

Клинико-эпидемиологическое изучение острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда по данным регистра в одном из районов г. Ташкента

Мамутов Р. Ш., Уринов О., Бекбулатова И. Р., Анарбаева М. Р., Абидова Д. Э.
Республиканский специализированный центр кардиологии. Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить эпидемиологические характеристики острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) по данным регистра в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы. ОКС и ОИМ изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента с анализом следующей документации: данные службы «03», истории болезней и выписки из стационара, амбулаторные карты из поликлиник, протоколы вскрытий, акты судебно-медицинской экспертизы, свидетельства о смерти ЗАГСа.

Результаты. В регистр за 1 г включены 683 больных ОИМ/ОКС, в т.ч. мужчин — 464 (67,9%) женщин — 219 (32,1%). Результаты исследования показали, что распространенность ОИМ/ОКС у мужчин была в 2,1 раза выше, чем у женщин — 67,9% и 32,1%, соответственно ($p < 0,01$). Анализ анамнеза показал, что у 1/3 больных имелись признаки сердечной недостаточности, >1/3 ранее перенесли ИМ: мужчин 31,2% и женщин 26,9%. Объем и качество догоспитального лечения только в 7,2% случаев соответствуют требуемым

стандартам терапии ОКС/ОИМ. Анализ по отдельным факторам риска (ФР) показал, что артериальной гипертонией (АГ) страдали — 81,7% пациентов — 78,0% мужчин и 89,5% женщин, при этом у 15,7% отмечалась 2 степень АГ, у 5,4% — 3 степень.

Заключение. Частота ОКС/ОИМ у мужчин была в 2,1 раза выше, чем у женщин, причем у женщин эта патология развивается в среднем на 10 лет позже. Выявлена высокая распространенность (особенно в молодом возрасте) и низкая информированность пациентов с ОИМ/ОКС в отношении ФР.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, фактор риска, курение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертония.

Поступила 08/09–2011

Принята к публикации 21/02–2013

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (3): 10-17

Clinico-epidemiological study of acute coronary syndrome/acute myocardial infarction: data from the Tashkent City district register

Mamutov R. Sh., Urinov O., Bekbulatova I. R., Anarbaeva M. R., Abidova D. E.
Republican Specialised Cardiology Centre. Tashkent, Uzbekistan

Aim. To assess epidemiological characteristics of acute coronary syndrome/acute myocardial infarction (ACS/AMI), using the data from the Tashkent City district register.

Material and methods. The data on ACS/AMI among permanent residents of one of the Tashkent City districts were obtained from the following sources: ambulance service database, hospital case histories and discharge reports, ambulatory cards from polyclinics, autopsy records, medico-legal expertise protocols, and death certificates from the civil registration office.

Results. Over one year, 683 ACS/AMI patients were included in the register: 464 (67,9%) men and 219 (32,1%) women. The prevalence of ACS/AMI was 2,1 times higher in men than in women: 67,9% vs. 32,1%, respectively ($p < 0,01$). One-third of the patients had heart failure in their medical history, and more than one-third had AMI earlier (31,2% of men

and 26,9% of women). Only in 7,2% of ACS/AMI cases, the volume and quality of prehospital medical care met the required standards. Arterial hypertension (AH) was present in 81,7% of the patients (78,0% of men and 89,5% of women). Stage 2 AH was diagnosed in 15,7%, and Stage 3 AH in 5,4%.

Conclusion. The prevalence of ACS/AMI was 2,1 times higher in men than in women. Women developed ACS/AMI, on average, 10 years later than men. Among ACS/AMI patients, particularly in younger age groups, the prevalence of risk factors was high, while the risk factor awareness was low.

Key words: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, risk factor, smoking, hypercholesterolemia, arterial hypertension.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (3): 10-17

В Узбекистане в последние десятилетия отмечается рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии, при этом структура смертности не отличается от мировой: наиболее значимой причиной смерти служат сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Увеличение заболеваемости и болезненности от ССЗ с 1410,0 до 2228,7

и с 7200,5 до 7541,5 в 2004–2009 гг., соответственно, свидетельствует об активизации выявления и взятия на учет больных с сердечно-сосудистой патологией [1].

Заболевания ССЗ являются одной из важнейших проблем здравоохранения республики. Анализ причин смертности показал, что смертность от ССЗ

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: (+99890) 328–87–18

e-mail: oybek_use@mail.ru

[Мамутов Р. Ш. — д. м. н., проф., руководитель отдела профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, Уринов О.* — м. н. с. отдела, Бекбулатова И. Р. — к. м. н., с. н. с. отдела, Анарбаева М. Р. — врач кардиолог Центральной поликлиники Яккасарайского р-на г. Ташкента, Абидова Д. Э. — к. м. н., н. с. отдела].

остаётся преобладающей в структуре общей смертности (ОС), составляя в 2005г — 79120 (56%) человек, в 2006г — 80843 (57,9%), в 2007г — 80320 (58,4%), в 2008г — 82036 (59,1%), в 2009г — 79239 (59,3%) человек [1].

В настоящее время смертность от ССЗ достигает 35% в разных странах мира [2-4]. Только от острого коронарного синдрома (ОКС) в США и Европе ежегодно умирают >914 тыс. человек. Немаловажным является тот факт, что >50% этих смертей приходится на первые 2 ч. Учитывая данные показатели, в последние годы во всем мире большое внимание уделяется изучению эпидемиологии и лечения ОКС [5].

Наиболее грозным проявлением ишемической болезни сердца (ИБС) был и остаётся острый инфаркт миокарда (ОИМ). В республике Узбекистан ежегодно регистрируется ~8 тыс. случаев ОИМ, ~60% пациентов умирает на догоспитальном этапе, что делает важным изучение различных аспектов распространения, а также особенностей возникновения и течения заболевания [6].

Термином «острый коронарный синдром» обозначается период обострения ИБС, обозначающий любую группу (гр) клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать ОИМ или нестабильную стенокардию (НС) [7].

Актуальность изучения ОКС обусловлена значительной частотой случаев и резким увеличением риска опасных для жизни осложнений и смерти. Например, в европейских странах на 1 тыс. жителей ежегодно возникает 3 случая ОКС без подъёма ST (ОКС↓ST) [8], частота ОКС с подъёмом ST (ОКС↑ST) несколько меньше, но в целом, по данным Американской ассоциации сердца, в 2006г первичный эпизод ОКС имел место у 700 тыс. жителей США [9].

Таким образом, высокая медико-социальная значимость ОИМ и ОКС определяет необходимость дальнейшего изучения различных эпидемиологических аспектов ОИМ и ОКС, что послужит увеличению продолжительности и улучшению качества жизни (КЖ) лиц трудоспособного возраста.

Цель настоящего исследования — изучить эпидемиологические характеристики ОКС/ОИМ по данным регистра в одном из районов г. Ташкента и оценить состояние оказания медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах.

Материал и методы

Эпидемиологические показатели ОИМ и ОКС в одном из районов г. Ташкента изучались в течение года (с 01.07.2009 по 30.06.2010), анализ проводился среди пациентов в возрасте 20–69 лет, включённых в «Регистр ОИМ/ОКС».

Численность населения в возрасте 20–69 лет в исследуемой популяции составила 159778 чел., соотношение мужчин и женщин в структуре изучаемого населения — 78719 и 81059 чел.

Информацию о случаях ОИМ, подозрениях на данную нозологию, развитие внезапной смерти (ВС) собирали посредством опроса врачей скорой медицинской помощи (СМП), данных поликлиник и стационаров, с анализом следующей документации: данных службы «03», историй болезней и выписок из стационара, амбулаторных карт из поликлиники, протоколов вскрытий, актов судебно-медицинской экспертизы, свидетельств о смерти ЗАГСа.

Использовались популяционно-профилактические, статистические, математические методы исследования. Верификация причин смерти осуществлялась по врачебным свидетельствам согласно МКБ-10. Статистические расчёты проводились с оценкой среднеарифметического значения, стандартной ошибки, моды, медианы, коэффициента вариации, среднеквадратического отклонения, минимальных и максимальных значений показателей, коэффициентов корреляции. Использовались критерии χ^2 и Мак-Нимара для определения достоверных различий качественных показателей.

Результаты и обсуждение

С момента начала исследования зарегистрировано 683 больных с ОКС/ОИМ, в т.ч. мужчин 464 (67,9%) и женщин — 219 (32,1%). Средний возраст популяции составил $57,15 \pm 9,08$ года, в т.ч. мужчин — $56,06 \pm 9,55$ года, женщин — $59,48 \pm 7,51$ года.

Заболеваемость ОИМ представлена 293,5 случаями на 100 тыс. населения, в т.ч. среди мужчин и женщин — 341,7 и 136,9 случаев, соответственно, т.е. у женщин 2,5 раза меньше, чем у мужчин. Распространённость ОКС в популяции составила 189,6 случаев на 100 тыс. населения, в т.ч. мужчин — 247,7, женщин — 133,2 случаев, соответственно, т.е. частота ОКС у женщин в 1,85 раза меньше, чем у мужчин.

Результаты исследования показали, что распространённость ОИМ/ОКС у мужчин была в 2,1 раз выше, чем у женщин — 67,9% и 32,1%, соответственно.

Гендерно-возрастные характеристики зарегистрированных больных представлены в рисунке 1.

По нашим данным, ОКС/ОИМ регистрируется у мужчин в возрасте 25–29 лет, а у женщин данная патология развивается в среднем на 10 лет позже. В следующих возрастных гр наблюдается увеличение новых случаев ОКС/ОИМ, особенно в возрасте 55–59 лет, в возрасте 60–64 лет отмечается самая высокая распространённость как среди мужчин, так и женщин. Среди женщин эта патология резко возрастает с 65–69 лет и превалирует над таковой у мужчин, достигая 1,5-кратного увеличения.

Гендерно-возрастная структура ОКС/ОИМ по результатам, представленная в исследовании, согласуется с литературными данными. При изучении особенностей лечения больных с ОКС в одном из специализированных кардиологических отделений г. Твери (в рамках многоцентрового проекта «Российский регистр острых коронарных синдромов» — (РЕКОРД);

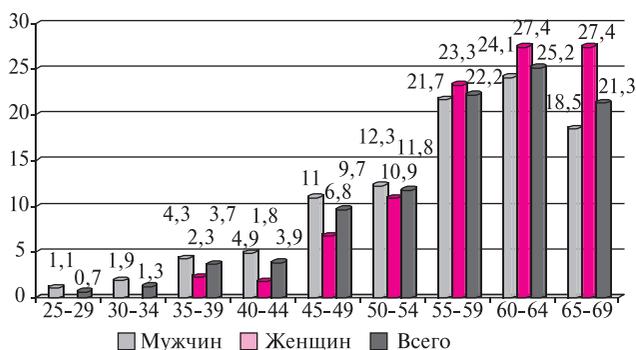


Рис. 1 Распространенность ИМ и ОКС по возрасту и полу (%).

руководитель — профессор Н. А. Грацианский) получены следующие результаты: согласно протоколу РЕКОРД в исследование включали всех госпитализированных больных с подозрением на ОКС на момент поступления в стационар. Всего включены 45 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение в течение 1 мес.— ноября 2007г, в т.ч. 22 (49%) мужчины и 23 (51%) женщины. Средний возраст пациентов составил 67±10 лет, при этом у мужчин он был несколько меньше (67±10), чем у женщин (70±8 лет) [10, 11].

Данные казахских исследователей (КАЗ ОКС) показали, что по возрастному показателю больные были представлены в большей степени возрастной гр 50–59 лет (31,4%) и 60–69 лет (29,0%).

Средний возраст пациентов в исследуемых регионах колебался от 58,5±1,03 лет (г. Караганда) до 68,6±3,67 лет (г. Шымкент). При этом средний возраст пациента с ОКС составил 61,4±0,93 лет [12].

Полученные результаты показали, что у ~1/3 больных имелись признаки сердечной недостаточности (СН), >1/3 ранее перенесли ИМ: среди мужчин и женщин с одинаковой частотой — 31,2% и 26,9%, соответственно, у 72,5% больных до включения в регистр была стенокардия напряжения.

Распространенность инсульта (МИ) в прошлом среди мужчин и женщин составила 13,6%: 12,7%

и 15,5%, соответственно, хронические заболевания легких встречались довольно часто: у мужчин — 26,5%, у женщин — 22,4%. Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) проводились лишь у 3,5% больных.

Если информированность пациентов о ССЗ определяет приверженность пациентов лечению, то, предваряя оценку догоспитального лечения, был выполнен анализ информированности пациентов в отношении возможной коронарной патологии, которая составила 32,3%: 29,9% у мужчин, 37,4% у женщин (таблица 1).

Оценка соответствия догоспитальной терапии современным стандартам лечения ОКС/ОИМ показала, что принимали аспирин (АС) догоспитально 29,4% пациентов — 26,9% мужчин, 34,7% женщин, 68,8% пациентов отрицали и 1,7% затруднились с ответом. 4,4% получали клопидогрел (таблица 2). Бета-адреноблокаторы (β-АБ) принимали 25,3% пациентов, 73,2% отрицали их прием, а 1,4% затруднялись с ответом. Только 22,4% мужчин и 31,5% женщин принимали β-АБ. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) принимали на догоспитальном этапе 20,6% пациентов, в т.ч. 14,9% мужчин и 32,8% женщин. 76,1% пациентов отрицали, 3,2% затруднились с ответом. Статины (СТ) принимали догоспитально только 8,0% пациентов: 7,3% мужчин и 9,5% женщин, 88,9% пациентов не принимали СТ и 3,1% затруднялись с ответом. Нитропрепараты (НП) регулярно принимали 20,9% пациентов, в т.ч. 20,5% мужчин и 21,9% женщин; отрицали их прием 76,8% пациентов и 2,2% затруднялись с ответом. Антагонисты кальция (АК) на догоспитальном этапе использовали только 6,0% пациентов, 92,7% пациентов отрицали их прием. АС, β-АБ, ИАПФ догоспитально принимали только 7,2% пациентов.

Таким образом, объем и качество догоспитального лечения по результатам проведенного анализа

Таблица 1

Анамнестические данные больных, включенных в регистр ОКС/ОИМ

Показатель (заболевания/состояния)	Мужчин		Женщин		Всего	
	n	%	n	%	n	%
ИМ в прошлом	145	31,2	59	26,9	204	29,8
Стенокардия	319	68,7	176	80,3	495	72,5
Застойная СН	165	35,5	91	41,5	256	37,5
МИ	59	12,7	34	15,5	93	13,6
Заболевание периферических артерий	26	5,6	11	5,0	37	5,4
Хроническая почечная недостаточность	75	16,2	47	21,4	122	17,8
Хроническое заболевание легких	123	26,5	49	22,4	172	25,2
ЧКВ	20	4,3	4	1,8	24	3,5
КШ	1	0,2	2	0,9	3	0,4
Коронарные стенозы > 50%	11	2,4	2	0,9	13	1,9
Наличие знаний пациента об ОКС/ОИМ	139	29,9	82	37,4	221	32,3
Оба пола	464	100	219	100	683	100

Таблица 2

Больные с ОКС/ОИМ, регулярно принимавшие медикаменты до госпитализации

Препараты	Нет		Да		Не известно	
	n	%	n	%	n	%
Аспирин	470	68,8	201	29,4	12	1,7
Антитромботические препараты (Клопидогрел)	627	91,8	30	4,4	27	3,9
β-АБ	500	73,2	173	25,3	10	1,4
ИАПФ	520	76,1	141	20,6	22	3,2
АРА II	654	95,7	22	3,2	7	1,0
СТ	607	88,9	55	8,0	21	3,1
НП	525	76,8	143	20,9	15	2,2
АК	633	92,7	41	6,0	9	1,3
Всего	683	100	683	100	683	100

Таблица 3

Распространенность ФР у больных ОКС/ОИМ

Показатель	Мужчин		Женщин		Всего	
	n	%	n	%	n	%
АГ	362	78,0	196	89,5	558	81,7
СД	132	28,4	90	41,1	222	32,5
Курение в настоящем	281	60,5	23	10,5	304	44,5
Курение в прошлом	44	9,5	6	2,7	50	7,3
ИзМТ (ИМТ>25) и/или Ож (ИМТ>30)	368	79,3	187	85,4	555	81,2
ГХС	173	37,3	83	37,9	256	37,5
Семейный анамнез ИБС	197	42,4	88	40,2	285	41,7
Семейный анализ СД	100	21,5	49	22,4	149	21,8
Всего	464	100	219	100	683	100

лишь в 7,2% случаев соответствуют требуемым стандартам терапии ОКС/ОИМ; гиполипидемическую терапию назначали лишь в 8,0% случаев.

Данные регистра РЕКОРД показывают, что принимали АС догоспитально 54,3% пациента, β-АБ — 47,3%, из них мужчины — 43,3% и женщины — 51%. На догоспитальном этапе 53,7% пациентов использовали ИАПФ: мужчин — 50% и среди женщин — 57,1%. СТ принимали догоспитально только 12 (6,4%) пациентов, 8 (8,9%) мужчин и 4 (4,4%) женщины, 172 (91,5%) пациента не использовали СТ и 3 пациента затруднялись с ответом. НП принимали 98 (52,1%) пациентов: 43 (47,8%) мужчин и 55 (56,1%) женщин. АК на догоспитальном этапе использовали только 12 (6,4%) пациентов, 174 (92,6%) пациента отрицали прием [13–15].

Известно, что самой частой причиной смерти у взрослых больных сахарным диабетом (СД) в Европе является ИБС. В нескольких исследованиях было показано, что у таких пациентов риск в 2–3 раза выше, чем у лиц без СД, что ассоциируется с полученными данными.

Анализ анамнеза относительно ассоциированных состояний показал, что у 222 пациентов с СД зарегистрировано 32,5% ОКС/ОИМ, причем распространенность СД у женщин была в 1,5 раза выше, чем у мужчин — 41,1% vs 28,4% соответственно (таблица 3).

Анализ по отдельным факторам риска (ФР) показал, что артериальной гипертонией (АГ) болели 81,7% пациентов — 78,0% мужчин и 89,5% женщин, при этом по степеням (ст) АГ у 15,7% отмечалась 2 ст АГ, у 5,4% — 2 ст.

Оптимальные показатели систолического артериального давления (САД) <120 мм рт.ст. регистрировались исходно лишь у 26,3% мужчин и 20,1% женщин; для ДАД <80 мм рт.ст — 31,3% у мужчин и 25,7% у женщин, соответственно.

Данные литературы по исследованию MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) показывают, что уровни АД, даже незначительно превышающие оптимальное АД, приводят к возрастанию числа сердечно-сосудистых событий (ССС), независимо от пола. Рост АД от оптимального до 4 ст АГ приводит к росту смертности в 19,2 раза. Такой же рост АД приводит к увеличению коронарной смерти в 6,9 раза, ОС в 3,8 раза.

Анализ базы данных MRFIT позволил прийти к следующему заключению: снижение САД на 2 мм рт.ст. приводит к снижению частоты коронарной смерти на 4% в популяции.

Результаты многочисленных, эпидемиологических исследований отчетливо показали, что между уровнем общего холестерина (ОХС) и вероятностью развития ИБС, особенно ИМ, существует прямая зависимость. Риск возникновения ИБС постепенно

Реализация лабораторных методик

Показатель	Всего больных		Из них были обследованы		Из них повышение от нормы (для гемоглобина ниже чем норма)	
	n	%	n	%	n	%
ОХС			361	88,9	193	53,5
ТГ			339	83,5	153	45,1
Кр плазмы			381	93,8	247	64,8
Сахар крови			388	95,6	201	51,8
Тр (качественный анализ)	406	100	34	8,4	9	26,5
Общий КФК			12	2,9	1	8,3
МВ КФК			18	4,4	8	44,4
АЛТ			384	94,6	164	42,7
АСТ			384	94,6	158	41,1
Гемоглобин			395	97,3	222	56,2

Примечание: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза.

повышается при уровне ОХС $>4-5$ ммоль/л и резко возрастает, если его концентрация поднимается до $5,7-6,2$ ммоль/л и увеличивается в 4 раза при концентрации $\geq 6,7$ ммоль/л.

В настоящем исследовании гиперхолестеринемия (ГХС) >200 мг/дл выявлена у 37,5% больных, в т.ч. у 37,3% мужчин и 37,9% женщин. Анализ распространенности ГХС в зависимости от возраста показал, что наибольшие величины данного показателя наблюдались у 60–64-летних мужчин (26,2%) и 65–69-летних женщин (31,3%).

По данным Американской службы общественного здравоохранения, во всех возрастных гр ОКС значительно чаще развиваются среди курильщиков. У них в 2 раза выше риск нефатального ИМ и в 2–4 раза — риск внезапной смерти (ВС). Максимальные различия наблюдают в трудоспособном возрасте. У курильщиков зрелого возраста риск ИМ в 3,6 раза, а коронарной ВС — в 10 раз выше, чем у некурящих. У женщин с курением связана почти половина всех случаев коронарной ВС [16].

В представленном исследовании 44,5% больных относились к гр курящих, причем в 6 раз чаще (60,5% мужчин vs 10,5% женщин) курильщики встречались среди мужчин, курили в прошлом 9,5% мужчин и 2,7% женщин.

По данным INTERHEART, крупнейшего на сегодняшний день исследования ФР ИМ, у лиц, продолжающих курить, риск нефатального ИМ достоверно выше, чем у никогда не куривших (отношение шансов — 2,95), независимо от возраста, пола и страны проживания.

Немаловажным ФР является семейная предрасположенность пациентов к коронарной патологии. Результаты показали, что отягощенный семейный анамнез по ИБС наблюдался у 41,7% мужчин и женщин. При этом показатель существенно не различался между мужчинами и женщинами ($p>0,05$).

АГ в анамнезе регистрировалась у 41,7% пациентов — 37,7% и 50,2%, соответственно, для мужчин

и женщин. Наличие семейного анамнеза по СД отметили 21,5% мужчин и 22,4% женщин, у 81,2% пациентов отмечалась избыточная масса тела (ИЗМТ) и/или ожирение (Ож), причем с одинаковой частотой как среди мужчин, так и среди женщин — 79,3% и 85,4% соответственно.

Данные, представленные в таблице 4, характеризуют возможность охвата основными лабораторными методами диагностики и оценки состояния больного с ОКС/ОИМ на госпитальном этапе. В анализ включены 406 госпитализированных больных.

Оценка липидного спектра оказалась доступной в 83,5%–88,9% случаев. Среднее значение уровня ОХС до госпитализации (известно для 88,9% больных) составило $205,8 \pm 51,9$ (минимум-максимум — 72–420) мг/дл. Среднее значение уровня креатинина (Кр) при поступлении (получено для 93,8% больных) — $113,2 \pm 67,9$ (минимум-максимум 11–520) мкмоль/л, уровня глюкозы (получено для 95,6% больных) — $7,2 \pm 3,6$ (минимум-максимум — 2,5–23,1) ммоль/л, среднее значение уровня гемоглобина (получено для 97,3% больных) — $127,2 \pm 19,5$ (минимум-максимум — 48–188) г/л.

Качественное определение тропонина (Тр) в сыворотке крови проведено лишь в 8,4% случаев, количественное — не зарегистрировано ни в одном. Уровень общей креатинфосфокиназы (КФК) и МВ фракции КФК определялись редко: 2,9% и 4,4%, соответственно. Результаты анализов показали, что уровни ОХС, Кр и сахара в крови превышают норму в $>50\%$ случаев. У 56,2% больных была определена анемия разной ст выраженности.

По данным российского регистра хотя бы однократное определение одного из маркеров некроза миокарда: Тр Т и I, масса или активность МВ-КФК, выполнено у 86,2% больных. Тр Т был определен у 10,6%, Тр I у 16,3%, масса МВ-КФК у 34,6%, активность МВ-КФК у 69,9% больных. Среднее значение уровня ОХС, ближайшего к госпитализации, составило у 82,1% больных $5,7 \pm 1,3$ ммоль/л.

Таблица 5

Исходы и события за время госпитализации

Исходы		n	%
СН	Умеренная	190	46,8
	Отек легких	15	3,7
	Кардиогенный шок	5	1,2
Реинфаркт		9	2,2
МИ		1	0,25
Кровотечение за время госпитализации		2	0,5
Остановка кровообращения		3	0,75
Всего		406	100

Таблица 6

Диагноз при выписке

Диагнозы	Мужчин		Женщин		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Q-ИМ	54	20,6	23	16,0	77	18,9
неQ-ИМ	41	15,6	17	11,8	58	14,3
Стабильная стенокардия	117	44,6	76	52,8	193	47,5
Умер в стационаре	37	14,1	17	11,8	54	13,3
Другой	13	5,0	11	7,6	24	5,9
Оба пола	262	100	144	100	406	100

Среднее значение уровня Кр при поступлении у 97,2% больных — 108,2±39,5 мкмоль/л, среднее значение уровня глюкозы при поступлении у 98,0% больных — 8,8±4,2 ммоль/л. Среднее значение уровня гемоглобина при поступлении у 98,4% больных — 137,3±20,6 г/л [17, 18, 21].

Анализ результатов по назначению терапии во время пребывания больного в стационаре показал, что тромболитические препараты получали только 2,5% пациентов vs 12%, зарегистрированных в российском регистре. Возможно, эти отклонения от стандартов, существенно снижающие шансы больного на благоприятный исход, связаны с двумя причинами: поздней доставкой в стационар; проблемами наличия тромболитического препарата.

В первые 24 ч стационарного лечения АС получали 89,4% больных, а за все время госпитализации аспирин применен у 89,8% больных. Клопидогрел в стационаре получали 47,3% больных, из них 81,8% без нагрузочной дозы, 16,7% — с нагрузочной дозой 300 мг, 1,5% — с нагрузочной дозой 600 мг. У большинства больных антикоагулянтная терапия проводилась нефракционированным гепарином (НФГ) (73,9%), незначительная часть получала НФГ 1 сут. с дальнейшим переходом на низкомолекулярные гепарины (НМГ) (2,0%), 12,1% получали разные виды НМГ, среди которых чаще использовался эноксипарин. β-АБ назначались 80,3% пациентов, ИАПФ 67,2% пациентов, СТ в 37,2%, а антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) — 8,1% пациентов, антагонисты альдостероновых рецепторов назначали в 11,8% случаев.

По данным российского регистра РЕКОРД стационарное лечение представлено следующими препаратами: АС был назначен 41 (91%) пациенту, в т.ч. 38 (84%) — в первые 24 ч; парентеральные антикоагулянты получали 42 (93%) больных (причем в абсолютном большинстве случаев это был НФГ); β-АБ и ИАПФ были назначены в 89% случаев; антагонисты альдостероновых рецепторов использовались 24% пациентов; НП применялись в 84% случаев, АК — 38%; инотропная поддержка потребовалась 9% пациентов. Характерно, что тромболитическую терапию (ТЛТ) не получил ни один больной с ОКС [18, 19].

Исходы и события за время госпитализации представлены в таблице 5. Признаки СН в стационаре отмечены у 51,7% больных — умеренная СН у 46,8%, отек легких у 3,7%, кардиогенный шок у 1,2% больных. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) произошло у 0,25%, остановка кровообращения у 0,75% больных.

При этом серьезное кровотечение (внутричерепное, в забрюшинное пространство) произошло у 0,5% больных. В 2,2% случаев выявлен реинфаркт за время госпитализации. Механические повреждения миокарда: разрыв свободной стенки левого желудочка (ЛЖ), острая митральная регургитация, ни в одном из случаев не отмечались.

Для сравнения: по данным российского регистра признаки СН в стационаре отмечены у 66,5% больных: умеренная СН — у 48,1%, отек легких — у 4,5%, кардиогенный шок — у 13,9% больных.

ОНМК произошло у 1,6%, механические повреждения миокарда отмечены у 3,6% больных: разрыв свободной стенки ЛЖ — у 2,0%, острая митральная регургитация — у 1,6%. Рецидив острого ИМ произошел у 8,6% больных.

Окончательный («выписной») диагноз (таблица 6) при выписке у 18,9% больных сформулирован как «острый ИМ с зубцом Q», у 14,3% — «острый ИМ без зубца Q», в 47,5% случаев — «стабильная стенокардия». У 5,9% диагностированы другие «несердечные заболевания». Умерли за время госпитализации 13,3% больных — 14,1% мужчин, 11,8% женщин.

Согласно результатам Российского регистра окончательный («выписной») диагноз у 10,4% больных сформулирован как «острый ИМ с зубцом Q», у 21,6% — «острый ИМ без зубца Q», у 51,1% — «нестабильная стенокардия», у 8,2% — «стабильная стенокардия», у 8,6% — «несердечное заболевание». Умерли за время госпитализации 16,7% больных [18, 20, 22].

Таким образом, элементы гипердиагностики ОКС/ОИМ отмечаются в 5,9–8,6% случаев.

Заключение

Наибольшую распространенность ОКС/ОИМ во всех оцениваемых категориях в целом в возрастной гр 65–69 лет (21,3%), с преобладанием в под-

группе мужчин относительно женщин: 86 vs 60 случаев.

Новые случаи ОКС/ОИМ у мужчин выявляются в более молодом возрасте 25–29 лет, а у женщин данная патология развивается позднее, в среднем на 10 лет позже.

В обследованной выборке больных с ОКС/ОИМ имеет место относительно низкая частота назначения на догоспитальном этапе базовых препаратов для вторичной профилактики ИБС, что обусловило высокий процент больных с неконтролируемой ЧСС, АГ при поступлении в клинику. Выявлена высокая распространенность (особенно в молодом возрасте) и низкая информированность пациентов с ОИМ/ОКС в отношении ФР. Показатели охвата пациентов лабораторными диагностическими методами исследованиями на госпитальном этапе, в частности острофазовыми тестами (Тр, КФК) способствующими верификации диагноза, крайне низкие (<8,4%). Назначение антитромботической терапии в большинстве случаев проводится в неполном объеме, а использование ТЛТ не превышает 2,5%. В большинстве случаев диагноз ОКС/ОИМ верифицирован, но в 5,9% случаев имела место гипердиагностика. Среди госпитализированных больных с ОКС/ОИМ показатели летальности достигали 13,3%.

Литература

1. Kurbanov RD. Increase of efficiency of preventive maintenance — a basis of decrease in death rate from cardiovascular diseases in republic. *Medical Journal of Uzbekistan* 2011; 3: 61–9. Russian (Курбанов Р.Д. Повышение эффективности профилактики — основа снижения смертности от сердечно — сосудистых заболеваний в республике. Медицинский журнал Узбекистана 2011; 3: 61–9).
2. Aversano T. The Atlantic Cardiovascular Patients Outcome Research Team. *JAMA* 2002; 287: 1943–51.
3. Rogers FJ. The clinical spectrum of acute coronary syndromes. *J Am Osteopath Assoc* 2000; 100 (11 Suppl): 1–7.
4. Rosenschein U. Introduction. Intracoronary thrombosis is the largest single cause of morbidity and mortality in the Western World. *Semin Interv Cardiol* 2000; 5 (3): 107.
5. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina and Non — ST — Segment Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *JACC* 2000; 36: 970–1062.
6. Kurbanov RD. A guideline on clinical cardiology. Tashkent: tib-kitob 2007; 9: 185 p. Russian (Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии. Ташкент: тиб-китоб 2007; 9: 185 с).
7. Erlih AD, Gratsiansky NA. Experience of the organisation of the independent Russian register of acute coronary syndromes. *Statistics Questions* 2011; 4: 37–42. Russian (Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Опыт организации независимого российского регистра острых коронарных синдромов. Вопросы статистики 2011; 4: 37–42).
8. Harchenko VI, Kakorina EP, Koryakin MV, et al. Death rate from illnesses of system of blood circulation in Russia and in economically developed countries. Necessity of strengthening of cardiological service and modernisation of medical statistics for the Russian Federation. *Russ J Cardiol* 2005; 52 (2): 5–17. Russian (Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации. Российский кардиологический журнал 2005; 52 (2): 5–17).
9. Zjablov JI, Okrugin SA. Acute coronary conditions at the female population of Tomsk. Results of 5-year-old supervision (1994–1998 гг.). *Therapeutic Archive* 2001; 1: 24–7. Russian (Зяблов Ю.И., Округин С.А. Острые коронарные состояния у женского населения Томска. Результаты 5-летнего наблюдения (1994–1998 гг.). Терапевтический архив 2001; 1: 24–7).
10. Shevchenko II, Islamov RR, Krasova EE. Acute coronary syndrome in cardiology practice (according to the register the RECORD). Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moscow on October 2008 7–9th; pp. 413. Russian (Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е. Острый коронарный синдром в практике кардиологии (по данным регистра РЕКОРД). Материалы конгресса «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 413).
11. Sajgitov RT, Glezer MG, Semensov DP. Forecasting of hospital outcomes at a acute coronary syndrome. *Russ J Cardiol* 2006; 2: 42–50. Russian (Сайгитов Р.Т., Глезер М.Г., Семенов Д.П. Прогнозирование госпитальных исходов при остром коронарном синдроме. Российский кардиологический журнал 2006; 2: 42–50).
12. Dzusipov AK, Berkinbaev SF, Imantaeva GM. Rezultaty opened prospective observant research «the Estimation of observance of existing recommendations about conducting patients with a acute coronary syndrome: treatment in the acute period and after an extract from a hospital». *Therapeutic bulletin* 2008; 3: 15–20. Russian (Джусипов А.К., Беркинбаев С.Ф., Имантаева Г.М. Результаты открытого проспектив-

- ного наблюдательного исследования «Оценка соблюдения существующих рекомендаций по ведению больных с острым коронарным синдромом: лечение в остром периоде и после выписки из стационара». *Терапевтический вестник* 2008; 3: 15–20).
13. Working group of the register "RECORD". Treatment of patients with a acute coronary syndrome in invasive and noninvasive hospitals. The first data of the Russian register "RECORD". Congress materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moscow 2008 on October 7–9th; pp. 309. Russian (Рабочая группа регистра «РЕКОРД», Москва, Россия. Лечение больных с острым коронарным синдромом в инвазивных и неинвазивных стационарах. Первые данные российского регистра «РЕКОРД». Материалы конгресса «повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 309).
 14. Uskov MV, Uskov VM, Zvyaginsev AV. Mathematical the analysis in an estimation of medical techniques of a acute coronary syndrome. Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moscow 2008 on October, 7–9th; pp. 375. Russian (Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В. Математический анализ в оценке лечебных методик острого коронарного синдрома. Материалы конгресса «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 375).
 15. Shevchenko II, Islamov RR, Krasova EE. Treatment of patients with a sharp coronary syndrome on pre-hospital stages (the register the RECORD). Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moskva.2008 on October, 7–9th; item 414. Russian (Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е. Лечение пациентов с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапах (регистр РЕКОРД). Материалы конгресса «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 414).
 16. Teo KK. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case — control study; *Lancet* 2006; 368: 647–58.
 17. Gafarov VV, Blaginina MJu. Death rate from a myocardial infarction (epidemiological research on a basis the program the WHO «the Register of a acute myocardial infarction», MONIKA). *Cardiology* 2005; 5: 49–51. Russian (Гафаров В.В., Благинина М.Ю. Смертность от инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА). *Кардиология* 2005; 5: 49–51).
 18. Erlih AD, Gratsiansky NA. The register of acute coronary syndromes the RECORD. The characteristic of patients and treatment to an extract from a hospital. The Internet // www.acs-registry.ru Russian (Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Интернет ресурс www.acs-registry.ru).
 19. Shevchenko II, Islamov RR, Krasova EE. Clinical the diagnosis, outcomes and recommended therapy at patients with a acute coronary syndrome (according to the register the RECORD). Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moscow 2008 on October 7–9th; pp. 415. Russian (Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е. Клинический диагноз, исходы и рекомендуемая терапия у пациентов с острым коронарным синдромом (по данным регистра РЕКОРД). Материалы конгресса «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 415).
 20. Shevchenko II, Islamov RR, Krasova EE. Kliniko-instrumental of the characteristic of patients with a acute coronary syndrome (according to the register the RECORD). Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moscow. 2008 on October, 7–9th; pp. 414. Russian (Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е. Клинико-инструментальные характеристики пациентов с острым коронарным синдромом (по данным регистра РЕКОРД). Материалы конгресса «Повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008 7–9 октября; 414).
 21. Shevchenko I.I., Islamov R. R, Krasova E. E. Kliniko-laboratory of the characteristic of patients with a acute coronary syndrome (according to the register the RECORD). Congress Materials «Improvement of quality and availability of the cardiological help» Moskva.2008 on october, 7–9 th; pp. 414–5. Russian (Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е. Клинико-лабораторные характеристики пациентов с острым коронарным синдромом (по данным регистра РЕКОРД). Материалы конгресса «повышение качества и доступности кардиологической помощи» Москва 2008, 7–9 октября; 414–5).
 22. Gafarov VV. Myocardial infarction: 27-year-old trends of disease, death rate, lethality in Russia (the program of WHO «the register of a acute myocardial infarction», «MONIKA»). *Cardiology of the Commonwealth of Independent States (CIS) volume III* 2005; 09: 49–50. Russian (Гафаров В.В. Инфаркт миокарда: 27-летние тренды заболеваемости, смертности, летальности в России (программа ВОЗ «регистр острого инфаркта миокарда», «МОНИКА»). *Кардиология СНГ том III* 2005; 09: 49–50).