

век. По возрасту, тяжести заболевания, проводимой терапии (аспирин, бета-блокаторы, гепарин, ингибиторы АПФ и т.д.) группы были сопоставимы. ТЛТ проводилась по стандартной схеме - БСМП болюсом вводилось 2 млн проурокиназы и начиналась инфузия 6 мл препарата, во время которой пациент транспортировался в стационар.

##### **Результаты:**

В группе догоспитального тромболизиса, сократилось время от начала болевого синдрома до начала проведения ТЛТ в среднем на 72 минуты. Частота летальных исходов в обеих группах была сопоставимой – 2 и 3 случая соответственно. Причиной смерти в 2-х случаях был разрыв свободной стенки ЛЖ в области ИМ, в 3-х ОСС (отек легких, шок). Геморрагических осложнений не было, отмечалась кровоточивость из мест венопункции в 1 случае в группе ДТЛТ и в 2-х случаях в группе ГТЛТ. Отмечается сокращение времени госпитализации в группе догоспитального тромболизиса, достоверное уменьшение случаев ОСН 9,3 против 21,9 % соответственно.

##### **Заключение:**

Таким образом, ТЛТ проурокиназой на догоспитальном этапе значительно сокращает время до проведения ТЛТ без увеличения частоты осложнений.

#### 4.23. МОНИТОРИНГ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СМЕРТНОСТЬ

Эльгаров А.А., Арамисова А.А., Калмыкова М.А., Жилова И.И., Кереева З.Ш.

КБГУ, РКЦ, Мед.колледж КБГУ

##### **Введение(цели/задачи):**

Состояние здоровья водителей автотранспорта (ВА) имеет не только медицинское, но и социальное значение в связи с возможностью снижения качества профессиональной работоспособности и риском возникновения дорожных инцидентов. Цель: установить динамику артериальной гипертензии (АГ) и факторов риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС) за период с 1982 по 2002 гг., а также частоту и особенности инфаркта миокарда (ИМ) и нарушений ритма сердца (НРС) среди ВА.

##### **Материал и методы:**

на 1 этапе в течение 20 лет стандартизованными эпидемиологическими методами (ВОЗ, ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий) обследованы 5754 ВА в 1982-1984 (2264 чел.), в 1986-1988 (1213 чел.), 1995-1996 (1191 чел.) и в 1999-2001 гг. (1086 чел.) и 5892 лиц неводительских профессий (группа сравнения, ГС) – соответственно 2562 – 1359 – 678 – 1293 чел. На 2-м этапе реализован медико-психологический мониторинг 684 ВА с АГ I и II ст., включающий клинко-инструментальное и психофизиологическое наблюдение и антигипертензивную терапию (АГТ, фармакотерапия); изучены эпидемиологическая и клиническая частота инфаркта миокарда (ИМ) и нарушений ритма сердца (НРС) среди шоферов-профессионалов.

##### **Результаты:**

установлена строгая тенденция к росту АГ (от 27,2 до 40,0%), других ФР ИБС – низкой физической активности (НФА, от 62,8 до 95,8%), избыточной массы тела (ИМТ, от 19,0 до 24,6%), дислиппротеидемий (ДЛП, от 17,0 до 23,0%); при этом сохранялись низкие уровни информированности о гипертензии (34,0 – 38,9 – 39,2 – 34,0%) и лечения (20,5 – 29,0 – 15,7 – 25,0%). Сопоставление приведенных результатов с

аналогичными параметрами ГС обнаружило более выраженное накопление ФР ИБС среди водительской популяции ( $p < 0,05$ ). Специальными исследованиями (суточное мониторирование ЭКГ) ВА с АГ и ФР выявлены распространенность эпизодов транзиторной ишемии миокарда (ЭТИМ, 43,5%) и НРС (39,6%), около половины которых клинически не проявлялись. Определены также эпидемиологическая (3,8%) и клиническая частота (9,5%) ИМ и НРС (соответственно 11,7 и 18,6%) среди шоферов, их влияние на систему оперативного реагирования (профессиональную работоспособность) индивида. Динамическое наблюдение позволило отметить высокие темпы прогрессирования АГ у ВА: чаще и быстрее развивались осложнения – гипертонические кризы (ГК), мозговые инсульты (МИ), ИМ, внезапные НРС. Наиболее частыми причинами инвалидизации ВА за 5 летний период (1997-2001 гг.) были ГК (71,2%), ИМ (33,4%), МИ (32,6%), хроническая сердечная недостаточность (30,4%) и НРС (10,8%). Осуществленные клинические испытания исрадипина, эстулика, трандолаприла, тритаце, конкора, небилета, эпросартана у ВА с АГ I и II ст. и НРС при относительной сопоставимости их гипотензивного эффекта (78,5 – 84,6%) обнаружены разнонаправленное влияние АГТ на профессионально значимые функции и качества: исрадин, конкор, небилет и эпросартан улучшают, а эстулик, трандолаприл и тритаце – ухудшают систему оперативного реагирования шоферов, что снижает качество профессиональной работоспособности и повышает риск возникновения дорожных происшествий. За период наблюдения риск смертности среди ВА вследствие сердечно-сосудистых болезней возрос и составил 56,4%, из-за дорожно-транспортных происшествий – в 1,9 раза и 39,8%, что подтверждает зависимость состояния здоровья шоферов от специфики производственной деятельности и требует разработки программы их медико-психологического сопровождения с начала управления автотранспортом для профилактики неинфекционных заболеваний и оптимизации системы безопасности дорожного движения.

#### 4.24. ПЕРВИЧНАЯ РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМАМИ СЕГМЕНТА ST. ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РЕГИСТРА «РЕКОРД»

Эрлих А.Д., Рабочая группа регистра РЕКОРД

ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» Росздрава

##### **Введение(цели/задачи):**

Первичная реперфузионная терапия (ПРТ) является важнейшей неотложной частью лечения больных с ОКС и подъемом сегмента ST на ЭКГ. Существует мало достоверных и объективных данных о частоте проведения ПРТ в России.

##### **Материал и методы:**

Анализировались данные, полученные в ходе российского регистра ОКС «РЕКОРД». В регистр включались все последовательно госпитализированные больные, имеющие симптомы, подозрительные на ОКС в ближайшие 24 часа до поступления. Исследование началось 1.11.2007 и каждый стационар включил в регистр не более 50 больных. На 15.04.2008 были проанализированы данные, полученные из 16 стационаров в 12 российских городах.

##### **Результаты:**

В регистр было включено 688 больных. Из них у 187 (27,2%) был ОКС с подъемом ST или новой полной блокадой левой

ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ). Медиана времени от начала симптомов до госпитализации составила 4,92ч (1-3 квартили – 2,17-10,08). ПРТ была проведена у 49,2% больных. Из них, тромболитическая терапия (ТЛТ) – у 30,6%, а первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – 17,6% больных. Медиана времени от поступления до ТЛТ была 15мин (1-3 квартили 10-35). Медиана времени от поступления до первичного ЧКВ – 1 час 55 мин (1-3 квартили 58 мин - 4 часа 30мин). Для больных с ОКС и подъемами ST, госпитализированных в стационары, где не было оборудования для ЧКВ (n=67), у 71,6% больных не была проведена ТЛТ. Наиболее частой причиной непроведения ТЛТ было «позднее поступление» (36,2%). При этом, среди больных, оцененных как «поздно поступившие» и не получивших ТЛТ, 35,3% поступили в первые 12ч от начала симптомов. У 25,5% больных ТЛТ не проводилась из-за «других противопоказаний», а еще у 32,0% - по «другой причине» (для большинства стационаров – отсутствие тромболитического препарата). Среди больных, госпитализированных в «инвазивные» стационары (n=120), первичное ЧКВ было проведено 30% больным. Из них 52,8% больных получили первичное ЧКВ в первые 90 мин от поступления.

**Заключение:**

Больные с ОКС и подъемами ST на ЭКГ, включенные в регистр «РЕКОРД» редко получали как ТЛТ, так первичное ЧКВ. Причём, инвазивные вмешательства всего в половине случаев были проведены в сроки, предписанные рекомендациями.

**4.25. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ «РЕКОРД»**

Эрлих А.Д., Рабочая группа регистра РЕКОРД

ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» Росздрава

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время существует очень мало объективной информации о состоянии дел с лечением острых коронарных синдромов (ОКС). Поэтому проект проведения российского регистра ОКС, в виде неспонсируемой, программы отвечает насущным потребностям как врачей, так и организаторов здравоохранения.

**Материал и методы:**

Российский регистр ОКС «РЕКОРД» был организован его участниками. Его базовыми документами стали документы европейского регистра ОКС Euro Heart Survey. Взаимосвязь участников регистра проходила на медицинских интернет-порталах и на организованном сайте регистра ([www.acs-registry.ru](http://www.acs-registry.ru)).

**Результаты:**

Для участия в регистре зарегистрировался 21 стационар в 15 городах из 12 регионов России. Количество больных с ОКС, поступающих за месяц в центры-участники регистра, варьировало от 20 до 200 (в среднем 74 человека в месяц). Десять из зарегистрированных центров относятся к стационарам городского или муниципального подчинения, 2 – областного или краевого подчинения, 4 - ведомственные медицинские учреждения, а 5 – специализированные центры, научные или учебные институты. Включение больных в регистр стартовало 1 ноября 2007 года. Больные должны были быть живы к моменту госпитализации и иметь симптомы, подозрительные на ОКС в ближайшие 24 часа до поступления. Обязательным

было включение всех последовательно госпитализированных больных с подозрением на ОКС. Набор больных в каждом центре, продолжался не более 1 месяца и не более чем до включения 50 последовательно госпитализированных больных с подозрением на ОКС. Данные о набранных больных к 15 апреля 2008 года предоставили 16 центров. Из них 9 (56,3%) имеют, а 7 (43,7%) не имеют оборудования для проведения интракоронарных процедур. Предоставлены данные о внутригоспитальном лечении и исходам у 688 последовательно госпитализированных больных с ОКС.

**Заключение:**

Начато осуществление первого российского регистра ОКС, организованного самими участниками. Вовлечение в регистр «РЕКОРД» стационаров самого разного профиля и степени оснащённости является важной предпосылкой получения и объективных результатов. Проведение первого этапа регистра поможет сформулировать задачи для последующих подобных программ.