

ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ В “НЕИНВАЗИВНОМ” СТАЦИОНАРЕ

Эрлих А. Д., Ткаченко К. Г., Грацианский Н. А.

Цель. Оценить лечение и исходы у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП), их за время госпитализации и через 12 месяцев от начала ОКС.

Материал и методы. В одноцентровый проспективный регистр (ГКБ № 29 г. Москвы) с декабря 2013 года в течение 12 месяцев включались все последовательные пациенты с ОКС и наличием ФП на исходной ЭКГ. Наблюдение за пациентами проводилось за время госпитализации, а также через 12 месяцев от начала ОКС (телефонный опрос).

Результаты. Включено 234 пациента. Средний возраст $72,0 \pm 11,6$ лет, 65+73,5%, женщины — 68,8%, перенесённый инфаркт миокарда (ИМ) — 35,9%, диабет — 23,9%, известная ФП до начала ОКС — 65,0%, ОКС без подъёмов ST — 97,9%, Killip >1 — 7,3%, депрессии ST на исходной ЭКГ — 89,9%, повышение уровня тропонина — 59,0%, риск смерти по шкале GRACE >140 баллов — 75,2%, медиана шкалы CHA₂DS₂-VASc — 5 баллов. При выписке из стационара 44% пациентов получали двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТ), 38% — сочетание аспирина с оральным антикоагулянтом (ОАК), 33% получали варфарин, а 23% — новый ОАК (НОАК). За время госпитализации (медиана 14 дней) умерло 7 пациентов (3,0%). Через 12 мес. отслежены исходы у 210 пациентов (89,8%). За 12 мес. от начала ОКС умерло 18,1%, а после выписки до 12 месяцев — 15,3% пациентов. Новый ИМ после выписки развился у 1,5%, инсульт — у 2,5%, а кровотечение — у 3,5% пациентов. Доля смертельных исходов через 12 мес. у пациентов, выписанных с ДАТ и у выписанных с сочетанием аспирина с ОАК, значимо не различались (12,1% vs 12,8%; $p=0,88$). “Сохранение” назначений (т.е., приверженность к лечению) через 12 месяцев после ОКС была максимальной для аспирина, ОАК и НОАК (71%, 58% и 63%, соответственно) и минимальным для ДАТ и сочетания аспирина с ОАК (20% и 27%, соответственно). Независимыми предикторами смерти после выписки из стационара до 12 месяцев от начала ОКС стали исходный уровень гемоглобина <110 г/л (ОШ 16,00; 95% ДИ 2,57-99,50; $p=0,003$), неиспользование антитромботических препаратов до ОКС (ОШ 7,22; 95% ДИ 2,20-23,68; $p=0,001$), риск госпитальной смерти по шкале GRACE >140 баллов (ОШ 6,88; 95% ДИ 1,44-32,80; $p=0,015$) и неназначение аспирина при выписке (ОШ 3,21; 95% ДИ 1,20-8,61; $p=0,02$).

Заключение. Результаты наблюдательного исследования пациентов с ОКС и ФП, поступивших в московскую “неинвазивную” больницу показали высокую частоту смертельных исходов через 12 месяцев после ОКС (18,1%), невысокую приверженность к прописанному при выписке лечению. Кроме того, в изучаемой группе были выявлены предикторы смертельных исходов через 12 месяцев после ОКС.

Российский кардиологический журнал 2017, 1 (141): 89–94

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-89-94>

Ключевые слова: острый коронарный синдром, фибрилляция предсердий, регистр, лечение, исходы.

ФНКЦ Физико-химической медицины ФМБА России, Москва, Россия.

Эрлих А. Д.* — д.м.н., с.н.с. Лаборатории клинической кардиологии, Ткаченко К. Г. — аспирант Лаборатории клинической кардиологии, Грацианский Н. А. — д.м.н., профессор, руководитель Лаборатории клинической кардиологии.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
alexey.erlikh@gmail.com

АПФ — ангиотензинпревращающий фермент, АСК — ацетилсалициловая кислота, БРА — блокатор рецепторов к ангиотензину, ББ — бета-адреноблокатор, ДАТ — двойная антитромбоцитарная терапия, ИМ — инфаркт миокарда, КАГ — коронарная ангиография, НОАК — новый оральный антикоагулянт, НФГ — нефракционированный гепарин, ОКС — острый коронарный синдром, ФП — фибрилляция предсердий, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

Рукопись получена 02.05.2016

Рецензия получена 10.05.2016

Принята к публикации 17.05.2016

MANAGEMENT AND OUTCOMES IN ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ATRIAL FIBRILLATION IN “NON-INVASIVE” CLINIC

Erlikh A. D., Tkachenko K. G., Gratsiansky N. A.

Aim. To evaluate the management and outcomes in acute coronary syndrome patients (ACS) comorbid with atrial fibrillation (AF) during in-patient period and in 12 months from ACS onset.

Material and methods. Into multicenter prospective registry (CCH № 29 of Moscow), beginning December 2013, during 12 months, all consecutive patients included, with ACS, and AF on baseline ECG. Follow-up was continued during hospitalization and in 12 months from ACS (phone call).

Results. Totally, 234 patients included. Mean age $72,0 \pm 11,6$ y.o., 65+73,5%, females — 68,8%, anamnesis of myocardial infarction (MI) — 35,9%, diabetes — 23,9%, known AF before ACS — 65,0%, non-ST-elevation ACS — 97,9%, Killip >1 — 7,3%, ST depression on baseline ECG — 89,9%, high troponin level — 59,0%, GRACE risk of fatal outcome >140 points. — 75,2%, median CHA₂DS₂-Vasc — 5 pts. At discharge from hospital, 44% patients received double antiplatelet treatment (DAT), 38% — aspirin with oral anticoagulant (OAC), 33% — warfarin, 23% — new OAC (NOAC). During hospitalization (median 14 days) 7 patients died (3,0%). In 12 months the outcomes were followed in 210 patients (89,8%). By 12 months from ACS onset, 18,1% patients died, and in 12 months but after discharge — 15,3%. New MI after discharge had 1,5%, stroke — 2,5%, and bleeding — 3,5% patients. The part of fatal outcomes in 12 months did not differ in DAT or aspirin with OAC groups (12,1% vs 12,8%; $p=0,88$). The “remained” prescription rate (i.e. adherence)

in 12 months after ACS was maximum for aspirin, OAC and NOAC (71%, 58%, 63%, resp.) and minimum for DAT and aspirin with OAC (20% and 27%, resp.). The independent predictors of death after discharge from hospital up to 12 months from ACS onset were the baseline hemoglobin <110 g/L (OR 16,00; 95% CI 2,57-99,50; $p=0,003$), non-treatment by antithrombotics before ACS (OR 7,22; 95% CI 2,20-23,68; $p=0,001$), hospital risk by GRACE >140 pts. (OR 6,88; 95% CI 1,44-32,80; $p=0,015$) and non-prescription of aspirin in discharge (OR 3,21; 95% CI 1,20-8,61; $p=0,02$).

Conclusion. The results of observational study of ACS and AF patients, admitted to Moscow city “non-invasive” clinic, showed high rate of fatal outcomes in 12 months after ACS (18,1%), low adherence to the prescribed treatment after discharge. Also, in the group studied, there were predictors of fatal outcomes in 12 months after ACS.

Russ J Cardiol 2017, 1 (141): 89–94

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-89-94>

Key words: acute coronary syndrome, atrial fibrillation, registry, treatment, outcomes.

FSCC of Physical-Chemical Medicine of FMBA of Russia, Moscow, Russia.

Так как острый коронарный синдром (ОКС), представляет собой состояние, связанное с высоким риском смерти и сердечно-сосудистых осложнений, изучение особенностей его лечения как в целом, так и у определённых категорий пациентов может быть важным для поиска путей по улучшению исходов. Наличие некоторых клинических состояний у пациентов с ОКС считается связанным с худшим прогнозом. Одним из таких состояний является фибрилляция предсердий (ФП). Наличие ФП не только показатель худшего прогноза, но и состояние, связанное с повышенным риском тромбоэмболических осложнений. Это требует для большинства пациентов с ФП использование пероральных антикоагулянтов, что затрудняет лечение ОКС, которое само по себе требует использования нескольких антитромботических препаратов.

Как и большинство пациентов с ОКС в российских стационарах, пациентам с ОКС и ФП достаточно редко выполняют коронарографию (КАГ) и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). При этом, данные об особенностях лечения такой группы пациентов в российских стационарах, об их краткосрочных и долгосрочных исходах очень скудны.

Цель настоящей работы состояла в том, чтобы оценить клинические особенности пациентов с ОКС и ФП, их лечение и исходы за время госпитализации и через 12 месяцев от начала ОКС.

Материал и методы

Исследование было организовано как одноцентровый проспективный регистр. Включение пациентов проводилось в Городской клинической больнице № 29 г. Москвы. Начиная с декабря 2013г в течение 12 месяцев в исследование включались все последовательно госпитализированные пациенты с клинической картиной ОКС и ФП или трепетанием предсердий на первой ЭКГ, зарегистрированной в связи с развитием ОКС.

Важной особенностью, связанной с набором пациентов, было то, что больница № 29 является стационаром, не оборудованным для выполнения коронарных вмешательств (“неинвазивная” больница), и по правилам, существующим в Москве, в неё не госпитализируются пациенты с направительным диагнозом “ОКС”. Поэтому подавляющее большинство включённых в исследование пациентов были госпитализированы бригадами “Скорой помощи” с диагнозом “пароксизм ФП”. При этом, у всех включённых пациентов были симптомы, которые согласно современным критериям заставляли заподозрить наличие ОКС (преимущественно, боль, дискомфорт за грудиной), а на ЭКГ у большинства из них — новые динамические ишемические изменения (смещения сегмента ST) [1].

Исследование было наблюдательным и во время госпитализации никаких дополнительных вмешательств, связанных с участием пациентов в исследовании, не проводилось.

За время пребывания в стационаре оценивалось развитие следующих неблагоприятных событий: смерть от любой причины, новый, развившийся после начального эпизода ОКС, инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, кровотечение. Критерием вновь развившегося ИМ было повторение симптомов ОКС с новым повышением уровня сердечного тропонина в 2 раза выше от предыдущего. Учитывались все случаи развившихся за время госпитализации кровотечений, а тяжёлым считалось кровотечение, которое потребовало отмены препаратов или переливания крови, или хирургического вмешательства, а также угрожало жизни или привело к смерти.

Через 12 месяцев от начала ОКС путём телефонных опросов пациентов или (в случае невозможности контакта с пациентом) их родственников собиралась информация об отдалённых исходах: случаях смерти, развития нового ИМ, инсульта, крупного кровотечения. Кроме того, собиралась информация об антитромботических препаратах, принимаемых на день опроса (только группы препаратов: ацетилсалициловая кислота, блокатор P_2Y_{12} рецепторов, антагонист витамина К, “новый” пероральный антикоагулянт).

Риски по шкалам GRACE, РЕКОРД и CHA_2DS_2-VASc , а также клиренс креатинина (по формуле Кокрофта-Голта) были рассчитаны ретроспективно.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 6.0.

Сравнение между собой непрерывных величин с нормальным распределением осуществлялось с помощью t-теста. Для сравнения непрерывных величин при неправильном распределении показателя использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Сравнение дискретных величин проводилось с использованием критерия χ^2 с поправкой на непрерывность по Йетсу. Различия считались статистически достоверными при значениях двустороннего $p < 0,05$. Для выявления независимых предикторов, связанных с “плохим” следованием руководства, проводился многофакторный регрессионный анализ, в который включались те предикторы, которые в однофакторном анализе показали значимость со значением $p < 0,1$.

Результаты

В исследование было включено 234 пациента (161 женщина, 68,8%) с ОКС и ФП. Средний возраст составил $72,0 \pm 11,6$ лет. Доля пациентов 65 лет и старше — 73,5%, в том числе 75 лет и старше — 51,3%.

Анамнестические данные. На перенесённый в прошлом ИМ указали 84 пациента (35,9%), стенокардией

до начала ОКС страдали 140 (59,8%), хронической сердечной недостаточностью — 153 (65,4%), артериальной гипертензией 214 (91,4%), сахарным диабетом — 56 (23,9%) человек. ЧКВ или коронарное шунтирование в прошлом перенесли 10 (4,3%) пациентов. О наличии у себя повышения уровня холестерина знали 69 (29,5%), а курили на момент развития ОКС 28 (12,0%) пациентов. Нарушение мозгового кровообращения в прошлом было у 23 (9,8%) человек.

Наличие ФП до развития нынешнего ОКС отмечали у себя 152 (65,0%) пациентов. Таким образом, у 82 (35,0%) ФП была расценена как впервые возникшая.

Регулярный приём ацетилсалициловой кислоты (АСК) до развития ОКС отмечал 81 (34,6%) пациент. Клопидогрел догоспитально принимали 9 (3,8%), а оральные антикоагулянты — 22 (9,4%) пациента (варфарин 6,4%, “новый” оральные антикоагулянт (НОАК) 3,0%). Среди пациентов, у которых любая форма ФП отмечалась до развития ОКС, оральные антикоагулянты регулярно дома принимали 13,2% (варфарин 8,6%, НОАК 4,6%).

Из других групп медикаментов, используемых регулярно до начала ОКС, 100 (42,7%) принимали ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину (БРА), 73 (31,2%) — бета-блокатор (ББ), 16 (6,8%) — петлевой диуретик, и 28 (12,0%) — статин.

Данные, полученные при поступлении в стационар.

Медиана времени от начала симптомов до госпитализации составила 4,7 часа (1-3-й квартили распределения 2,7-7,7 часов). По “Скорой помощи” госпитализированы 215 (91,9%) пациентов. Из них в первые 6 часов от начала симптомов поступили 62,8%, а в первые 12 часов — 86,5% пациентов.

У подавляющего большинства — 229 (97,9%) — был ОКС без подъёмов ST (ОКСбпST). Артериальная гипотония с систолическим АД <100 мм рт.ст. при поступлении отмечалась у 9 (3,8%) пациентов, а выраженная тахикардия с ЧСС >120 в мин — у 121 (51,7%). Класс Killip >I при поступлении был у 17 (7,3%) пациентов.

Депрессии сегмента ST на исходной ЭКГ отмечались у 89,9% пациентов с ОКСбпST, а депрессии ST в “передних” отведениях (V1-V4) были у 24,8% из них.

Всем пациентам в стационаре был определён уровень тропонина. У 140 человек (59,8%) он оказался выше верхней границы нормы (ВГН). При поступлении уровень глюкозы сыворотки выше 8,0 ммоль/л определён у 118 (50,4%) пациентов, уровень креатинина выше 200 мкмоль/л — у 3 (1,3%), а уровень гемоглобина 110 г/л и ниже — у 11 (4,7%) пациентов.

Высокий риск госпитальной смерти по шкале GRACE (>140 баллов) был определён у 176 (75,2%),



Рис. 1. Частота назначения различных анти тромботических средств пациентам с ОКС и ФП за время пребывания в стационаре и при выписке.

Сокращения: АСК — ацетилсалициловая кислота, ДАТ — двойная анти тромботическая терапия, Парент. антик. — парентеральный антикоагулянт, НФГ — нефракционированный гепарин, Энокса — эноксапарин, Фонда — фондапаринукс, Оральный антик. — оральные антикоагулянты, НОАК — “новый” оральные антикоагулянты.

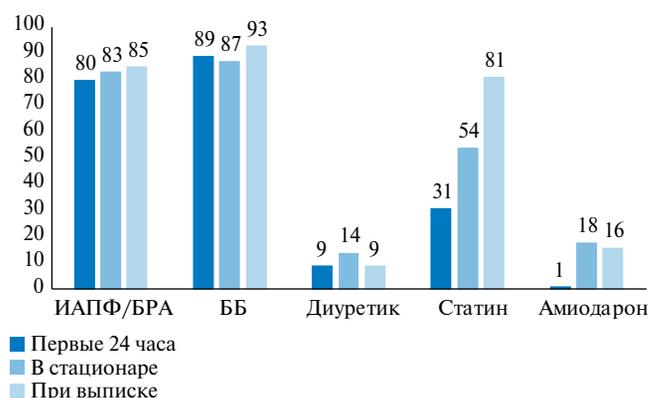


Рис. 2. Частота назначения различных медикаментов пациентам с ОКС и ФП за время пребывания в стационаре и при выписке.

Сокращения: иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, БРА — блокатор рецептора к ангиотензину, ББ — бета-блокатор.

высокий риск по шкале РЕКОРД (>1 балла) — у 68 (29,1%) пациентов.

Медиана значения шкалы CHA₂DS₂-VASc составила 5 баллов (1-3-й квартили 3-6 баллов). Доля пациентов со значением шкалы CHA₂DS₂-VASc <5 баллов составила 41,0%.

У 216 (92,3%) пациентов в ближайшее к поступлению время была выполнена эхокардиография. Снижение фракции выброса левого желудочка (≤40%) выявлено у 30 (13,9%).

Лечение за время госпитализации. Частота использования различных анти тромботических препаратов во время пребывания в стационаре и при выписке из стационара представлена на рисунке 1.

Важно отметить, что в подавляющем большинстве случаев ДАТ проводилась с использованием АСК и клопидогрела. Нефракционированный гепарин (НФГ) во всех случаях вводился внутривенно капельно под контролем АЧТВ.

Частота назначения некоторых других препаратов за время госпитализации представлена на рисунке 2. В качестве частоты назначения диуретиков оценивались только случаи использования петлевых диуретиков.

События за время госпитализации. Медиана длительности госпитализации составила 14 дней.

За это время умерло 7 пациентов (3,0%), у одного (0,4%) развился новый ИМ, а у 13 (5,6%) — кровотечения. Шесть пациентов (2,6%) были переведены в “инвазивный” стационар для выполнения срочной КАГ.

Результаты наблюдения через 12 месяцев от начала ОКС. Через 12 месяцев от начала ОКС 24 пациента (10,2%) оказались не доступны контакту. Таким образом, группа пациентов с известными отдалёнными исходами составила 210 человек.

За 12 месяцев от начала ОКС умерло 38 пациентов (18,1%). Из них 23 случая смерти (64%) наступили от сердечно-сосудистых причин, 4 (11%) — от несердечных причин, а в 9 случаях (25%) причина смерти осталась неизвестной.

Доля пациентов, умерших в течение года после выписки из стационара, составила 15,3%.

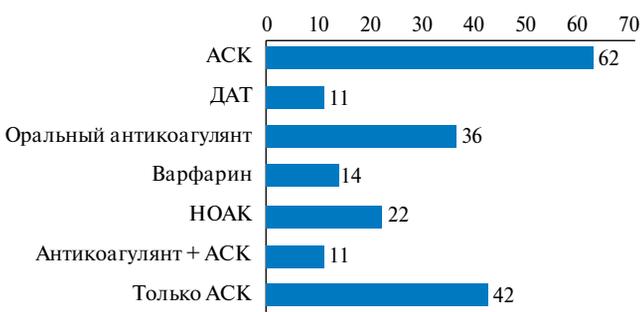


Рис. 3. Частота использования различных антитромботических препаратов через 12 месяцев после начала ОКС.

Через год после выписки из стационара у 3 пациентов (1,5%) развился новый ИМ, у 5 (2,5%) — мозговой инсульт, а у 6 (3,5%) — кровотечения.

Среди пациентов, которым при выписке было назначено сочетание АСК с оральным антикоагулянтом, через 12 месяцев умерло 12,8%, а среди тех, кому была назначена ДАТ — 12,1% (p=0,88).

Частота приёма различных антитромботических препаратов и их сочетаний через 12 месяцев после ОКС представлена на рисунке 3.

Доля “сохранения” назначений (то есть, частота приёма того или иного препарата, назначенного при выписке) через 12 месяцев составила для АСК 71%, для клопидогрела — 26%, для ДАТ — 20%, для варфарина — 33%, для НОАК — 63%, для любых оральных антикоагулянтов — 58%, для сочетания АСК с оральным антикоагулянтом — 27%.

Предикторы смерти через 12 месяцев. Путём проведения регрессионного анализа были определены предикторы смертельных исходов через 12 месяцев от начала ОКС. Для 19 анамнестических, клинических, лабораторных и медикаментозных факторов, полученных в первые 24 часа стационарного лечения в однофакторном анализе, была продемонстрирована связь со смертельными исходами за 12 месяцев от начала ОКС. Независимыми предикторами этого события стали уровень гемоглобина при поступлении <110 г/л, неиспользование никаких антитромботических препаратов до начала ОКС, высокий риск смерти за 6 месяцев по шкале GRACE (>128 баллов) и уровень креатинина при поступлении >110 мкмоль/л (табл. 1).

В отношении смертельных исходов, развившихся после выписки из стационара за 12 месяцев от начала ОКС, также для 19 показателей была выявлена связь с развитием этого исхода.

Независимыми предикторами смертельного исхода, развившегося после выписки из стационара за 12 месяцев от начала ОКС стали уровень гемоглобина при поступлении <110 г/л, неиспользование

Таблица 1

Независимые предикторы смерти за 12 месяцев от начала ОКС

	Отношение шансов	95% доверительный интервал	P
Предикторы смертельного исхода за 12 месяцев от начала ОКС			
Исходный гемоглобин <110 г/л	12,91	2,52-59,01	0,002
Неиспользование антитромботических препаратов до ОКС	7,38	2,55-21,32	<0,0001
Высокий риск смерти за 6 мес. по шкале GRACE (>128 баллов)	3,05	1,28-7,29	0,012
Исходный креатинин сыворотки >110 мкмоль/л	2,65	1,16-6,05	0,021
Предикторы смертельного исхода после выписки из стационара за 12 месяцев от начала ОКС			
Исходный гемоглобин <110 г/л	16,00	2,57-99,5	0,003
Неиспользование антитромботических препаратов до ОКС	7,22	2,20-23,68	0,001
Высокий риск смерти в стационаре по шкале GRACE (>140 баллов)	6,88	1,44-32,80	0,015
Неназначение АСК при выписке из стационара	3,21	1,20-8,61	0,02

Сокращения: ОКС — острый коронарный синдром, АСК — ацетилсалициловая кислота.

никаких антитромботических препаратов до начала ОКС, высокий риск смерти в стационаре по шкале GRACE (>140 баллов), а также неназначение АСК при выписке из стационара (табл. 1).

Обсуждение

Среди различных категорий пациентов с ОКС, как кажется, именно лечение пациентов с ОКС и ФП является наиболее проблемным. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, особенности антитромботического лечения у этой группы пациентов сложны и малоизучены, а с другой стороны, пациенты с ФП обладают в среднем большим числом факторов риска неблагоприятных исходов, а также реже подвергаются инвазивному лечению. Последнее подтверждается, например, не опубликованными пока данными российского регистра РЕКОРД-3, в котором среди пациентов с ФП было достоверно больше лиц 65 лет и старше, чем среди пациентов без ФП (69% vs. 44%; $p < 0,0001$), а также меньше тех, кому выполнялось любое ЧКВ в связи с ОКС (22% vs. 35%; $p < 0,0001$), но большей частотой госпитальной летальности (11% vs. 4%; $p < 0,0001$). Похожие результаты продемонстрированы также в более крупных исследованиях. Так, например, данные международного регистра GRACE показывают, что у пациентов с ОКС как с предшествующей, так и с вновь возникшей ФП значительно выше госпитальная летальность (14,5% и 8,9%, соответственно), чем у пациентов без ФП (1,2%) [2]. Результаты мета-анализа исследований с ОКС показали, что риск госпитальной смерти у пациентов с ФП на ЭКГ был в 2 раза выше, чем у пациентов с синусовым ритмом (относительный риск 2,00; 95% доверительный интервал 1,93-2,08; $p < 0,0001$) [3].

Тот факт, что инвазивное лечение при ОКСбпСТ и ФП проводится реже, определяет необходимость уделять более пристальное внимание изучению особенностей консервативного лечения этих пациентов. Тем более, у настоящего исследования была одна важная особенность: у подавляющего большинства пациентов, которые в него включались, наличие ОКС не было распознано догоспитально, но только при поступлении в “неинвазивный” стационар. Это обстоятельство нередко является причиной спора между врачами, одни из которых утверждают, что дискомфорт в груди и снижения ST на ЭКГ “вторичны” по отношению к аритмии и не являются клинически значимыми (т.е. не являются ОКС), а другие, наоборот, склонны видеть у таких пациентов несомненный ОКС и проводить полноценное лечение. Результаты настоящего исследования косвенно подтверждают правоту последних, так как можно видеть, насколько высок риск у этих включённых в настоящее исследование пациентов, и насколько серьёзен их отдалённый прогноз. Так, смертность

за 12 месяцев после ОКС была высокой и составила 18%. Для сравнения, в группе пациентов с ОКСбпСТ, включённых в российский регистр РЕКОРД-3, смертность за 6 месяцев после ОКС была 12,8% (при этом, у пациентов без ФП она составила 4,6%; $p < 0,0001$) (данные не опубликованы).

Результаты настоящего исследования позволили также увидеть частоту использования различных медикаментов у пациентов с ОКСбпСТ и ФП. Причём, если для лечения в стационаре показанные цифры могут являться особенностью одного стационара — того, где проводилось исследование, то данные о приёме препаратов и приверженности к лечению после выписки могут считаться вполне объективными. В первую очередь, обращает на себя внимание относительно небольшая доля пациентов с ОКСбпСТ и ФП, которым к моменту выписки были назначены АСК (78%) и ДАТ (44%). При этом, 56% пациентов при выписке был назначен оральная антикоагулянт.

Важно отметить, что на время проведения исследования ещё не действовали руководства Европейского кардиологического общества 2015 года, и подход к использованию антитромботических препаратов у консервативно леченных пациентов с ОКСбпСТ и ФП был иным. Современные руководства утверждают необходимость использования у этой группы пациентов АСК и оральная антикоагулянта. Результаты исследования показывают, что такая схема использовалась у 1/3 пациентов.

Анализ частоты использования различных антитромботических препаратов через 12 месяцев после ОКС показывает, что большинство пациентов принимают либо одну АСК (42%), либо оральная антикоагулянт (36%). При этом, частота использования НОАК через 12 месяцев после ОКС (22%) была больше частоты использования варфарина (14%).

Была также оценена степень “сохранения” лечения за 1 год после выписки, и наибольшая приверженность была выявлена для приёма АСК и НОАК. Это видится вполне объяснимым, учитывая “традицию” принимать “аспирин”, и удобство в использовании НОАК. При этом, важно отметить, что доля пациентов, принимающих любой оральная антикоагулянт через 12 месяцев после ОКС, была относительно небольшой — 58%. Хотя необходимость в его использовании была практически у всех пациентов.

Интересно, что не использование никаких антитромботических препаратов до начала ОКС оказалось одним из сильнейших предикторов смертельных исходов в течение 12 месяцев после ОКС (как с учётом госпитальной смертности, так и без неё). Другим важнейшим независимым фактором, связанным с отдалённым смертельным исходом, стал низкий уровень гемоглобина (<110 г/л). Надо напомнить, что низкий уровень гемоглобина — это хорошо известный предиктор неблагоприятного исхода, и в рос-

сийском регистре ОКС РЕКОРД он был независимо связан со смертельными исходами за время госпитализации [4].

Результаты настоящего исследования видятся крайне интересными, во-первых, потому что информации о лечении пациентов с ОКС и ФП в повседневной клинической практике вообще очень мало, а во-вторых, что зачастую эти пациенты вообще не лечатся, как пациенты с ОКС. Притом, как показали наши результаты, они являются пациентами высокого риска и плохого прогноза в отдалённый после ОКС период.

Ограничения исследования. Настоящее исследование проводилось в одном стационаре, и особенности госпитального лечения сложно считать универсальными.

Ограничением можно считать и то, что отдалённые исходы удалось проследить не у всех включённых пациентов. Кроме того, получение информации путём телефонных опросов не всегда может быть достоверным.

Литература

1. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal Advance Access* published August 29, 2015. *European Heart Journal*. doi:10.1093/eurheartj/ehv320.
2. McManus DD, Huang W, Domakonda KV, et al. Trends in atrial fibrillation in patients hospitalized with an acute coronary syndrome. *Am J Med* 2012 Nov; 125(11): 1076-84.
3. Angeli F, Reboldi G, Garofoli M, et al. Atrial fibrillation and mortality in patients with acute myocardial infarction: systematic overview and meta-analysis. *Curr Cardiol Rep* 2012 Oct; 14(5): 601-10.
4. Erlikh AD. A scale for early assessment of risk of death and death or myocardial infarction during initial hospitalization of patients with acute coronary syndromes (based on data from the RECORD registry). *Kardiologiya* 2010; 10:11-1. Russian (Эрлих А. Д. Шкала для ранней оценки риска смерти и развития инфаркта миокарда в период пребывания в стационаре больных с острыми коронарными синдромами (на основе данных регистра РЕКОРД). *Кардиология* 2010; 10: 11-16).

Заключение

Результаты наблюдательного исследования пациентов с ОКС и ФП, поступивших в московскую “неинвазивную” больницу, показали:

1. Антитромботическое лечение в виде сочетания АСК с оральным антикоагулянтом при выписке получали 38% пациентов, а 48% выписались с прописанной ДАТ. Частота отдалённых смертельных исходов у этих подгрупп значимо не различалась.

2. Смертность через 12 месяцев от начала ОКС составила 18,1%.

3. “Сохранение” приёма антитромботических препаратов через 12 месяцев от начала ОКС было наилучшим для АСК — 71% и для НОАК — 63%.

4. Независимыми предикторами смертельных исходов, развившихся после выписки из стационара в течение 12 месяцев от начала ОКС стали исходный уровень гемоглобина <110 г/л, неиспользование антитромботических препаратов до ОКС, риск госпитальной смерти по шкале GRACE <140 баллов и неназначение АСК при выписке из стационара.