

Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего

С.Ю. Марцевич^{1,2*}, М.Л. Гинзбург³, Н.П. Кутишенко¹, А.Д. Деев¹, А.В. Фокина³,
Е.В. Даниэльс³

¹ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития; ²Кафедра доказательной медицины 1-го МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва; ³МУЗ Люберецкая районная больница № 2, Московская область

LIS Study (Lyubertsy Study of mortality in patients after acute myocardial infarction): the patients' portrait

S.Yu. Martsevich^{1,2*}, M.L. Ginsburg³, N.P. Kutishenko¹, A.D. Deev¹, A.V. Fokina³,
E.V. Daniels³

¹State Research Centre for Preventive Medicine; ²Evidence-based Medicine Department, I.M. Sechenov ¹st Moscow State Medical University, Moscow; ³Lyubertsy Clinical Hospital No. 2, Moscow Region

Цель. Изучить в рамках исследования ЛИС демографические характеристики, особенности течения и лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и других сердечно-сосудистых заболеваний, а также распространенность факторов риска (ФР) до перенесенного острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование включали всех больных (n = 1133), у которых за 3-летний период в стационарах Люберецкого района Московской области был диагностирован ОИМ.

Результаты. Мужчины составили 54,5 %, женщины — 45,5 %. Средний возраст мужчин с ОИМ — 60,1±0,5 лет, женщин — 71,4±0,4 года. ~ 35 % от всех включенных в исследование больных были мужчины трудоспособного возраста. Большинство пациентов имели несколько ФР, чаще всего артериальную гипертензию (76 %). >30 % больных до перенесенного ОИМ не имели признаков ИБС. Лекарственные препараты до ОИМ назначались достаточно редко, антиагреганты получали 16 % больных, статины — 2 %.

Заключение: ОИМ нередко возникает у лиц без явных признаков предшествующей ИБС и в таких случаях может быть первым проявлением заболевания. Оценка сердечно-сосудистого риска у лиц с наличием ФР должна войти в повседневную практику практического здравоохранения.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, предшествующая ишемическая болезнь сердца, факторы риска, течение, терапия.

Aim. As a part of the LIS Study (Lyubertsy Study of mortality in patients after acute myocardial infarction), to assess the patients' demographic characteristics, specifics of the clinical course and treatment of coronary heart disease (CHD) and other cardiovascular pathology, as well as the risk factor (RF) prevalence before acute myocardial infarction (AMI).

Material and methods. The study included all patients (n=1133) who, within the three-year study period, developed AMI and were admitted to Lyubertsy clinics (Moscow Region).

Results. The study population included 54,5 % men and 45,5 % women. Mean age of male and female AMI patients was, respectively, 60,1±0,5 and 71,4±0,4 years. Approximately 35 % of all participants were working-age men. The majority of the patients had several RFs, among which arterial hypertension (AH) was the most prevalent (76 %). Over 30 % of the patients did not have pre-existing CHD before AMI. Prior to AMI, pharmaceutical treatment was rare; antiplatelet agents and statins were administered to 16 % and 2 %, respectively.

Conclusion: AMI often developed in people without pre-existing CHD, being, therefore, the first CHD manifesta-

©Коллектив авторов, 2011
e-mail: smartsevich@gnicpm.ru

[Марцевич Ю.С. (*контактное лицо) — д.м.н., проф., рук. отд. профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ; проф. кафедры доказательной медицины ПМГМУ, Гинзбург М.Л. — к.м.н., зав. кард. отд., Кутишенко Н.П. — д.м.н., зав. лаб. отд. профилактической фармакотерапии, Деев А.Д. — к.ф.-м.н., зав. лаб. биостатистики отд. профилактической фармакотерапии, Фокина А.В. — врач кард. отд., Даниэльс Е.В. — врач кард. отд.]

tion. Cardiovascular risk assessment in people with RFs should be an important part of the everyday clinical practice.

Key words: Acute myocardial infarction, pre-existing coronary heart disease, risk factors, clinical course, therapy.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) — одно из наиболее тяжелых и драматических осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). ОИМ характеризуется высоким уровнем летальности, он значительно осложняет дальнейшее течение заболевания у выживших больных, существенно ухудшая прогноз их жизни [1-3]. Достижения медицины последних лет позволили значительно усовершенствовать лечение ОИМ и его последствий, о чем свидетельствуют в первую очередь результаты контролируемых, рандомизированных исследований и ряда регистров ОИМ, выполняемых в основном в странах Запада [4, 5]. Успехи профилактической медицины дают все основания считать, что значительная часть случаев ОИМ может быть предупреждена, в т.ч. с помощью профилактического назначения лекарственных препаратов больным с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) [3].

Однако, очевидно, что эти достижения не всегда полно и адекватно внедряются в клиническую практику, следствием чего являются до сих пор сохраняющиеся в России высокие показатели смертности в острую фазу ОИМ [6, 7]. Данные о реальном течении заболевания в Российской Федерации (РФ) относительно немногочисленны, еще менее изучен вопрос об отдаленных последствиях ОИМ.

Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда) имело целью изучение исходов ОИМ на протяжении достаточно длительного периода: от момента поступления в стационар до отдаленных сроков (несколько лет) [8].

Цель настоящей публикации — максимально подробно описать исходные характеристики включенных в исследование ЛИС больных и в определенной степени прояснить закономерность возникновения ОИМ.

Материал и методы

Протокол исследования ЛИС был подробно описан ранее [8]. В это исследование включались все больные, у которых при госпитализации в период с 1 января 2005г по 31 декабря 2007г во все функционирующие стационары Люберецкого района Московской области был подтвержден диагноз ОИМ. Пациентов, поступавших с подозрением на ОИМ, у которых в процессе госпитализации диагноз не подтвердился, в исследование не включали. Диагноз ОИМ устанавливали на основании клинических признаков (типичный ангинозный синдром), динамики ферментов крови, в первую очередь креатинфосфокиназы (КФК), а также характерных изменений на ЭКГ. Тест на определение тропонина проводился

не всем больным. Диагноз ОИМ считали определенным, если присутствовали не менее 2 из 3 перечисленных выше признаков.

Всего за указанный период (2005–2007гг) в 3 стационарах района (Люберецкая районная больница № 1, Люберецкая районная больница № 2, больница им. А.В.Ухтомского), в которые могут поступать больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), ОИМ был диагностирован у 1133 больных. Включение больных в исследование и анализ материала, а также оценка состояния выживших больных были начаты в феврале 2009г и закончены в феврале 2010г. Соответственно средний срок наблюдения (от перенесения ОИМ до смерти или до повторного контакта с больным колебался от 1 сут. (в случае быстрой смерти больного) до 1424 сут., составив в среднем 1,75 года.

Для оценки состояния больных в период госпитализации была разработана специальная карта, в которую переносились данные, отраженные в историях болезни и которая впоследствии использовалась при динамическом наблюдении за больным. Задачей исследования было установление жизненного статуса включенных в него больных (средний срок наблюдения после ОИМ — 1,3 года), факторов, влияющих на прогноз жизни, а также изучение динамики состояния больных, оставшихся в живых. Представление этих данных выходит за рамки настоящей публикации.

Для диагностики ОИМ пользовались Международной классификацией болезней (МКБ 9 и 10), дополняя ее данными о наличии или отсутствии зубца Q на ЭКГ (Q-ИМ, неQ-ИМ). Из 1133 больных Q-ИМ перенесли 1003 (88,5 %) больных. За период нахождения в стационаре умерли 172 пациента, таким образом, больничная летальность составила 15,2 %.

В настоящем сообщении подробно описаны включенные в исследование больные: демографические характеристики и доступные клинические показатели, на момент их поступления в стационар в связи с ОИМ, впервые возникшим за указанный период времени. Этот ОИМ был принят как референсный и рассматривался как точка отсчета, от которой в дальнейшем прослеживалась динамика развития болезни, в первую очередь смертельный исход.

Все сведения о диагнозе, особенностях течения референсного ОИМ брали из историй болезни больных. Представленные в работе сведения о факторах риска (ФР) перед развитием референсного ОИМ регистрировались при сборе анамнеза и, безусловно, могли отсутствовать либо быть зафиксированы неправильно, особенно в тех случаях, когда сбор анамнеза был затруднен из-за тяжести состояния или невозможен вследствие быстрой смерти пациента. Данные о массе тела (МТ), росте больного и, соответственно, о наличии ожирения (Ож) брали из антропометрических измерений при поступлении больного в стационар. Сведения о предшествующих ССЗ, в первую очередь ИБС, а также об особенностях их течения собирали из анамнеза, а также анализа предыдущих ЭКГ и выписок из историй болезни при их наличии.

Таблица 1

Основные демографические характеристики 1133 больных ОИМ

Мужчины/женщины (n)	618/515
%/%	(54,5/45,5)
Средний возраст (лет) — все больные	65,3±0,38
Мужчины/женщины	60,2±0,5/71,4±0,44
Больные < 60 лет (n)	399
мужчины/женщины	(320/79)
Образование (n)	21/765/119/228
незаконченное среднее/среднее/высшее/неизвестно	

Таблица 2

Сведения о наличии ФР ИБС до референсного ОИМ у 1133 больных

ФР	
АГ (n)	
да/нет/неизвестно	866/140/127
Курение (n)	
да/нет/неизвестно	327/790/16
Ож (n)	
да/нет/неизвестно	457/640/36
ГХС (n)	
да/нет/неизвестно	391/289/453
СД 2-го типа (n)	
да/нет/неизвестно	202/926/5
Неблагоприятная наследственность (n)	
да/нет/неизвестно	31/692/410

Результаты

Как отмечалось выше, за 3-летний период (2005-2007гг) в стационарах Люберецкого района Московской области диагноз ОИМ был установлен 1133 больным. У 936 (82,6 %) из этих больных, предварительный диагноз при поступлении, полностью совпал с окончательным. У 145 (12,8 %) больных в диагнозе при поступлении нашло отражение наличие ИБС, однако отсутствовали какие-либо указания на нестабильность ее течения. У 52 (4,6 %) больных в предварительном диагнозе не было никаких указаний на наличие ИБС.

Данные о возрасте, поле и образовании больных представлены в таблице 1. Обращает внимание, что мужчин было несколько больше, чем женщин (более чем на 100), однако средний возраст женщин с ОИМ был более чем на 11 лет выше среднего возраста мужчин. Минимальный возраст составил 26 лет, максимальный — 97 лет. Важно, что >35 % больных были <60 лет, из них >80 % были мужчины — люди трудоспособного возраста.

Распространенность ФР — курения, артериальной гипертензии (АГ), Ож, сахарного диабета (СД) и гиперхолестеринемии (ГХС) представлена в таблице 2. Самым распространенным из них оказалась АГ, которая отмечена у 76,4 % больных.

Данные о повышенном уровне холестерина (ХС) в крови до референсного ОИМ у значительной части больных (40 %) отсутствовали, по-видимому, в силу неинформированности больных. Поэтому значимость этого ФР в развитии ОИМ можно оценить с большой степенью условности. Среди 672 историй

болезни, в которых содержались данные о ГХС, ее наличие было отмечено в 391. Ож зарегистрировано у 40,3 % больных, информация об этом ФР отсутствовала лишь у очень небольшого числа больных, по-видимому, тогда, когда МТ и рост просто не успели измерить из-за крайне тяжелого состояния больного или его быстрой смерти.

Данные о семейном анамнезе, по-видимому, собирали очень формально: они отсутствовали у 36 % больных; однако, в тех случаях, когда они были, по-видимому, не всегда отражали реальную картину из-за того, что врачи не имели четких критериев того, что называют неблагоприятной наследственностью.

В таблице 3 представлены данные о наличии ИБС и других ССЗ в анамнезе и их течении. Обращает внимание, что более чем у 30 % больных признаки ИБС ранее отсутствовали. Лишь у относительно небольшого числа пациентов до перенесенного ОИМ были признаки тяжелой стенокардии или хронической сердечной недостаточности (ХСН). Стенокардия напряжения III функционального класса (ФК) согласно классификации канадской ассоциации кардиологов регистрировалась до референсного ОИМ лишь у 13 больных, а клинически выраженная ХСН — у 146 (12,9 %) больных.

В таблице 4 приведены сведения о лечении, которое получали больные до развития ОИМ. Обращает внимание, что частота назначения кардиологических препаратов основных групп была крайне низкой; антиагреганты получали только 16 % больных, а статины — 2 %.

Таблица 3

Сведения о наличии ИБС и прочих ССЗ до референсного ОИМ у 1133 больных

Заболевание/осложнение	
ИБС в анамнезе (n) да/нет/неизвестно	777/356/0
ИМ в анамнезе (n) да/нет/неизвестно	240/454/439
Стенокардия в анамнезе (n) отсутствие/1 ФК/2 ФК/3 ФК/неизвестно	445/362/313/13
Мерцательная аритмия в анамнезе (n) да/нет/неизвестно	88/514/531
Ранее перенесенное нарушение мозгового кровообращения (n) да/нет/неизвестно	103/554/476

Таблица 4

Частота назначения лекарственных препаратов у 1133 больных перед госпитализацией в стационар в связи с референсным ОИМ

Антиагреганты	Статины	Антикоагулянты	Диуретики	β-АБ	ИАПФ
16 %	2 %	0 %	13 %	21 %	21 %

Примечание: β-АБ — бета-адреноблокаторы, ИАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Обсуждение

Исследование ЛИС, по-видимому, дает возможность представить характерный для России образ больного ОИМ, т. к. это исследование проводилось в достаточно типичном регионе — районе Московской области, непосредственно примыкающем к Москве, но не входящим в ее состав. Важно, что в исследование были включены практически *все* больные, переносившие ОИМ в стационаре на территории района за 3-летний период. Безусловно, какая-то часть больных ОИМ могла умереть вне стационара, еще какая-то часть могла перенести нефатальный ОИМ вне стационара, однако, очевидно, что не эти больные составляли большинство.

Данные исследования ЛИС показывают, что хотя доля пожилых (особенно женщин) среди больных ОИМ достаточно велика, существенную часть составляют люди относительно молодого возраста. В частности, мужчины <60 лет составили >25 % от всех заболевших, что еще раз свидетельствует о социальной значимости заболевания.

Результаты исследования ЛИС демонстрируют, что многих больных можно считать вполне благополучными до развития ОИМ, т. к. далеко не у всех диагностировали ИБС (таких больных было >30 %). Как показал анализ смертности (он будет представлен в дальнейших публикациях), эти больные впоследствии умирали практически так же часто, как и больные с признаками ИБС в анамнезе. Таким образом, для части больных (1/3) ОИМ был первым (а для некоторых и последним) проявлением ИБС. Можно предположить, что у этих больных ИБС либо не была своевременно диагностирована, что в принципе

маловероятно, т. к. заболевание, как правило, имеет достаточно выраженную клиническую симптоматику, либо ОИМ действительно был дебютом ИБС и развился как результат действия комбинации ФР, попытка проанализировать частоту которых сделана в настоящей работе.

Хотя информация о наличии ФР ИБС в этом исследовании ограничена (особенно в отношении наличия ГХС), т. к. собиралась ретроспективно на основании анализа историй болезни, она, тем не менее, свидетельствует, что большинство больных имели набор разных ФР (в прежде всего АГ).

Наконец, приводимые в настоящей работе данные о предшествующем ОИМ лечении больных производят тяжелое впечатление. Даже больные с диагностированной ранее ИБС, как правило, не получали таких средств вторичной профилактики как антиагреганты и статины. В связи с этим нельзя исключить, что относительно высокая больничная летальность 15,2 %, хотя и весьма обычная для РФ, возможно, связана с качеством терапии или ее отсутствием перед развитием ОИМ [6, 9, 10].

Таким образом, исследование ЛИС на примере регистра ОИМ, проводившегося в Люберецком районе Московской области, позволило охарактеризовать типичного больного, показав высокую заболеваемость среди лиц трудоспособного возраста. Определенная доля больных (~ 30 %) ранее не имели признаков ИБС, т. е. с точки зрения практической медицины могли рассматриваться как здоровые или почти здоровые люди. Этот факт еще раз свидетельствует о крайней важности введения понятия “сердечно-сосудистый риск” в повседневную практику здравоохранения.

Литература

1. Метелица В.И., Мазур Н.А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца. М. 1976. 166 с.
2. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда. М. 1977. 248 с.
3. Voersma E, Mercado N, Poldermans D et al. Acute myocardial infarction. Lancet 2003; 361: 847-58.
4. Teo K, Catellier D. Risk prediction after myocardial infarction in the elderly. JACC. 2001; 38: 460-3.
5. Law M, Watt H, Wald N. The underlying risk of death after myocardial infarction in the absence of treatment. Arch. Intern. Med. 2002; 162: 2405-10.
6. Ошепкова Е.В. Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и пути по ее снижению. Кардиология 2009; 2: 267-72.
7. Демографический ежегодник России. официальное издание. М. 2010. 525 с.
8. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Люберецкое исследование по изучению смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Первые результаты исследования "ЛИС". Клиницист 2011; 1:24-7.
9. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А., участники исследования РЕКОРД. Лечение больных с острыми коронарными синдромами в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инфазивных коронарных процедур. Кардиология 2010;7: 8-14.
10. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А., участники исследования РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Кардиология 2009; 7-8: 4-12.

Поступила 12/07-2011