

Письмо в редакцию

Потенциал и перспективы совершенствования показателей выполнения рекомендаций по лечению острого коронарного синдрома в рамках федерального регистра

Посненкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р., Гриднев В.И.

Научно-исследовательский институт кардиологии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Резюме

Представлен ответ на статью Ганюкова В.И. и Шилова А.А. «К вопросу о выполнении рекомендованных лечебных мероприятий у больных острым коронарным синдромом в кардиологических учреждениях на территории Российской Федерации», в которой предложены пути совершенствования Федерального регистра ОКС. Освещен ряд индикаторов, не вошедших в публичный отчет, обсуждена возможность внесения показателей, предложенных авторами.

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

Библиографическая ссылка: Посненкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р., Гриднев В.И. Потенциал и перспективы совершенствования показателей выполнения рекомендаций по лечению острого коронарного синдрома в рамках федерального регистра. *Кардио-ИТ* 2015; 2(2): e0202.

Поступила в редакцию 18 мая 2015. Принята в печать 20 мая 2015.

© 2015, Посненкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р., Гриднев В.И.

Ответственный автор: Посненкова Ольга Михайловна. Адрес для переписки: НИИ кардиологии, 141, ул. Чернышевского, г. Саратов, 410028, Россия. Тел.: +7 (8452) 201 899. E-mail: posnenkova@cardio-it.ru

Letter to the Editor

Potential and perspectives of development the performance measures for guidelines on acute coronary syndrome in Federal ACS registry

Posnenkova O.M., Korotin A.S., Kiselev A.R., Gridnev V.I.

Research Institute of Cardiology, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

Abstract

Presented the response to the article by VI Ganyukov and AA Shilov "Come back to an issue of performance of recommended treatment measures in patients with acute coronary syndrome in hospitals of the Russian Federation". The ways of improving the Federal ACS Registry proposed by the authors are considered. Several measures not included in the public report from the year 2014 are discussed.

Keywords: acute coronary syndrome, registry, quality of care

Cite as Posnenkova OM, Korotin AS, Kiselev AR, Gridnev VI. Potential and perspectives of development the performance measures for guidelines on acute coronary syndrome in Federal ACS registry. *Cardio-IT* 2015; 2(2): e0202.

Received 18 May 2015. Accepted 20 May 2015

© 2015, Posnenkova O.M., Korotin A.S., Kiselev A.R., Gridnev V.I.

Corresponding author: Olga M. Posnenkova. Address: Research Institute of Cardiology, 141, Chernyshevsky str., Saratov, 410028, Russia. Phone: +7 (8452) 201 899. E-mail: posnenkova@cardio-it.ru

Мы благодарим Ганюкова В.И., Шилова А.А. за внимание к нашей статье о выполнении рекомендованных клинических мероприятий у больных острым коронарным синдромом по данным федерального регистра острого коронарного синдрома (ОКС) [1]. Авторы обсуждают преимущества и недостатки регистра ОКС, а так же предлагают пути его совершенствования.

Одной из отмеченных проблем регистра является охват пациентов с ОКС. На этапе разработки регистра к его ведению привлекались учреждения, входящие в сосудистую программу, но участие других учреждений не ограничивалось. Ряд организаций изъявил добровольное желание участвовать в регистре. Любое лечебное учреждение оказывающее помощь больным с ОКС (нестабильная стенокардия (НС), инфаркт миокарда (ИМ)) может присоединиться к заполнению регистра. Аккуратность внесения данных и последовательность

включения пациентов зависит от участников. Поэтому, увеличение числа больных, вносимых в регистр, увеличение количества участвующих учреждений в первую очередь зависит от инициативы лечебных учреждений, их готовности обеспечивать регулярный и полноценный ввод данных о больных. Уже сейчас в работе регистра принимают участие не только региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, но и центральные районные и городские больницы не включенные в сосудистую программу (таблица 1). Есть регионы, где регистр ведется в 9-10 и более больницах. Организация регистра позволяет обеспечить всероссийский охват, предоставляя возможность контролировать выполнение клинических рекомендаций по ОКС, как на уровне отдельного учреждения, так и на уровне региона или национальном уровне.

Таблица 1. Структура участников Федерального регистра ОКС

Регион	РЦ	ПСО	Прочие
Амурская область	1	3	0
Архангельская область	1	2	0
Белгородская область	1	3	0
Владимирская область	0	1	1
Воронежская область	1	9	0
Ивановская область	1	4	0
Иркутская область	1	6	0
Калужская область	1	2	0
Карачаево-Черкесская Республика	1	0	0
Кемеровская область	2	2	0
Костромская область	1	0	0
Краснодарский край	2	4	0
Красноярский край	1	2	1
Курская область	2	2	0
Липецкая область	2	2	0
Магаданская область	1	0	0
Нижегородская область	1	8	0
Оренбургская область	1	5	22
Орловская область	2	2	0
Пензенская область	1	1	0
Республика Башкортостан	1	4	1
Республика Карелия	1	3	0
Республика Коми	1	1	2
Республика Марий Эл	1	1	0
Республика Удмуртия	1	3	0
Республика Чувашия	1	4	0
Ростовская область	2	5	0
Рязанская область	1	3	1
Санкт-Петербург	6	0	3
Саха Якутия	1	4	1
Сахалинская область	1	4	0
Свердловская область	1	2	5
Ставропольский край	1	4	0
Тамбовская область	1	2	1
Ярославская область	1	3	0
Всего	45	101	38

Примечание: РЦ – региональный сосудистый центр; ПСО – первичное сосудистое отделение.

Другим важным аспектом, затронутым в статье Ганюкова В.И., Шилова А.А., является система индикаторов регистра. Авторы предлагают ряд усовершенствований системы показателей, использованной в отчете:

1. Ввести индикатор, оценивающий долю больных с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ОКСпST), кому проводилось ЧКВ;
2. Ввести индикатор, оценивающий выполнение ЧКВ у больных с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от риска летального исхода;
3. В показателе «Доля больных с ОКСпST, кому выполнено ЧКВ в течение 90 минут» уменьшить время «дверь-баллон» с 90 до 60 минут и включать в него только тех пациентов, у которых с начала болевого синдрома прошло менее 12 часов;
4. Дополнить регистр показателями времени, затраченного на отдельных этапах оказания медицинской помощи;
5. При оценке летальности разделять её на группы в зависимости от типа ОКС у пациента.

Регистр может быть дополнен некоторыми из предложенных показателей, но часть из них уже реализованы в том или ином виде, но не были представлены в публичном отчете. Так, для больных ОКСпST уже существует показатель определяющий долю больных с проведенным ЧКВ, а среди пациентов без проведенного ЧКВ указываются причины отказа от операции. При анализе данных выделяются следующие причины, по которым не выполнено ЧКВ:

1. Наличии противопоказаний;
2. Время от начала симптомов ОКС более 12 часов;
3. Прочие причины, документально зафиксированные в истории болезни;
4. Причина не определена при отсутствии в регистре данных о причине отказа от ЧКВ.

Внедрение показателя, оценивающего выполнение ЧКВ у больных с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от риска летального исхода, необходимо, тем более, что аналитический аппарат регистра при наличии необходимых данных уже позволяет вычислять госпитальный и 6-месячный риск смерти по шкале GRACE.

Безусловно, авторы правы в том, что показатель «Доля больных с ОКСпST, кому выполнено ЧКВ в течение 90 минут» может быть модифицирован в сторону сокращения времени «дверь-баллон» с 90 до 60 минут. Мы согласны с мнением Ганюкова В.И. и Шилова А.А. о необходимости исключения из показателя пациентов с временем от начала заболевания больше 12 часов. При болевом синдроме более 12 часов, возможно, стоит оценивать сроки проведения ЧКВ у пациентов с сохраняющейся ишемией, жизнеугрожающими аритмиями, а так же с осложненным течением инфаркта миокарда с развитием тяжелой сердечной недостаточности и кардиогенного шока.

Ганюков В.И., Шилов А.А. подчеркивают важность учета фактора времени при ОКС. В качестве примера оценки временных интервалов при оказании помощи они приводят данные Шведского регистра 2011 года. В публичном отчете временные интервалы не представлены, в Федеральном регистре они вычисляются. Рассчитываются следующие временные интервалы:

1. Интервал времени от начала болевого синдрома за грудиной или его эквивалента до вызова СМП (мин.);
2. Интервал времени от вызова до приезда бригады СМП к больному (мин.);
3. Интервал времени, потребовавшийся для доставки больного с ОКС в стационар от приезда бригады СМП (мин.);
4. Интервал времени от приезда бригады СМП/поступления в стационар до регистрации первой ЭКГ (мин.);
5. Интервал времени от поступления в стационар до начала ЧТБКА (мин.).

Данные интервалы вычисляются отдельно для пациентов, кому выполнено ЧКВ и кому проводилась тромболитическая терапия.

Авторы отмечают необходимость дифференцировать различные типы ОКС при оценке летальности. ИМсST, ОКСбпST высокого риска и ОКСбпST среднего и низкого риска несомненно характеризуются различной летальностью. Поэтому предложение авторов указанные группы в дальнейшем оценивать по отдельности является обоснованным. Однако, на исход ОКС влияет не только его тип

и проводимое лечение, но так же ряд других факторов, таких как возраст больного, тяжесть сердечной недостаточности, сопутствующая патология и прочие, поэтому нам кажется более важным разработка показателя летальности, стандартизованного по суммарному риску летального исхода [2-4]. В качестве первого шага может быть выполнен переход к стандартизации госпитальной летальности по возрасту, хотя подразделение на ИМсСТ, ОКСбпСТ высокого риска и ОКСбпСТ среднего и низкого риска тоже чрезвычайно ценно, но, всё же, с оговоркой на возраст больных.

Таким образом, существуют индикаторы, которыми можно дополнить регистр, некоторые показатели, безусловно, нуждаются в доработке. С учетом многообразия показателей, которые уже предоставляет и потенциально может предоставить Федеральный регистр ОКС, продолжится и доработка структуры публичного отчета. Совершенствование регистра необходимо. Приглашаем всех желающих принять участие в обсуждении. С пожеланиями и предложениями просьба обращаться к Посненковой Ольге Михайловне по электронному адресу: posnenkova@cardio-it.ru.

Литература

1. 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. (doi: 10.15275/cardioit.2015.0201)
2. Antman E.M., Cohen M., Bernink P.J., et al. The TIMI Risk Score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA* 2000; 284: 835-842. (PMID: 10938172) (doi: 10.1001/jama.284.7.835)
3. Эрлих А.Д. Шкала для ранней оценки 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. (PMID: 21118173)
4. Fox K.A., Dabbous O.H., Goldberg R.J., et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ* 2006; 333: 1091–1094. (PMID: 17032691) (doi: 10.1136/bmj.38985.646481.55)

References

1. 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. Russian (doi: 10.15275/cardioit.2015.0201)
2. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. The TIMI Risk Score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA* 2000; 284: 835-842. (PMID: 10938172) (doi: 10.1001/jama.284.7.835)
3. Érlikh AD. A scale for early assessment of risk of death and myocardial infarction during initial hospitalization of patients with acute coronary syndromes (based on data from the RECORD registry). *Kardiologiya* 2010; 50(10): 11-16. (PMID: 21118173)
4. Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ* 2006; 333: 1091–1094. (PMID: 17032691) (doi: 10.1136/bmj.38985.646481.55)

Информация об авторах:

Посненкова Ольга Михайловна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник, Отдел продвижения новых кардиологических информационных технологий, Научно-исследовательский институт

кардиологии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия.

Коротин Алексей Сергеевич – аспирант, Научно-исследовательский институт кардиологии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия.

Киселев Антон Робертович – докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник, Отдел продвижения новых кардиологических информационных технологий, Научно-исследовательский институт кардиологии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия.

Гриднев Владимир Иванович – докт. мед. наук, руководитель Отдела продвижения новых кардиологических информационных технологий, Научно-исследовательский институт кардиологии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия.

Authors:

Olga M. Posnenkova – MD, PhD, Senior Researcher, Department of New Cardiological Informational Technologies, Research Institute of Cardiology, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia.

Alexey S. Korotin – MD, Postgraduate, Research Institute of Cardiology, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia.

Anton R. Kiselev – MD, DSc, Leading Researcher, Department of New Cardiological Informational Technologies, Research Institute of Cardiology, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia.

Vladimir I. Gridnev – MD, DSc, Head of Department of New Cardiological Informational Technologies, Research Institute of Cardiology, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia.