

Профилактическое лечение после перенесенного инфаркта миокарда в учреждениях первичной медицинской помощи: как далеко мы можем продвинуться?^a

Carlos Brotons, Gaietà Permanyer, Valeria Pacheco, Irene Moral, Aida Ribera, Purificación Cascant and Josep Pinar^b

Предпосылки. Несмотря на все усилия докторов, для некоторых пациентов остается невозможным разработать оптимальный курс вторичной профилактики по разным причинам, таким как сопутствующие патологии, противопоказания к некоторым препаратам или побочные эффекты.

Цель. Нашей целью было установить достижимые стандарты вторичной профилактики инфаркта миокарда. Эти стандарты можно использовать для проверки качества лечения в поликлиниках.

Методы. Для исследования мы произвольно выбрали ряд пациентов, госпитализированных с диагнозом первого острого инфаркта миокарда в 1997 г. Для этого мы воспользовались записями о выписке пациентов четырех больниц. Далее пациенты были опрошены в учреждениях первой медицинской помощи через два года после поступления. Достижимый стандарт для профилактического препарата был определен как количественное соотношение пациентов, которые получают эффект от лечения, исключая больных, не прошедших лечение вследствие какой-то важной причины.

Результаты. Дополнительно обследовано 369 больных. 86,9% из них был назначен аспирин или другой антитромбоцитарный препарат, 50,2% — бета-блокаторы, 32,5% — ингибиторы АПФ и 52% — гиполипидемические препараты. Установленный достижимый стандарт для каждой группы вышеуказанных препаратов соответственно таков: 94,5, 71,8, 50,5 и 69,8%.

Выводы. Профилактическая медикаментозная терапия после инфаркта миокарда используется не в достаточной степени. Стандарты, установленные в этом исследовании для медикаментозного лечения для вторичной профилактики, могут быть достигнуты благодаря умеренным усилиям терапевтов поликлиник, которые стремятся улучшить качество своей работы.

Ключевые слова. Инфаркт миокарда, профилактическое лечение, стандарты.

Введение

Лечение больных перенесших инфаркт миокарда — задача первостепенной важности в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, проводимой врачами поликлиник. Клинический опыт позволяет определить группу препаратов, применение которых уменьшает общую смертность среди пациентов с коронарной болезнью сердца: аспирин и другие антитромбоцитарные препараты, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), а также гиполипидемические препараты для снижения уровня холестерина до $>5,0$ ммоль/л.

Предварительные исследования¹ показали, что все еще существует потенциал снижения риска ишемических проявлений и смертности среди пациентов с инфарктом миокарда, особенно благодаря усиленному назначению бета-блокаторов и гиполипидемических препаратов. Недавнее исследование,² проведенное с участием 24 431 пациента с коронарной болезнью сердца показало, что у ~36% больных кровяное давление достигало 160/90 мм рт. ст., а у ~45% содержание холестерина равнялось $<5,0$ ммоль/л.

Кроме этого, в учреждениях первичной медицинской помощи были применены и проверены некоторые стратегии по улучшению качества вторичного профилактического лечения сердечных пациентов.^{3,6} Государственная служба Здравоохранения Великобритании (UK's National Health Service) еще в 2002 г. огласила своей первостепенной задачей широкое применение эффективных средств вторичной профилактики у больных перенесших инфаркт миокарда. В 80-90% случаев больным, которых выписывают из больницы после перенесе-

^a Оригинал статьи см.:

<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/20/1/32>

^b Unit of Clinical Epidemiology and Hospital/Primary Care Research Unit-Cardiology Department, Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron, 119-129, 08035 Barcelona, Spain. Correspondence to Carlos Brotons; E-mail:cbrotons@eapsardenya.net

ния инфаркта миокарда, назначают указанные выше препараты.⁷

Однако, несмотря на все усилия докторов, для некоторых пациентов остается невозможным разработать оптимальный курс вторичной профилактики по разным причинам, таким как сопутствующие патологии, противопоказания к некоторым препаратам, побочные эффекты и т. д. Неизвестно, насколько далеко мы можем пойти в профилактическом лечении после первого инфаркта миокарда в условиях поликлиники. Например, одно недавнее исследование⁶ показало, что при сравнении эффективности трех разных методов воздействия (группа посещения пациентов на дому, группа под наблюдением врача общей практики и группа под наблюдением медсестер), предназначенных улучшить качество вторичного профилактического лечения, гиполипидемические препараты чаще назначаются больным в третьей группе (85%), чем в двух других группах. Нам неизвестно, может ли этот процент быть еще выше и является ли этот результат лучшим, которого можно достичь на практике.

Нашей целью было установить достижимые стандарты вторичной профилактики инфаркта миокарда. Эти стандарты можно использовать для проверки качества лечения в поликлиниках.

Методы

Для исследования произвольным образом осуществлен выбор пациентов, госпитализированных в 1997 г с диагнозом первого острого инфаркта миокарда (AMI: ICD-9 410). Выбор проводили по историям болезней в 4 больницах Каталонии, Испания. Больничные записи пересматривались врачами-терапевтами (квалификаций VP, ED, RS и BS). Фиксировали информацию о демографических и клинических характеристиках, факторах риска и медикаментозном лечении на протяжении госпитализации и во время выписки. Далее пациенты были опрошены в учреждениях первичной медицинской помощи пятью врачами-терапевтами (квалификаций ER, CF, BS, RO и SG), которые прошли специальную подготовку и были наняты специально для этого проекта.⁸

Мы зафиксировали информацию, касающуюся назначения и отменены курсов профилактического лечения. На проверку медицинских записей и опрос пациентов было получено разрешение личных врачей пациентов. В частности, нас интересовал вопрос, следовали ли пациенты указаниям врачей по конкретным мерам профилактики, а также какие были противопоказания к применению профилактических препаратов. Если пациент не принимал хотя бы один из традиционно назначаемых препаратов, причину тому доктора искали в медицинских записях, а также опрашивая самих пациентов. Пациент считался кандидатом на курс профилактического лечения, если у него не было обнаружено противопоказаний к препаратам или других серьезных причин для их неприменения. Достижимый стандарт для профилактического препарата был определен

как количественное соотношение пациентов, которые получают эффект от лечения, исключая больных, не прошедших лечения вследствие какой-то важной причины.

Описательные данные были проанализированы в программе Stata (версия 5.0).

Результаты

В исследовании приняли участие 618 пациентов перенесших первый острый инфаркт миокарда. 76% из них мужчины, средний возраст которых 64 года (общий возраст от 31 до 97 лет). Основные характеристики группы исследования по отношению к отмеченным факторам риска и истории сердечно-сосудистых и других заболеваний приведены в таблице №1. Гипертония оказалась преобладающим фактором риска, на втором месте – курение и гиперлипидемия.

Дополнительный опрос

486 пациентов (79%) были выбраны для обследования через 2 года после госпитализации. Оказалось, что 19 из них умерли, поэтому в результате удалось полностью обследовать 396 больных. В таблице №2 представлены наиболее распространенные факторы риска для коронарной болез-

ТАБЛИЦА №1 Основные характеристики лиц, участвовавших в исследовании (n = 618)

	n	%
Курение		
Курильщики	236	38,19
Бывшие курильщики	148	23,95
Гипертония	313	50,65
Гиперлипидемия	213	34,47
Диабет	170	27,51
Нестабильная стенокардия	69	11,17
Стабильная стенокардия	51	8,25
Другие сердечно-сосудистые заболевания	162	26,21
Остановка сердца	27	4,37
Другие заболевания	508	82,20
Желудочно-кишечные заболевания	245	
Легочные заболевания	193	
Другое	70	

	Количество случаев	Среднее содержание	CO
Глюкоза в плазме	593	138,16	67,21
Общее содержание холестерина	536	195,47	45,33
Липопротеиновый холестерин высокой плотности	410	42,87	16,78
Липопротеиновый холестерин низкой плотности	382	120,05	40,22
Триглицериды	530	159,61	86,36

ТАБЛИЦА №2 Наиболее распространенные факторы риска по результатам опроса

	n	%
Липиды		
Повышенное общее содержание холестерина (≥ 200 мг/дл)	157	54
Липопротеиновый холестерин высокой плотности (< 35 мг/дл)	67	27
Повышенное содержание триглицеридов (≥ 190 мг/дл)	49	19
Гипертензия ($\geq 140/90$ мм. рт. ст.)	151	41
Нынешнее курение (указанно самим больным)	43	11
Излишний вес (индекс массы тела ≥ 25 кг/м ²)	266	76
Ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м ²)	65	19

ни сердца по результатам исследования. Более половины больных страдали от избыточного веса и повышенного уровня холестерина.

В таблице №3 представлена информация о назначенном лечении для вторичной профилактики перенесенного инфаркта миокарда и установленные достижимые стандарты для каждого вида лечения согласно информации, полученной из больницы и записей в амбулаторных картах, а также от самих пациентов. Достижимый стандарт для антитромбоцитарных препаратов, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ и гиполипидемических препаратов составил ~ 94, 72, 50 и 70% соответственно.

Обсуждение

Результаты этого исследования указывают на то, что профилактическая медикаментозная терапия используется не в полной мере, а также на широкое распространение факторов риска ишемической болезни сердца среди опрошенных пациентов, которые два года назад перенесли первый инфаркт миокарда. Одним из ограничений данного исследования послужило то, что 20% больных умерли до окончания периода исследования. Не смотря на это, мы сравнили демографические и клинические характеристики утраченных больных с аналогичными характеристиками пациентов, опрошенных через 2 года после выписки из больницы, и не обнаружили никаких статистических отличий (данные не представляются). Мы также сравнили характеристики умерших ($n = 90$) с характеристиками выживших до окончания исследования и обнаружили, что средний возраст и процентное соотношение женщин составили 72 года и 31%, тогда как общий средний возраст выживших – 63 года и 22% из них – женщины. Никаких других базовых отличий не обнаружено. В ходе исследования EUROASPIRE II,⁹ проведенного в 1999 - 2000 гг. в 15 европейских странах и для которого таким же образом были отобраны пациенты с коронарной болезнью, 22% больных были тоже утрачены до окончания исследования. Это, возможно, один из недостат-

ТАБЛИЦА №3 Назначенное лечение для вторичной профилактики и достижимые стандарты для каждого вида лечения

Терапия*	Назначено	Достижимые стандарты
Аспирин + другие анти-тромбоцитарные препараты	346 (86,9)	376 (94,5)
Бета-блокаторы	200 (50,2)	286 (71,8)
Ингибитор АПФ	129 (32,5)	201 (50,5)
Гиполипидемические препараты	207 (52,0)	278 (69,8)

Представленные величины – это количество (процентное соотношение) пациентов.

ков подобных исследований, для которых больных отбирают по устаревшим больничным записям

Что касается наиболее распространенных факторов риска, отмеченных во время опроса, наши результаты оказались похожими на результаты исследования EUROASPIRE II (с точки зрения диагностики инфаркта миокарда), согласно которым 56% больных имели повышенное общее содержание холестерина (установленное как ≥ 5 ммоль/дл), 46% страдали от повышенного кровяного давления и 77% имели избыточный вес. Как ни странно, было обнаружено, что 26% были курильщиками в то время, как в нашем исследовании этот фактор гораздо меньше (11%). Причиной такого отличия может быть то, что в некоторых центрах исследования EUROASPIRE II курильщиков выявляли с помощью дыхательного CO-теста, поэтому наши результаты, возможно, несколько неточны.

Что касается профилактического лечения, аспирин и другие антитромбоцитарные препараты были назначены достаточно большому количеству больных, поэтому потенциал этого вида профилактики можно считать исчерпанным. Однако этого нельзя сказать о бета-блокаторах, ингибиторах АПФ и гиполипидемических препаратах, хотя они стали чаще назначаться в учреждениях первичной медицинской помощи. Например, в 110 случаях мы обнаружили достаточно важные причины, из-за которых лечение бета-блокаторами было отменено (10 случаев абсолютных противопоказаний, 82 случая относительных противопоказаний, 14 случаев побочных эффектов и 4 случая, где лечащий врач указывал на другие состояния больного), это же касается и 20 случаев отмены антитромбоцитарных препаратов (6 случаев абсолютных противопоказаний, 7 случаев относительных противопоказаний и 7 случаев побочных эффектов).

Не назначение этих препаратов при отсутствии противопоказаний или специальных отметок о смене курса лечения в больничных записях больного рассматривалось нами как утраченная возможность вылечить пациента. Неточности, ведущие к превышению стандартов, могли возникнуть вследствие того, что исследование проводилось на базе устаревших больничных записей. Возможно причины, по которым лечение было отменено, просто не были отме-

чены или соответствующие записи были просто утрачены. Однако это маловероятно, поскольку врачи, принявшие участие в этом проекте, контактировали с самими пациентами и фиксировали информацию, которая отсутствовала в историях болезней или амбулаторных картах.

Хотя установленные нами стандарты могли бы использоваться в целях проверки качества лечения в поликлиниках, их нельзя считать приемлемыми для других регионов, поэтому желательно провести аналогичные исследования в других регионах и даже странах. Исследование EUROASPIRE II обнаружило, что в разных странах масштаб использования профилактических препаратов сильно отличается. В частности, в четырех странах количество случаев, в которых назначались бета-блокаторы (88, 84, 77 и 74%), превысило установленный нами достижимый стандарт (72%), в трех странах количество случаев лечения ингибиторами АПФ (59, 57 и 52%) превысило установленный нами стандарт (50,5%), и в двух странах частота лечения гиполипидемическими препаратами (76,5 и 76%) тоже превысила наш стандарт (70%). Что касается лечения антитромбоцитарными препаратами, то ни в одной стране стандарт не превышал 94,5%.

Таким образом, результаты исследования показали, что стандарты, для медикаментозной вторичной профилактики инфарктов могут быть достигнуты благодаря умеренным усилиям терапевтов поликлиник, которые стремятся улучшить качество своей работы.

Определение достижимых стандартов контроля над факторами риска (АД, общее содержание холестерина и курение) для учреждений первичной медицинской помощи должны стать следующим шагом в поисках ответа на вопрос, все-таки "как далеко мы можем продвинуться во вторичной профилактике инфаркта миокарда в условиях поликлиники?"

Литература

- ¹ Brotons C, Calvo F, Cascant P, Ribera A, Moral I, Permanyer-Miralda G. Is prophylactic treatment after myocardial infarction evidence-based? *Fam Pract* 1998; **15**: 457-461.
- ² Brady AJB, Oliver MA, Pittard JB. Secondary prevention in 24,431 patients with coronary heart disease: survey in primary care. *Br Med J* 2001; **322**: 1463.
- ³ Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998; **80**: 447-452.
- ⁴ Jolly K, Bradley F, Sharp S, Smith H, Thompson S, Kinmonth A-L, Mant D, for the SHIP Collaborative group. Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: final results of the Southampton heart integrated care project (SHIP). *Br Med J* 1999; **318**: 706-711.
- ⁵ Feder G, Griffiths C, Eldridge S, Spence M. Effect of postal prompts to patients and general practitioners on the quality of primary care after a coronary event (POST): randomised controlled trial. *Br Med J* 1999; **318**: 1522-1526.
- ⁶ Moher M, Yudkin P, Wright L et al., for the Assessment of Implementation Strategies (ASSIST) Trial Collaborative Group. *Br Med J* 2001; **322**: 1-7.
- ⁷ Department of Health. *National Health Service Framework for Coronary Heart Disease: Modern Standards and Service Models*. London: HMSO, 2000.
- ⁸ Pharmacopeial Convention USP-DI. *Drug Information for the Health Care Provider, 17th edn*. Rockville, 1997.
- ⁹ EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001; **22**: 554-572.