

Письмо в редакцию

## К вопросу о выполнении рекомендованных лечебных мероприятий у больных острым коронарным синдромом в кардиологических учреждениях на территории Российской Федерации

Ганюков В.И., Шилов А.А.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

### Резюме

Представлено обсуждение результатов клинических индикаторов качества лечебных мероприятий, проводимых в отдельных кардиологических центрах на территории Российской Федерации у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), полученных на основании анализа данных федерального регистра ОКС в 2014 году.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, регистр, качество медицинской помощи

*Библиографическая ссылка:* Ганюков В.И., Шилов А.А. К вопросу о выполнении рекомендованных лечебных мероприятий у больных острым коронарным синдромом в кардиологических учреждениях на территории Российской Федерации. *Кардио-ИТ* 2015; 2(2): e0201.

Поступила в редакцию 6 апреля 2015. Принята в печать 12 мая 2015.

© 2015, Ганюков В.И., Шилов А.А.

**Ответственный автор:** Ганюков Владимир Иванович. Адрес для переписки: НИИ КПССЗ, 6, ул. Сосновый бульвар, г. Кемерово, 650002, Россия.  
Тел.: +7 (913) 1273905. E-mail: ganyukov@mail.ru

Letter to the Editor

## Come back to an issue of performance of recommended treatment measures in patients with acute coronary syndrome in a hospitals of the Russian Federation

Ganyukov V.I., Shilov A.A.

Research institute for complex issues of cardiovascular diseases, Kemerovo, Russia

### Abstract

A report presents discussion of the results of clinical indicators which assess the performance of recommended treatment measures in patients with acute coronary syndrome (ACS) who admitted in hospitals of the Russian Federation in 2014 and enrolled in federal ACS registry.

**Keywords:** acute coronary syndrome, registry, quality of care

*Cite as* Ganyukov VI, Shilov AA. Come back to an issue of performance of recommended treatment measures in patients with acute coronary syndrome in a hospitals of the Russian Federation. *Cardio-IT* 2015; 2(2): e0201.

Received 6 April 2015. Accepted 12 May 2015

© 2015, Ganyukov V.I., Shilov A.A.

**Corresponding author:** Vladimir I. Ganyukov. Address: Research Institute for complex issues of cardiovascular diseases, 6, Sosnovy bouvar str., Kemerovo, 650002, Russia. Phone: +7 +7 (913) 1273905. E-mail: ganyukov@mail.ru

### Введение

Федеральный регистр ОКС (<https://federalregistry.ru/login.aspx>) – известный on-line проект, организованный в 2008 году в рамках сосудистой программы Минздрава России. На основе полученных в регистре данных за 2014 о 37304 больных ОКС из 213 учреждений, расположенных в 36 регионах Российской Федерации, разработчики проекта опубликовали статью «Выполнение рекомендованных лечебных мероприятий у больных с острым коронарным синдромом в 2014 году: отчет по данным федерального регистра» [1]. Основной материал данной статьи посвящен оценке качества лечебных мероприятий при ОКС в отдельных кардиологических центрах Российской Федерации. Методология оценки качества лечебных мероприятий основана на сопоставлении данных, полученных из 213 кардиологических учреждений страны с разработанными на основе отечественных рекомендаций [2, 3] индикаторными показателями качества лечебного процесса. Целью настоящей

публикации явилось обсуждение проведенного авторами анализа.

### Обсуждение

В первую очередь хотелось бы подчеркнуть характер выборки больных ОКС, которые представлены в регистре и, соответственно, анализируются в статье «Выполнение рекомендованных лечебных мероприятий у больных с острым коронарным синдромом в 2014 году: отчет по данным федерального регистра» [1]. Это данные пациентов, которые лечились в ряде кардиологических медицинских учреждений страны, большинство из которых входит в состав сосудистых центров. Понятно, что лечебный процесс в данных центрах в большинстве своем основан на современных рекомендациях, проводится квалифицированным персоналом, который имеет возможность выполнять полный комплекс специализированных лечебно-диагностических мероприятий

при ОКС, включая коронарографию и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Но за пределами проводимого анализа осталось подавляющее большинство больных ОКС. Это становится ясным, если принять во внимание тот факт, что за 2014 год по данным федерального регистра в него внесены результаты лечения 37304 больных ОКС, в то время как по материалам круглого стола Комитета Совета Федерации по социальной политике от 26 февраля 2015 года количество пациентов с ОКС в Российской Федерации ежегодно регистрируется на уровне 600 тысяч.

В аспекте обсуждаемого вопроса не ясно, почему авторы анализ по индикаторным показателям изображают в виде регионального распределения, тогда как на самом деле мы, в большинстве случаев, видим не результат анализа индикаторных показателей лечения в регионе, а результат лечения в отдельных клиниках того или иного региона. Для исключения ощущения регионального анализа, как мне кажется, не хватает таблицы с перечнем, хотя бы количества вошедших в анализ клиник по регионам.

Таким образом, в статье проанализировано качество лечения рафинированной ограниченной группы больных ОКС России, которые получили помощь в высокоспециализированных кардиологических центрах.

Несмотря на то, что авторы позиционируют анализ представленных в статье [1] индикаторных показателей качества лечения как в первую очередь инструмент для проведения клинического аудита. Мне представляется, что целью регистра, особенно федерального, является не только клинический аудит конкретно взятой клиники, но и оценка качества лечения в целом в регионе и на национальном уровне. Именно поэтому, одним из важнейших показателей, в конечном счете качества лечения при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), является национальный (региональный) уровень реперфузии при помощи первичного (пЧКВ), который в Европейских странах установлен на отметке более 70%. О чем будет говорить уровень пЧКВ при ИМпST, равный, например, 75% в конкретно взятом госпитале, если в целом по региону, где расположен данный госпиталь, уровень пЧКВ будет только 15%? В таком случае можно резюмировать о провале реперфузионного лечения в регионе для большинства его жителей, а работу госпиталя и медицинской администрации региона в данном направлении признать неудовлетворительной. Такая оценка, на мой взгляд, является справедливой, так как именно госпиталь с хорошо поставленной программой реперфузии при ИМпST должен отвечать в целом за внедрение современных подходов лечения в регионе.

Далее обсуждение будет построено на анализе отдельных, предложенных авторами, индикаторных показателей качества лечения.

Показатель «I. Доля больных с ОКС, которым проводилось ЧКВ». Данный показатель рассчитывается, как доля больных ОКС, которым выполнено ЧКВ. Действительно количество ЧКВ в группе ОКС является показателем качества проводимого лечения, особенно в группе ИМпST. Но не следует анализировать число ЧКВ при всех видах ОКС одновременно, так как эта цифра зависит от числа прошедших за период времени через учреждения ИМпST и ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Так как при ИМпST эта цифра должна приближаться к 100%, а при ОКСбпST этот процент зависит от числа поступивших в клинику больных ОКСбпST высокого риска, то соотношение числа ИМпST или ОКСбпST в

конкретном году в конкретном учреждении будет принципиально изменять этот индикаторный показатель. При этом динамика показателя не будет отражать качество медицинской помощи. Данный показатель необходимо использовать отдельно в группах больных ИМпST и высокого риска ОКСбпST и, как уже это было сказано ранее, рассчитывать его в целом на регион. Причем для пациентов с ИМпST целевое значение для региона уже выведено нашими европейскими коллегами и оно равно 70% и это означает, что 70% от всех пациентов в регионе с ИМпST должны получить реперфузию в первые 12 часов при помощи пЧКВ [4, 5].

Показатель «III. Доля больных с ОКСпST, кому выполнено ЧКВ в течение 90 минут». Этот показатель необходимо переработать, так как по его дефиниции есть несколько замечаний. Во-первых, данный показатель необходимо рассчитывать в группе ИМпST при сроке заболевания менее 12 часов. В ином случае в анализируемую группу попадут больные с ИМпST с поздним поступлением (например, которые поступили в стационар через сутки, двое после начала ИМпST), у которых и не надо укладываться по времени проведения ЧКВ в 90 минут от поступления. И это будет «портить» этот безусловно важный показатель. Во-вторых, современные Европейские рекомендации сократили время «дверь-баллон» до 60 минут, а 90 минут резервируется для промежутка времени «первый медицинский контакт-баллон» [6]. И, в-третьих, уже безотносительно к этому показателю необходимо понимать, что более важным критерием качества медицинской помощи при ИМпST является общее время от начала заболевания до восстановления кровотока в инфаркт-зависимой артерии (время «симптом-баллон»). Оно включает в себя, как время, связанное с реакцией больного на болезнь (время «симптом-звонок в скорую медицинскую помощь», так и время, характеризующее организацию медицинской помощи больным ИМпST (время «звонок-баллон»). В свою очередь время «звонок-баллон» формируется из трех интервалов: 1) время «звонок-первый медицинский контакт»; 2) время «первый медицинский контакт-дверь ЧКВ центра»; 3) время «дверь-баллон». Анализ каждого временного интервала общего времени «симптом-баллон» имеет важное значение, так как вскрывает недостатки всех этапов и участников медицинской помощи больному ИМпST [7]. Результаты работы Шведской системы медицинской помощи могут быть приняты в качестве целевых [8]. Далее представлены среднестатистические цифры временных интервалов Шведского регистра 2011 года: общее время «симптом-баллон» - 170 минут, которое складывается из времени «симптом-звонок в скорую медицинскую помощь» - 70 минут, времени «звонок-первый медицинский контакт» - 15 минут, времени «первый медицинский контакт-дверь ЧКВ центра» - 30 минут и времени «дверь-баллон» - 40 минут. Как показывают результаты одного из современных исследований, [9] сокращение времени «дверь-баллон» не всегда закономерно приводит к снижению летальности. Действительно, как можно ожидать снижение числа умерших от ИМпST при сокращении, например, времени «дверь-баллон» на 30 минут (допустим, с 90 до 60 минут), если общее время «симптом-баллон» сократилось с 290 до 260 минут. Только сокращение всех временных интервалов и, в конечном счете общего времени, «симптом-баллон» до Шведского уровня может гарантировать успех. В связи с этим показатель «симптом-баллон» является принципиальным критерием качества оказания помощи больным ИМпST и обязательно

должен мониторироваться, как и все его составляющие интервалы.

Показатель «XI. Доля больных, поступивших с ОКС, которые умерли за период пребывания в стационаре». Данный показатель не всегда может являться ориентиром качества лечения, так как объединяет несколько состояний: ИМпСТ, ОКСбпСТ высокого риска, ОКСбпСТ не высокого (среднего, низкого риска) и больных с кардиогенным шоком. От удельной доли каждого из перечисленных состояний будет значимо изменяться объединенная летальность. С учетом этого рациональнее индикаторные показатели летальности рассчитывать отдельно для представленных подгрупп ОКС.

### Заключение

Представленный в статье «Выполнение рекомендованных лечебных мероприятий у больных с острым коронарным синдромом в 2014 году: отчет по данным федерального регистра» [1] анализ является крайне важным инструментом оценки качества выполняемых мероприятий. Вместе с тем, принципиальное значение для Российской медицины является не только оценка выполнения рекомендованных лечебных мероприятий в отдельных клиниках, но также на региональном и национальном уровнях. Также с учетом беспрецедентной важности проводимой авторами работы рациональным предложением по улучшению ее качества могло бы быть широкое обсуждение используемых индикаторных показателей с последующим их утверждением советом экспертов Российского Общества Кардиологов и Российским научным Обществом специалистов по эндovasкулярной диагностике и лечению.

### Литература

1. Посенкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р. и др. Выполнение рекомендованных лечебных мероприятий у больных с острым коронарным синдромом в 2014 году: отчет по данным федерального регистра. *Кардио-ИТ* 2015; 2(1): e0101. (doi: 10.15275/cardioit.2015.0101)
2. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2007; 6(8, Прил. 1): 415-500.
3. Национальные рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема ST на ЭКГ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2006; 5(Прил. 1): 411-440.
4. Барбараш О.Л. Европейская программа «Stent for life»: предпосылки, история создания, основные цели и задачи. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний* 2013; 1: 10-18.
5. Kristensen S.D., Laut L.G., Fajadet J., et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J* 2014; 35(29): 1957-1970. (doi: 10.1093/eurheartj/ehf529) (PMID: 24419804)
6. Windecker S., Kolh P., Alfonso F., et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J* 2014; 35(37): 2541-2619. (doi: 10.1093/eurheartj/ehu278) (PMID: 25173339)
7. Ганюков В.И. Организация быстрого доступа больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в центры первичного ЧКВ. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний* 2013; 1: 42-50.
8. SWEDEHEART 2011 Annual Report. Issued 2012. Executive editor: Tomas Jernberg, Karolinska University Hospital Huddinge, 141 86 Stockholm Coordinator/Editor: Monica Sterner, UCR Uppsala.

9. Menees D.S., Peterson E.D., Wang Y., et al. Door-to-Balloon Time and Mortality among Patients Undergoing Primary PCI. *N Engl J Med* 2013; 369: 901-909. (doi: 10.1056/NEJMoa1208200) (PMID: 24004117)

### References

1. Posnenkova OM, Korotin AS, Kiselev AR, et al. Implementation of the recommended therapeutic interventions in patients with acute coronary syndrome in 2014: report according to the Federal Register. *Cardio-IT* 2015; 2(1): e0101. Russian (doi: 10.15275/cardioit.2015.0101)
2. Diagnosis and treatment of patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation on ECG. Russian recommendations. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2007; 6 (8, Appl. 1): 415-500. Russian
3. National guidelines for the treatment of acute coronary syndromes without persistent ST elevation on ECG. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2006; 5 (Appl. 1): 411-440. Russian
4. Barbarash OL. European program «Stent for life»: background, history of creation, the main goals and objectives. *Complex Problems of Cardiovascular Disease* 2013; 1: 10-18. Russian
5. Kristensen SD, Laut LG, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J* 2014; 35(29): 1957-1970. (PMID: 24419804) (doi: 10.1093/eurheartj/ehf529)
6. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, et al. 2014 ESC / EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J* 2014; 35(37): 2541-2619. (doi: 10.1093/eurheartj/ehu278) (PMID: 25173339)
7. Ganiukov V. Organizations shortcut patients with myocardial infarction with ST-segment elevation in the centers of primary PCI. *Complex Problems of Cardiovascular Disease* 2013; 1: 42-50. Russian
8. SWEDEHEART 2011 Annual Report. Issued 2012. Executive editor: Tomas Jernberg, Karolinska University Hospital Huddinge, 141 86 Stockholm Coordinator / Editor: Monica Sterner, UCR Uppsala.
9. Menees DS, Peterson ED, Wang Y, et al. Door-to-balloon time and mortality among patients undergoing primary PCI. *N Engl J Med* 2013; 369: 901-909. (doi: 10.1056/NEJMoa1208200) (PMID: 24004117)

### Информация об авторах:

**Ганюков Владимир Иванович** – докт. мед. наук, заведующий лабораторией интервенционных методов диагностики и лечения, отдел мультифокального атеросклероза ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия.

**Шилов Александр Александрович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории интервенционных методов диагностики и лечения, отдел мультифокального атеросклероза ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия.

### Authors:

**Vladimir I. Ganyukov** – MD, DSc, Head of Laboratory of Interventional Diagnosis and Treatment, Department of Multifocal Atherosclerosis, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Disease, Kemerovo, Russia.

**Aleksandr A. Shilov** – MD, PhD, Senior Researcher, Laboratory of Interventional Diagnosis and Treatment, Department of Multifocal Atherosclerosis, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Disease, Kemerovo, Russia.