

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ ИЛИ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР ЛИС-2 (ЛЮБЕРЕЦКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ)

С.Ю. Марцевич^{1*}, Н.П. Кутишенко¹, А.Ю. Суворов¹, М.Л. Гинзбург^{1,2}, А.Д. Деев¹, С.А. Бойцов¹, от имени рабочей группы исследования «ЛИС-2»

¹ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. 101990, Москва, Петроверигский пер., 10

² Люберецкая районная больница №2. 140006, Люберцы, Октябрьский проспект, 338

Рабочая группа: А.В. Акимова, Е.В. Даниэльс, Н.А. Дмитриева, Л.Ю. Дроздова, Н.Ю. Журавская, О.В. Лерман, Ю.В. Лукина, М.М. Лукьянов, В.П. Смирнов, А.В. Фокина

Цель. Представить окончательные данные за трехлетний период включения больных, максимально полно охарактеризовать «портрет» пациента, госпитализированного с мозговым инсультом (МИ) в рамках регистра ЛИС-2 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших МИ).

Материал и методы. В исследование включены все больные (960 человек), госпитализированные в Люберецкую районную больницу №2 по поводу МИ за период с 01.2009 по 12.2011.

Результаты. Мужчины составили 37,5%, женщины – 62,5%, средний возраст 71,1±9,8 лет. Артериальная гипертензия в анамнезе была выявлена у 833 пациентов (86,8%), фибрилляция предсердий у 252 (26,8%) пациентов. Ранее перенесли МИ 199 (20,7%) пациентов. Больничная летальность составила 21,6% (умерло 207 пациентов, средний возраст 72,9±9,8 года). Отмечена низкая частота назначения антигипертензивной терапии (34,5%), гиполипидемической терапии (0,7%), дезагрегантов (5,7%), антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Заключение. Обращает на себя внимание низкая частота назначения медикаментозных препаратов, с доказанным влиянием на прогноз, у отягощенных факторами риска пациентов до развития референсного МИ. Высокая частота повторного МИ свидетельствует о недостаточно активной вторичной профилактике.

Ключевые слова: Регистр, мозговой инсульт, факторы риска, первичная и вторичная профилактика, медикаментозная терапия

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015;11(1):18-24

Characteristics of patients with cerebral stroke or transient ischemic attack, included into the LIS-2 register (Lyubertsy study of mortality in patients after stroke)

S.Yu. Martsevich^{1*}, N.P. Kutishenko¹, A.Yu. Suvorov¹, M.L. Ginzburg^{1,2}, A.D. Deev¹, S.A. Boytsov¹, on behalf of the "LIS-2" study Working Group

¹State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

²Lyubertsy Regional Hospital №2. Oktyabr'skiy prospect 338, Moscow Region, Lyubertsy, 140006 Russia

Working Group: A.V. Akimova, E.V. Daniels, N.A. Dmitrieva, L.Yu. Drozdova, N.Yu. Zhuravskaya, O.V. Lerman, Yu.V. Lukina, M.M. Loukianov, V.P. Smirnov, A.V. Fokina

Aim. To provide final data on the three-year period of the inclusion of patients; to give most accurate "portrait" of patients hospitalized with a brain stroke within the framework of the LIS-2 register (Lyubertsy study of mortality in patients after stroke).

Material and methods. All patients (n=960) admitted to the Lyubertsy district hospital №2 with stroke for the period from 01.2009 to 12.2011 were included into the study.

Results. Men accounted for 37.5%, women - 62.5%, mean age was 71.1±9.8 years. The history of hypertension was present in 833 patients (86.8%), atrial fibrillation in 252 (26.8%) patients, 199 (20.7%) patients had previously undergone stroke. In-hospital mortality was 21.6% (207 patients had died; mean age 72.9±9.8 years). Low frequency of the antihypertensive therapy (34.5%), lipid-lowering therapy (0.7%), antiplatelet agents (5.7%), anticoagulation therapy prescription in patients with atrial fibrillation was detected.

Conclusion. Insufficient assignment of drugs with a proven effect on the prognosis in patients with risk factors prior to the development of the reference stroke draws attention. High incidence of recurrent strokes indicates an underactive secondary prevention.

Key words: register, stroke, risk factors, primary and secondary prevention, pharmacotherapy.

Ration Pharmacother Cardiol 2015;11(1):18-24

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): smartsevich@gnicpm.ru

Сведения об авторах:

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

Кутишенко Наталья Петровна – д.м.н., зав. лабораторией фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Суворов Александр Юрьевич – н.с. лаборатории фармакоэпидемиологических исследований отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Гинзбург Моисей Львович – к.м.н., зав. кардиологическим отделением Люберецкой районной больницы №2; с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Деев Александр Дмитриевич – к.ф.м.н., зав. лабораторией биостатистики отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦ ПМ

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, директор ГНИЦ ПМ; руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики того же центра

Мозговой инсульт (МИ) занимает одну из ведущих позиций в структуре заболеваемости и смертности населения РФ [1]. По абсолютным показателям смертности от МИ Российская Федерация (РФ), к сожалению, занимает одно из последних мест среди развитых стран мира [2]. Такая ситуация может быть связана с большим количеством причин, в том числе, с особенностями популяции РФ, распространенностью определенных факторов риска среди населения, а также с лечением, первичной и вторичной профилактикой МИ. Одним из основных инструментов для изучения проблемы МИ могут стать крупномасштабные наблюдательные исследования или регистры [3]. Считается, что регистры являются одним из методов оценки заболеваемости, особенностей возникнове-

ния и течения МИ [4, 5]. В РФ был создан целый ряд регистров МИ, однако они, как правило, не выходили за рамки одномоментных исследований и не ставили задачей оценить отдаленные исходы заболевания и факторы, определяющие эти исходы [6-11]. Обращает на себя внимание факт, что в российских регистрах часто отсутствуют данные об отдаленном прогнозе пациентов, недостаточно освещена информация о терапии на различных этапах лечения, ее соответствие стандартам и данным доказательной медицины [12].

В настоящей статье представлены данные, полученные в Люберецком Исследовании Смертности больных, перенесших МИ (ЛИС-2), являющегося исследованием-регистром. В ЛИС-2 была поставлена задача оценки отдаленного прогноза жизни больных, перенесших МИ, а также основных факторов, влияющих на него. При этом особое внимание уделялось факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), наличию уже имевшихся ССЗ, а также лекарственной терапии, в первую очередь сердечно-сосудистыми препаратами, так как эти препараты по данным доказательной медицины способны оказать отчетливое влияние на отдаленные результаты лечения [13-15].

Протокол исследования ЛИС-2 был подробно описан ранее [16]. В первой публикации приводились данные одномоментного исследования за 2-х летний период. Цель настоящей публикации – представить окончательные данные исследования ЛИС-2 за трехлетний

период включения больных, максимально полно охарактеризовать «портрет» пациента, госпитализированного с МИ).

Материал и методы

Исследование ЛИС-2 является регистром пациентов, поступавших в неврологическое отделение Люберецкой районной больницы №2 (ЛРБ №2) за период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2011 г. с подтвержденным клиническим диагнозом МИ (по ишемическому или геморрагическому типу) или транзиторной ишемической атаки (ТИА). МИ, по поводу которого пациент был госпитализирован и включен в регистр, получил статус референсного, схема исследования ЛИС-2 представлена на рис. 1.

Диагноз МИ/ТИА был выставлен на основании типичной клинической картины, наличия характерной неврологической симптоматики и неврологического дефицита. Такие высокотехнологичные методы диагностики, как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в период проведения исследования в данном лечебном учреждении были недоступны. Обследование и лечение пациентов проводилось на основании актуальных (действующих) на период 2009-2011 гг. медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи при МИ.

Исследование включало ретроспективную и проспективную части. Ретроспективная часть была связана с анализом информации, полученной из историй бо-

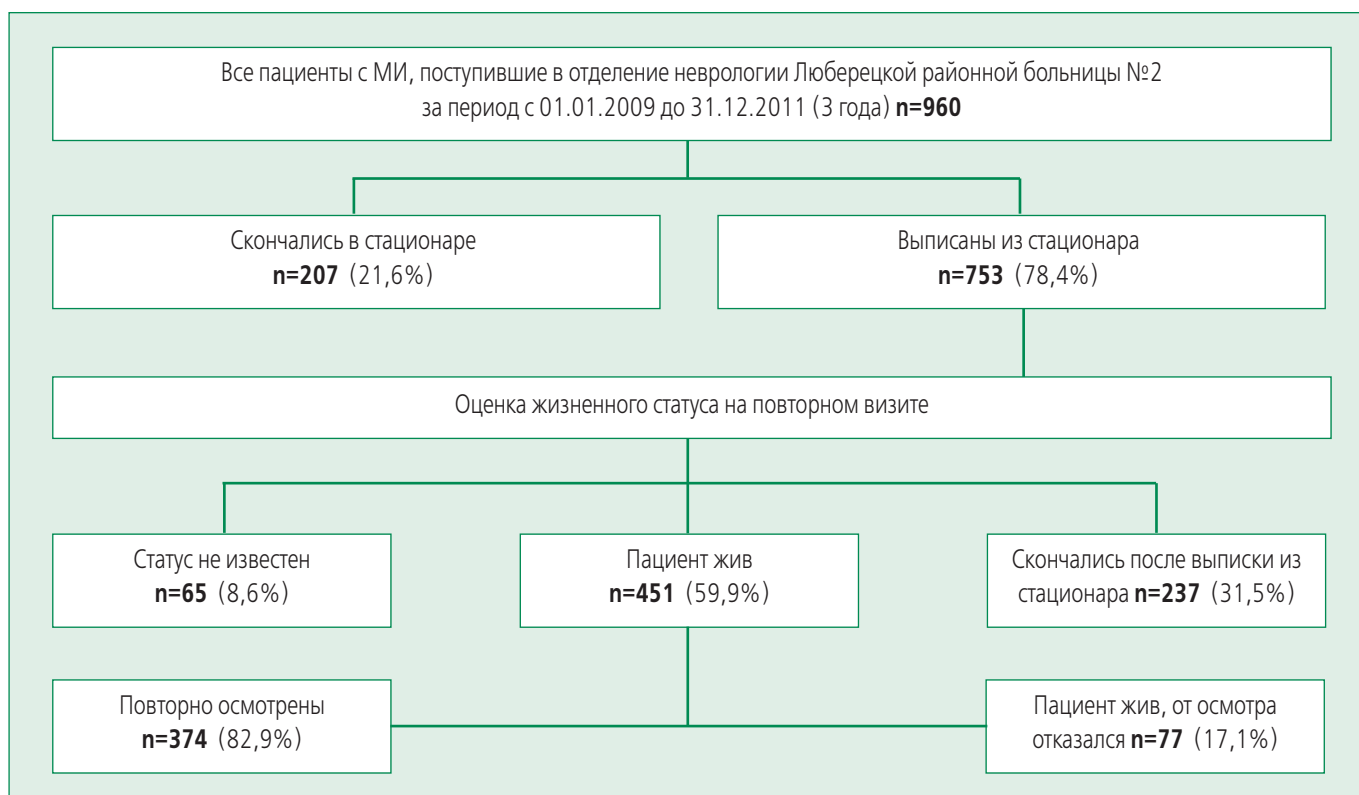


Рисунок 1. Дизайн исследования ЛИС-2

лезни госпитализированных пациентов, при этом учитывались данные анамнеза, социально-демографические показатели, состояние при госпитализации, лечебно-диагностические мероприятия на до- и госпитальном периоде, а также рекомендации при выписке из стационара.

Проспективная часть исследования предусматривала установление жизненного статуса пациентов не ранее, чем через 1 год после выписки из стационара. В случае смерти пациента для уточнения ее причины устанавливалась связь с местными лечебно-профилактическими учреждениями, где он наблюдался, либо направлялся запрос в ЗАГС или морг. Выжившие пациенты приглашались для контрольного осмотра, проведения анкетирования и клинико-лабораторных исследований (общего анализа крови, липидного спектра, ЭКГ). Если пациент по состоянию здоровья не мог самостоятельно явиться на контрольный осмотр, врач-терапевт посещал пациента амбулаторно, проводил регистрацию ЭКГ и определение показателей липидного спектра экспресс-методом с помощью прибора CardioCheck®.

Карты ретроспективной и проспективной частей представляли собой анкеты, содержащие данные о диагнозе, анамнезе, сопутствующих заболеваниях, лекарственной терапии пациента, а также о заключительном диагнозе в случае смерти пациента. Заполнение карт ретроспективной части началось 01.2012 г, проспективной – с 03.2012 г. Информация из карт вносилась в электронные базы данных ретроспективной (стационарной) и проспективной (отдаленное наблюдение) части и в дальнейшем подвергнута статистической обработке с участием лаборатории биостатистики ФГБУ «ГНИЦПМ» с помощью пакета анализа данных SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США). Использованы стандартные алгоритмы вариационной статистики: для каждого показателя, измеряемого в ко-

личественной шкале, определялось среднее значение, стандартная ошибка, среднеквадратичное отклонение, интервал вариации (минимум и максимум), медиана и 25 и 75 перцентили.

Результаты

Основные социально-демографические характеристики пациентов

В ЛРБ №2 было госпитализировано 960 пациентов с диагнозом МИ или ТИА, из них 360 (37,5%) мужчин и 600 (62,5%) женщин. Средний возраст пациентов составил $71,1 \pm 9,8$ лет (от 25 до 99 лет), медиана – 72,0 года (64; 78); для женщин медиана возраста составила 74,0 года (69; 80), для мужчин – 70,0 лет (62; 75). Распределение пациентов по возрастным группам представлено на рис. 2. На основании данных оказалось, что 871 (90,7%) пациент были пенсионерами, а 338 (35,2%) имели группу инвалидности. Ишемический тип МИ был определен у 869 (90,5%) пациентов, геморрагический – у 34 (3,5%) пациентов, ТИА – у 57 (6,0%) пациентов. Среди пациентов с ишемическим МИ и ТИА (926 пациентов) у 418 (45,1%) пациентов нарушение мозгового кровообращения произошло в левой гемисфере, у 267 (28,9%) пациентов – в правой гемисфере, у 241 (26,0%) пациента – в вертебро-базиллярной системе.

Госпитализированы по экстренным показаниям бригадами скорой медицинской помощи 774 (80,6%) пациента, по направлению из поликлиник поступили в стационар 148 (15,4%) пациентов, 20 (2,1%) пациентов самостоятельно обратились за медицинской помощью в стационар, а 18 (1,9%) были переведены из других стационаров или из других отделений больницы. При поступлении 334 (34,7%) пациента имели различные степени нарушения сознания, из которых в коме доставлены в стационар 53 (5,5%) пациента, у 13 (1,4%) пациентов уровень сознания не был указан. Ме-

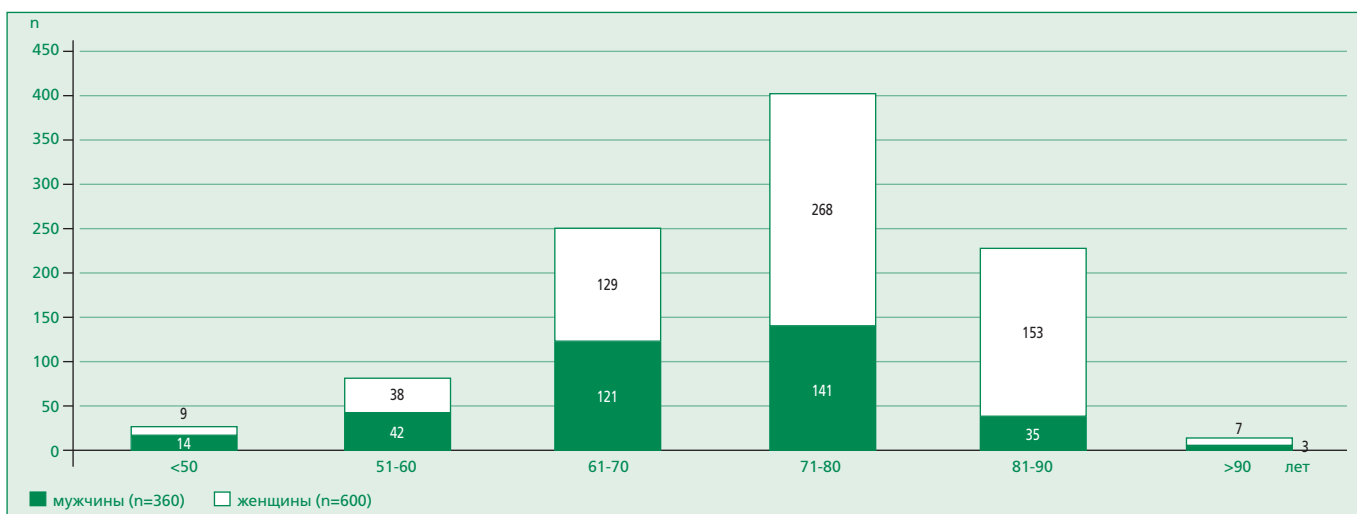


Рисунок 2. Распределение пациентов по возрастным группам

Таблица 1. Факторы риска и сердечно-сосудистые заболевания (n=960)

	Число пациентов (% от всей группы)		
	Да	Нет	Неизвестно
Курение, n (%)	123 (12,8)	745 (77,6)	92 (9,6)
Злоупотребление алкоголем, n (%)	105 (10,9)	761 (79,3)	94 (9,8)
Гиперхолестеринемия*, n (%)	97 (10,1)	215 (22,4)	648 (67,5)
Ожирение (ИМТ \geq 30), n (%)	198 (20,6)	414 (43,1)	348 (36,3)
Артериальная гипертония, n (%)	833 (86,8)	69 (7,2)	58 (6,0)
Сахарный диабет, n (%)	198 (20,6)	747 (77,8)	15 (1,6)
Ранее перенесенное мозговой инсульт, n (%)	199 (20,7)	726 (75,6)	35 (3,7)
Ишемическая болезнь сердца, n (%)	150 (15,6)	850 (84,4)	-
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	123 (12,8)	776 (80,8)	61 (6,4)
Фибрилляция предсердий, n (%)	252 (26,8)	719 (73,2)	-
Коронарное шунтирование в анамнезе, n (%)	4 (0,4)	825 (85,9)	131 (13,7)
Чрескожное коронарное вмешательство в анамнезе, n (%)	5 (0,5)	829 (86,4)	126 (13,1)
Симптомы недостаточности кровообращения, n (%)	236 (24,6)	517 (53,9)	207 (21,6)

*наличие в анамнезе, а также общий холестерин >5 ммоль/л в стационаре
ИМТ – индекс массы тела

диана времени пребывания пациента в стационаре составила 17 (11;19) дней.

Анализ частоты основных сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска

Для всех пациентов изучалась распространенность традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (на основании медицинской документации; табл. 1). Наличие артериальной гипертонии (АГ) в анамнезе было выявлено у большинства госпитализированных пациентов. Представляется, что сбор анамнеза о курении и злоупотреблении алкоголем проводился формально, в связи с чем данные могли быть занижены. В историях болезни была зарегистрирована информация о курении у 123 (12,8%) пациентов, а у 105 (10,9%) – регулярное употребление алкоголя. Отмечена высокая доля пациентов с сахарным диабетом 2 типа (20,6%), ожирением (20,6%), гиперхолестеринемией (39,9%). Почти у пятой части пациентов регистра ЛИС-2 референсный МИ являлся повторным, кроме того примерно у половины пациентов ранее выявлялись различные симптомы цереброваскулярных заболеваний, что нашло свое отражение в клинических диагнозах. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была указана у 15,6% пациентов, инфаркт миокарда ранее переносили 12,8% пациентов, чрескожные коронарные вмешательства или операции коронарного шунтирования ранее были проведены лишь единичным пациентам. Нарушения ритма сердца по типу фибрил-

ляции или трепетания предсердий (ФП/ТП) были зарегистрированы примерно у четверти пациентов, из них: у 187 (74,2% от всех пациентов с ФП) пациентов выявлена постоянная форма ФП, у 48 (19,0%) пациентов – пароксизмальная, у 3 (1,2%) пациентов – персистирующая форма ФП, а 14 (5,6%) больных форма нарушения ритма не была известна. Наличие симптомов недостаточности кровообращения было отражено в историях болезни также примерно у четверти пациентов (24,6%).

Летальность в стационаре

За период проведения исследования в стационаре скончались 207 пациентов: 71 (34,3%) мужчина и 136 (65,7%) женщин, таким образом, больничная летальность составила 21,6%, а досуточная летальность – 29,5% (61 пациент) от всех умерших, средний возраст умерших – 72,9 \pm 9,8 года. В группе умерших пациентов ФП регистрировалась у 84 (40,6%), что примерно в два раза превышало частоту ФП у пациентов, выписанных из стационара. Для 49 (23,7%) умерших пациентов референсный МИ являлся повторным, ТИА ранее переносили 4 (1,9%) пациента.

Анализ терапии до референсного инсульта

Информация о постоянно принимаемых препаратах до развития референсного МИ не всегда была доступна в связи с тяжестью состояния пациентов, снижением памяти. Нельзя исключить и фактор формального подхода к сбору лекарственного анамнеза.

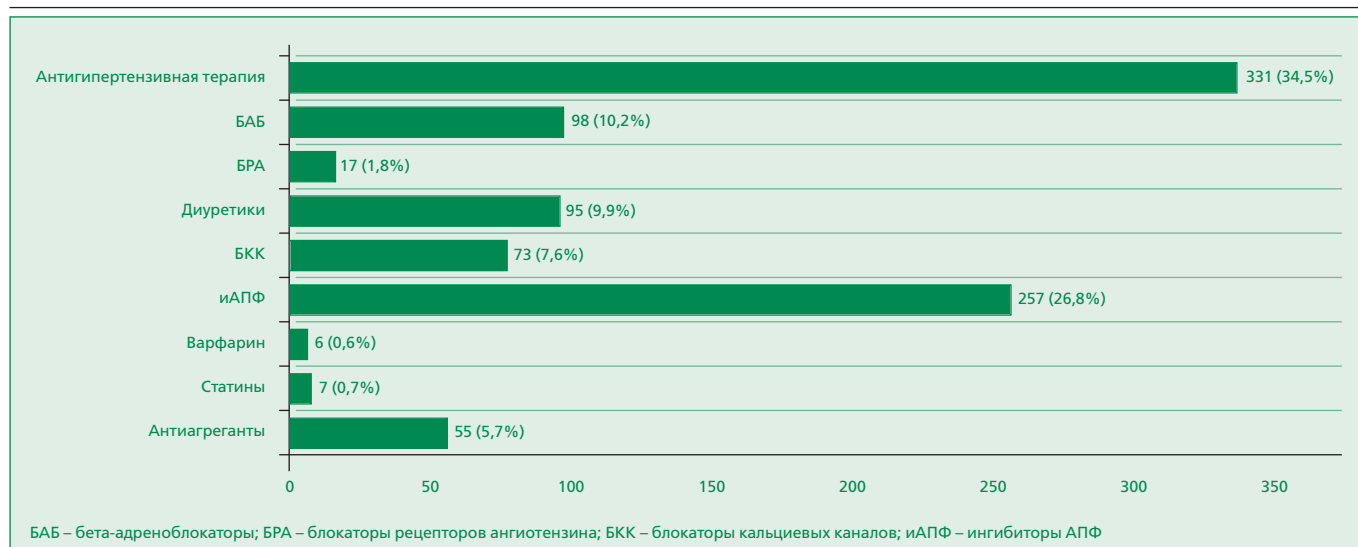


Рисунок 3. Терапия до развития мозгового инсульта для всех включенных пациентов (n=960)

Общая характеристика терапии до референсного МИ представлена на рис. 3. Нельзя не обратить внимание на крайне низкую частоту назначения антигипертензивной терапии, антиагрегантов, статинов, а у пациентов с ФП и высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений – антикоагулянтов.

Краткая характеристика проспективной части регистра

Из стационара было выписано 753 пациента. Попытки отследить судьбу выписанных пациентов были завершены 28.12.2013. Не удалось установить контакт с 65 (8,6% от всех выписанных) пациентами. С 451 (59,9%) пациентом удалось установить телефонный контакт, при этом 77 (17,1% из них) отказались от приглашения на повторное обследование и от заполнения анкет. Повторно были осмотрены 374 (82,9% от тех, с кем удалось установить контакт) пациента, при этом достаточно большая часть пациентов была осмотрена на дому.

К моменту повторного контакта скончались 237 (31,5% от выписанных) пациентов. Были предприняты попытки выяснения причин их смерти через поликлиники г. Люберцы, стационары и ЗАГС. Следует отметить, что наиболее частой причиной смерти пациентов был повторный МИ (36,3%). Медиана времени отдаленного наблюдения пациентов, с которыми удалось установить повторный контакт, составила 2,8 (2,1; 3,5) года.

Обсуждение

Исследование ЛИС-2 ставило перед собой несколько задач. Во-первых, необходимо было определить «портрет» заболевшего МИ, т.е., охарактеризовать возраст, пол, социальный статус, распространенность факторов риска, предрасполагающих к развитию МИ,

наличие предшествующих заболеваний, а также получаемую больным терапию до развития референсного инсульта. В первую очередь, интерес представляли так называемые традиционные факторы риска, относящиеся к сердечно-сосудистой системе, в связи с их важной ролью в развитие МИ [17]. Еще одной важной задачей стало изучение отдаленных исходов заболевания и определение основных факторов, способных влиять на прогноз жизни больных. Изучение проводимой терапии на всех этапах (до референсного МИ, в стационаре, на постгоспитальном этапе) и ее влияние на исходы заболевания также входило в первоочередные задачи регистра. Как известно, создание регистров является наилучшим способом выполнения таких задач [3].

Нельзя не отметить, что в нашей стране на протяжении нескольких лет был организован целый ряд регистров МИ, в основном по методике, рекомендованной Минздравом РФ [6-11]. Отдавая дань важности полученной в них информации, отметим все же, что ни в одном из этих регистров не оценивали терапию, которую получали больные перед развитием МИ (так называемую «входящую» терапию). Полученные в них данные представлялись чисто в описательном виде, нигде не предпринимались попытки оценить роль конкретных факторов в краткосрочном и отдаленном прогнозе заболевания.

Регистр ЛИС-2 носил ретро-проспективный характер. В ретроспективной части анализировались все больные, у которых за 3-летний период в неврологическом отделении Люберецкой районной больницы №2 был подтвержден диагноз МИ. Основными целями проспективной части являлись установление жизненного статуса каждого больного, вошедшего в регистр, оценка его состояния при контакте с врачом, а также изучение медикаментозной терапии, направленной на снижение

риска повторного МИ, ее соответствие данным доказательной медицины и приверженность больного к этой терапии.

В этом же регионе (Люберецкий район Московской области) практически параллельно госпитальному регистру МИ (ЛИС-2) проводится госпитальный регистр острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ЛИС) [18]. Мы считаем, что впоследствии это предоставит возможность сравнить закономерности возникновения двух заболеваний, их ближайшие и отдаленные исходы. По имеющимся же сейчас данным можно сделать самый общий вывод о том, что МИ возникает несколько позже, чем инфаркт миокарда: средний возраст больных в исследовании ЛИС-1 оказался примерно на 7 лет больше, чем в исследовании ЛИС-2. Интересно, что гендерное соотношение в этих двух исследованиях оказалось обратным: в исследовании ЛИС-1 преобладали мужчины (54,5%), в исследовании ЛИС-2 – женщины (62,5%). Это наводит на мысль, что мужчины страдают первыми от действия сердечно-сосудистых факторов риска, и этот риск реализуется в развитии острого инфаркта миокарда. Женщины же более «устойчивы» к факторам риска, сердечно-сосудистые события у них развиваются позже, а на первый план выходит церебральная патология.

Оценка распространенности факторов риска до развития МИ проводилась с использованием уже имеющейся медицинской документации. Однако у 2/3 больных в историях болезни отсутствовали сведения об уровне холестерина (как по данным анамнеза, так и по данным обследования в стационаре), поэтому реальная оценка роли этого фактора риска оказалась невозможной. Более чем у трети больных отсутствовали данные о росте и весе. Значительно больше информации удалось получить об уровне АД: у 86,8% больных регистрировалась артериальная гипертензия, что подчеркивает ведущую роль этого фактора в развитии МИ и примерно соответствует данным российских и зарубежных регистров [6-11, 19-23]. Распространенность курения (12,8%), злоупотребления алкоголем (10,9%), сахарного диабета (20,6%) в исследовании ЛИС-2, вероятно, была занижена, возможно вследствие недостаточного внимания врачей к этим показателям при сборе анамнеза. В западных исследованиях, например, в исследовании INTERSTROKE, частота курения среди перенесших МИ составила 37%, а частота злоупотребления алкоголем – 16% [17]. Представляется маловероятным, что в нашей стране эти показатели могут быть менее распространены.

Анализ частоты уже имеющихся на момент развития МИ сердечно-сосудистых заболеваний показал, что примерно у 1/4 части больных референсный МИ был повторным. Это совпадает с данными российских регистров МИ [6-11] и, с нашей точки зрения, свиде-

тельствует о недостаточно активно проводящейся вторичной профилактике заболевания. Частота повторного МИ, по данным регистра, проводящегося в Финляндии, составила 13,6% в течение первого года наблюдения, в этом исследовании было отмечено, что повторный МИ был самой частой причиной отдаленной смертности больных [24]. Необходимо отметить, что в ряде зарубежных регистров частота повторного МИ достигает еще более высоких значений [24].

Из других сопутствующих заболеваний следует отдельно отметить нарушения ритма сердца по типу фибрилляции и трепетания предсердий (26,8% больных). Эти данные во многом совпадают с результатами большинства отечественных и зарубежных исследований [6-11, 19-23]. Важно отметить, однако, что наличие нарушений ритма сердца не означает того, что кардиоэмболический механизм – основная причина развития МИ: у больных с такими нарушениями ритма был целый ряд других факторов риска. Анализ вклада наджелудочковых нарушений ритма сердца в развитие МИ, безусловно, требует дополнительного анализа.

Нельзя не отметить высокую частоту симптомов недостаточности кровообращения, выявленных при госпитализации (24,6%). Такая частота существенно выше, при сравнении с результатами в исследовании ЛИС-1 среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда (12,9%). Данный факт вряд ли может быть объяснен только бóльшим возрастом больных.

Наконец, нельзя не остановиться на анализе той терапии, которую получали больные до развития референсного МИ. Роль медикаментозной профилактики и снижения риска как первичного, так и повторного МИ особо подчеркивается в современных зарубежных клинических рекомендациях [13, 25-29]. Несмотря на высокую распространенность отдельных факторов риска и их сочетания, а также на то, что у многих больных до МИ уже имелись конкретные сердечно-сосудистые заболевания, большинство больных получало недостаточную терапию или вообще не получало никакой терапии. Так, оральные антикоагулянты получали только 6 больных (ФП зарегистрирована у 256 больных), статины – 7 больных (хотя по явно неполным данным признаки гиперлипидемии имели 97 больных). Терапию по поводу АГ получали только 34,5% больных (при наличии АГ у 86,8% больных), при этом качество этой терапии, по-видимому, не в полной мере соответствовало клиническим рекомендациям.

В дальнейших публикациях будут приведены данные о ближайшем и отдаленном прогнозе жизни больных, перенесших МИ, а также будет проанализирована прогностическая роль факторов, которые обсуждались в настоящей статье. Планируются работы по проведению оценки приверженности проводимой терапии данным доказательной медицины [12, 30].

Заключение

Таким образом, регистр мозгового инсульта ЛИС-2 позволил составить лишь частичное представление о «портрете» заболевшего МИ, в первую очередь потому, что ряд факторов риска (в первую очередь гиперлипидемия, курение, ожирение) недостаточно часто и четко был зафиксирован в медицинской документации. Тем не менее, имеющихся фактов достаточно для того, чтобы заключить, что МИ переносят люди с набором известных сердечно-сосудистых факторов риска, среди которых наиболее распространена АГ. Высокая частота повторного МИ свидетельствует о недостаточно активной вторичной профилактике, так как хорошо известно, что риск повторного инсульта может быть значительно снижен при использовании грамотной фармакотерапии. Реально получаемая больными лекарст-

венная терапия перед развитием МИ (в том числе у тех, кто ранее уже переносил МИ) полностью подтверждает это предположение.

Результаты публикуемой части исследования ЛИС-2 однозначно свидетельствуют о необходимости строгой фиксации в медицинской документации больных, поступающих с диагнозом МИ, основных факторов риска этого заболевания, а также о реально получаемой лекарственной терапии, поскольку эту информацию, как будет показано в дальнейших публикациях, можно использовать для определения как ближайшего, так и отдаленного прогноза жизни больного.

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

Литература

- Demographic Yearbook of Russia. Moscow: Rosstat; 2012. Russian (Демографический ежегодник России. Москва: Росстат; 2012).
- Thriff AG, Cadilhac DA, Thayabaranathan T, et al. Global stroke statistics. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society. 2014;9(1):6-18.
- Boytsa SA, Martsevich SY, Kutishenko NP, et al. The registers in cardiology. Basic rules of conduct and a real opportunity. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2013; 12 (1): 4-9. Бойцов С. А. Марцевич С.Ю., Кутищенко Н. П., и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2013;12(1):4-9.
- Strom B. L. Kimmel S. E., Hennessy S. *Pharmacoeconomics*. 5 ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2012.
- Gliklich R. E., Dreyer N. A. *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010.
- Spirin NN, Korneeva NN. These hospital stroke in Kostroma. *Fundamental'nye Issledovaniya* 2012; 4: 123-8. Russian (Спирин Н.Н., Корнеева Н.Н. Данные госпитального инсульта в Костроме. Фундаментальные Исследования 2012;4:123-8).
- Malakshinova ZH, Manzhueva TK, Tsyrenov BTs. Morbidity and mortality from stroke in Ulan-Ude, according to the register in 2005-2007. *Byulleten' VSNTs SO RAMN* 2008; 3 (61): 99-100. Russian (Малакшинова З.Х., Манжуева Т.К., Цыренов Б.Ц. Заболеваемость и смертность от мозгового инсульта в г. Улан-Удэ по данным регистра за 2005-2007 гг. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2008;3(61):99-100).
- Lebedev IA, Anischenko LI, Akinina SA, et al. Clinical and epidemiological features of stroke in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug (according to the population register). *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy Akademii* 2011; 3 (35): 103-7. Russian (Лебедев И.А., Анищенко Л.И., Акинина С.А., и др. Клинико-эпидемиологические особенности мозгового инсульта в Ханты-Мансийском автономном округе (по данным регистра). Вестник Российской Военно-медицинской Академии 2011;3(35):103-7).
- Kotova EY, Mashin VV. Epidemiology and major risk factors for stroke in Ulyanovsk (according to the register of stroke). *Ulyanovskiy Mediko-biologicheskii Zhurnal* 2011; 2: 100-7. Russian (Котова Е.Ю., Машин, В.В. Эпидемиология и основные факторы риска развития инсульта в г. Ульяновске (по данным регистра инсульта). Ульяновский Медико-биологический Журнал 2011;2:100-7).
- Starodubtseva OS, Begicheva SV. Analysis of the incidence of stroke with the use of information technology. *Fundamental'nye Issledovaniya* 2012; 8: 424-7. Russian (Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий. Фундаментальные Исследования 2012;8:424-7).
- Bidenko MA, Shprakh BB, Martynenko EA. Structure, outcomes and risk factors of stroke according to the hospital register in Irkutsk. *Sibirskiy Meditsinskiy Zhurnal* 2008; 4: 5-8. Russian (Биденко М.А., Шпрах В.В., Мартыненко Е.А. Структура, исходы и факторы риска мозговых инсультов по данным госпитального регистра в г. Иркутске. Сибирский Медицинский Журнал 2008;4: 5-8).
- Suvorov A., Martsevich SY, Kutishenko NP. Assessment of quality of care in the registers of acute stroke. Foreign experience and prospects of Russia. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2014; 13 (4): 81-6. Russian (Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П. Оценка качества терапии в регистрах острого нарушения мозгового кровообращения. Зарубежный опыт, перспективы России. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2014;13(4):81-6).
- European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25(5):457-507.
- Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, Albers GW, Bush RL, Fagan SC, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke* 2011;42(1):227-76.
- Martsevich SY, Kutishenko NP, Tolpygina SN, et al. Efficacy and safety of drug therapy for primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Ration Pharmacother Cardiol* 2011; 7 (5) suppl: 2-

- Russian (Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П., Толпыгина С.Н., и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2011;7(5) Приложение: 2-72.
- Ищныщ SA, Martsevich SY, Ginzburg, ML, et al. Lubertsy study mortality in patients after stroke or transient ischemic attack (PIM-2). Design and evaluation of drug therapy. *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9 (2): 114-22. Russian (Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2013;9(2):114-22).
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376(9735):112-23.
- Martsevich SY, Ginzburg ML, Kutishenko NP, et al. The study of LIS (Lubertsy study of mortality in patients with acute myocardial infarction): a portrait of the sick. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2011; 10 (6): 89-93. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутищенко 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).
- Bel'skaya GN, Samoilova OB. Epidemiological aspects of stroke in Chelyabinsk. *Vestnik YuUrGU* 2008; 19: 71-4. Russian (Бельская Г.Н., Самойлова О.Б. Эпидемиологические аспекты острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске. Вестник ЮУрГУ 2008;19:71-4).
- Fonarow GC, Reeves MJ, Smith EE, et al. Characteristics, performance measures, and in-hospital outcomes of the first one million stroke and transient ischemic attack admissions in get with the guidelines-stroke. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2010;3(3):291-302.
- George MG, Tong X, McGruder H, et al. Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Surveillance - four states, 2005-2007. *MMWR Surveill Summ* 2009;58(7):1-23.
- Niewada M, Skowronka M, Ryglewicz D, et al. Acute ischemic stroke care and outcome in centers participating in the Polish National Stroke Prevention and Treatment Registry. *Stroke* 2006;37(7):1837-43.
- Grau AJ, Eicke M, Biegler MK, et al. Quality monitoring of acute stroke care in Rhineland-Palatinate, Germany, 2001-2006. *Stroke* 2010;41(7):1495-500.
- Aarnio K, Haapaniemi E, Melkas S, et al. Long-term mortality after first-ever and recurrent stroke in young adults. *Stroke* 2014;45(9):2670-6.
- Steiner T, Juvela S, Unterberg A, et al. European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis* 2013;35(2):93-112.
- Steiner T, Al-Shahi Salman R, Beer R, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *International journal of stroke* 2014;9(7):840-55.
- Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(12):3754-832.
- Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45(7):2160-236.
- Connolly ES Jr., Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2012;43(6):1711-37.
- Suvorov AYU., Martsevich SYU. Modern principles of assessing the quality of the treatment of cardiovascular diseases. *Ration Pharmacother Cardiol* 2014; 10 (4): 397-401. Russian (Суворов А.Ю., Марцевич С.Ю. Современные принципы оценки качества проводимого лечения сердечно-сосудистых заболеваний. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2014;10(4):397-401).

Поступила: 29.01.2015
Принята в печать: 30.01.2015