

УДК: 616.72-002-085.262.1

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМРахматова Дилбар Бахриддиновна, Мавлонов Намоз Халимович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара**ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРДА ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ**Рахматова Дилбар Бахриддиновна, Мавлонов Намоз Халимович
Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.**PHARMACOEPIDEMOLOGICAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN WOMEN**Rakhmatova Dilbar Baxriddinovna, Mavlonov Namoz Khalimovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukharae-mail: buhme@mail.ru

Аннотация. РИШТЎИМ БФ нинг кардиореанимация ва шошилинч кардиология бўлимига 3 йил давомида қабул қилинган 620 беморда фармакоэпидемиологик тадқиқот ўтказилди. ST сегмент кўтарилиши ва ST сегмент кўтарилишисиз асоратланган ва асоратланмаган ЎКСда фармакоинвазив реперфузия ва бирламчи тери ости аралашувининг частотаси жуда паст бўлиб, даволаш пайтида беморларга кўпинча паст молекуляр гепарин воситаси қўлланилган. Амалдаги клиник кўрсатмаларга кўра, касалликнинг дастлабки 12 соатида беморларда, биринчи тиббий мулоқотда (БТМ) бирламчи тери ости аралашувигача қўтилган вақтга қараб, бирламчи реперфузияни танлаш тўғрисида қарор қабул қилиниши керак. Агар бу вақт 120 дақиқадан кам бўлса, беморни ангиография лабораториясига ўтказиши керак. Агар қўтилган вақт узоқроқ бўлса, ТЛТ бажарилиши керак. ST сегмент кўтарилиши ва ST сегмент кўтарилишисиз асоратланган ва асоратланмаган ЎКСни даволаш ҳозирги клиник кўрсатмаларга мувофиқ ва бир хилда амалга оширилиши лозим.

Калим сўзлар: паст молекуляр озирликдаги гепарин, ўткир коронар синдром, тромболитис терапия, фармакоинвазив реперфузия, бирламчи тери ости аралашуви.

Annotation. A pharmacoepidemiological study was carried out in 620 patients admitted to the cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiology department of the Bukhara Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid for 3 years. The frequency of pharmacoinvasive reperfusion and primary percutaneous intervention with complicated and uncomplicated ACS without ST elevation and ST elevation was very low. During treatment, patients were often prescribed convenient medications like low molecular weight heparins (LMWH). According to current clinical guidelines, in patients in the first 12 hours of the disease, the decision to choose primary reperfusion should be made depending on the expected time from the first medical contact (FMC) to a possible primary percutaneous intervention. If this time is less than 120 minutes, the patient must be transported to an angiography laboratory. If this expected time is longer, a TLT should be performed. Treatment of patients with complicated and uncomplicated ACS without ST elevation and ST elevation should be carried out identically and in accordance with current clinical guidelines.

Key words: low molecular weight heparin, acute coronary syndrome, thrombolysis therapy, pharmacoinvasive reperfusion, primary percutaneous intervention.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания вот уже в течение нескольких десятилетий занимают ведущее место в структуре заболеваемости населения. Год от года число больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией, острым инфарктом миокарда (ОИМ) и другими формами острой ИБС в нашей стране растет [1]. Официальной статистики острого коронарного синдрома (ОКС) нет, тем не менее, понятен интерес к совершенствованию методов его выявления и лечения, поскольку он объединяет ОИМ, нестабильную стенокардию—заболевания, как уже было сказано выше, с высокой распространенностью и риском неблагоприятного исхода [2-7]. Так, среди пациентов, поступивших в стационар с

50% в дальнейшем подтверждается диагноз ОИМ или нестабильной стенокардии; при этом 30-50% пациентов с ОИМ не имеют типичных болей в грудной клетке [4]. В ранней диагностике и оценке клинического течения острых коронарных синдромов важное и приоритетное значение имеет своевременное выявление «главных» симптомов и/или ведущих клинических вариантов течения этого заболевания [13, 16]. Такая научная стратегия необходима для выявления групп риска и своевременного/адекватного проведения диагностики и лечения острых коронарных синдромов (ОКС) [4, 13, 16]. При ОКС может наблюдаться подъем сегмента ST на ЭКГ (состояние, наблюдающееся при значительной окклюзии коронарной артерии и приводящее к развитию ОИМ

с подъемом сегмента ST) [8-12]. Элевация сегмента ST на ЭКГ может отсутствовать или носить транзиторный характер, что по результатам биохимических тестов может быть определено как ОИМ без подъема сегмента ST или нестабильная стенокардия. В лечении острого коронарного синдрома (ОКС) первостепенное значение имеют препараты, препятствующие агрегации тромбоцитов [14, 15]. В рекомендации Европейского кардиологического общества по лечению ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST применение дезагрегантов рекомендуется как направление дальнейшей профилактики ИБС и её осложнений. Проблема лечения ОКС также актуальна в Республике Узбекистан как и для всех развитых стран мира. Практические врачи нуждаются в достоверной и точной информации касаясь оценки их возможностей сравнения научно-исследовательской работы с другими соответствующими кардиореанимационными стационарами республики и в других странах мира. Эти задачи помогают решить специальные фармакоэпидемиологические исследования, которые учитывают подходы, виды и результаты лечения [5-6]. Они позволяют более точно описать картину заболевания касающиеся лечение ОКС, выявить недостатки каждого лечебного учреждения в изучаемом регионе, а также определить пути организации лечебно-профилактических мер при ОКС [3, 4, 5].

Цель исследования. Изучение различий лечения осложнённого и неосложнённого острого

коронарного синдрома у больных города Бухары с помощью фармакоэпидемиологического анализа.

Материал и методы. Обследованы 620 больных, поступивших в отделение кардиореанимации и неотложной кардиологии БФ РНЦЭМП в течение 3-х лет. В таблице 1 представлены результаты лечения больных с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъема ST.

Как видно из таблицы 1, время от начала симптомов ОКС до госпитализации (ч) в стационар у больных с осложнённым и неосложнённым ОКС составила 5,0 (3,3-12,0) и 7,8ч (3-0-23,8) соответственно ($P>0,05$). Госпитализация в кардиореанимационное отделение встречается в 47,4% (у больных с осложнённым ОКС) и 22,2% (у больных с неосложнённым ОКС) соответственно ($P<0,01$). Догоспитальном этапе аспириновая терапия назначалась больным с осложнённым ОКС частотой 33,3%, с неосложнённым ОКС – 53,4% соответственно ($P<0,05$). Отмечалось различие в лечении с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъема ST у больных в стационаре (рис.1).

Разные антиагрегантные препараты в стационаре назначались со следующей частотой: аспирин – 96,2%, клопидогрель – 11,1%, антикоагулянты – 70,4% и НМГ (низкомолекулярный гепарин) – 11,1%. В таблице 2 представлены данные, показывающие различия в лечении с осложнённым и неосложнённым ОКС с подъемом ST у больных.

Таблица 1. Различия в лечении больных с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъема ST.

	Осложнённые	Неосложнённые	p
Время от начала симптомов до госпитализации (ч)	5,0 (3,3-12,0)*	7,8 (3,0-23,8)*	$> 0,05$
Госпитализация в кардиореанимацию	47,4%	22,2%	$< 0,01$
Аспирин догоспитально	33,3%	53,4%	$< 0,05$

* - медиана (1-3й квартал распределения).

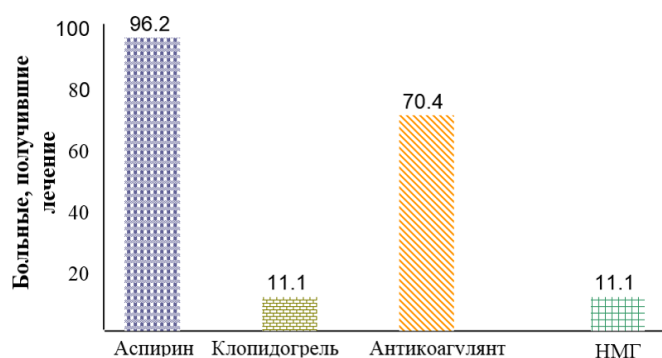


Рис. 1. Различия в лечении больных с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъема ST.

Таблица 2. Различия в лечении больных с осложнённым и неосложнённым ОКС с подъемом ST.

	Осложнённые	Неосложнённые	p
Время от начала симптомов до госпитализации (ч)	5,9 (2,8-13,5)*	4,0 (2,0-8,5)*	0,032
Госпитализация в кардиореанимацию	70,3%	56,8%	$< 0,05$
Аспирин догоспитально	53,4%	57,6%	$> 0,05$
ТЛТ догоспитально	9,4%	14,9%	$< 0,05$

* - медиана (1-3й квартал распределения).

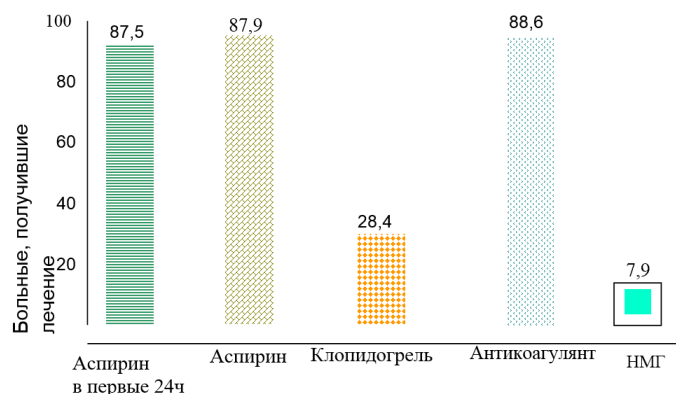


Рис. 2. Различия в лечении больных с осложнённым и неосложнённым ОКС с подъёмом ST.

Результаты и обсуждение: Отмечено, что больные с осложнённым и неосложнённым ОКС с подъёмом ST госпитализируются в течение 5,9 - 4ч от начала первых симптомов заболевания соответственно ($p=0,032$), с осложнённым ОКС 70,3% случаев, а с неосложнённым ОКС больные госпитализируются 56,8% случаев в кардиореанимацию соответственно ($p<0,05$). С осложнённым и неосложнённым ОКС с подъёмом ST больным аспирин догоспитально назначалось по 53,4% и 57,6% соответственно ($p>0,05$), а ТЛТ (тромболизисная терапия) – 9,4% и 14,9% соответственно ($p<0,05$). В отделении кардиореанимации частота назначения антиагрегантных препаратов резко возрастает (рис. 2): • аспирин рекомендуется 87,5% больным – впервые 24ч и у 88,6% в последующем; • клопидогрель назначается в 28,4% случаев; • частота назначения антикоагулянтов составляет – 94,3%, а НМГ – лишь 7,9%. Следует отметить, что отмеченное лечение значительно отличается от международных клинических рекомендаций.

Так, как по результатам ISAR-REACT-2 – более агрессивное течение эффективно у больных высокого риска [4].

В известных клинических рекомендациях подчеркнута следующее: • Аспирин следует назначать как можно быстрее, её начальная доза 162-325мг; • Клопидогрель следует назначать всем больным, которые не переносят аспирин; • Антикоагулянты – показаны всем больным, как можно скорее после поступления в отделение кардиореанимации (Эноксапарин натрия, Фондапаринукс и бивалирудин – при инвазивной стратегии, а также больным, с консервативной стратегией, следует назначать либо эноксапарин, либо НФГ-нефракционированный гепарин, а также Фондапаринукс или бивалирудин) [1,2,3].

Выводы.

1. Фармакоэпидемиологический мониторинг у больных с ОКС выявил особенности подходов и недостатки лечения, степени соответствия медицинской практической деятельности и существующих клинических рекомендаций.

2. Рекомендуется ФЭ мониторинг для обязательного и постоянного применения как в первичном звене здравоохранения так и в республиканских центрах медицинской экстренной помощи.

3. Частота фармакоинвазивной реперфузии и первичного чрескожного вмешательства с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъёма ST и с подъёмом ST была очень низкой. Во время лечения больным часто назначались удобные препараты как низкомолекулярные гепарины (НМК).

4. Согласно современным клиническим рекомендациям, у пациентов в первые 12 часов заболевания решение о выборе первичной реперфузии должно приниматься в зависимости от ожидаемого времени от первого медицинского контакта (ПМК) до возможного первичного ЧКВ. Если это время менее 120 минут, больного необходимо транспортировать в ангиографическую лабораторию. Если это ожидаемое время больше, необходимо провести ТЛТ.

5. Лечение больных с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъёма ST и с подъёмом ST должно проводиться одинаково и соответствовать современным клиническим рекомендациям.

Литература:

1. Бирюкова Л.А. //Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой// Сибирский медицинский журнал. 2008;4:75-77
2. Колбин А.С., Курьлев А.А., Балыкина Ю.Е., Проскурин М.А. //Сравнительный экономический анализ клопидогреля и тикагрелора при остром коронарном синдроме // Качественная клиническая практика. 2012;2:2-12.
3. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST на ЭКГ. Москва 2009. Стр. 165-227.

4. Рахматова Д.Б.//«Главные» симптомы и ведущие клинические варианты течения острого коронарного синдрома у женщин.//Д.Б.Рахматова. Journal of Biomedicine and Practice 2019, vol. 2, issue 6, pp 68-73. [http:// dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2019-6-8](http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2019-6-8)
5. Тростянецкая Н.А., Быкова Е.Г., Третьякова Н.С., Болдуева С.А. //Факторы риска и особенности течения острого инфаркта миокарда у женщин в зависимости от возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика// 2008; 7 (6), Приложение 1, стр. 371.
6. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД //Независимый регистр острых коронарных синдромов. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. // Атеротромбоз № 1 (2); 2009: 105-119
7. Эрлих А.Д. //Изменения частоты использования двойной антитромбоцитарной терапии у больных с острым коронарным синдромом // Клин фармакол тер. 2012; 21 (4):14-18.
8. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Регистр РЕКОРД. //Лечение больных с острыми коронарными синдромами в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур // Кардиология. 2010;7:8-14.
9. Boggon R., van Staa T.P., Timmis A. et al. //Clopidogrel discontinuation after acute coronary syndromes: frequency, predictors and associations with death and myocardial infarction--a hospital registry-primary care linked cohort (MINAP-GPRD) // Eur Heart J. 2011;32(19):2376-2386.
- 10.Hamm; Armstrong P.C., Peter K. //GPIIb/IIIa inhibitors: from bench to bedside and back to bench again // Thromb Haemost. 2012;107(5):808-814.
- 11.Hamm C.W., Bassand J.P., Agewall S., et al. //ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). // Eur Heart J. 2011;.32(23):2999-3054.
- 12.Latry P., Martin-Latry K., Lafitte M. et al. //Dual antiplatelet therapy after myocardial infarction and percutaneous coronary intervention: analysis of patient adherence using a French health insurance reimbursement database //Euro Intervention. 2012; 7(12): 1413-1419.
- 13.Mamasaliev N.S., Mavlonov N.X. Main risk factors and prevention routes for chronic noninfectious diseases (review) // Mamasaliev N.S., Mavlonov N.X., Rakhmatova D.B., Radjabova G.H., Manasova G.M., Manasova I.S., Jalilova U.D.// Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR) Year: 2018, Volume : 7, Issue : 12 page 48- 53 Online ISSN : 2278-4853
- 14.Mangiapane S., Busse R. //Prescription prevalence and continuing medication use for secondary prevention after myocardial infarction: the reality of care revealed by claims data analysis // Dtsch Arztebl Int. 2011;108(50):856-862.
- 15.Nikolic E., Janzon M., Hauch O. et al. //Cost-effectiveness of treating acute coronary syndrome patients with ticagrelor for 12 months: results from the PLATO study // Eur Heart J . 2012 Jun 19 . [Epub ahead of print] <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2012/06/19/uhartj.ehs.149.full.pdf+html>.
- 16.Rakhmatova D.B. //«Main»Symptoms and leading clinical options for the flow of acute coronary syndromes in women//Rakhmatova D.B.//Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR)19, Volume : 8, Issue :11. page 69-74. DOI: 10.5958 / 2278-4853.2019.00307.0

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Рахматова Д.Б., Мавлонов Н.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Аннотация. Осуществлялось фармакоэпидемиологическое исследование у 620 больных, поступивших в отделение кардиореанимации и неотложной кардиологии БФ РНЦЭМП в течение 3-х лет. Частота фармакоинвазивной реперфузии и первичного чрескожного вмешательства с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъёма ST и с подъёмом ST была очень низкой. Во время лечения больным часто назначались удобные препараты как низкомолекулярные гепарины (НМК). Согласно современным клиническим рекомендациям, у пациентов в первые 12 часов заболевания решение о выборе первичной реперфузии должно приниматься в зависимости от ожидаемого времени от первого медицинского контакта (ПМК) до возможного первичного ЧКВ. Если это время менее 120 минут, больного необходимо транспортировать в ангиографическую лабораторию. Если это ожидаемое время больше, необходимо провести ТЛТ. Лечение больных с осложнённым и неосложнённым ОКС без подъёма ST и с подъёмом ST должно проводиться одинаково и соответствовать современным клиническим рекомендациям.

Ключевые слова: низкомолекулярный гепарин, острый коронарный синдром, тромболитическая терапия, фармакоинвазивная реперфузия, первичное чрескожное вмешательство.