

**ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

*Академик РАМН ШАБРОВ А. В., БОЛДУЕВА С. А., БУРАК Т. Я., АРХАРОВ И. В.,  
КОЧАНОВ И. Н., КАЛЕДИН А. Л., ЛЕОНОВА И. А.*

*ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И. И. Мечникова»,  
Санкт-Петербург*

**Шабров А. В., Болдуева С. А., Бурак Т. Я., Архаров И. В., Кочанов И. Н., Каледин А. Л., Леонова И. А.** Острый коронарный синдром: состояние проблемы // Мед. акад. журн. 2010. Т. 10. № 3. С. 52–58. ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, 195067, Пискаревский пр., 47.

**Shabrov A. V., Boldueva S. A., Burak T. J., Arharov I. V., Kochanov I. N., Kaledin A. L., Leonov I. A.** A acute coronary syndrome: a problem condition // Med. Acad. Journ. 2010. Vol. 10. № 3. P. 52–58. I. I. Mechnikov State Academy of Medicine, St. Petersburg.

Clinic experience on rendering of the specialized help is presented at a acute coronary syndrome of 202 patients: thrombolytic therapy is spent 32,1 % of patients, primary angioplasty with stent procedure - 44,1 %. The basic problems arising at rendering assistance of this category of patients are analysed: the long time passing from the moment of occurrence of the first symptoms before receipt of the patient in a hospital, absence of accurate interrelation and coordination of work of the structures connected with rendering of the specialized help, insufficient maintenance thrombolytic preparations. Keywords: a acute coronary syndrome, the specialized help.

Для корреспонденции: Шабров Александр Владимирович, e-mail: mechnik@gmail.com, тел., 8 (812) 543-96-09.

**СТАТИСТИКА ПО ОСТРОМУ  
КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ (ОКС)**

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении острого коронарного синдрома (ОКС), это заболевание продолжает оставаться одной из наиболее частых причин кардиальной смерти как в России, так и во всех развитых странах мира.

Согласно обобщенным данным из национальных регистров 30 европейских стран, которые получены за период 2007–2008 гг. [17], частота госпитализаций в связи с развитием острого инфаркта миокарда (ОИМ) в среднем колеблется от 90 до 312 на 100 тыс. жителей в год, при этом заболеваемость ОИМ с подъемом сегмента ST составляет 44–142/100 тыс./год. Наиболее высокая заболеваемость ОИМ с подъемом сегмента ST отмечается в Турции (142/100 тыс./год), Польше (130/100 тыс./год), Германии (121/100 тыс./год), Италии (116/100 тыс./год). Низкие показатели заболеваемости отмечены во Франции (55/100 тыс./год), Румынии (45/100 тыс./год), Великобритании (44/100 тыс./год). Наша страна не участвовала в этом статистическом анализе, так как у нас, к сожалению, нет обобщенных национальных данных по ОКС. Согласно имеющимся сведениям, в Российской Федерации заболеваемость ОИМ существенно выше и в последние годы составляет 142–147 на 100 тыс. взрослого населения в год [4].

Смертность больных ОКС, частота возникновения у них различных осложнений остаются высокими. При этом отмечаются выраженные различия соответствующих показателей как между разными странами, регионами, так и отдельными лечебными учреждениями. По данным американской Ассоциации сердца, в 2006 г. в США заболеваемость ОИМ составляла 935 тыс. человек в год [11]. Из них по крайней мере половина погибает в течение 1 ч от начала симптомов или до поступления в стационар. Кроме того, 24% мужчин и 42% женщин умирают в течение 1-го года, а 66% не удается достичь полного восстановления после заболевания. У 21% мужчин и 30% женщин в течение 6 ближайших лет развивается застойная сердечная недостаточность. Кроме того, пациенты, перенесшие ИМ, имеют высокий риск повторных сосудистых катастроф – так, 18% мужчин и 35% женщин в течение последующих 6 лет переносят второй ИМ.

Вместе с тем на протяжении последних 10–15 лет отмечается снижение смертности. Так, в США в исследовании, включившем 2755 370 пациентов, выписанных из не федеральных госпиталей с диагнозом ОИМ, по данным за 1995–2009 гг., 30-дневная смертность снизилась с 18,8% в 1995 г. до 15,8% в 2006 г. [13].

В европейских странах ситуация также существенно различается в зависимости от региона. Так, в

Румынии в 2007–2008 гг. госпитальная смертность составляла 12,7%, а в Португалии – 6,9%, что меньше почти в 2 раза. Следует отметить, что достаточно высока госпитальная смертность и в странах с высоким уровнем жизни: в Австрии – 12%, в Финляндии – 11,9% [17].

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

В настоящее время международными и национальными профессиональными ассоциациями на основании данных многоцентровых рандомизированных клинических исследований разработаны руководства по лечению больных ОКС. Целью создания этих руководств является улучшение ближайших и отдаленных исходов ОКС.

У нас в стране Всероссийским научным обществом кардиологов приняты отечественные рекомендации «Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ» (2006) [2] и «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ» (2007) [3], которые составлены с учетом Рекомендаций Европейского кардиологического общества и Рекомендаций американских Коллегии кардиологов и Ассоциации сердца. Как отмечается авторами, эти рекомендации соответствуют общим позициям, изложенным в аналогичных документах, принятых международным кардиологическим сообществом, и отражают оптимальный по современным представлениям алгоритм лечения таких больных.

## ИССЛЕДОВАНИЯ, ДОКАЗЫВАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ

Преимущества ранней инвазивной стратегии при ОИМпST установлены в ряде крупных рандомизированных исследований [12], и этот подход в настоящее время считается общепризнанным. В последних рекомендациях Европейского общества кардиологов (2008) [15] и Американского колледжа кардиологов (2009) [9] отмечается, что даже при наступлении реперфузии после ТЛТ в течение ближайших суток (но не ранее 3 ч после начала ТЛТ) проводится КАГ и, при показаниях, ЧКВ.

Последние рандомизированные исследования выявили преимущества раннего инвазивного лечения и ОКСбпST по сравнению с так называемой «ранней консервативной» стратегией, когда инвазивное вмешательство выполнялось только по строгим показаниям. Наиболее значимые результаты относительно преимущества инвазивной стратегии получены в исследованиях FRISC II, RITA-3 и TACTICS. Результаты FRISC II [14] показали, что у больных неста-

бильной ишемической болезнью сердца с умеренным и высоким риском осложнений использование инвазивного лечения (после применения в течение нескольких дней антиишемических и антитромботических лекарств) в сравнении с консервативным может приводить к уменьшению смертности, частоты ИМ, повторных эпизодов ишемии и госпитализаций. Преимущество раннего, без попыток предварительной стабилизации состояния больных, инвазивного лечения ОКСбпST было продемонстрировано относительно недавно в исследованиях TACTICS [6] и RITA-3 [7]. Следует отметить, что в этих исследованиях использовались антагонисты ГП IIb / IIIa рецепторов и отмечалась большая частота имплантации стентов. Несмотря на то, что ранняя инвазивная стратегия, по данным этих исследований, не влияла существенно на риск смерти и развития ИМ, она оказывала значимое влияние на клиническую симптоматику. Вместе с тем данные о преимуществах инвазивного лечения ОКСбпST как после стабилизации состояния больных (FRISC-II), так и при раннем его назначении на фоне введения антагониста ГП IIb / IIIa тромбоцитов (TACTICS) получены в лечебных учреждениях с большим объемом плановых и экстренных процедур.

## ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕГИСТРЫ

В настоящее время имеются данные о результатах более 30 национальных и международных регистров больных с ОКС, ряд из них продолжается и сейчас. Наибольшую известность получили такие регистры, как GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events Project), регистр Европейского общества кардиологов, в США – регистры NRM1 и CRUSADE. Регистры ОКС не только позволяют оценить приверженность к лечению при длительном наблюдении за больными, но и являются основой для разработки рекомендаций, дают основания для проведения крупных рандомизированных исследований.

Один из крупнейших международных регистров GRACE [8] включает данные более чем о 40 тыс. пациентов с ОКС, в его работе принимало участие 80 центров. Европейские регистры European Heart Survey ACS I [10] и European Heart Survey ACS II [16] (EHS ACS I и II) содержат данные о более чем 10 тыс. и 6 тыс. пациентов соответственно. Средний возраст больных во всех регистрах существенно не различается – 65–68 лет в регистре GRACE, 66 лет – в регистрах EHS ACS I и II. Пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST на момент поступления в стационар в регистре EHS ACS I было 42,3%, в EHS ACS II – 47%, меньшая частота отмечалась в регистре GRACE – 34%. Больных ОКС без подъема сегмента ST на момент поступления в стационар в регистре EHS ACS I зарегистрировано 51,2%, EHS

ACS II – 47%, в регистре GRACE – 66%. Доля мужчин в выборках больных с ОКСпST/ОКСбпST в международных регистрах GRACE – 71%/66%, EHS ACS I – 72%/64% и EHS ACS II – 74%/67%.

По данным EHS ACS I, доля больных с ОКСпST, которым проводилась ТЛТ, составила только 35,1%, общая частота проведения ТЛТ в EHS ACS II была 41,2%, в GRACE – 35%. Длительность интервала времени от начала болевого синдрома до вызова скорой медицинской помощи (СМП), по данным Регистра EHS ACS I, составила 120 мин, EHS ACS II – 105 мин. Интервал «боль – ТЛТ», по данным Регистра Euro Heart Survey ACS I, составил 216 мин, в Euro Heart Survey ACS II – 182 мин. Показатель «боль – ТЛТ» для обоих Euro Heart Survey ACS рассчитывался как сумма показателей «боль – дверь» и «дверь – ТЛТ» и составил 216 мин (176+40) для Euro Heart Survey ACS I и 182 мин (145+37) для Euro Heart Survey ACS II.

Доля чрескожных коронарных вмешательств составила для ОКСпST 62% в регистре GRACE, 56% – в EHS ACS I и 70% – в EHS ACS II. У больных с ОКСбпST частота ЧКВ составила 57% – в регистре GRACE, 52% – в EHS ACS I и 61% – в EHS ACS II. В регистре EHS ACS I показатель «боль – баллон» составил 269 мин, в EHS ACS II – 215 мин. Показатель «боль – баллон» для обоих EHS ACS рассчитывался как сумма показателей «боль – стационар» и «дверь – баллон»: (176+93) для EHS ACS I и (145+70) для EHS ACS II.

Показатели летальности в регистре GRACE для ОКСпST составили 8%, для ОКСбпST – 4%. В Европейском регистре EHS ACS II соответствующие показатели были 5,3% и 2,5%.

## РОССИЙСКИЕ РЕГИСТРЫ

Попытки организовать общероссийский регистр ОКС предпринимались неоднократно, однако в настоящее время наиболее полно представлены результаты двух регистров – это регистр РЕКОРД и Российский регистр ОКС.

*Регистр РЕКОРД* [5] был организован во многом как адаптация регистра ОКС, проводимого Европейским кардиологическим обществом, и в нем была использована документация Европейского регистра, подвергнутая только незначительной адаптации. С 01.11.07 по 10.02.08 в регистр РЕКОРД включены 796 больных с подозрением на ОКС, из которых 57,2% мужчин и 42,8% женщин. 52,1% пациентов включены в центрах, имеющих возможность проводить инвазивные коронарные процедуры. Средний возраст включенных больных составлял 64,7 года.

Рабочий диагноз «ОКС с подъемами ST» имели 30,9% всех включенных в регистр больных. Почти 2/3 больных с ОКСпST включены в регистр в цент-

рах, где возможно проведение инвазивных коронарных процедур. Среднее время от начала симптомов до момента госпитализации составило 4,3 ч. Первичная реперфузионная терапия (ТЛТ или ЧКВ) применена немногим более чем у половины этих больных (51,6%), причем почти в 2/3 случаев это была ТЛТ, и ЧКВ лишь немногим более чем у 1/3. При поступлении в стационар среднее время от момента госпитализации до начала ТЛТ составило 0,33 ч. В 65,8% ТЛТ проводилась стрептокиназой, ТАП – в 24,1% случаев. Среднее время от момента госпитализации до начала ЧКВ составило 1,5 ч. ЧКВ после начальной ТЛТ выполнено в 4,1% всех больных с ОКСпST, так называемое «ЧКВ спасения» после неуспешной ТЛТ – в 2,8% случаев. Более чем половине больных с ОКСпST (56,1%) еще догоспитально был дан аспирин. Из них 2/3 (66,7%) получили аспирин в рекомендуемой нагрузочной дозе (160–135 мг). Более 90% больных получили его в первые 24 ч стационарного лечения и продолжали получать все время госпитализации. Клопидогрел в стационаре получили 44,9% больных с ОКСпST, из них 20,9% без нагрузочной дозы, 69,1% – с нагрузочной дозой 300 мг, 10,0% – с нагрузочной дозой 600 мг. Ни один больной не получал препараты из группы блокаторов ГП IIb/IIIa. У большинства больных антикоагулянтная терапия проводилась нефракционированным гепарином, а среди низкомолекулярных гепаринов чаще использовался эноксапарин. Среднее время пребывания больных с ОКСпST в стационаре, по данным регистра РЕКОРД, составило 13,9 дня. Рецидив острого ИМ произошел у 8,6% больных. За время госпитализации умерло 16,7% больных.

Больных с рабочим диагнозом «ОКС без подъемов ST» было включено 550 (69,1% всех больных с ОКС). В инвазивных центрах включено 46,2% больных с ОКСбпST, что было достоверно меньше, чем среди больных с ОКСпST. Среднее время от начала симптомов до госпитализации у больных с ОКСбпST составило 7,4 ч, что более чем на 3 ч превышало таковое для больных с ОКСпST.

Первую дозу аспирина на догоспитальном этапе получили 33,5% больных. Из них только около 2/3 больных (64,3%) получили аспирин в рекомендуемой дозе, 160–325 мг. В первые 24 ч стационарного лечения аспирин был дан 91,1% больных, за все время госпитализации его получали более 90% больных с ОКСбпST. Клопидогрел в стационаре получали 27,6% больных, из них нагрузочная доза клопидогрела, 300–600 мг, была применена у 70,4% больных. Блокаторы IIb/IIIa рецепторов (абциксимаб) получили 0,5% больных с ОКСбпST. Парентеральные антикоагулянты в стационаре получали 84,9% больных. Большая часть больных с ОКСбпST (79,6%) получали консервативное лечение. Экстренная процедура

чрезкожной реваскуляризации (в первые 2 ч госпитализации) выполнена у 0,9% больных, срочная (в первые 72 ч) – у 6,9% больных. В более отдаленные сроки инвазивное коронарное вмешательство проведено у 3,6%. Операции коронарного шунтирования во время госпитализации, связанной с ОКСбпСТ, подвергнуты 5,8% больных. Средняя длительность госпитализации при ОКСбпСТ, по данным регистра РЕКОРД, составила 12,4 дня. Инфаркт миокарда в стационаре, осложнивший течение ОКСбпСТ, произошел у 2,4% больных. Умерли за время госпитализации 2,7% больных.

Внутригоспитальная смертность от ИМ среди больных в регистре РЕКОРД составила 13,2%.

Наиболее важные выводы, сделанные организаторами Регистра РЕКОРД:

- Частота первичных реперфузионных вмешательств (ТЛТ, ЧКВ) у больных ОКСпСТ, поступавших в российские стационары и включенных в регистр, была низкой.
- У больных ОКСбпСТ, поступавших в российские стационары и включенных в регистр, недостаточно часто применялись парентеральные антикоагулянты, редко использовались низкомолекулярные гепарины.
- У больных ОКС, включенных в регистр, редко применялся клопидогрел.
- Между началом симптомов и временем поступления в стационар проходило очень много времени, что очень важно, особенно при ОКСпСТ.
- Хотя довольно большая доля больных в регистре РЕКОРД поступала в стационары с возможностью проведения инвазивных коронарных процедур, частота использования этого вида лечения, особенно при ОКСбпСТ, очень невелика.
- У больных ОКС, включенных в регистр, были высокими показатели внутригоспитальной смертности, при ОКСпСТ – не менее чем в 2 раза выше, чем аналогичные показатели, полученные в крупных международных регистрах ОКС.

С 1 октября 2008 г. начал функционировать другой крупный отечественный регистр острого коронарного синдрома – *Регистр ОКС* [1], созданный при поддержке Минздравсоцразвития Российской Федерации силами сотрудников Российского кардиологического научно-производственного комплекса (Москва) и Саратовского НИИ кардиологии. Специалистами РКНПК совместно с Саратовским НИИ кардиологии разработана инновационная интернет-технология системы оценки качества медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном и госпитальном этапах (регистр ОКС). Информация о больных с ОКС в режиме on-line поступает на сервер РКНПК. Данные о каждом конкретном больном заносятся в Регистр ОКС после завершения истории

болезни, т. е. после выписки больного или наступления летального исхода. За период с 01.01.2009 по 01.01.2010 г. в Регистр ОКС введена информация по 14 378 больным (из них с ОКС 12 400) из 81 медицинского учреждения 26 субъектов РФ. Средний возраст больных в Регистре ОКС составил 64 года. Соотношение больных с ОКСпСТ/ОКСбпСТ на момент поступления в стационар в Регистре ОКС составило 39,6%/52,8%. Доля мужчин в выборках больных с ОКСпСТ/ОКСбпСТ в Регистре ОКС составляла 64%/58%.

По данным Регистра ОКС, доля больных с ОКСпСТ, которым проводилась ТЛТ, составила только 21,4%, при этом 25% указанных больных получали ТЛТ на догоспитальном этапе. Основной причиной невыполнения данного вида реперфузионной терапии, согласно данным организаторов Регистра, было непопадание в расширенное «терапевтическое окно» (допустимый интервал времени от начала симптомов ОКС до возможного начала проведения ТЛТ равен 12 ч), что имело место в 45,4% случаев.

Длительность интервала времени от начала болевого синдрома до вызова скорой медицинской помощи, по данным Регистра ОКС, составила 80 мин.

Интервал «боль – ТЛТ», по данным Регистра ОКС, составлял 177 мин для стационара и 125 мин для СМП. Расчетное значение величины «боль – дверь стационара» составило 147 мин, а «дверь стационара – ТЛТ» – 30 мин.

По данным Регистра ОКС, достижение реперфузии зафиксировано у 61,5% больных с ОКСпСТ после проведения догоспитального и у 70,2% больных после госпитального тромболизиса. Однако, учитывая, что интервал «боль – ТЛТ» в случае реперфузии силами СМП оказался на 52 мин меньше, это, по выводам авторов, оправдывает более широкое использование догоспитального тромболизиса.

Доля больных с ОКС, подвергнутых ЧКВ, составила только 12,8%, при этом доля больных с ОКСпСТ была равна 22,3%, а среди больных с ОКСбпСТ всего лишь 7,6%. Среди всех ЧКВ первичное было проведено в 89% случаев, ЧКВ в более поздние сроки выполнено у 2% больных и спасительное ЧКВ – у 0,7% больных.

Согласно данным Регистра ОКС, средняя продолжительность интервала «боль – ЧКВ» составила 290 мин (188–390 мин). Суммарный показатель общей доли реперфузионной терапии (ТЛТ + ЧКВ) у больных с ОКСпСТ в Регистре ОКС оказался равным 40%.

В то же время, согласно данным Регистра ОКС, использование медикаментозных средств, согласно национальным и международным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению больных с ОКС, по ряду основных позиций (использование кло-

пидогреля, ингибиторов АПФ/блокаторов рецепторов ангиотензина II,  $\beta$ -блокаторов, антикоагулянтов и статинов) соответствует зарубежной практике.

Показатели летальности в Регистре ОКС для ОКСнСТ составили 8,2%, для ОКСбпСТ – 2,4%. Эти цифры, учитывая тот факт, что относительно невысокий процент больных получали реперфузионную терапию, вызывают некоторые сомнения в том, что все умершие больные были внесены в Регистр.

Авторы Регистра ОКС делают заключение, что качество оказания помощи больным ОКС в регионах, принявших участие в Регистре, в целом соответствует критериям современной международной практики за исключением недостаточной частоты обоих видов реперфузионной терапии при ОКСнСТ.

#### **Опыт лечения больных с ОКС в Лечебном и научно-образовательном центре сердечно-сосудистых заболеваний Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова**

Как отмечалось ранее, данные регистров могут существенно различаться как между разными странами и регионами, так и отдельными лечебными учреждениями. Безусловно, крайне важна возможность оценить результаты качества оказания помощи больным ОКС в целом по региону, однако в ряде случаев не все крупные центры региона оказываются вовлеченными в крупные регистры. В этом смысле может представлять интерес попытка проанализировать данные Лечебного и научно-образовательного центра сердечно-сосудистых заболеваний Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, который является одним из основных центров Северо-Западного региона РФ, оказывающих весь спектр как консервативного, так и инвазивного лечения больным ОКС. В структуре центра имеется клиника, специализирующаяся на лечении больных ОИМ, располагающая 50 стационарными койками, отделением реанимации и интенсивной терапии, переоснащенным после капитального ремонта клиники самым современным оборудованием, лаборатория функциональной диагностики, лаборатория клинических и биохимических исследований и консультативно-диагностический центр. Открытие отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ) состоялось в марте 2006 г. Отделение оборудовано всем необходимым для осуществления ангиографических исследований, а также лечения методом баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий: имеются два универсальных ангиографических комплекса фирм «GE» и «Toshiba», система комплексного инвазивного мониторинга кардиогемодинамики. С того же времени активно оказывается помощь пациентам в

рамках национального проекта «Здоровье». Ведется активная работа с регионами Российской Федерации. В 2006 г. появилась возможность хирургического лечения нарушений ритма сердца – открыто подразделение рентгенохирургической (интервенционной) аритмологии, оснащенное системой электрофизиологического мониторинга PRUCKA CardioLab, системой навигации «CARTO» (Biosense Webster), в котором осуществляются электрофизиологические исследования (внутрисердечное ЭФИ), имплантации кардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов, проводятся катетерные абляции очагов тахикардии, лечение мерцательной аритмии методом изоляции устьев легочных вен. С 2009 г. в центре осуществляются операции АКШ.

Следует отметить, что с момента открытия ОРХ-ДМиЛ клиника кардиологии центра активно включилась в Федеральную программу оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВТМП) пациентам с ИБС, в том числе больным ОКС. Так, в 2009 г. было выполнено 1306 коронарных ангиографий, 669 операций коронарной ангиопластики и стентирования. В 2010 г. этот объем выполнен в течение первого квартала.

За 2009 г. в клинике было пролечено 202 больных с ИМпСТ. Суммарный показатель общей доли реперфузионной терапии у пациентов, госпитализированных в клинику с диагнозом ИМпСТ, составил 76,2%, в том числе тромболитическая терапия была проведена в целом у 32,1% пациентов, из них в стационаре – у 16,8% (всем – альтеплазой), на догоспитальном этапе – у 15,3%. Первичная ангиопластика со стентированием была осуществлена у 44,1% пациентов. Всего ЧКВ за период госпитализации были выполнены в 63,3% случаев ИМпСТ, а коронарные ангиографии выполнены 81,2% пациентов ИМпСТ. В 100% случаев пациенты получали клопидогрел, блокаторы ГП IIb/IIIa – 14 больных. Следует отметить, что перечисленные показатели находятся на уровне соответствующих показателей последних международных регистров, а в ряде случаев превышают их.

Что касается пациентов с ОКСбпСТ, то интервенционное лечение получили 58,1% больных, в том числе в первые 72 ч – 36,6%. Коронарная ангиография выполнена в 70,3% случаев. Показаниями к КАГ являлись повторные эпизоды ишемии – в 19,5%, рецидив ИМ – 4,8%, нарастание СН – 12,2% и ранняя постинфарктная стенокардия – 63,4% случаев.

Вместе с тем показатели летальности остаются относительно высокими, общая госпитальная летальность при ОИМ составила 10,1%, что в первую очередь объясняется высокой досуточной летальностью (более 40% всех случаев). Последнее обстоятельство связано с тем, что большой процент больных госпитализируется СМП в крайне тяжелом, практически

терминальном состоянии, с нарушением функции жизненно важных органов. Этот факт свидетельствует о поздней обращаемости пациентов с ОКС за медицинской помощью и неудовлетворительной диагностикой заболевания на догоспитальном этапе. Однако следует подчеркнуть, что приведенные показатели госпитальной летальности существенно ниже как общегородских, так и данных Регистра РЕКОРД.

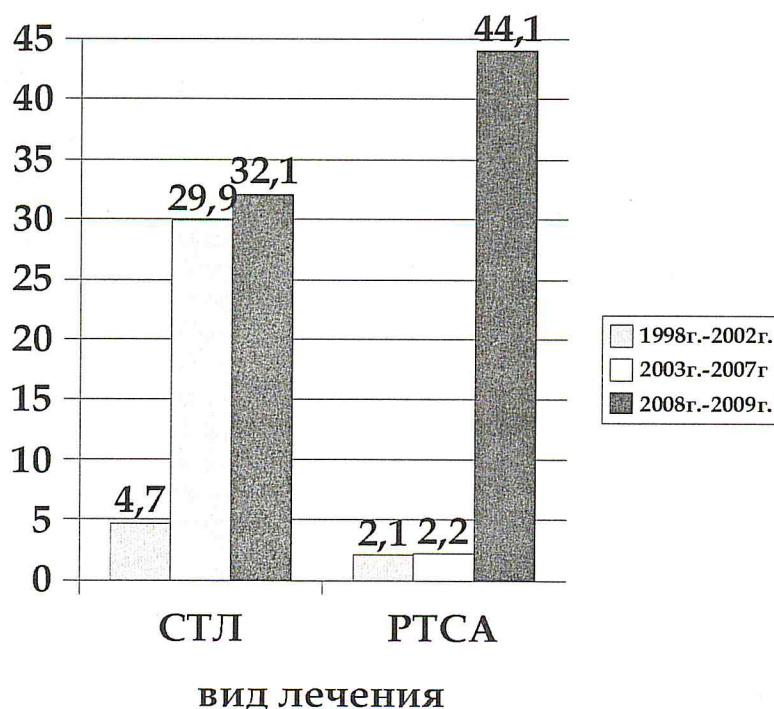
Поскольку в клинике с 1996 г. собрана большая база данных по лечению больных ОКС (более 1000 пациентов), представляло интерес проанализировать, как изменились наши собственные подходы к лечению данных больных. Как видно на графике, частота использования реперфузионной стратегии у больных ОИМ за последние годы существенно возросла, чему способствовала в первую очередь Федеральная программа по ВТМП, а также городская программа по ОКС и, безусловно, энтузиазм коллектива клиники. Для эффективной деятельности, связанной с лечением больных ОКС, сотрудниками была проведена большая работа, заключающаяся в организации согласованной деятельности всех звеньев оказания медицинской помощи больным ОИМ: скорая помощь, поликлиника, отделение реанимации, функциональной диагностики, кардиологическое отделение и ОРХМДЛ. Были проанализированы все этапы оказания помощи больному, учтены возможные потери времени, но, конечно, решены не все проблемы.

## СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одной из основных проблем, как по наблюдению авторов отечественных регистров ОКС, так и по нашим собственным впечатлениям, является длительное время, проходящее с момента возникновения симптомов заболевания до поступления больного в стационар. Причиной этого могут быть, несвоевременное обращение за медицинской помощью, запоздалая диагностика ОКС, длительное время доставки больных в стационар. К сожалению, отсутствует взаимосвязь и слаженность работы различных звеньев цепочки по оказанию помощи больному ОКС.

Еще одна проблема, выявленная национальными регистрами в целом по стране, – недостаточная частота первичной реперфузионной терапии при ОКС-СпСТ. Так, она была выполнена лишь у половины больных с ОКСпСТ из Регистра РЕКОРД и около 40% в российском Регистре ОКС. Вместе с тем можно считать, что данная проблема на сегодняшний день успешно решается в ряде регионов, где осуществляется реализация Федеральной программы по ВТМП, что подтверждают данные нашего центра.

Одной из наиболее серьезных причин невыполнения ТЛТ при ОКСпСТ являлось, по данным Регистра РЕКОРД, отсутствие в стационаре тромболитических препаратов. Кроме того, отмечена недостаточная частота использования антиагрегантов, а у больных с ОКСбпСТ – редкое применение в стационаре гепаринов. При этом доля НМГ, в частности наиболее



Частота использования различных видов реперфузии при ОИМ с подъемом сегмента ST в клинике кардиологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова

изученного и рекомендуемого международными документами эноксапарина, была очень малой.

Безусловно, и это отмечается во вводной части отечественных Рекомендаций по диагностике и лечению больных ОИМ с подъемом сегмента ST, крайне важно, чтобы лечение проходило в соответствующих условиях при правильно организованной и эффективной медицинской помощи, и при этом лечение на догоспитальном и госпитальном этапах представляло собой единый, согласованный процесс. То есть речь идет о соответствующей организации лечебно-диагностического процесса у больных с ОКС. В отечественных Рекомендациях особое внимание обращается на то, что в реальной жизни эти условия не всегда полностью могут быть соблюдены. Тем не менее, наша задача – использовать все возможности для того, чтобы подходы к вопросам диагностики, лечения и медицинской тактики максимально соответствовали отечественным и международным рекомендациям, так как только в этом случае можно рассчитывать на оптимальный результат.

### Литература

- Бойцов С.А., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И., Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А. Сравнительный анализ данных российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома. [www.cardioweb.ru/articles](http://www.cardioweb.ru/articles).
- Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. № 6 (8), приложение 1.
- Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. № 8 (5), приложение 1.
- Ступаков И.Н. Смертность от ишемической болезни сердца в Российской Федерации // Здравоохранение (Москва). 2008. № 7. С. 21–34.
- Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Атеротромбоз. 2009. № 1 (2). С. 105–119.
- Cannon C.P., Weintraub W.S., Demopoulos L.A. et al. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 344. P. 1879–1887.
- Fox K.A., Poole-Wilson P.A., Henderson R.A. et al. Interventional versus conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial // Lancet. 2002. Vol. 360. P. 743–751.
- Fox K.A., Goodman S.G., Klein W. et al. Avezum for the GRACE Investigators. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) // Eur. Heart J. 2002. Vol. 23. P. 1177–1189.
- Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. Vol. 54. P. 2205–2241.
- Hasdai D., Behar S., Wallentin L. et al. A prospective Survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin. The Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS) // Eur. Heart J. 2002. Vol. 23. P. 1190–1201.
- Heart Disease and Stroke Statistics – 2010 Update: A Report From the American Heart Association / D. Lloyd-Jones, R.J. Adams, T.M. Brown et al. // Circulation. 2010. Vol. 121. P. 46–215.
- Keeley E.C., Boura J.A., Grines C.L. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials // Lancet. 2003. Vol. 361. P. 13–20.
- Krumholz H.M., Wang Y., Chen J. et al. Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States: risk-standardized mortality rates from 1995–2006 // JAMA. 2009. Aug. 19. Vol. 302. № 7. P. 767–773.
- Lagerqvist B., Husted S., Kontny F. et al. The Fast Revascularisation during InStability in Coronary artery disease (FRISC II) Investigators. 5 years follow-up on the protective effects of an early invasive strategy in non ST-elevation ACS in the FRISC II study / Program and abstracts from the European Society of Cardiology. Barcelona, Spain, 2006.
- Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. 2008. Vol. 29. P. 2909–2945.
- Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and Mediterranean Basin in 2004 // Eur. Heart J. 2006. Vol. 27. P. 2285–2293.
- Widimsky P., Wijns W., Fajadet J. et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries // Eur. Heart J. 2010. Vol. 31. P. 943–957.