Не	естабильная стенок	ардия; - Острый инфаркт
мион	карда; - Друг	ое CC3;	евание.	
Fc	ли «Инфаркт миока	рда», то Q - ИМ;	- He Q- ИМ.	
				КГ; - ЭхоКГ; - Б/х анализов
	г ноз поставлен на с ви (КФК, КФК-Мб, Ас			угое.
нали	ичие осложнений С П			укажите какие:
] - Кардиогенный ш остаточность;		ния ритма сердца;	- Острая левожелудочковая
	последняя госпитализация	- Нарушение проводимости; -) -	синдром «Да», стенозы КА ≥7	Дресслера. ′0%, ЛКА≥ 50% -
IXAI (последняя госпитализация		≀да», стенозы к∧ ≥7 ≀ение	070, 71KA2 5070 Aa, Hell.
Лече	ение в стационаре -			арственное.
		ты, назначаемые пациенту в		.,
Nº	Группа	Название препарата	Доза (мг/сут)	Нежелательные явления
		(патентованное)	H ().)	
Лент	Incmedually and an	mer nonomongoogimus agamen	my go goosady CC3 -	DOGG OLIFICANI NO CINCULONO
		ты, рекомендованные пациен Название препарата		
Nº	Группа	(патентованное)	Доза (мг/сут) *	Нежелательные явления
При	_	ы каких, нижеуказанных груп	_	
При	и выписке препарат - Бета-блокатор		_	ваны Дезагреганты; ижающие препараты.

ных действующими на момент проведения исследования клиническими рекомендациями для первичной и вторичной профилактики ССЗ.

Подробный сбор данных об анамнезе жизни, факторах риска ССЗ и качестве догоспитальной терапии умерших в стационаре пациентов ввиду тяжести их состояния при поступлении в стационар был затруднен (данные были получены для 50 пациентов из 77). Поэтому данные о таких больных были получены, преимущественно, из историй болезни.

Полученные данные обработаны в программе IBM SPSS Statistics 20, использовались стандартные методы описательной статистики: номинальные качественные показатели были представлены в абсолютных значениях и процентных отношениях от общего числа пациентов. Сравнение качественных показателей проводилось с помощью критерия χ^2 Пирсона. Сравнение качественных показателей малых выборок проводилось с помощью точного критерия Фишера. Различия считались значимыми при p<0,05.

Результаты

В табл. 1 представлена частота приема пациентами регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 отдельных групп лекарственных препаратов до развития у них референсного события.

В регистре ЛИС-3 по сравнению с регистром ЛИС-1 несколько чаще на догоспитальном этапе пациенты получали основные препараты, влияющие на прогноз ССЗ – антиагреганты и статины, но частота их назначения в целом оставалась низкой. Частота приема пациентами препаратов других групп – бета-адреноблокаторов (β-АБ), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)/антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II), блокаторов кальциевых каналов (БКК), диуретиков была сопоставима для регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 (табл. 1).

Из табл. 2 следует, что качество догоспитальной терапии пациентов регистра ЛИС-3 достоверно не различалось между выжившими и умершими в стационаре пациентами.

Table 1. Comparison of ambulatory therapy in patients in LIS-1 and LIS-3 registers
Таблица 1. Сравнение догоспитальной терапии пациентов регистров ЛИС-1 и ЛИС-3

Препараты	ЛИС-1 (n=1133)	ЛИС-3 (n=397)	p ¹
Антиагреганты, n (%)	178 (15,7)	86 (23,2)	<0,01
Бета-адреноблокатгоры, n (%)	243 (21,4)	93 (25,1)	>0,05
Ингибиторы АПФ/АРА II, n (%)	400 (35,3)	139 (37,6)	>0,05
Статины, п (%)	22 (2)	18 (4,9)	<0,01
БКК, n (%)	84 (7,4)	22 (5,9)	>0,05
Диуретики, п (%)	148 (13,0)	33 (8,9)	>0,05
1Использован критерий χ² Пирсона			
APA II – антагонисты рецепторов ангиотензина II; БК	(К — блокаторы кальциевых каналов, АПФ - ангиотен	зинпревращающий фермент	

Table 2. Rate of use of certain groups of drugs in the prehospital stage among all patients in the LIS-3 registry (n=397) Таблица 2. Частота применения отдельных групп препаратов на догоспитальном этапе среди всех пациентов регистра ЛИС-3 (n=397)

Фармакологическая группа	Выжившие (n=320)	Умершие (данные получены для 50 человек из 77)	р
Антиагреганты, n (%)	75 (23,4)	11 (22,0)	0,8231
Бета-адреноблокаторы, n (%)	81 (25,3)	12 (24,0)	0,8421
Ингибиторы АПФ/АРА II, n (%)	123 (38,4)	16 (32,0)	0,3821
Статины, п (%)	18 (5,6)	0	0,1482
Антикоагулянты, n (%)	2 (0,6)	2 (4,0)	0,0902
БКК, n (%)	17 (5,3)	5 (10,0)	0,1921
Антиаритмические препараты, n (%)	3 (0,9)	0	1,0002
Диуретики (кроме антагонистов альдостерона) , n (%)	27 (8,4)	6 (12,0)	0,4111
Антагонисты альдостерона, n (%)	5 (1,6)	1 (2,0)	0,5842
Нитраты, п (%)	14 (4,4)	6 (12,0)	0,0271
1 Использован критерий χ^{2} Пирсона; 2 использован точный критери APA II – антагонисты рецепторов ангиотензина II; БКК – блокаторы			

Table 3. Frequency of use of certain drug groups at the ambulatory stage in patients with history of coronary heart disease in the LIS-3 registry (n=143)

Таблица 3. Частота применения отдельных групп препаратов на догоспитальном этапе пациентов регистра ЛИС-3 с диагностированной ИБС в анамнезе (n=143)

Выжившие (n=112)	Умершие (данные получены для 22 человек из 31)	р
51 (45,5)	10 (45,5)	0,994 ¹
50 (44,6)	9 (40,9)	0,7471
56 (50,0)	8 (36,4)	0,242 ¹
14 (12,5)	0	0,1252
1 (0,9)	2 (9,1)	0,0702
10 (8,9)	3 (13,6)	0,4482
3 (2,7)	0	1,0002
10 (8,9)	3 (13,6)	0,4482
4 (3,6)	1 (4,5)	1,0002
13 (11,6)	3 (13,6)	0,7272
	(n=112) 51 (45,5) 50 (44,6) 56 (50,0) 14 (12,5) 1 (0,9) 10 (8,9) 3 (2,7) 10 (8,9) 4 (3,6)	(n=112) (данные получены для 22 человек из 31) 51 (45,5) 10 (45,5) 50 (44,6) 9 (40,9) 56 (50,0) 8 (36,4) 14 (12,5) 0 1 (0,9) 2 (9,1) 10 (8,9) 3 (13,6) 3 (2,7) 0 10 (8,9) 3 (13,6) 4 (3,6) 1 (4,5)

Для более детальной оценки необходимости приема отдельных групп лекарственных препаратов пациентами до развития у них ОКС среди всех пациентов регистра ЛИС-3 были выделены пациенты с диагностированной ИБС в анамнезе. При сравнении догоспитальной терапии между выжившими и умершими в стационаре пациентами с диагностированной ИБС до ОКС также не было выявлено статистически значимых различий (табл. 3).

Обсуждение

Догоспитальная терапия ОКС фактически отражает качество первичной (у больных без ИБС, но с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений) и вторичной (у больных с ИБС, особенно у тех, кто ранее переносил ИМ) лекарственной профилактики. В исследовании ЛИС-1 было показано, что качество догоспитальной терапии может влиять на ближайший и отдаленный период жизни больного [8,9].

Чтобы оценить, как изменилось качество получаемой до развития ОКС терапии за прошедшие 8 лет на примере пациентов одного региона, было проведено сравнение частоты догоспитального приема отдельных групп лекарственных препаратов между пациентами регистров ЛИС-1 и ЛИС-3.

Регистр ЛИС-1 выявил, что на догоспитальном этапе только 15,7% пациентов получали антиагреганты, 2% получали статины, 35,3% – иАПФ, 21,4% – β-АБ. Такая терапия была зафиксирована при том, что 68,6% пациентов перед возникновением острого ИМ знали о наличии у себя ИБС, а 21,2% уже перенесли ИМ ранее [6]. Однако в регистре ЛИС-1, в отличие от регистра ЛИС-3, догоспитальная терапия рассматривалась не дифференцированно, то есть без

учета наличия или отсутствия диагностированной ИБС в анамнезе.

В регистре ЛИС-3 на догоспитальном этапе ИБС была диагностирована у 36% пациентов, а 18,4% больных переносили ИМ до референсного ОКС. Так же, как и регистр ЛИС-1, регистр ЛИС-3 показал низкий уровень приема пациентами основных препаратов, использующихся в соответствии с современными клиническими рекомендациями для первичной и вторичной профилактики ССЗ. Частота приема антиагрегантов и β -АБ на догоспитальном этапе составила 23,2% и 25,1%, соответственно. Как и регистре ЛИС-1, пациенты регистра ЛИС-3 на догоспитальном этапе реже всего получали статины (4,9%), а наиболее часто — иАПФ/АРА II (37,6%).

В регистре ЛИС-3 по сравнению с регистром ЛИС-1 отмечено только незначительное улучшение качества догоспитальной терапии больных с ОКС, в основном, за счет более частого использования антиагрегантов и статинов. Возможно, это является следствием плохого выявления начальных форм ИБС (стенокардия I-II ф.к.), а также недооценки значимости коррекции факторов риска как со стороны больных, так и со стороны врачей.

Ранее было продемонстрировано, что пациенты регистров ЛИС-1 и ЛИС-3 в целом были сопоставимы по возрасту, полу, наличию в анамнезе некоторых ССЗ (ИМ, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, острое нарушение мозгового кровообращения). Пациенты регистра ЛИС-3 достоверно чаще имели в анамнезе сахарный диабет по сравнению с пациентами регистра ЛИС-1, а пациенты регистра ЛИС-1 значимо чаще имели в анамнезе диагностированную ИБС по сравнению с пациентами регистра

ЛИС-3 [10]. Возможно, различия в частоте выявляемости ИБС на догоспитальном этапе при схожей частоте ранее перенесенного ИМ в регистре ЛИС-3 по сравнению с регистром ЛИС-1 связаны с ухудшением амбулаторной диагностики субклинических форм атеросклероза и факторов риска ИБС на догоспитальном этапе.

Больничная летальность также была статистически сопоставима между пациентами обоих регистров (15,2% в регистре ЛИС-1 и 19,4% в регистре ЛИС-3) [10].

В регистре ЛИС-3 частота приема отдельных групп препаратов на догоспитальном этапе была сопоставима между выжившими и умершими в стационаре пациентами как среди всех пациентов регистра, так и среди пациентов с диагностированной ИБС в анамнезе, но из-за отсутствия данных для всех умерших пациентов регистра о получаемой ими на догоспитальном этапе терапии результаты сравнения являются, по-видимому, недостаточно информативными. Поэтому на основании этих данных нельзя утверждать, что догоспитальная терапия не влияла на смертельный исход в стационаре.

Сравнивая эти данные с данными регистра ЛИС-1, можно отметить, что результаты были похожи: догоспитальная терапия выживших и умерших пациентов регистра ЛИС-1 статистически достоверно различалась только по частоте приема пациентами β-АБ (23,9% для выживших и 16,8% для умерших). Выжившие и умершие пациенты регистра ЛИС-1 достоверно не различались по частоте догоспитального приема антиагрегантов, иАПФ, статинов, диуретиков и БКК [6].

Было показано, что по данным регистра ЛИС-1 риск госпитальной летальности снижался при приеме до развития референсного ИМ β-АБ, иАПФ [6-8]. В рамках регистра ЛИС-3 также оценивалось влияние

догоспитальной терапии на развитие ИМ как ближайшего исхода ОКС у выживших пациентов. Было показано, что прием антиагрегантов, β-АБ, нитратов пролонгированного действия и, с тенденцией к достоверности, статинов снижает риск развития ИМ как исхода ОКС у выживших на госпитальном этапе пациентов [11].

Таким образом, можно сделать вывод, что в целом за прошедшие 8 лет, несмотря на активную пропаганду первичной и вторичной профилактики ССЗ, более широкое использование новых методов обследования и лечения, внедрение новых клинических рекомендаций в практику, картина регистра – клинико-анамнестическая характеристика пациентов, получаемая ими на догоспитальном этапе терапия, ближайшие исходы заболевания — изменилась незначительно. Возможно, что низким качеством первичной и вторичной профилактики ИБС отчасти объясняются и практически не изменившиеся за это время цифры больничной летальности пациентов.

Заключение

Отмечено только незначительное улучшение качества догоспитальной терапии больных с ОКС, в основном, за счет более частого использования антиагрегантов и статинов. Возможно, это является следствием плохого выявления начальных форм ИБС, а также недооценки значимости коррекции факторов риска как со стороны больных, так и со стороны врачей.

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.

References / Литература

- Steg P.G., James S.K., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2012;33(20):2569-619. doi: 10.1093/eurhearti/ehs215.
- Roffi M., Patrono C., Collet J.P., et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2015;37(3):267-315. doi: 10.1093/eurheartj/ehv320.
- Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S., et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2013;34(38):2949-3003. doi: 10.1093/eurhearti/eht296.
- 4. Yusuf S., Islam S., Chow C.K., et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. Lancet (London, England). 2011;378(9798):1231-43. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61215-4.
- 5. Erlich A.D., Gratsiansky N.A. Treatment specifics and clinical outcomes in patients with acute coronary syndrome and anaemia: RECORD registry results. Russian Journal of Cardiology. 2012;97(5):12-6 (In Russ.) [Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Особенности лечения и исходы у больных с острым коронарным синдромом и анемией. Регультаты регистра РЕКОРД. Российский Кардиологический Журнал. 2012;97(5):12-6]. doi: 10.15829/1560-4071-2012-5-12-16.
- 6. 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., Гинэбург 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: 10.20996/1819-6446-2012-8-5-681-684.
- Martsevich S.Yu., Ginsburg 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.) [Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2011;10(6):89-93].

- 8. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. Lubertsy study of the mortality of patients who underwent an acute myocardial infarction (LIS): anamnestic factors determining death in a hospital. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2012; 11 (1): 45-8 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ЛИС): анализ анамнестических факторов, определяющих смерть в стационаре. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика. 2012;11(1):45-8].
- Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., et al. The Lyubertsy mortality study (LIS study): factors affecting the long-term prognosis of life after a heart attack. Profilakticheskaja Medicina. 2013; 16 (2): 32-8. (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Гинабург 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].
- 10. Martsevich S.Y., Semenova Y.V., Kutishenko N.P., et al. LIS-3 register of the acute coronary syndrome: what has changed in a "portrait" of a patient and short-term outcomes of the disease compared to LIS-1 register. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2017;13(1):63-8. (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., и др. Регистр острого коронарного синдрома ЛИС-3: что изменилось за прошедшие годы в «портрете» больного и ближайших исходах заболевания в сравнении с регистром ЛИС-1. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017;13(1):63-8]. doi: 10.20996/1819-6446-2017-13-1-63-68.
- 11. Semenova Y.V., Kutishenko N.P., Zagrebelnyy A.V., et al. Adherence to attendance at outpatient clinic, quality of prehospital therapy, and direct outcome of acute coronary syndrome: analysis within LIS-3 registry. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2016;12(4):430-4. (In Russ.) [Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Загребельный А.В., и др. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии и ближайшие исходы острого коронарного синдрома: исследование в рамках регистра ЛИС-3. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016;12(4):430-4]. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-4-430-434.
- 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. Integr Med Res. 2017;6(3):240-4. doi: 10.1016/j.imr.2017.06.003.

About the Authors:

Yulia V. Semenova – MD, Post-Graduate Student, National Medical Research Center for Preventive Medicine

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

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

Moisey L. Ginsburg – MD, PhD, Head of Cardiology Department, Lyubertsy District Hospital №2

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

Сведения об авторах:

Семенова Юлия Викторовна — аспирант, НМИЦПМ Загребельный Александр Васильевич — к.м.н., с.н.с., отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦПМ Кутишенко Наталья Петровна — д.м.н., зав. лабораторией фармакоэпидемиологических исследований, отдел профилактической фармакотерапии, НМИЦПМ Гинзбург Моисей Львович — к.м.н., зав. кардиологическим отделением, Люберецкая районная больница №2 Марцевич Сергей Юрьевич — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии, НМИЦПМ