

Пілотний реєстр гострих коронарних синдромів з елевацією сегмента ST STIMUL: характеристика хворих, організація медичної допомоги на госпітальному етапі лікування

С.В. Валуєва, В.І. Денисюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST, реєстр, якість надання медичної допомоги, клінічні наслідки, Україна

Попри значні успіхи в лікуванні хворих із гострими коронарними синдромами (ГКС), яких було досягнуто протягом останніх десятиріч, а також запровадження сучасних лікувальних і діагностичних підходів, частота розвитку ускладнень у таких пацієнтів залишається високою [6, 7]. Щоб надавати якісну медичну допомогу, не підвищуючи витрат на охорону здоров'я, необхідно здійснювати моніторинг наслідків клінічного перебігу захворювання, аналіз інструментальних методів обстеження, визначити ризик розвитку ускладнень, відповідно до яких виробляється стратегія ведення пацієнтів.

Реєстр – спеціально організована дослідна спостережувальна програма, в якій вивчають усі випадки захворювань в їх природному перебігу та лікуванні. Метою реєстрів є визначити, як застосовують рекомендації в реальній клінічній практиці; чи справді виконання рекомендацій поліпшує прогноз; чи існують додаткові фактори, що впливають на прогноз ГКС, які можна врахувати в майбутніх рекомендаціях [2–6].

Реєстри ГКС регулярно проводять у країнах Західної Європи та Північної Америки. Здійснюють також міжнародні реєстри, з них найбільш відомі – реєстри Європейського товариства кардіологів та GRACE [4, 5], реєстри США – NRMI, CRUSADE, які сьогодні об'єднані в єдиний проект – ACTION [6]. У країнах СНД перший реєстр ГКС було проведено в Росії під назвою РЕКОРД у 2008 р. [3].

На початку 2011 р. в Україні було опубліковано результати першого реєстрового дослідження гострого інфаркту міокарда (ІМ), яке було фрагментом європейського [2]. У ньому визна-

чали загальну характеристику таких хворих та оцінювали якість надання медичної допомоги населенню протягом першої доби розвитку ІМ.

Мета роботи – дати клініко-анамнестичну характеристику пацієнтам з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST, оцінити якість надання медичної допомоги таким хворим у профільних стаціонарах та її відповідність сучасним вимогам.

Матеріал і методи

У дослідження залучено 1103 хворих віком 18 років і більше з ГКС з елевацією сегмента ST, госпіталізованих у кардіологічні й кардіохірургічні стаціонари Вінниці та Хмельницького (3 центри) від січня 2008 р. до червня 2011 р. протягом перших 24 год з моменту розвитку симптомів. Серед них два відділення мали можливість проведення ургентних інвазивних процедур.

Умови реєстру передбачали аналіз даних усіх пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST, які задовольняли критерії залучення та дали усну інформовану згоду на участь у дослідженні. За основу протоколу було взято та доповнено документи реєстру ГКС, який проводило Європейське товариство кардіологів [5]. Участь хворих у дослідженні не повинна була впливати на стратегію їх лікування в стаціонарі.

Критерії залучення: типовий больовий синдром (ангінозний біль ≥ 20 хв, задишка, синкопе, зупинка кровообігу та ін.); зміни на ЕКГ (підйом сегмента ST ≥ 1 мм як мінімум у двох суміжних відведеннях чи, ймовірно, нова повна блокада лівої ніжки пучка Гіса).

Таблиця 1

Клініко-анамнестичні дані пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST

Показник	Кількість хворих	
	абс.	%
Захворювання/стани		
Післяінфарктний кардіосклероз	267	24,21
Наявність стенокардії в анамнезі	380	34,45
Ознаки хронічної СН в анамнезі	251	22,76
Перенесений інсульт	72	6,53
Периферичний атеросклероз	9	0,82
Хронічна ниркова недостатність	19	1,72
Діаліз	2	0,18
Хронічне обструктивне захворювання легень	28	2,54
Черезшкірне коронарне втручання	23	2,09
Аортокоронарне шунтування	3	0,27
Онкологічний анамнез	15	1,36
Фактори ризику		
Артеріальна гіпертензія	845	76,61
Гіперхолестеринемія	230	20,85
ІМТ > 30 кг/м ²	353	32,0
Обтяжена спадковість	351	31,82
Паління	654	59,29
у теперішній час	300	27,2
палили раніше	354	32,09
Цукровий діабет	280	25,39
Дієта	21	9,09
Пероральні антидіабетичні препарати	205	88,74
Інсулін	5	2,17
Уперше діагностований	5	2,17

Критерії вилучення: смерть пацієнта до госпіталізації; ІМ як ускладнення первинних коронарних втручань, аортокоронарного шунтування.

Після виписки хворих зі стаціонару передбачено спостереження за ними протягом двох років шляхом здійснення візитів через 6, 12, 24 міс, заповнення анкет та телефонних опитувань.

Результати та їх обговорення

Клініко-анамнестичні дані. Серед учасників дослідження було 819 (74,25 %) чоловіків і 284 (25,75 %) жінки. Середній вік чоловіків – (61,06±1,84) року, жінок – (70,26±2,68) року. Відзначимо, в Україні ГКС розвивався в осіб більш молодого віку порівняно з даними європейських реєстрів [1, 4, 5].

Більше третини пацієнтів, які увійшли в дослідження, мали стенокардію в анамнезі,

Таблиця 2

Регулярний прийом лікарських засобів до розвитку ГКС з елевацією сегмента ST

Препарат	Кількість хворих	
	абс.	%
АСК	296	26,84
Клопідогрель	9	0,82
Бета-адреноблокатори	195	17,68
Інгібітори АПФ	266	24,12
Антагоністи рецепторів ангіотензину II	24	2,18
Статини	113	10,24
Антагоністи кальцію	53	4,81
Нітрати	206	18,68
Петльові діуретики	53	4,81

1/4 хворих перенесли один і більше ІМ, а 22,76 % осіб мали ознаки хронічної серцевої недостатності (СН). Незважаючи на велику кількість пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС), операції з ревазуляризації вінцевих судин було проведено лише у 26 (2,36 %) осіб (табл. 1).

Найбільш поширеними факторами ризику в обстежених були артеріальна гіпертензія (АГ) – 76,61 % та паління – 59,29 %. 1/4 хворих мали цукровий діабет, з них більшість приймали таблетовані антидіабетичні препарати. У кожного третього пацієнта була обтяжена спадковість та надмірна маса тіла. Рівень загального холестерину понад 4,5 ммоль/л відзначено у 20,85 % осіб, тоді як 707 (63,92 %) хворих взагалі не знали свій рівень холестерину.

За даними реєстру, серед обстежених з ГКС більшість становили особи з високим ризиком, у яких найбільш поширеними факторами ризику були АГ, паління, гіперліпідемія, надмірна маса тіла. Важливо, що ці фактори ризику є модифікованими, а їх корекція дозволить значно знизити ризик розвитку ІХС та її ускладнень.

Близько у 1/4 пацієнтів ГКС розвинувся на тлі регулярного прийому ацетилсаліцилової кислоти (АСК), β-адреноблокаторів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту – АПФ (табл. 2). Проте ліпідознижувальну терапію приймав лише кожен десятий хворий, що співвідноситься з представленими в табл. 1 даними про низьку інформованість пацієнтів про свій рівень загального холестерину. Цільові рівні останнього відзначено лише у 168 (15,19 %) осіб. Серед хворих з перенесеним раніше ІМ та інсультом приймали статини відповідно 76 (28,15 %) та 17 (20,55 %) осіб, із цукровим

діабетом – 35 (12,50 %) пацієнтів. Отримані дані узгоджуються з результатами досліджень [2–6].

Антиагреганти (у більшості (96,46 %) – АСК) застосовували відповідно 154 (57,04 %) та 40 (54,79 %) осіб з перенесеною оклюзією вінцевих або церебральних судин та 88 (31,43 %) хворих із цукровим діабетом. Згідно з європейськими та українськими рекомендаціями всі пацієнти, які перенесли ІМ, інсульт або мають цукровий діабет, повинні приймати АСК (у разі непереносності – клопідогрель) та статини [1, 2, 8].

Серед хворих із супутньою АГ знали про наявність у них підвищеного артеріального тиску (АТ) 77,99 % осіб. Антигіпертензивні засоби регулярно використовували лише 336 (50,99 %) з них: один препарат вживали 224 (47,97 %) пацієнти, два препарати – 95 (20,34 %), три – 17 (3,64 %). Із загальної кількості хворих з АГ цільових рівнів АТ досягли лише у 64 (7,51 %) осіб.

Серед обстежених з гіпертонічною хворобою й ІХС без серцево-судинних катастроф в анамнезі та нормальним рівнем цукру в крові АСК та статини приймали відповідно 14 (2,63 %) та 8 (1,50 %) пацієнтів. Таким чином, ймовірність розвитку ІМ у осіб з ІХС та супутньою АГ особливо велика у тих пацієнтів, які не застосовували відповідну терапію.

Дані при госпіталізації. Основною скаргою, яка дала можливість припустити ГКС, був ангінозний біль – у 1044 (94,65 %) осіб. Кожний четвертий хворий відзначав задишку, 12,42 % – загальну слабкість. Серцебиття та перебої в роботі серця спостерігали відповідно у 37,26 та 43,79 % осіб, психомоторне збудження – у кожного шостого пацієнта. Зупинку кровообігу як маніфестацію ГКС реєстрували у 17 (1,54 %) хворих, синкопе – у 10 (0,91 %), інші стани – у 10,31 %.

Час від розвитку симптомів до моменту госпіталізації – (5,05±0,28) год (0,3–21,5 год). Більшість пацієнтів з ГКС – 937 (84,72 %) – були госпіталізовані в стаціонар каретою швидкої медичної допомоги, 136 (12,30 %) – звернулися самостійно. 44 (3,98 %) осіб було госпіталізовано в терапевтичні стаціонари різного профілю. Протягом першої години від моменту розвитку симптомів у профільні відділення надійшло 35 (3,17 %) хворих, перших 3 год – 384 (34,81 %), перших 6 год – 660 (59,84 %), перших 12 год – 784 (71,08 %). За даними французького реєстру ГКС, проведеного у 2004 р., у Парижі протягом першої години ГКС госпіталізують у відділення 51,0 % пацієнтів [9].

У кардіологічні стаціонари з можливістю виконання інтервенційних втручань було госпіталізовано 567 (51,41 %) хворих, решту (48,59 %) лікували у відділеннях без можливості проведення інвазивного втручання.

При об'єктивному обстеженні блідість шкіри та слизових оболонок відзначено у 748 (67,82 %) хворих, акроціаноз – у 423 (38,35 %), тахіпное – у 284 (25,75 %), набряки ніг – у 132 (11,97 %). Середня частота скорочень серця становила (83,4±2,6) за 1 хв (35–170 за 1 хв), середні значення систолічного та діастолічного АТ – відповідно (138,6±3,6) мм рт. ст. (70–200 мм рт. ст.) та (83,4±2,6) мм рт. ст. (0–110 мм рт. ст.). Ознаки гострої лівошлуночкової недостатності відзначено у 632 (57,30 %) обстежених. Клас I за Killip реєстрували у 376 (34,09 %) пацієнтів, II та III класи – відповідно у 137 (12,43 %) та 80 (7,26 %) хворих. У 39 (3,54 %) осіб спостерігали явища кардіогенного шоку.

Визначали маркери пошкодження міокарда хоча б один раз у 350 (31,72 %) пацієнтів, рівень тропоніну I – у 188 (17,04 %), активність креатинфосфокінази та її MB-фракції у сироватці крові – відповідно у 219 (19,85 %) та у 109 (9,88 %) осіб.

При госпіталізації середні показники загального холестерину в учасників реєстру становили (5,60±1,44) ммоль/л, креатиніну – (102,40±1,84) мкмоль/л, кліренсу креатиніну – (90,42±2,32) мл/хв. Кліренс креатиніну понад 60 мл/хв, який свідчив про істотне зниження функції нирок, реєстрували у 19,84 % осіб. Рівень глюкози крові становив (7,40±0,95) ммоль/л (у хворих на цукровий діабет – (11,7±0,43) ммоль/л, у решти осіб – (5,80±0,45) ммоль/л). Середній рівень гемоглобіну при госпіталізації – (144,30±1,82) г/л. Питома вага пацієнтів із рівнем гемоглобіну менше 100 г/л – 2,54 %.

В обстежених при реєстрації ЕКГ основним ритмом був синусовий – 898 (81,41 %) випадків. Тріпотіння або фібриляцію передсердь реєстрували у 80 (7,25 %) осіб, суправентрикулярну пароксизмальну тахікардію – у 3 (0,27 %), шлуночкову – в 7 (0,63 %). Порушення провідності високих градацій (атріовентрикулярну блокаду 2–3-го ступеня) було діагностовано у 44 (4,40 %) хворих, з них повну атріовентрикулярну блокаду – в 34 (77,27 %). Екстрасистолію реєстрували у 835 (75,70 %), рубцеві зміни – у 274 (24,84 %), роботу штучного водія ритму – у 7 (0,63 %), повну блокаду лівої та правої ніжок

Таблиця 3

Частота використання у стаціонарі інвазивних та неінвазивних методик діагностики й лікування у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST

Методика	Кількість хворих	
	абс.	%
Ургентна коронароангіографія	326	29,56
Черезшкірне коронарне втручання	237	21,49
Ангіопластика	21	1,90
Інтракоронарний тромболізис	6	0,54
Ехокардіоскопія	817	74,07
Холтеровське моніторування ЕКГ	114	10,34
Дуплексне сканування судин шиї	31	2,81
Постановка постійного / тимчасового штучного водія ритму	32	2,90
Імплантація кардіовертера-дефібрилятора	1	0,009
Кардіоверсія	77	6,98
медикаментозна	45	4,08
електрична	32	2,90
Балонна контрапульсація аорти	3	0,27
Штучна вентиляція легень	92	8,34

пучка Гіса – відповідно у 78 (7,07 %) та 34 (3,08 %) пацієнтів. Гіпертрофію лівого шлуночка (ЛШ) визначали у 844 (76,52 %) осіб, ознаки систолічного перевантаження – у 256 (23,21 %).

Елевацію сегмента ST у передніх відведеннях спостерігали у 723 (65,55 %) хворих, задніх – у 393 (35,63 %), латеральних – у 202 (18,31 %).

У табл. 3 представлено дані про використання у стаціонарі інвазивних та неінвазивних діагностичних і терапевтичних методик.

Лікування у стаціонарі. Реперфузійну терапію отримали 330 (29,92 %) пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST, з них інвазивне коронарне втручання було проведено у 237 (71,82 %) хворих, фібриноліз – у 93 (28,18 %). Більшість (70,16 %) пацієнтів лікували консервативно ($P < 0,001$). Низька частота проведення первинних черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ) та тромболітичної терапії (ТЛТ) є найбільш важливою проблемою в лікуванні пацієнтів з ГКС. В європейському реєстрі ACS-I ще в 2001 р. реваскуляризацію вінцевих судин проводили у 59 % хворих, частка тромболізісу становила 58 % [4]; у 2006 р. (реєстр ACS-II) – відповідно у 63 та 41 % пацієнтів [8], у 2008 р. (реєстр ACS-III) ці показники сягнули 78,6 та 37,7 % [9], а в російському реєстрі РЕКОРД (2009 р.) – 51,6 та 62,2 % [3].

За результатами цього реєстру при виборі методу реперфузії лікарі надавали перевагу пер-

винному стентуванню, що відповідає сучасним вимогам за умови дотримання рекомендованих часових інтервалів [8].

Догоспітальний тромболізис було проведено лише 3 (2,27 %) пацієнтам. Середній час від госпіталізації хворого до введення фібринолітика (час «двері–голка») становив $(0,38 \pm 0,10)$ год ($0,22-0,57$ год). Тканинний активатор плазміногену було введено 31 (33,33 %) пацієнту, стрептокіназу – достовірно ($P < 0,001$) частіше – 62 (66,67 %). Згідно із сучасними рекомендаціями, при неможливості виконання первинних ЧКВ, перевагу слід надавати догоспітальному тромболізісу протягом перших 30 хв від приїзду бригади швидкої медичної допомоги (ШМД). Госпітальний тромболізис необхідно провести протягом перших 30 хв перебування хворого у стаціонарі [8].

Період від першого контакту бригади ШМД з пацієнтом до дилатації балона у вінцевій артерії тривав у середньому $(3,46 \pm 0,14)$ год ($1,24-6,80$ год). За даними рекомендацій Європейського товариства кардіологів час «двері–балон» має становити менше 2 год, а у випадку поширеного ІМ – не перевищувати 90 хв [8]. 48 (4,35 %) хворих було переведено з відділень без можливості виконання інвазивного втручання. Ургентну коронароангіографію проведено у 326 (29,56 %) пацієнтів. Ангіопластику перед встановленням стента було виконано у 21 (0,91 %) хворого. Під час виконання ЧКВ інтракоронарний тромболізис проведено у 6 (2,53 %) пацієнтів, аденозин, верапаміл вводили 4 (1,69 %) хворим під час рятівного ЧКВ та в 1 (0,42 %) пацієнта, в якого виник тромбоз стента.

Згідно з представленими даними, важливими факторами, що призводять до неможливості здійснення реперфузійної терапії, є велика тривалість періоду від моменту виникнення ангінозних болів до госпіталізації, низька частота проведення догоспітального фібринолізу. Причиною вказаного є пізні звернення пацієнта по ШМД, відсутність тромболітичних засобів у каретах ШМД, тривале транспортування хворих у стаціонар, матеріальна неспроможність хворих отримати належне лікування.

У 8 (0,73 %) пацієнтів ЧКВ були проведені після неуспішного фібринолізу (рятівне ЧКВ), у 2 (0,18 %) – після ефективної ТЛТ (полегшене ЧКВ).

Антитромбоцитарні засоби. На догоспітальному етапі АСК прийняли 700 (63,46 %) хворих. За весь час перебування у стаціонарі АСК

було призначено 95,65 % особам (табл. 4). Клопідогрель у стаціонарі отримали 86,58 % пацієнтів. Серед них стартові дози препарату 75, 300 та 600 мг були призначені відповідно 14,35; 71,41 та 14,24 % хворим. Протягом перших 24 год АСК та клопідогрель отримали відповідно 91,18 та 82,4 % осіб.

Результати реєстру продемонстрували високу частоту призначення подвійної антитромбоцитарної терапії у пацієнтів з ГКС незалежно від обраної стратегії лікування як на догоспітальному етапі, так і при госпіталізації. Більшість хворих отримували навантажувальні дози клопідогрелю, пацієнти після 75 років обґрунтовано отримували звичайні дозування.

Блокатори глікопротеїнових рецепторів IIb/IIIa тромбоцитів були призначені 9 (0,82 %) хворим перед проведенням інвазивних втручань.

Парентеральні антикоагулянти. За результатами реєстру пентасакхарид фондапаринукс натрію було призначено більшості хворих – 46,78 %. Згідно із сучасними вимогами препарат має призначатися пацієнтам з ГКС з елевацією сегмента ST, яким не планується реперфузійна терапія та при проведенні тромболізу стрептокіназою [8].

У 14,87 % осіб антикоагулянтну терапію здійснювали нефракціонованим гепарином. Призначення гепарину відповідає сучасним вимогам, препарат особливо показаний при проведенні реперфузійної терапії [8]. Низькомолекулярні гепарини призначали кожному третьому хворому. 73 (6,62 %) пацієнтам антикоагулянтну терапію не застосовували.

Непрямий антикоагулянт варфарин приймали 33 (2,99 %) хворих, в яких було діагностовано тромбоутворення в порожнині чи аневризмі ЛШ, після перенесеного інсульту та з постійною формою фібриляції передсердь.

Бета-адреноблокатори та інгібітори АПФ використовували відповідно 87,13 та 83,86 % хворих. Найбільш часто лікарі призначали бісопролол (76,48 %) та раміприл (57,11 %). Статини застосовували 92,95 % пацієнтів, найбільш часто – аторвастатин (85,38 %); омега-3-поліненасичені жирні кислоти – 8,98 % осіб. Антагоністи альдостерону приймав кожен третій хворий.

Нітрати та діуретики було призначено відповідно 61,65 та 42,07 % пацієнтам. Кордарон отримував кожний шостий хворий, дигоксин – 1,81 % осіб. Введення симпатоміметиків потре-

Таблиця 4

Частота призначення лікарських засобів у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST у стаціонарі

Препарат	Кількість хворих	
	абс.	%
АСК	1055	95,65
Клопідогрель	955	86,58
Блокатори глікопротеїнових рецепторів IIb/IIIa тромбоцитів	9	0,82
Фондапаринукс натрію	516	46,78
Нефракціоновані гепарини	164	14,87
Низькомолекулярні гепарини	350	31,73
Варфарин	33	2,99
Статини	999	90,57
Бета-адреноблокатори	961	87,13
Інгібітори АПФ	925	83,86
Антагоністи рецепторів ангіотензину II	33	2,99
Антагоністи альдостерону	301	27,29
Кордарон	174	15,78
Нітрати	680	61,65
Петльові діуретики	464	42,07
Антагоністи кальцію	102	9,25
Дигоксин	20	1,81
Омега-3-поліненасичені жирні кислоти	99	8,98
Симпатоміметики	138	12,51

бували 138 (12,51 %) пацієнтів. Серед них інфузію левосимендану було призначено 17 (12,32 %) особам, дофаміну – решті (87,68 %) хворих.

Балонну контрапульсацію аорти було проведено 3 (0,27 %) обстеженим у стані кардіогенного шоку. 32 (2,90 %) пацієнти потребували постановки тимчасового штучного водія ритму, 1 (0,009 %) – кардіовертера-дефібрилятора, 92 (8,34 %) – підключення до апарату штучної вентиляції легень (див. табл. 3).

Результати лікування. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила (14,4±8,6) дня (7–34 дні).

За час перебування у стаціонарі ознаки гострої СН реєстрували у 667 (60,47 %) пацієнтів (табл. 5), із них кардіогенний шок розвинувся у 5,62 %, набряк легень – у 6,44 %.

Небезпечні для життя порушення ритму (фібриляція шлуночків, гемодинамічно неефективна пароксизмальна тахікардія) виникли у 6,98 % осіб. Раптова зупинка кровообігу настала у 13,33 % пацієнтів, з них реанімаційні заходи були успішними у кожного п'ятого хворого. У 5,08 % осіб стався рецидив ІМ, у 6,80 % діагностовано ранню післяінфарктну стенокардію. Інсульти та

Таблиця 5

Ускладнення, які розвинулися у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST у стаціонарі

Ускладнення	Кількість хворих	
	абс.	%
Гостра серцева недостатність	667	60,47
Killip I	238	21,84
Killip II	296	26,75
Killip III (набряк легень)	71	6,44
Killip IV (кардіогенний шок)	62	5,62
Раптова зупинка кровообігу	147	13,33
Успішна реанімація	29	2,63
Фібриляція шлуночків / гемодинамічно неефективна пароксизмальна тахікардія	77	6,98
Рецидив ІМ	56	5,08
Рання постінфарктна стенокардія	75	6,80
Аневризма ЛШ	103	9,34
Тромб у порожнині ЛШ	37	3,35
Інсульт	7	0,63
Тромбоемболія легеневої артерії	7	0,63
Кровотеча	23	2,09
велика	10	0,91
мала	13	1,18
Інфузія кровозамінників	3	0,27
Розрив вільної стінки міокарда	35	3,17
Внутрішньогоспітальна летальність	125	11,37

тромбоемболія легеневої артерії ускладнили перебіг захворювання в 0,63 % випадків кожний. Аневризма серця сформувалася у кожного десятого хворого. Тромбоутворення в порожнині ЛШ зафіксовано у 37 (3,35 %) осіб, розрив вільної стінки міокарда – у 3,17 %.

Основним показником якості лікування хворих з ГКС з елевацією сегмента ST є лікарняна летальність, яка в обстежених становила 11,37 %. Відповідно виписали зі стаціонару 978 (88,68 %) пацієнтів. При порівнянні результатів реєстру з офіційними статистичними даними виявили, що летальність при ІМ у стаціонарах України – в середньому 12,90 % [1]. У дослідженні [2] отримано дещо парадоксальний результат. Незважаючи на істотну невідповідність лікування хворих із гострим ІМ до існуючих стандартів, а саме низьку частоту проведення реперфузійної терапії, лікарняна летальність в Україні становила 7,4 % і була на рівні високорозвинених країн Європи та США (в EHS-Registry – 7,5 % [1], в реєстрі GRACE – 8,0 % [6], в реєстрі CRUSADE – 6,0 % [6]) та в 2,5 разу нижчою, ніж у Росії (16,7 %, реєстр РЕКОРД) [3]. Вказане свідчить про наявність проблем у діагностиці та лікуванні гострого ІМ в Україні та можливі резерви для його поліпшення.

Таблиця 6

Частота призначення основних лікарських засобів на момент виписки із стаціонару у хворих з ГКС з елевацією сегмента ST

Препарат	Кількість хворих	
	абс.	%
АСК	914	93,46
Клопідогрель	756	77,30
Варфарин	72	7,36
Статини	939	96,01
Бета-адреноблокатори	872	89,16
Інгібітори АПФ	843	86,19
Антагоністи рецепторів ангіотензину II	29	2,97
Антагоністи альдостеронових рецепторів	267	27,30
Нітрати	405	41,41
Петльові діуретики	472	48,26
Антагоністи кальцію	103	10,53

Лікування, яке було призначене хворим на момент виписки зі стаціонару, представлено в табл. 6.

Планову коронароангіографію рекомендували пройти 324 (29,37 %) пацієнтам, операції з реваскуляризації вінцевих судин – 58 (5,26 %).

Наслідки лікування. Після проведеного лікування ІМ із зубцем Q сформувався у 997 (90,39 %) хворих. ГКС з елевацією сегмента ST трансформувалася в ІМ без зубця Q – у 78 (7,07 %) осіб, в нестабільну стенокардію – у 28 (2,54 %).

Обмеження. Проведення реєстру обмежене двома центральними областями – Вінницькою та Хмельницькою. Незважаючи на обмеження представлений реєстр є репрезентативним.

Висновки

1. Вперше в Україні триває проведення пілотного реєстру гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST, у рамках якого заплановано тривале дворічне спостереження за пацієнтами у Вінницькій та Хмельницькій областях.

2. У хворих із гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST спостерігають високу поширеність факторів ризику, таких як артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіперхолестеринемія, куріння, обтяжена спадковість, більшість з яких є модифікованими.

3. У осіб з високим ризиком розвитку гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST реєструють низьку частоту прийому основних класів серцево-судинних препаратів.

4. У хворих із гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST частота проведення реперфузійної терапії (механічної та фармакологічної), у тому числі догоспітального тромболізу в центральних областях України залишається низькою.

5. Строки проведення як первинних черезшкірних коронарних втручань, так і тромболізу виходять за межі рекомендованих, а велика тривалість періоду від початку симптомів до госпіталізації додатково обмежує їх проведення.

6. У хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST, включених у реєстр, частота призначення подвійної антитромбоцитарної терапії та прямих антикоагулянтів є високою.

7. У хворих з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST, включених у реєстр, показники внутрішньогоспітальної летальності відповідають офіційним статистичним даним України, але значно перевищують аналогічні показники, отримані у великих міжнародних дослідженнях.

8. Результати реєстру виявили невідповідність організації надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST до існуючих рекомендацій.

Автори висловлюють подяку головним лікарям, завідувачам відділень, які брали участь в організації цього реєстрового дослідження: О.Ф. Турському, В.П. Щербаку (Вінницька міська клінічна лікарня № 1); А.С. Флаксембергу, А.І. Кланці (Хмельницька обласна лікарня);

В.Л. Розгонюку, В.О. Уварову (Хмельницька міська лікарня).

Література

1. Коваленко В.М. Профілактика та лікування інфаркту міокарда в Україні / В.М. Коваленко // Укр. кардіол. журн. – 2009. – № 8. – С. 4–9.
2. Пархоменко А.Н., Лутай Я.М., Дашан Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 1 (81). – С. 20–24.
3. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара // Атеротромбоз. – 2009. – № 1. – С. 105–119.
4. Hasdai D., Behar S., Wallentin L. et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin; the Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS) // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23 (15). – P. 1190–1201.
5. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean basin in 2004 // Eur. Heart J. – Vol. 27 (19). – P. 2285–2293.
6. Peterson E.D., Dai D., DeLong E.R. et al. Contemporary mortality risk prediction for percutaneous coronary intervention: results from 588,398 procedures in the National Cardiovascular Data Registry // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 55. – P. 1923–1932.
7. Spinar J., Vitovec J., Spinarova L. The TIMI trials – 25 years of clinical research (1984–2009) // Cor. Vasa. – 2008. – Vol. 50 (12). – P. 480–485.
8. Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2008. – Vol. 29. – P. 2909–2945.
9. Widimsky P., Wijns W., Fajadet J. et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31. – P. 943–957.

Надійшла 12.01.2012 р.

The pilot registry of acute coronary syndromes with ST segment elevation STIMUL: characteristics of patients and results of in-hospital treatment

S.V. Valuyeva, V.I. Denysiuk

The pilot registry of acute coronary syndromes (ACS) with ST segment elevation STIMUL is the first registry research in Ukraine including two-year observation. Our study aimed to examine the characteristics, the management of ACS patients with ST-elevation and to compare adherence to guidelines. In a prospective survey conducted from January 2008 to June 2011 data describing characteristics, treatment, and outcome of 1103 ACS patients with ST segment elevation diagnosed in Vinnitsa and Chmelnitsky regions were collected. There was a high prevalence of hypertension (76.61 %), obesity (32.0 %), hyperlipidaemia (20.85 %), smoking (59.29 %) and family history of coronary artery disease (31.82 %). Among ACS patients with ST segment elevation, 21.49 % received primary percutaneous coronary intervention, 8.43 % – fibrinolytic therapy. So, the rate of primary reperfusion in the central regions of Ukraine remains low. There was a large time delay from symptom onset to arrival at the emergency department. The in-hospital mortality of ACS patients with ST-segment elevation was 11.37 %.