

И.С. Скопец^{1*}, Н.Н. Везикова¹, И.М. Марусенко¹, А.Н. Малыгин²

УДК 616.127-005.8

¹ ГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, кафедра госпитальной терапии² Региональный сосудистый центр, Республиканская больница им. В.А. Баранова, кардиологическое отделение, г. Петрозаводск

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: КОМПЛЕКСНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ, ЗНАЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОГО И АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Резюме

Статья посвящена одной из актуальных тем современного здравоохранения — острому коронарному синдрому (ОКС). В ходе работы проводилась оценка госпитального этапа ведения пациентов, находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре (г. Петрозаводск), а также анализ амбулаторного ведения больных, приверженности пациентов лечению, отдаленных клинических и социальных последствий.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистые заболевания.

Abstract

The article is devoted to one of the topical issues of contemporary health care — acute coronary syndrome (ACS). The objective of the study was to evaluate patients who were treated at the Regional Vascular Center during the hospital phase of treatment and to analyze treatment during the outpatient. Besides, the article analyses patients' compliance, long-term clinical and social consequences of acute coronary syndrome.

Key words: ischemic heart diseases, acute coronary syndrome, myocardial infarction, cardiovascular disease.

Патология системы кровообращения многие годы возглавляет статистику смертности населения как в Российской Федерации, так и во всем мире [12]. Ежегодно в европейском регионе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) уносят жизни 4,3 млн человек (48% в структуре смертности) и 2 млн человек в 27 субъектах Европейского союза [2]. В РФ этот показатель еще выше. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики России, в 2010 г. ССЗ стали причиной смерти более 518 тыс. женщин и более 630 тыс. мужчин, т.е. в целом данная патология в 2010 г. унесла жизни более миллиона россиян, составив 56,8% в структуре общей смертности [17]. В Республике Карелия этот показатель также высок (смертность от патологии системы кровообращения в 2010 г. составила 871,249 человек на 100 тыс. населения), но в целом по стране занимает промежуточное положение [17]. Столь высокая сосудистая смертность во многом определяет имеющуюся в настоящее время низкую среднюю ожидаемую продолжительность жизни, которая в 2009 г. составила 66,8 года, причем для мужчин этот показатель еще ниже — 62,8 года, тогда как ожидаемая средняя продолжительность жизни для женщин — 74,7 года [17]. Следует отметить, что наибольший вклад как в структуру болезней системы кровообращения, так и в структуру смертности населения вно-

сит, безусловно, ишемическая болезнь сердца (ИБС), являясь одним из наиболее распространенных и в то же время тяжелых ССЗ. Именно поэтому одной из важнейших задач современного российского и мирового здравоохранения является разработка эффективных методов предупреждения, лечения и проведения вторичной профилактики данной патологии.

В последние годы на фоне внедрения программ по совершенствованию оказания медицинской помощи при различных формах ИБС в развитых странах отмечается тенденция к снижению смертности от болезней системы кровообращения. По данным 10-летнего наблюдения регистра MONICA, отмечается ежегодное снижение смертности от ИБС на 4%, а в некоторых странах (Австралия, Швеция, Финляндия) этот показатель еще выше и составляет 7–8% [2]. К сожалению, в РФ ситуация не столь оптимистична: смертность от ССЗ остается на высоком уровне и продолжает превышать 55%. Кроме того, согласно мировой статистике, отмечается рост сердечно-сосудистой заболеваемости, что связано, вероятно, с совершенствованием диагностических методик и выявлением ИБС на более ранних стадиях. Следует также отметить, что ИБС имеет, кроме того, большое социальное и экономическое значение. Так, экономические потери, связанные с ИБС,

* Контакты. E-mail: ingas@karelia.ru. Телефон: (8142) 77-34-75

включают не только затраты на лечение, но и потери производительности труда, а также необходимость предоставления ухода за больными [2]. В целом экономические затраты, связанные с ИБС, превысили таковые среди всех заболеваний, для которых проводился сравнительный анализ [2].

Одной из самых значимых форм ИБС является, безусловно, ОКС, под которым в настоящее время понимают любую группу признаков или симптомов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию (НС) [3]. ОКС, являясь тяжелым состоянием, нередко представляющим угрозу для жизни, зачастую становится клиническим дебютом ИБС [14]. Лишь у 20–25% больных стабильная стенокардия предшествует первому инфаркту миокарда (ИМ), тогда как после перенесенного инфаркта стенокардия напряжения (СН) наблюдается у половины больных [1]. Известно, что термин «острый коронарный синдром» используется при первичном контакте с больным в качестве предварительного диагноза и позволяет выделить группу пациентов с дестабилизацией течения ИБС [9]. В основе патогенеза этого состояния лежат нестабильность атеросклеротической бляшки и процессы атеротромбоза, что может привести к развитию ОИМ и различных осложнений, в первую очередь внезапной сердечной смерти [4].

В настоящее время выделяют два варианта ОКС: с подъемом сегмента ST и без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ [11]. Патологической основой ОКС без стойкого подъема сегмента ST (NSTEMI-ACS) является дестабилизация атеросклеротической бляшки с развитием воспалительного процесса, истончением покрышки, надрывом ее и, как следствие, формированием стенозирующего тромба. Усугубление стеноза коронарной артерии приводит к развитию выраженной ишемии миокарда и, возможно, некрозу участка сердечной мышцы [6]. Таким образом, исходом ОКС без подъема сегмента ST может быть не Q-ИМ (non STEMI) или НС. В основе ОКС с элевацией сегмента ST на ЭКГ (или появлением полной блокады левой ножки пучка Гиса) лежит острая тромботическая окклюзия коронарной артерии на фоне стенозирующего атеросклероза [8], что без своевременного восстановления кровотока приводит к развитию некроза большого участка сердечной мышцы, т.е. формированию Q-ИМ (STEMI) [6, 11].

Значение ОКС в формировании структуры заболеваемости и смертности населения трудно переоценить. Согласно данным регистра Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes I, смертность и развитие ОИМ в течение 6 мес после перенесенного ОКС составили 10,2% [9]. Хорошо известно, что своевременная реваскуляризация является предиктором низкой смертности у пациентов, перенесших ОКС. В настоящее время реперфузия может быть проведена с помощью фибринолитических

препаратов посредством чрескожного коронарного вмешательства или коронарного шунтирования [7]. В многочисленных исследованиях доказано, что время проведения реперфузионной терапии пропорционально объему некротизированного миокарда, т.е. определяет величину ИМ, а в последующем развитие осложнений и отдаленных последствий. К примеру, наибольшая эффективность системной тромболитической терапии наблюдалась при проведении ее в первые полтора часа от начала заболевания [4]. Метаанализ нескольких рандомизированных исследований продемонстрировал, что проведение тромболитической терапии у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST в первые 6 ч позволяет предотвратить 30 смертельных случаев на 1000 человек, получавших лечение, а в промежуток времени от 7 до 12 ч от начала симптомов заболевания — 20 смертельных исходов на 1000 пролеченных [9]. Первичная чрескожная коронарная ангиопластика также высоко эффективна при своевременном проведении у пациентов с развивающимся STEMI и имеет преимущество по сравнению с системной тромболитической терапией при возможности выполнения ее в первые 90 мин от начала заболевания у пациентов старше 65 лет, а также у более молодых больных, находящихся в состоянии кардиогенного шока к моменту начала лечения [9].

Кроме того, пациентам, переносящим ОКС, должна проводиться адекватная медикаментозная терапия. Так, эффективность применения ацетилсалициловой кислоты у пациентов, переносящих ИМ, была продемонстрирована в исследовании ISIS-2 [9]. Назначение аспирина пациентам с НС также является обязательным при отсутствии противопоказаний, т.к. снижает количество случаев смерти и ИМ почти вдвое [4]. Помимо аспирина, пациенты с ОКС должны получать терапию ингибитором АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов. По результатам исследования COMPELL-CCS, в которое вошли 46 тыс. пациентов с ОИМ, применение двойной дезагрегантной терапии приводит к снижению смертности, реинфаркта и инсульта на 9% при применении аспирина и клопидогрела в течение 14 дней и более [9]. Гиполипидемическая терапия статинами также должна быть назначена всем пациентам с ОКС как можно раньше независимо от уровня холестерина. Кроме того, в первые дни может применяться агрессивная липидоснижающая терапия с целью максимально быстрого снижения уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), т.к. оно ассоциировано со снижением летальности, что было продемонстрировано в исследовании PROVE-IT. Метаанализ 8 крупных исследований, посвященный применению статинов в остром периоде ИБС, доказал достоверное снижение смертности, частоты реинфарктов и процедур реваскуляризации [9]. Кроме того, одним из важнейших классов препаратов у пациентов, переносящих ИМ, являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), которые используют с целью

предотвращения ремоделирования левого желудочка, развития и прогрессирования сердечной недостаточности (CH). В многоцентровых исследованиях (SAVE, AIRE, TRACE, SMILE, CCS-1, CATS, ISIS-4, GISSI-3) отмечено снижение летальности в госпитальный период лечения ОИМ [9]. В настоящее время иАПФ назначают пациентам с наличием дисфункции левого желудочка, СН, сахарного диабета и АГ. Следует также отметить, что раннее применение β -блокаторов при ОИМ ассоциировано со снижением смертности, что было показано по результатам совокупного анализа 28 исследований [9]. По данным, полученным в ходе метаанализа, назначение β -блокаторов при НС ассоциировано со снижением на 13% риска прогрессирования в ОИМ [9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Регионального сосудистого центра (г. Петрозаводск) проведена работа по оценке течения заболевания, ведения пациентов, отдаленных клинических и социальных последствий, качества жизни и прогноза у пациентов, перенесших ОКС. В исследуемую группу включены 192 пациента в возрасте не старше 65 лет, госпитализированные в кардиологическое отделение с диагнозом ОКС в период с 2009 по 2011 г. Среди пациентов 142 мужчины (74%) и 50 женщин (26%). Кроме того, 49 человек (25,5%) в исследуемой группе — лица молодого возраста (35–50 лет), большинство из которых мужчины (24,8%) и лишь 2 женщины. В старшей возрастной группе (51–65 лет), которая составила 74,5%, большую часть также составили лица мужского пола (95 человек — 49,5%), на долю женщин пришлось одна треть (48 человек — 25% всех пациентов). В ходе работы оценивался госпитальный этап ведения больных: проводилась оценка имеющихся факторов риска, ассоциированных и коморбидных состояний, тактики ведения и медикаментозной терапии.

В последующем на амбулаторном этапе анализировалась проводимая терапия, отдаленные последствия перенесенного ОКС и прогноз. Время наблюдения за пациентами составило не менее 1 года (12–24 мес). Анализ результатов проводился при помощи программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее распространенными факторами риска оказались наличие артериальной гипертензии (АГ) (82,3% — 158 человек), курение (63% — 121 человек) и отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность (45,8% — 88 человек). Каждый четвертый больной (26% — 50 человек) на момент поступления страдал ожирением. В ходе обследования у 92,2% пациентов (177 человек) выявлена дислипидемия, 12,5% больных (24 человека) страдали сахарным диабетом (рис. 1).

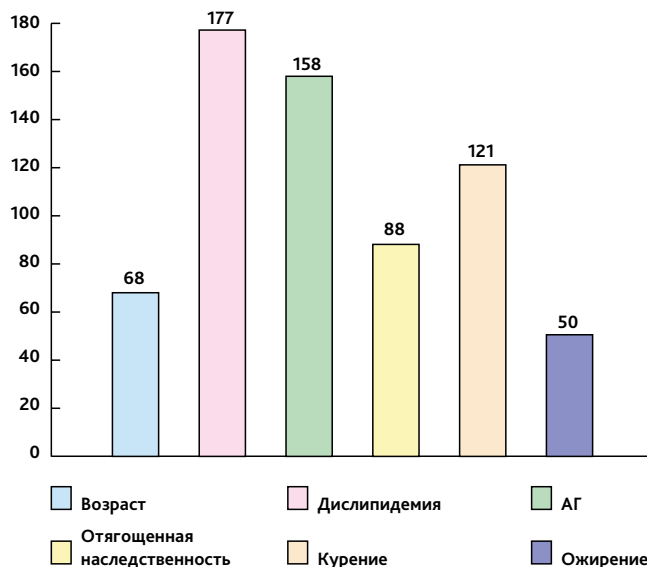


Рисунок 1. Наиболее распространенные факторы риска

Кроме того, следует отметить, что среди всех пациентов в исследуемой группе не было ни одного человека, имеющего лишь один фактор риска ИБС или не имеющего факторов риска. Только 6,3% (12 человек) пациентов имели на момент развития ОКС 2 фактора риска и 18,2% (35 человек) — 3 фактора риска ИБС. Более трети пациентов имели 4 фактора риска (32,3%), и самую многочисленную группу (42,7%) составили больные с наличием 5 и более факторов риска, что в целом соответствует общеизвестным данным о мультифакторном происхождении ИБС и корреляции сердечно-сосудистого риска с количеством имеющихся у пациента факторов риска. Следует отметить, что большинство имевшихся у поступивших пациентов факторов риска являются корригируемыми (АГ, дислипидемия, курение, ожирение) [10], что свидетельствует о неадекватном проведении первичной и вторичной (при имеющемся анамнезе ИБС) профилактики на амбулаторном этапе.

41% пациентов имели в анамнезе СН, а 25,5% страдали ее хронической формой. Более 80% пациентов в исследуемой группе (158 человек) страдали АГ, у 24 человек (12,5%) был диагностирован сахарный диабет. Кроме того, у 5,7% имелись бронхообструктивные заболевания — у 5 человек в анамнезе была бронхиальная астма, 6 человек страдали хронической обструктивной болезнью легких, что лимитировало терапию ОКС. Следует также отметить, что четверть пациентов (48 человек) к моменту поступления в стационар уже имели в анамнезе постинфарктный кардиосклероз.

В исследуемой нами группе пациентов у 41,7% (80 человек) на момент поступления имелся ОКС с элевацией сегмента ST на ЭКГ. У такого же количества больных была диагностирована НС, и 16,7% пациентов велись при поступлении с диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ».

Как уже было отмечено, основным направлением лечения пациентов с ОКС, сопровождающимся elevацией сегмента ST, является как можно более быстрое восстановление кровотока по коронарной артерии [8, 14, 16]. Среди пациентов, поступивших в региональный сосудистый центр с ОКС с подъемом сегмента ST, реперфузионная терапия проводилась у 59 больных, т.е. в 74% случаев. При этом 40% больных (32 человека) выполнялось первичное чрескожное коронарное вмешательство, в 34% случаев (27 человек) была проведена системная тромболитическая терапия. Кроме того, 3 пациентам в связи с острым тромбозом стента вводились тромболитические препараты интракоронарно, а у 1 пациента выполнялось спасительное чрескожное коронарное вмешательство после неэффективного тромболитиза. Следует отметить, что наиболее частыми причинами консервативного ведения пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (26%) было позднее обращение больного за медицинской помощью или отказ пациента от инвазивного вмешательства.

В исследованной нами группе пациентов, которым проводилась реперфузионная терапия, 60% больных она была выполнена в первые 3 ч, у 14,5% больных от начала заболевания прошло от 3 до 6 ч, в 18,2% случаев реперфузия была выполнена в промежуток от 6 до 12 ч, и лишь у 7,3% больных попытка восстановления коронарного кровотока была предпринята, когда от начала заболевания прошло более 12 ч. Таким образом, в большинстве случаев реперфузионная терапия была выполнена в первые часы от появления симптомов заболевания, а задержка реперфузионной терапии во всех случаях была обусловлена поздним обращением пациентов за медицинской помощью.

Большое внимание в ходе работы было уделено оценке медикаментозной терапии, проводимой пациентам, госпитализированным по поводу ОКС (рис. 2). Прямыми антикоагулянтами в раннем периоде за-

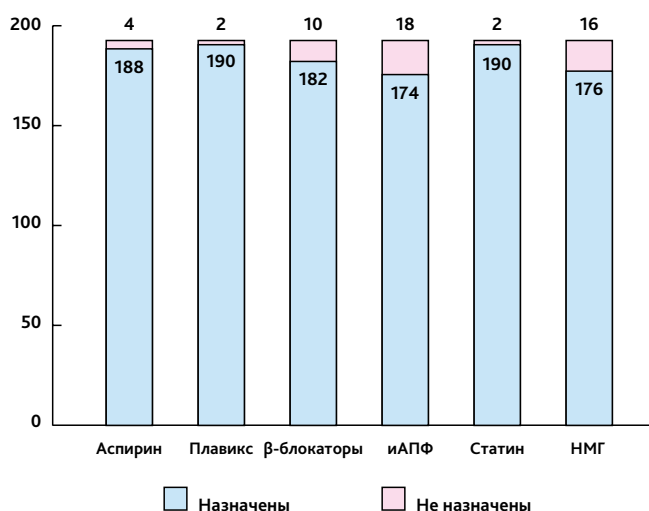


Рисунок 2. Медикаментозная терапия, проводимая в стационаре

болевания лечились 91,7% пациентов. Неназначение препаратов данной группы было связано с предшествующей терапией варфарином с целевым уровнем МНО (2 человека) или проведенной первичной чрескожной ангиопластикой с восстановлением кровотока по инфаркт-связанной артерии (12 человек). У одного пациента антикоагулянтная терапия не была начата сразу при поступлении в связи с АГ.

Как уже было отмечено, назначение аспирина пациентам с НС является обязательным при отсутствии противопоказаний, т.к. снижает количество случаев смерти и ИМ [1]. В исследуемой нами группе дезагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой проводилась 97,9% пациентов. Отказ от терапии аспирином был обусловлен аллергической реакцией на препарат в анамнезе, а также недавно перенесенным гастродуоденальным кровотечением или перфорацией язвы желудка. Клопидогрел на госпитальном этапе принимали 99% больных. Не был назначен данный препарат в двух случаях: у одного пациента в ходе обследования представление об ОКС было отвергнуто, у второго пациента в анамнезе было оперативное лечение по поводу перфоративной язвы и тяжелая анемия. Как уже было отмечено, пациенты, переносящие ОКС, должны получать двойную дезагрегантную терапию. В исследуемой нами группе пациентов двойная дезагрегантная терапия проводилась 97,9% больных.

Целью назначения иАПФ или БРА пациентам, переносящим ИМ, является предотвращение ремоделирования левого желудочка, развития и прогрессирования СН. Среди пациентов, включенных в исследуемую нами группу, иАПФ (или БРА) получали 90,6% больных. Неназначение указанных препаратов было связано в основном с тенденцией к гипотонии или отсутствием диагностического представления об ОКС.

Терапия β-блокаторами рекомендована всем пациентам, переносящим ОКС, при отсутствии противопоказаний [15]. В исследуемой нами группе пациентов β-блокаторы на госпитальном этапе получали 94,8% больных. У 6 человек терапия β-блокаторами была лимитирована имевшейся брадикардией, у 4 пациентов в анамнезе имелась бронхиальная астма.

В исследуемой нами группе пациентов статины на госпитальном этапе ведения были назначены в 99% случаев. Причину отказа от гиполипидемической терапии у 2 человек установить не удалось.

На момент выписки пациентов из стационара у 36,1% человек был диагностирован Q-образующий ИМ, у 33,5% больных — НС, 22% пролеченных были выписаны с диагнозом не Q-ИМ (рис. 3). У 4,7% пациентов ИМ был диагностирован по маркерам некроза, а у 3 человек (1,6%) после проведения коронароангиографии был верифицирован кардиальный синдром «Х». Кроме того, у 2,1% представление о

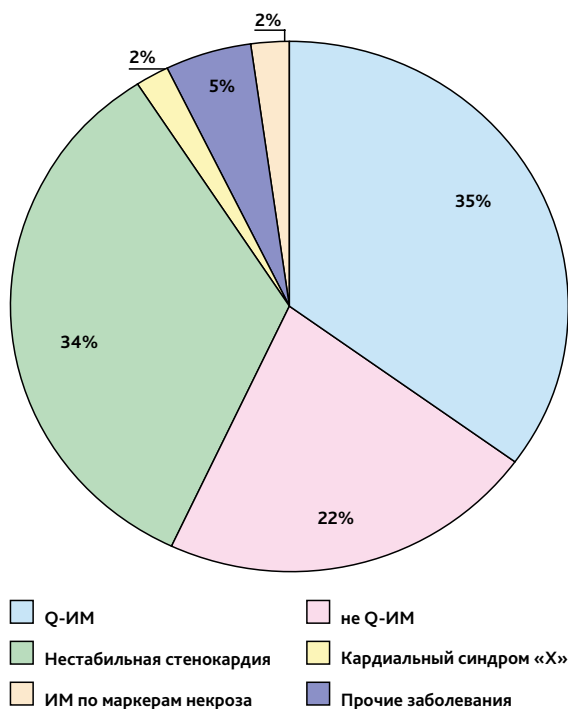


Рисунок 3. Диагноз при выписке пациентов из стационара

наличии ИБС было отвергнуто, а болевой синдром в грудной клетке был обусловлен иными заболеваниями (острое расслоение аорты, эрозивный эзофагит, позвоночная грыжа).

В дальнейшем пациенты наблюдались на амбулаторном этапе, анализировалась проводимая терапия, приверженность пациентов лечению, клинические и социальные последствия и прогноз после перенесенного ОКС. При опросе пациентов установлено, что 92,1% из них в последующем самостоятельно контролируют уровень артериального давления. При этом целевой уровень достигнут лишь у 60,4% больных, тогда как у трети пациентов (31,7%) сохраняется АГ, и еще 7,9% артериальное давление не контролируют.

В ходе работы было установлено, что 13,8% больных после выписки из стационара не наблюдаются в поликлинике. Мы провели оценку амбулаторного ведения среди пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Установлено, что в течение первого года после выписки из стационара электрокардиография (ЭКГ), хотя бы однократно, была выполнена 89,1% пациентов, у 5% ЭКГ была выполнена позднее чем через 12 мес с момента выписки, еще у 5% в амбулаторной карте нет сведений о выполнении ЭКГ в течение времени наблюдения, 1 пациент на назначенную ЭКГ не явился.

По имеющимся данным, эхокардиоскопия (ЭхоКС) в течение первого года амбулаторного наблюдения после перенесенного ОКС была выполнена только в 52,7% случаев, 17,6% пациентов ЭхоКС была выпол-

нена позднее чем через год после выписки из стационара, и 33,8% больных ЭхоКС в течение времени наблюдения не выполнялась.

Развернутый биохимический анализ крови, включающий определение уровня холестерина и его фракций, в течение первого года амбулаторного наблюдения был выполнен только в 72,6% случаев, 7,8% больных данное исследование было выполнено позднее 12 мес. В 8,8% случаев биохимический анализ крови не включал в себя определение уровня холестерина и/или липидного спектра, у 9,8% пациентов биохимическое исследование крови не выполнялось вовсе, 1 человек не явился для выполнения данного анализа. Следует отметить, что при первичном определении уровня холестерина и его фракций на амбулаторном этапе у 78,2% больных была выявлена дислипидемия. Нормальные показатели липидограммы были зафиксированы только у 21,8% обследованных. При этом повторная оценка липидного спектра выполнялась менее чем у половины больных (49,2%). Причем повторное определение липидограммы вновь зафиксировало дислипидемию у 76,5% пациентов, которым оно выполнялось. При динамическом исследовании отсутствие дислипидемии было определено лишь у 23,5% пациентов. Следует отметить, что в крупном метаанализе, включившем более 90 тыс. пациентов, было показано, что снижение уровня холестерина на 10% или уровня ЛПНП на 1 ммоль/л коррелирует с достоверным снижением риска кардиоваскулярных событий на 23%, ИМ на 26%, потребности в реваскуляризации миокарда на 24%, смерти от всех причин на 12% [2, 3, 10].

Мы проанализировали дальнейшую тактику ведения пациентов. Установлено, что 25,6% пациентов в отдаленном периоде были выполнены процедуры реваскуляризации миокарда. Из них 65,8% пришлось на долю операций коронарного шунтирования, в 34,2% случаев пациентам было выполнено плановое стентирование коронарных артерий.

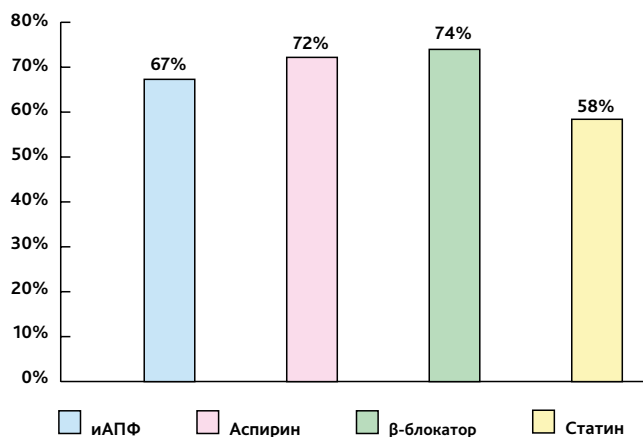


Рисунок 4. Приверженность пациентов лечению на амбулаторном этапе

Большое внимание в ходе работы было уделено оценке проводимой медикаментозной терапии на амбулаторном этапе, а также приверженности пациентов лечению (рис. 4). В ходе наблюдения было установлено, что 12,1% пациентов не принимают никакие из рекомендованных лекарственных препаратов после выписки из стационара. 13,8% больных продолжают после выписки принимать все рекомендованные препараты, остальная группа пациентов (74,1%) получают медикаментозную терапию амбулаторно не в полном объеме.

По имеющимся данным, продолжают прием иАПФ (или БРА) после выписки из стационара только 66,9% пациентов. У 8% больных иАПФ (или БРА) был отменен врачом поликлиники по неустановленной причине, остальная часть (22%) прекратили прием лекарственного препарата данной группы самостоятельно.

Терапию статинами продолжают получать амбулаторно только 58,1% пациентов. В 12,8% случаев статины были отменены врачом амбулаторного звена, при этом лишь у 2 пациентов в амбулаторной карте была указана причина отказа от применения препаратов данной группы (в одном случае значимое повышение уровня трансаминаз, в другом — аллергическая реакция). Еще 13,7% пациентов прекратили прием гиполлипидемических препаратов самостоятельно.

Постоянный прием β -блокаторов пациентами, перенесшими ИМ, снижает риск реинфаркта и смертность на 20–25% [9]. В исследуемой нами группе терапия β -блокаторами амбулаторно была продолжена у 74% пациентов. У 5,9% больных препарат данной группы не был назначен или был отменен врачом поликлиники ввиду наличия противопоказаний к применению (бронхиальная астма, нарушения проводимости). 15,9% больных прекратили прием β -блокаторов самостоятельно.

Терапия аспирином проводилась в течение времени наблюдения у 71,8% пациентов после выписки из стационара. В 9,7% случаев аспирин не был назначен врачом амбулаторного звена, при этом у 2 пациентов ИБС при дообследовании в стационаре была исключена, причина отмены аспирина в остальных случаях неясна. Кроме этого, 18,5% больных прекратили прием ацетилсалициловой кислоты самостоятельно. Следует отметить, что по данным метаанализа Antiplatelet Tralists Collaboration, терапия аспирином в дозе 75–325 мг/сут приводит к снижению риска реинфаркта и случаев внезапной смерти после перенесенного инфаркта на 25% [4, 9].

Терапию клопидогрелом получают амбулаторно лишь четверть больных (25,5%). Из них 15,5% принимали клопидогрел в течение года после перенесенного ОКС согласно рекомендациям при выписке, 6,3% больных прекратили прием клопидогрела

раньше, 4,2% принимали данный препарат свыше 12 мес. 75% пациентов амбулаторно клопидогрел не принимали, 1 пациентка самостоятельно редуцировала дозу препарата, принимая по полтаблетки в течение года.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о существенных недостатках проведения медикаментозной терапии на амбулаторном этапе у пациентов, перенесших ОКС, а также о низкой приверженности пациентов терапии. Лишь 13,8% больных получают адекватную медикаментозную терапию. Отказ от терапии теми или иными группами препаратов определяется низкой приверженностью пациентов лечению, и, к сожалению, в некоторых случаях немотивированной отменой препарата врачом амбулаторного звена. В ходе исследования было установлено, что 12% больных после выписки из стационара не наблюдаются в поликлинике, а среди больных с СН имеется тенденция к увеличению функционального класса (ФК). Так, отмечено снижение процентного соотношения пациентов с I–II ФК (I ФК — с 18,4 до 1,2%, II ФК — с 69,4 до 62,2%) при значительном увеличении относительного и абсолютного числа пациентов с тяжелыми проявлениями СН (III ФК — с 10,2 до 31,7%, IV ФК — с 2 до 4,9%). Кроме того, отмечается увеличение числа пациентов, страдающих СН (с 41,1 до 63,6%).

При оценке социальных последствий перенесенного ОКС установлено, что практически вдвое увеличилось количество пациентов, имеющих группу инвалидности (с 27,1 до 53,8%), а внутри каждой группы также отмечается рост показателей (3-я группа — с 8,3 до 16,1%, 2-я группа — с 18,2 до 35,7%, 1-я группа — с 0,52 до 3,5%). Кроме того, среди пациентов, имевших инвалидность до госпитализации, имеется тенденция к усилению группы. Следует отметить, что, по данным статистики, патология системы кровообращения занимает первое место среди заболеваний, впервые приведших к установлению группы инвалидности. В 2009 г. на ее долю пришлось 386 тыс. случаев из 934 тыс. человек, впервые признанных инвалидами [17].

Летальность в исследуемой группе пациентов в течение первого года наблюдения составила 6,3%. Средний возраст умерших — 55 лет. По литературным данным, после выписки из стационара в течение первого года умирает 4% больных [5].

Выводы

Таким образом, в ходе работы было проанализировано ведение пациентов, перенесших ОКС, на госпитальном этапе и в отдаленном периоде. В исследуемой группе у большинства больных на момент поступления в стационар имелись не менее четырех факторов риска сердечно-сосудистой патологии, что

свидетельствует о неадекватности проведения первичной профилактики. Следует отметить, что согласно литературным данным, 9 из 10 случаев ИБС можно предупредить при своевременном проведении первичной профилактики [2]. У большинства больных имелись ассоциированные и коморбидные заболевания, в первую очередь такие как стабильная стенокардия, хроническая сердечная недостаточность, бронхообструктивные заболевания и сахарный диабет, что требовало в ряде случаев коррекции терапии. В целом медикаментозную терапию при ОКС на стационарном этапе можно признать удовлетворительной — в большинстве случаев пациенты получали все рекомендованные для лечения ОКС группы препаратов, а неназначение какого-либо класса лекарственных средств было связано с наличием противопоказаний.

При анализе отдаленных последствий перенесенного ОКС и ведения пациентов на амбулаторном этапе установлено, что 12% пациентов после выписки из стационара не наблюдаются в поликлинике. Среди больных, наблюдающихся у врача, выявлено недостаточно частое выполнение ряда важнейших для пациента с ИБС исследований, таких как ЭКГ, ЭхоКС, определение уровня холестерина и показателей липидного спектра. Кроме того, выявлена крайне низкая приверженность пациентов медикаментозной терапии. Так, 12,1% пациентов не принимают никакие лекарственные препараты из рекомендованных после выписки из стационара, и лишь 13,8% больных продолжают после выписки принимать все рекомендованные препараты. Следует отметить, что в ряде случаев жизненно важные лекарственные препараты были отменены врачами амбулаторного звена необоснованно. Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод о неадекватности амбулаторного лечения пациентов с ИБС и проведения вторичной профилактики атеротромботических событий. На этом фоне значительно возросло количество пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью и СН высоких функциональных классов. В целом неадекватное проведение как первичной, так и вторичной профилактики приводит к риску развития повторных сосудистых событий, увеличению частоты госпитализаций и затрат на лечение, ухудшению качества жизни пациентов и прогноза. Безусловно, такая ситуация тормозит положительную динамику, достигнутую за счет внедрения современных методов лечения ОКС. Нужно понимать, что только сочетание совершенствования профилактического направления, внедрения современных методов госпитального ведения пациентов с ОКС и формирования приверженности пациентов лечению может привести к улучшению ситуации в целом, к снижению заболеваемости кардиоваскулярной патологией, уменьшению частоты развития отдаленных клинических и социальных последствий и к снижению летальности пациентов,

что является стратегической задачей как российского, так и мирового здравоохранения.

А

Список литературы

1. Болезни сердца: Руководство для врачей / Под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. М.: Литера, 2006. 1328 с.: ил.
2. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / Под ред. А.Д. Кэмма, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса. Пер. с англ. под ред. Е.В. Шляхто. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1480 с.: ил.
3. Бубнова М.Г. Предупреждение сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с факторами риска с позиции доказательной медицины // Кардиосоматика. 2011. № 1. С. 44–51.
4. Воробьева И.И., Васильева Е.Ю., Шлептер А.В. Оптимальная тактика амбулаторного ведения больных после перенесенного инфаркта миокарда // Креативная кардиология. 2010. № 2. С. 40–53.
5. Внутренние болезни по Т.Р. Харрисону / Под ред. Э. Фаучи и др. В 7 т. Пер. с англ. М.: Практика, Мак-Гроу Хилл, 2005. 418 с., 109 табл., 143 ил.
6. Диагностика и лечение в кардиологии. Учебн. пособие для студ. медвузов / Под ред. М.Х. Кроуфода. Пер. с англ. под общ. ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 800 с.: ил.
7. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2002. 926 с.: ил.
8. Поздняков Ю.М., Красницкий В.Б. Практическая кардиология. 3-е изд., испр. и доп. М.: Издательство БИНОМ, 2007. 776 с.: ил.
9. Руководство по кардиологии / Под ред. В.Н. Коваленко. К.: МОРИОН, 2008. 1424 с.: ил.
10. Руководство по профилактике ишемической болезни сердца / Международная рабочая группа по профилактике ишемической болезни сердца. STADA, 2011. 130 с.
11. Руксин В.В. Неотложная кардиология: Руководство для врачей. 6-е изд., перераб. и доп. СПб.: Невский Диалект; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; ГЭОТАР-Медиа, 2007. 512 с.: ил.
12. Савченко А.П., Руденко Б.А. Клиническая эффективность эндоваскулярных технологий при лечении ишемической болезни сердца // Кардиологический вестник. 2008. Т. 3 (XV), № 1. С. 5–11.
13. Цединова Е.А. и др. Оценка эффективности хирургического и консервативного методов лечения больных инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию // Российский кардиологический журнал. 2007. № 1. С. 27–30.
14. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. 2008. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000E1/default.asp>
15. Национальные рекомендации по лечению ОКС без стойкого подъема ST на ЭКГ. 2006. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000F8/default.asp>
16. Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. 2007. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000ED/default.asp>
17. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/>