

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 616.379

## ПРОГРАММА ВОЗ “РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА” – ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ИЗУЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ПАТОЛОГИЙ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

А.А. Гарганеева, С.А. Округин, К.Н. Борель

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение “Научно-исследовательский институт кардиологии”, Томск  
E-mail: aag@cardio-tomsk.ru

## WORLD HEALTH ORGANIZATION PROGRAM “REGISTRY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION”: CAPABILITIES AND PROSPECTS FOR STUDYING AND PREDICTING OUTCOMES OF SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

A.A. Garganeeva, S.A. Okrugin, K.N. Borel

Federal State Budgetary Scientific Institution “Research Institute for Cardiology”, Tomsk

В статье представлены основные итоги 30-летней деятельности программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “Регистр острого инфаркта миокарда” (РОИМ) в г. Томске. Изучены особенности эпидемиологии, клинического течения, исходов и отдаленного прогноза острого инфаркта миокарда (ОИМ), в том числе у пациентов трудоспособного возраста. Сформулирована математическая модель, позволяющая выделить группу пациентов высокого риска в отношении вероятности развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде инфаркта миокарда (ИМ). Помимо разнонаправленных исследований по изучению ОИМ, отдельно была проанализирована эпидемиология нестабильной стенокардии (НС) и получены уникальные данные о частоте распространения, особенностях возникновения и течения этой патологии как в целом, так и ее отдельных клинических форм. Использование данных регистра позволило получить ценную в практическом отношении информацию и разработать практические рекомендации по оптимальному ведению пациентов высокого и очень высокого риска, перенесших острую коронарную катастрофу, на амбулаторном этапе.

**Ключевые слова:** регистр острого инфаркта миокарда, нестабильная стенокардия, ишемическая болезнь сердца.

The article presents main results of 30-year-long activity of the WHO program “Registry of Acute Myocardial Infarction” (RAMI) in Tomsk. Characteristics of epidemiology, clinical course, outcomes, and long-term prognosis of acute myocardial infarction (AMI) were studied in the population including working-age patients. Mathematical model was developed to identify the group of patients with high risk for adverse cardiovascular events in the long-term period of myocardial infarction (MI). Apart from comprehensive studies of AMI, epidemiology of unstable angina (UA) was analyzed and unique data were generated regarding the prevalence rate, specific aspects of onset, and clinical course of this pathology both in general and for individual clinical forms. The use of RAMI data enabled to receive valuable information for practice and to develop practical recommendations for optimal ambulatory management of high- and very high-risk patients who suffered acute coronary event.

**Key words:** registry of acute myocardial infarction, unstable angina, ischemic heart disease.

### Введение

Согласно данным литературы, в России, начиная с 2003 г., наметилась отчетливая положительная динамика снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1]. Вместе с тем острота проблемы заболеваемости и смертности от данной патологии остается дос-

точно высокой [1, 2]. Сложившиеся обстоятельства диктуют необходимость проведения самостоятельных эпидемиологических исследований по изучению одной из наиболее тяжелых клинических форм ишемической болезни сердца (ИБС) – ОИМ. Эта проблема стала особенно актуальной во второй половине XX века, когда в эко-

номически развитых странах основную опасность для здоровья населения стали представлять именно острые формы ИБС, в частности, ОИМ, занимающий ведущие позиции среди причин высокой летальности и смертности от ССЗ, в том числе преждевременной. Широкую распространенность ОИМ в начале XXI в. объясняют определенными демографическими сдвигами, наблюдаемыми в промышленно развитых странах, в частности, постарением населения и, как следствие, изменениями в возрастной структуре больных ОИМ [3, 4]. Крайне важной остается проблема высокой заболеваемости и летальности от острых коронарных катастроф пациентов молодого и среднего возраста, составляющих экономический буфер страны и являющихся основными аккумуляторами внутреннего валового продукта. Благоприятная тенденция снижения смертности от ССЗ иначе расставила акценты: значительная часть российского населения, особенно мужского, умирает в трудоспособном возрасте. Из общего числа умерших в 2011 г. треть были трудоспособными. В нашей стране доля мужчин, умерших в экономически активном возрасте, составляет 43%. В развитых же странах в трудоспособном возрасте умирают около 10% мужчин. Осуществление мероприятий, направленных на снижение смертности, с преимущественным ее сокращением в социально значимой когорте, позволит увеличить численность трудоспособных лиц и, соответственно, изменить миграционную политику, сократив приток мигрантов из стран Ближнего Зарубежья. По данным National Registry of Myocardial Infarction USA, в 30% случаев госпитализаций по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) диагностируется ОИМ. Несмотря на повсеместное внедрение современных лечебно-диагностических технологий, смертность от ОИМ до сих пор остается высокой. Так, около 1/3 больных погибают в течение первых суток, а многие выжившие остаются инвалидами. Половина больных умирают догоспитально, не дождавшись специализированной медицинской помощи [6]. Около 5–15% больных из числа выписавшихся из стационара умирают в течение первого года, последующая ежегодная летальность составляет 2–5% [7]. Столь высокая медико-социальная значимость ОИМ определяет необходимость дальнейшего совершенствования и разработки эффективных и доступных методов его вторичной профилактики. Для выполнения этой важной задачи среди больных, перенесших ОИМ, необходимо объективное прогнозирование течения болезни и особенно степени угрозы смертельного исхода. Тяжелое течение этой патологии у пациентов молодого и среднего возраста заключается не только и не столько в высоких показателях летальности на догоспитальном этапе, но и в не менее высоких показателях общей смертности в отдаленном периоде заболевания. По данной проблеме опубликовано много работ, в которых вероятность неблагоприятного течения постинфарктного периода оценивается с использованием данных клинических, инструментальных и инвазивных методов исследования. Однако зачастую эти работы ограничены использованием клинического материала с включением небольшого количества пациентов и не позволяют в полной мере оценить ситуацию на популяционном уровне. Современные

исследования призваны не только расширить диагностические возможности клинической и профилактической медицины, но и подойти к превентивным мероприятиям на основе новых знаний в области эпидемиологии [5]. В связи с этим необходимы точные и сопоставимые данные о долговременных тенденциях развития острой коронарной патологии на основе стандартных, жестко унифицированных программ. Являясь важной основой для планирования эффективных лечебно-профилактических мероприятий и совершенствования медицинской помощи больным с острой коронарной патологией, эти исследования позволят объяснить причины происходящих изменений, наметить пути к их улучшению и оценить возможности профилактических вмешательств.

Наряду с ОИМ, НС как одно из проявлений ИБС остается предметом интереса и изучения уже более 50 лет и в настоящее время относится к числу актуальных проблем кардиологии. Эта острая форма ИБС, наряду с ОИМ с подъемом и без подъема сегмента ST, в силу доказанной патогенетической общности входит в единое понятие “острый коронарный синдром” [8, 9]. В структуре ОКС именно НС является наиболее “перспективной” в плане предупреждения ближайших и отдаленных драматических событий [10, 11]. В медицинской литературе представлено значительное количество исследований по различным аспектам НС. Однако подавляющее большинство из них посвящено вопросам диагностики и лечения данной патологии в условиях стационара [10, 12]. Вместе с тем необходимо отметить, что в литературе недостаточно освещены аспекты клинической структуры НС и влияния особенностей клинических проявлений заболевания на исход ИБС, а результаты исследований по данному вопросу часто носят противоречивый характер. Более того, в настоящее время отсутствуют данные об уровне заболеваемости НС в популяции как в целом, так и по отдельным ее клиническим формам [12]. С одной стороны, это связано с тем, что большинство исследований, касающихся НС, не являлись популяционными, а базировались на селективном или ограниченном материале (часто ретроспективном). С другой стороны, это обусловлено объективными трудностями получения соответствующей информации, связанными с “кратковременностью” данного состояния и отсутствием достоверных и широкодоступных “маркеров” НС, способствующих объективной и полной регистрации этого заболевания на догоспитальном этапе. Следовательно, потребность в информации о различных аспектах НС, включая эпидемиологические, сохраняется, и это обуславливает необходимость проведения соответствующих исследований.

## Материал и методы

Основной базой для проведения научных исследований служит РОИМ, созданный в 1984 г. Сейчас это единственная, реально действующая в городе эпидемиологическая программа, занимающаяся сердечно-сосудистой патологией. Именно с помощью данной программы в г. Томске изучается эпидемиология острых коронарных катастроф среди жителей города старше 20 лет, и анализируется состояние медицинской помощи данной кате-

гории пациентов. Методика проведения исследования и диагностические критерии РОИМ хорошо известны и неоднократно публиковались в литературе [13]. Для регистрации, накопления, архивирования и статистической обработки собранных данных была спроектирована, разработана и внедрена реляционная база данных с web интерфейсом пользователя, универсальной средой формирования сводной и сводно-распределительной отчетно-аналитической подсистемой, возможностью импорта аналитических данных в экспертно-аналитические системы других производителей. В настоящее время в данной базе хранится уникальная информация о 50000 фактических и подозрительных на ОИМ случаях, зарегистрированных в Томске. Материалы Регистра послужили базой для проведения самостоятельных исследований различного характера и направления. Например, на основе данных РОИМ проведены исследования по изучению воздействия погодобразующих элементов на частоту возникновения ОИМ и особенностей течения и влияния безболевого ишемии миокарда на прогноз у больных ИБС. С использованием регистра оценено влияние полиморфизма генов на развитие повторного ИМ и прогноз больных, перенесших ОИМ. Кроме того, предложена оптимизация вторичной профилактики кардиальных осложнений у больных ИБС с наличием коморбидной патологии, а также изучено прогнозирование неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде ОИМ у трудоспособных больных. В частности, для выявления факторов, оказывающих влияние на течение постинфарктного периода, с целью прогнозирования негативных последствий в отдаленном периоде использовались аналитические данные, полученные в результате 5-летнего наблюдения за пациентами трудоспособного возраста, перенесшими ОИМ в период с 01.01.2003 по 31.12.2005 гг. За обозначенный период времени в базе данных накоплена информация о 1046 больных трудоспособного возраста, что составило 36% от общего числа пациентов, перенесших ОИМ. Трудоспособные больные, выжившие после перенесенного ОИМ, численность которых составила 628 человек, были группой проспективного наблюдения. Рассматривались все случаи подтвержденного ОИМ у пациентов экономически активного возраста. Первичная информация об особенностях и клинической характеристике острого периода ИМ была получена в результате обработки медицинской документации всех лечебно-профилактических учреждений города. Анализировались все доступные источники информации: истории болезни, амбулаторные карты пациентов. Осуществлялся активный вызов больных на консультативный прием к кардиологу в процессе динамического наблюдения. В случаях наступления смерти осуществлялся тщательный сбор информации из протоколов патологоанатомических исследований и актов судебно-медицинских вскрытий, интервьюировались родственники пациентов, возможные свидетели клинического случая. Таким образом, анализу были подвергнуты все случаи ОИМ, что позволило не ограничиваться искусственно сформированной выборкой больных и, следовательно, максимально объективизировать полученные данные. Большинство больных (78%) за период наблюдения гос-

питализировались в специализированное кардиологическое учреждение. Наблюдение за пациентами осуществлялось на протяжении 5 лет после перенесенного индексного ОИМ. Мониторинг больных предполагал установление витального статуса участника регистра: использовались архивные материалы бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомических отделений стационаров города, либо анализировалась информация о дате последнего визита или установления факта смерти, полученная из лечебно-профилактических учреждений первичного звена. Помимо этого, осуществлялся активный вызов больных и проведение им необходимого объема обследования для оценки клинического состояния, а также динамики параклинических и лабораторных показателей.

Программа РОИМ являлась также основой для изучения эпидемиологии ИС. На основании критериев ВОЗ [13], выделялись следующие клинические формы (КФ) ИС: 1 – впервые возникшая стенокардия; 2 – учащение приступов стенокардии, существовавшей ранее, без изменения их характера (стабильное увеличение числа стенокардитических приступов не менее чем в 2 раза от исходного при неизменном уровне физической и эмоциональной активности); 3 – учащение приступов стенокардии, существовавшей ранее, с изменением их характера в виде удлинения и усиления интенсивности болей, появления приступов стенокардии покоя, снижения купирующего эффекта от нитроглицерина; 4 – затяжной приступ стенокардии длительностью не менее 20 мин, не купирующийся нитроглицерином. При выполнении работы в процессе регистрации всех клинических случаев учитывались и данные электрокардиограммы (ЭКГ). К изменениям на ЭКГ относили подъем или депрессию сегмента ST (более 0,1 мВ) с формированием отрицательного зубца T, исчезающие в течение первых 72 ч заболевания (в противном случае эпизод трактовался как ОИМ). Конечными точками исследования или исходами заболевания считались: стабилизация – стабильное течение ИБС без формирования ОКС; дестабилизация – течение ИБС с формированием ОКС; ОИМ (без летального исхода или с таковым); внезапная коронарная смерть.

## Результаты

Результаты динамического изучения эпидемиологии ОИМ в Томске (как в целом, так и отдельных ее показателей) неоднократно публиковались в медицинской литературе. Вместе с тем на основании 30-летнего мониторинга необходимо отметить важный факт: ОИМ в Томске никогда не имел тенденции к “омоложению”, и вся острота эпидемиологической ситуации в отношении острой коронарной патологии определялась и определяется частотой ее развития среди населения старше 60 лет. Это касается не только заболеваемости и смертности, но и летальности (как госпитальной, так и догоспитальной), влияние на уровень которой среди больных именно старших возрастных групп становится все более существенным. Кроме того, получены данные, свидетельствующие о том, что ОИМ как нозологическая форма за 30-летний период времени перетерпел определенные изменения.

Кроме увеличения в возрастной структуре больных пожилого и старческого возраста, в 3 раза возросло число случаев атипичного начала заболевания, а также произошло значительное утяжеление его клинико-анамнестического фона. Следствием данных изменений явился существенный рост числа тяжелых в клиническом, диагностическом и прогностическом отношении случаев заболевания и увеличение в 2 раза числа больных, получавших лечение в непрофильных стационарах. Высокая летальность больных ОИМ, отмечаемая в непрофильных стационарах, явилась основной причиной роста госпитальной летальности, наблюдаемой в городе в последние 5 лет.

Итоги изучения эпидемиологии ОИМ среди трудоспособных пациентов в контексте сравнения с аналогичными данными среди пациентов пенсионного возраста подтвердили результаты выполненных ранее исследований: заболеваемость и общая летальность от ОИМ в группе больных старших возрастных групп кратно превосходила таковой показатель у больных молодого и среднего возраста. При этом преимущественный вклад в структуре общей летальности в когорте пациентов трудоспособного возраста принадлежал догоспитальной летальности: 89% больных, погибающих от ОИМ, умирают на догоспитальном этапе.

Резюмируя результаты изучения гендерных особенностей ОИМ у трудоспособной когорты больных, установлено, что развитие коронарной катастрофы у женщин происходило на фоне большей распространенности таких факторов риска, как артериальная гипертензия (АГ), патология углеводного обмена и атерогенная дислипидемия. При этом у них чаще диагностировался ОИМ без подъема сегмента ST на фоне нестенозирующего поражения коронарного русла с развитием постинфарктной стенокардии, в то время как у мужчин регистрировались желудочковые нарушения ритма, а также ремоделирование левых отделов сердца. Согласно результатам нашего исследования, как и по итогам сравнения с другими работами, инвазивная лечебно-диагностическая стратегия в остром периоде ИМ обуславливала благоприятный отдаленный прогноз. Несмотря на эту аксиому, весьма показательным, но неожиданным явился тот факт, что значительно чаще она применялась у мужчин. Данный факт обуславливал следующую выявленную закономерность: уровень годичной летальности среди трудоспособных женщин оказался в 2 раза выше, чем среди трудоспособных мужчин. Предикторами отдаленного неблагоприятного исхода у постинфарктных больных трудоспособного возраста явились перенесенный ранее ИМ, осложненное течение острого периода индексного ИМ в виде острой левожелудочковой недостаточности, многососудистый характер поражения коронарного русла, принадлежность к социальной группе квалифицированной трудовой деятельности. Выживаемость пациентов трудоспособного возраста с патологией углеводного обмена в отдаленном постинфарктном периоде определялась длительностью сахарного диабета (СД) 2-го типа на момент свершившегося ОИМ. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) определяла уровень летальности в первые 3 года наблюдения после перенесенного ИМ, через 5 лет влия-

ние этого предиктора нивелировалось.

Результаты изучения НС в эпидемиологическом аспекте также достаточно широко были представлены нами в литературе. Коротко резюмируя итоги данного исследования, можно сказать, что уровень заболеваемости НС близок к таковому при ОИМ. Показатель заболеваемости НС у мужчин был выше, чем у женщин во всех возрастных группах. С возрастом этот показатель увеличивался в обеих гендерных группах, достигая максимального значения в возрасте 60–70 лет (табл. 1).

В 51% случаев НС в Томске развивалась у лиц старше 60 лет. В клинической структуре заболевания преобладали два варианта: “учащение приступов уже существовавшей стенокардии с изменением их характера” и “затянувшийся ангинозный приступ”. Изменения со стороны сегмента ST отмечены лишь у каждого третьего больного. В процессе исследования была определена заболеваемость отдельными клиническими формами НС (табл. 2).

У 25,4% больных НС заканчивалась развитием ОИМ, который в 78,9% случаев возникал в первую неделю обострения симптомов коронарной недостаточности. Чаще всего ИМ развивался у больных с впервые возникшей стенокардией, реже всего – при затянувшемся ангинозном приступе. Самый высокий уровень летальности от острой коронарной патологии, возникшей на фоне НС, отмечен при затянувшемся ангинозном приступе. Кроме того, в ходе исследования был проведен анализ состояния медицинской помощи больным на догоспитальном и стационарном этапах, изучены ближайшие и отдаленные исходы заболевания, а также определены факторы, негативно влияющие на ближайший и отдаленный про-

Таблица 1

**Заболеваемость нестабильной стенокардией населения Томска в возрасте 20–70 лет (на 1000 жителей)**

Контингент больных	2003 г.	2004 г.
Мужчины	2,7**	3,1**
Женщины	1,2	1,8*
Оба пола	1,9	2,4*

Примечание: \* – достоверность различий ( $p < 0,05$  между 2003 и 2004 гг.); \*\* – достоверность различий ( $p < 0,05$  по отношению к женщинам).

Таблица 2

**Заболеваемость отдельными клиническими формами нестабильной стенокардии населения Томска (на 1000 жителей)**

	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.	2003 г.	2004 г.
I КФ	0,7	0,7	0,2	0,3	0,4	0,5
II КФ	0,1**	0,1**	0,1**	0,02**	0,1**	0,1**
III КФ	1,1	1,1	0,6	0,6	0,8	0,8
IV КФ	0,8	1,3*	0,3	0,9*	0,6	1,1*

Примечание: \* – достоверность различий по отношению к 2003 г. ( $p < 0,05$ ); \*\* – достоверность различий по отношению к другим клиническим формам ( $p < 0,05$ ).

гноз при ИС. Этими факторами явились особенности клинического течения, наличие и характер изменений на ЭКГ, СД в анамнезе и тип лечебного учреждения, где проводилось лечение. Основным же достижением 5-летнего исследования, по нашему мнению, явилось создание целостной и самостоятельной программы по изучению ИС, которая по всем параметрам (диагностические критерии, стандартная медицинская документация, методика исследования и т.д.) может быть названа “Регистр нестабильной стенокардии”.

## Обсуждение

Таким образом, за 30 лет существования РОИМ убедительно подтвердил свою уникальность как в научном, так и практическом плане. Данная программа является не только универсальной статистической системой с аналитической и экспертной функциями, но и источником ценнейшей объективной и достоверной информации об эпидемиологии ОИМ, состоянии системы медицинской помощи больным с острой коронарной патологией на всех этапах ее оказания.

Использование данных Регистра позволило получить ценную в практическом отношении информацию: вновь выявленные особенности дебюта и течения ОИМ, подтверждение уже изученных ранее эпидемиологических характеристик заболевания у пациентов трудоспособного возраста выявили недостатки в организации оказания медицинской помощи больным высокого риска и отсутствие преемственности на различных ее этапах – от первичной профилактики факторов риска ИБС до диспансерного наблюдения. У каждого 6-го пациента трудоспособного возраста индексный ИМ случался на фоне перенесенного ранее, что позволяло рассматривать их с позиции больных “со стажем коронарной болезни” и отнести их к категории санитарно просвещенных граждан. Несмотря на это больные продолжали игнорировать медицинские рекомендации по модификации образа жизни и лекарственной терапии, подтверждая тем самым недостатки здравоохранения в вопросах организации вторичной профилактики и санитарной грамотности населения. Для оценки характера и качества рекомендуемой медикаментозной терапии нами анализировались данные выживших при проспективном наблюдении пациентов. Выяснилось, что несмотря на существующие рекомендации по оптимальному оказанию медицинской помощи пациентам высокого риска, следование им на практике далеко не всегда соответствует их основным современным положениям. Обращает на себя внимание отсутствие преемственности между стационарным лечением и назначениями на амбулаторном этапе. Так, не все больные после выписки получали терапию в соответствии с существующими рекомендациями, даже при отсутствии у них противопоказаний к ее назначению. Гиполипидемическая терапия рекомендовалась крайне редко: лишь треть (35%) пациентов принимали статины. Частота назначения  $\beta$ -адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и антиагрегантов составила 75,3; 57,7 и 70,5 соответственно. Опосредованно оценивалось и качество ведения пациентов на амбулаторном этапе. Косвенно о приверженно-

сти пациентов к лечению можно судить по частоте приема рекомендованных лекарственных препаратов: анализировались данные, полученные при непосредственной беседе с пациентами о регулярно используемых препаратах. Выявлено существенное снижение частоты приема  $\beta$ -адреноблокаторов (с 75,3 до 41,5%,  $p < 0,001$ ), ингибиторов АПФ (с 57,7 до 34,2%,  $p < 0,001$ ) на этапе 5-летнего контроля. Врачи амбулаторного звена рекомендовали *de novo* эти группы лекарственных препаратов только каждому третьему-четвертому пациенту, ранее их не принимавшим. Изучение вклада наиболее распространенных факторов в вероятность развития летального исхода после перенесенного ОИМ выявило ряд особенностей. Патология углеводного обмена как предиктор неблагоприятного прогноза у пациентов с ИБС не оказывала существенного влияния на летальность пациентов, перенесших ОИМ. Однако при внутригрупповом сравнении выживаемости среди пациентов с нарушениями углеводного обмена в зависимости от сроков верифицирования СД 2-го типа установлено, что выживаемость пациентов, перенесших ОИМ, связана со временем развития патологии обмена веществ. Более низкие показатели выживаемости демонстрировали пациенты, у которых острая коронарная патология развивалась на фоне длительно протекающей патологии метаболизма углеводов. Неблагоприятное влияние на исход перенесенного ОИМ оказывали следующие предикторы: у пациентов, перенесших отек легких в остром периоде ИМ, показатели выживаемости были значительно хуже. Вместе с тем развитие прочих осложнений не ассоциировалось с влиянием на выживаемость пациентов, перенесших ИМ. Развитие повторного ИМ оказывало влияние на прогноз больных, ухудшая выживаемость. Проведение тромболизиса также оказывало влияние на показатель выживаемости пациентов: лучшие результаты были получены среди больных, подвергнутых фармакологической реваскуляризации миокарда. Развитие коронарной катастрофы на фоне перенесенного ранее ИМ ухудшало выживаемость таких пациентов в сравнении с теми, у кого индексное событие происходило впервые. Используя полученные данные, с помощью логистического регрессионного анализа составлено уравнение прогнозной модели, доступной для рутинного использования врачами практического здравоохранения с целью определения у больных, перенесших ОИМ в трудоспособном возрасте, риска развития неблагоприятных исходов в отдаленном периоде. Таким образом, проведенное исследование с включением сопоставимых по возрасту трудоспособных мужчин и женщин позволило определить дополнительные предикторы неблагоприятного прогноза у больных ОИМ и составить математическую модель, независимую от их возраст-половых характеристик. На прогноз пациентов трудоспособного возраста, перенесших коронарную катастрофу, не влияли такие широко известные факторы, как обширность поражения сердечной мышцы и локализация индексного ИМ, наличие патологии углеводного обмена и низкая ФВ ЛЖ. Напротив, подтвердились негативные перспективы у больных с отягощенным анамнезом в виде перенесенного ранее ИМ и осложненным течением острого периода индексного ИМ (в виде отека легких).

Выполнение реваскуляризирующих вмешательств как в остром периоде (фармакологическая или фармакоинвазивная стратегия), так и в течение года после свершившегося ИМ увеличивает шансы благоприятного исхода в отдаленном периоде. Полученные данные подтверждают установленное ранее влияние эффективности инвазивных процедур на прогноз больных ОИМ.

Выраженную практическую значимость имеют и результаты исследования НС. Так, было выяснено, что в клинической структуре больных с НС преобладали лица с “учащением приступов стенокардии с изменением их характера” и “затяжным приступом стенокардии длительностью более 20 мин”. Возрастно-половая структура лиц с НС оказалась близка к таковой при ОИМ. В целом контингент лиц с НС оказался более старшим, особенно женская популяция. Наличие среди больных с НС большого числа лиц с АГ и перенесенным ранее ИМ позволяет отнести эти заболевания к факторам, способствующим возникновению НС. Большее число больных с ишемическими изменениями на ЭКГ, выявленными в 1 и 3-й клинических группах НС, дает основание отнести этих пациентов в группу, наиболее неблагоприятную в плане развития ИМ. В то же время есть все основания утверждать, что в специализированные отделения должны экстренно госпитализироваться больные с НС, особенно с 1 и 3-й клиническими формами, у которых имеет место подъем сегмента ST на ЭКГ, поскольку именно у них высока вероятность развития крупноочагового ОИМ. Наблюдаемый в течение всего периода исследования высокий уровень заболеваемости НС в старшей возрастной группе подтверждает, что именно лица пожилого и старческого возраста являются наиболее уязвимым контингентом в плане развития НС, тогда как для более молодых лиц чаще всего внезапным коронарным событием является ОИМ. Результаты изучения ближайших исходов НС позволили установить, что максимальное число эпизодов ОИМ развивается в первую неделю НС. Кроме того, выявленные в процессе исследования факторы, оказывающие негативное влияние на течение и исходы НС, могут быть использованы для формирования групп больных с высоким риском развития ОИМ с целью последующего определения оптимальной тактики их ведения.

## Литература

1. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от “что делать” к “как делать” // Профилактическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 3–10.
2. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране // Кардиологический вестник. – 2009. – № 1. – С. 5–10.
3. Доклад Регионального бюро ВОЗ. Основные факторы риска, приводящие к инвалидности в престарелом возрасте, и меры ее профилактики. – Женева : ВОЗ, 2003. – С. 3.

4. Доклад ВОЗ. Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья. – Женева : ВОЗ, 2012. – С. 13–15.
5. Бойцов С.А. Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Высокая смертность от ИБС в Российской Федерации: проблемы формирования статистических данных (по результатам Российского многоцентрового эпидемиологического исследования Заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС – РЕЗОНАНС) // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2010. – № 1. – С. 19–25.
6. Батыралиев Т.А., Ниязова-Карбен З.А., Сидоренко Б.А. Экстренная коронарная ангиопластика при остром инфаркте миокарда: проспективное 6-месячное наблюдение // Кардиология. – 2001. – № 11. – С. 35–39.
7. Antman E.M., Hand M., Armstrong P.W. Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 51. – P. 210–247.
8. Кириченко А.А. Стенокардия и острый коронарный синдром. – М. : Медицина, 2001. – 46 с.
9. Jones I. Acute coronary syndromes: identification and patient care // Prof. Nurs. – 2003. – No. 5. – P. 289–292.
10. Аверков О.В., Грацианский Н.А., Коваленко Е.В. Возможности применения современных рекомендаций по лечению острых коронарных синдромов в инфарктном отделении городской больницы // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 4–13.
11. Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия – острый коронарный синдром. Современное состояние проблемы лечения // Кардиология. – 1997. – № 1. – С. 8–23.
12. Delahaye F., Roth O., de Gevigney G. Epidemiology of acute coronary syndrome // Rev. Prat. – 2003. – Vol. 53(6). – P. 607–610.
13. Гафаров В.В. Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях крупного промышленного центра Западной Сибири. – Новосибирск : Корина, 1992. – 327 с.

Поступила 28.04.2015

## Сведения об авторах

**Гарганеева Алла Анатольевна**, докт. мед. наук, профессор, руководитель отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний НИИ кардиологии.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

E-mail: aag@cardio-tomsk.ru.

**Округин Сергей Анатольевич**, докт. мед. наук, старший научный сотрудник отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний НИИ кардиологии.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

**Борель Ксения Ниановна**, научный сотрудник отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний НИИ кардиологии.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.