

Алекян Б. Г.¹, Бойцов С.А.², Маношкина Е.М.³, Кочергин Н.А.⁴, Ганюков В.И.⁴

¹ ФГБНУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.Вишневого» Минздрава РФ, Москва, Россия

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Минздрава РФ, Москва, Россия

³ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, Москва, Россия

⁴ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

РОССИЙСКИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ЗА 2023 ГОД

<i>Цель</i>	Анализ результатов реваскуляризации миокарда в Российской Федерации (РФ) при ОКС в 2023 году по сравнению с прошлыми годами.
<i>Материал и методы</i>	В анализ включалось число случаев инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST), реваскуляризации миокарда при вышеуказанных формах ОКС, число летальных исходов в зависимости от формы ОКС и метода выполненной реваскуляризации. Данные для анализа получены из мониторинга Минздрава России в разделе реваскуляризации при ОКС в 2023 году и сопоставлялись с результатами за последние 8 лет.
<i>Результаты, заключение</i>	В 2023 году в РФ с диагнозом ОКС госпитализировано 438 315 больных: с ОКСбпST – 309 158, с ИМпST – 148 729. Общее число госпитализаций при ОКС в расчете на 1 млн населения РФ составило 2 982: при ИМпST – 1011, а при ОКСбпST – 2103. Доступность пЧКВ в 2023 году достигла максимальных значений в сравнении с предыдущими годами – 55,3%, общее число ЧКВ при ИМпST зарегистрировано на уровне 75,7%, а летальность в целом по группе больных с ИМпST имела минимальные значения за последние 8 лет – 10,7%. В 2023 году зарегистрировано максимальное число ЧКВ при ОКСбпST за последние 8 лет: как в абсолютных – 120 990, так и в относительных величинах – 39,1% соответственно. Летальность в общей группе больных с ОКСбпST составила 2,5%, которая также носила минимальные значения за последние 8 лет.
<i>Ключевые слова</i>	Российская Федерация; острый коронарный синдром; прямая реваскуляризация миокарда; реперфузия миокарда
<i>Для цитирования</i>	Alekyan B.G., Boytsov S.A., Manoshkina E.M., Kochergin N.A., Ganyukov V.I. National Results of Revascularization for Acute Coronary Syndrome in 2023. <i>Kardiologiya</i> . 2024;64(11):76–83. [Russian: Алекян Б. Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Кочергин Н.А., Ганюков В.И. Российские национальные результаты реваскуляризации миокарда при остром коронарном синдроме за 2023 год. <i>Кардиология</i> . 2024;64(11):76–83].
<i>Автор для переписки</i>	Ганюков Владимир Иванович. E-mail: ganyukov@mail.ru

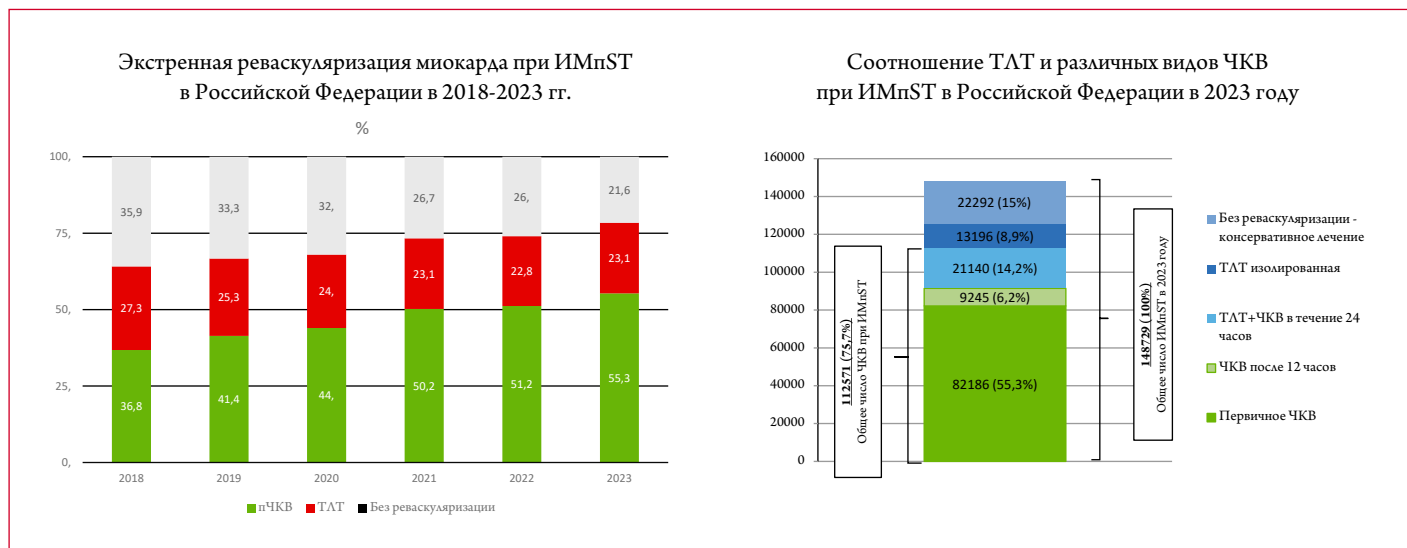
Введение

Острый коронарный синдром (ОКС) – неблагоприятная форма ишемической болезни сердца (ИБС), при которой реваскуляризация миокарда (чрескожное коронарное вмешательство – ЧКВ, тромболитическая терапия – ТЛТ, коронарное шунтирование – КШ), позволяет значительно улучшить выживаемость пациентов [1–7]. Мониторинг заболеваемости и летальности, а также динамическая оценка стратегических и тактических приемов реваскуляризации миокарда у больных с ОКС, позволяют выявлять недостатки и улучшать результаты лечения. В связи с этим в Российской Федерации проводится ежегодный мониторинг и анализ основных показателей здоровья и лечения, связанных с ОКС [1–4].

Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, в 2016 году стало членом Европейской инициативы «Stent for Life» и после реформирования организации в инициативу «Stent-Save a Life» продолжает активно участвовать в мероприятиях организации. Цель этой инициативы заключается во внедрении национальных программ доступности пЧКВ для снижения смертности [8–11], что соответствует основным пунктам Федерального проекта от 2018 года «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (<https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/bssz>).

Целью настоящей работы является анализ результатов реваскуляризации миокарда в Российской Федера-

Центральная иллюстрация. Российские национальные результаты реваскуляризации миокарда при остром коронарном синдроме за 2023 год



пЧКВ – ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получившего предварительно тромболитическую терапию (ТАТ). Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежутке времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен. Приоритетный способ ЧКВ при ИМпСТ. ТАТ изолированная – ТАТ без последующего ЧКВ; ТАТ+ЧКВ в течение 24 часов – фармакоинвазивная стратегия; ЧКВ после 12 часов – ЧКВ при ИМпСТ выполненное после 12 часов от начала симптомов.

ции при ОКС в 2023 году по сравнению с прошлыми годами.

Материал и методы

Как и в предшествующих публикациях [1–4], анализ результатов реваскуляризации миокарда при ОКС в 2023 году проводился на основании ежегодных данных мониторинга Минздрава России по ОКС (Мониторинг мероприятий по снижению смертности от ишемической болезни сердца (письма Минздрава России от 13.03.2015 №17–6/10/1–177 и от 24.07.2015 № 17–9/10/2–4128), в рамках которого сбор данных осуществляется ежемесячно, на портале ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России – Автоматизированная система мониторинга медицинской статистики, расположенном по адресу <http://asmms.mednet.ru>).

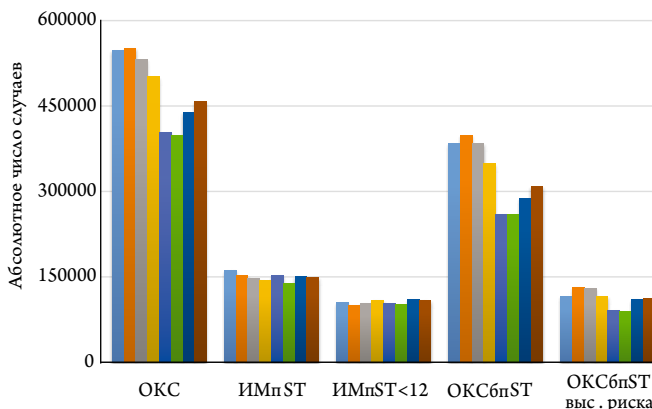
В отличие от предыдущих публикаций [1–4], в настоящей статье полученные данные из мониторинга Минздрава России в 2023 году представлены совместно с дополнительными показателями развития специальности «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» [8].

Аналогично методологии предыдущих публикаций анализировались абсолютные и относительные расчетные показатели при ОКС по числу госпитализаций, количеству и формам реваскуляризации (реперфузии), летальности. Были сформированы две основные группы пациентов ОКС: больные с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы (ОКСбпСТ) и пациенты с инфарктом миокарда с подь-

емом сегмента ST электрокардиограммы (ИМпСТ). Подгруппы в группах формировались по методологии, описанной ранее [1, 2].

С учетом того, что мониторинг Минздрава России не содержит достаточной информации о проведении операций КШ у больных ОКС, результаты данной лечебной стратегии не анализировались.

Рисунок 1. Абсолютное число пациентов, госпитализированных в стационары РФ в 2016–2023 гг. с различными формами ОКС



ОКС – число случаев любых форм острого коронарного синдрома; ИМпСТ – число случаев инфаркта миокарда с подъемом ST, включая ИМпСТ<12; ИМпСТ<12 – число случаев инфаркта миокарда с подъемом ST, госпитализированных в стационар в течение 12 часов от начала симптомов; ОКСбпСТ – число случаев острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST, включая ОКСбпСТ высокого риска; ОКСбпСТ выс. риска – число случаев острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST высокого риска).

В настоящей работе применялись методы описательной статистики с представлением показателей в виде абсолютных значений и/или процентных выражений. Статистическая значимость различий между показателями не оценивалась.

Результаты

Число случаев госпитализации больных с ОКС в РФ в 2023 году

В 2023 году в РФ с диагнозом ОКС было госпитализировано 457887 больных: с диагнозом ОКСбпСТ – 309158, с ИМпСТ – 148729 (рис. 1). Общее число госпитализаций при ОКС в расчете на 1 млн населения РФ составило 3115: при ИМпСТ – 1011 и при ОКСбпСТ – 2103 (табл. 1). Соотношение больных с диагнозами ИМпСТ/ОКСбпСТ составило 1:2,1.

В 2021–2023 годах в стране число госпитализаций больных с ОКС варьировало от 397930 в 2021 году до 457887 – в 2023 году. Количество пациентов с диагнозом ОКСбпСТ увеличивалось с 2021 по 2023 годы с 259179 до 309158. Показатели госпитализаций пациентов с ИМпСТ в 2022–2023 гг. были сопоставимы (150845 и 148729 случаев), однако они были выше, чем в 2021 году, когда было госпитализировано всего 138751 пациент (рис. 1).

Общее число госпитализаций при ОКС в расчете на 1 млн населения РФ с 2021 по 2023 годы ежегодно повышалось с 2707 до 3115 соответственно. Количество больных с ОКСбпСТ на 1 млн населения демонстрирует аналогичный тренд: ежегодное повышение с 1753 – в 2021 году до 1956 – в 2022 году, а в 2023 году этот по-

Таблица 1. Динамика количества госпитализированных больных с различными формами ОКС в расчете на 1 млн населения в Российской Федерации в 2018–2023 гг.

Нозологическая форма	Анализируемый год					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Все формы ОКС	3612	3410	2748	2707	2982	3115
ОКСбпСТ	2610	2370	1771	1763	1956	2103
ОКСбпСТ высокого риска	881	789	621	609	694	759
ИМпСТ	1003	1040	975	944	1026	1011
ИМпСТ < 12 ч от начала симптомов	670	738	700	687	747	741

ОКС – острый коронарный синдром; ОКСбпСТ – ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы; ИМпСТ – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы.

казатель достиг 2103 случая. Показатель госпитализаций пациентов с ИМпСТ на 1 млн населения с 2021 по 2023 годы имел неравномерный характер (табл. 1). Соотношение больных с диагнозами ИМпСТ/ОКСбпСТ в 2021–2023 годах колебалось в диапазоне: от 1:1,9 – до 1:2,1.

Количественные и качественные показатели реваскуляризации миокарда при ИМпСТ в 2023 году в РФ

В таблице 2 представлены количественные и качественные показатели реваскуляризации миокарда при ИМпСТ за последние пять лет (2018–2023 годы).

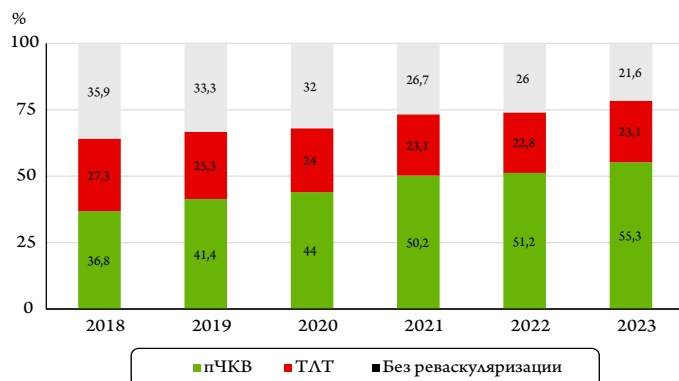
В РФ в 2023 выполнено максимальное число ЧКВ при ИМпСТ за последние 5 лет – 112571 операция, что превысило показатели 2018 года на 35%. Количе-

Таблица 2. Динамика количественных показателей реперфузионной терапии при ИМпСТ за 2018–2022 гг.

Показатель. Вид реваскуляризации	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ЧКВ при ИМпСТ	83243	95536	90817	99515	106950	112571
пЧКВ (абс.)	54221	63713	63133	69658	77250	82186
пЧКВ (% от ИМпСТ)	36,8	41,4	44	50,2	51,2	55,3
пЧКВ (% от ЧКВ при ИМпСТ)	65,1	66,7	69,5	70	72,2	75,7
ТЛТ (абс.)	40221	38682	34295	32116	34417	34336
ТЛТ (% от ИМпСТ)	27,3	25,3	24	23,1	22,8	23,1
Без реперфузии (абс.)	52907	47746	48906	37046	39178	35488
Без реперфузии (% от ИМпСТ)	35,9	33,3	32	26,7	26	21,6
Позднее ЧКВ (абс.)	29022	31823	27684	29947	29700	30385
Позднее ЧКВ (% от ЧКВ при ИМпСТ)	34,9	33,3	30,5	30	27,8	27
пЧКВ на млн населения	369	433	429	474	525	559
ТЛТ+ЧКВ в течение 24 часов (абс.)	14936	18072	17134	19256	20018	21140
ТЛТ+ЧКВ в течение 24 часов (% от всей ТЛТ)	37	47	50	60	58	61,6

% от ИМпСТ – процент переменной от общего числа ИМпСТ в России за год. Без реперфузии – больные ИМпСТ, которым не выполнены ни пЧКВ, ни ТЛТ. ИМпСТ – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. пЧКВ – ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получавшего предварительно тромболитическую терапию (ТЛТ). Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежутки времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен. ТЛТ – тромболитическая терапия; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Рисунок 2. Экстренная реваскуляризация миокарда при ИМпСТ в Российской Федерации в 2018-2023 гг.



пЧКВ – ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получавшего предварительно тромболитическую терапию (ТЛТ). Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежуток времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен. Без реваскуляризации – больные ИМпСТ, которым не выполнены ни пЧКВ, ни ТЛТ).

Таблица 3. Динамика качественных показателей пЧКВ при ИМпСТ в Российской Федерации в 2018–2023 гг.

Показатель	Временные интервалы					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Время «симптом-баллон» (мин.)	238	223	231	233	232	247
Время «симптом-звонок» (мин.)	118	115	123	125	119	126
Время «звонок-баллон» (мин.)	120	108	108	108	113	121

Время «симптом-баллон» – время от начала симптомов ИМпСТ до восстановления антеградного кровотока в инфаркт-зависимой артерии; время «симптом-звонок» – время от начала симптомов ИМпСТ до обращения больного в скорую медицинскую помощь (время ответственности больного); время «звонок-баллон» – время от момента обращения больного ИМпСТ в скорую медицинскую помощь до восстановления антеградного кровотока в инфаркт-зависимой артерии (время ответственности системы здравоохранения).

Таблица 4. Динамика количественных и качественных показателей реваскуляризации при ОКСбпСТ в Российской Федерации в 2018-2023 гг.

Показатели ЧКВ при ОКСбпСТ	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ЧКВ при ОКСбпСТ (абс.)	84218	91429	78461	92483	106347	120990
ЧКВ при ОКСбпСТ (% от ОКСбпСТ)	22	26	30,1	35,7	37	39,1
ЧКВ при ОКСбпСТ выс. риска (абс.)	46269	48263	42379	48430	54837	60836
ЧКВ при ОКСбпСТ выс. риска (% от ОКСбпСТ выс. риска)	35,7	42	46	54	54	54,5
Летальность при ОКСбпСТ (%)	2,7	2,7	4,1	3,9	2,9	2,5
Летальность при ЧКВ у больных ОКСбпСТ (%)	1,4	1,4	1,8	1,8	1,7	1,7
Летальность при ЧКВ у больных ОКСбпСТ выс. риска (%)	2,1	2,3	2,8	2,9	2,8	2,8

% от ОКСбпСТ – доля переменной от общего числа ОКСбпСТ в России за год; ОКСбпСТ – острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы; ОКСбпСТ выс. риска – ОКСбпСТ высокого риска.

ство первичных ЧКВ (пЧКВ) также в 2023 достигло максимальных значений – 82186, что превышает показатель 2018 года на 52%. Динамика показателей реваскуляризации миокарда наглядно продемонстрирована на рисунке 2, где показано, что приоритетный метод реваскуляризации миокарда при ИМпСТ – пЧКВ имеет ежегодную положительную динамику и частота его проведения выросла с 36,8% в 2018 году до 55,3% – в 2023 году. На 1 млн населения в 2023 году было выполнено 559 пЧКВ. (пЧКВ – ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получавшего предварительно тромболитическую терапию – ТЛТ. Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежуток времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен).

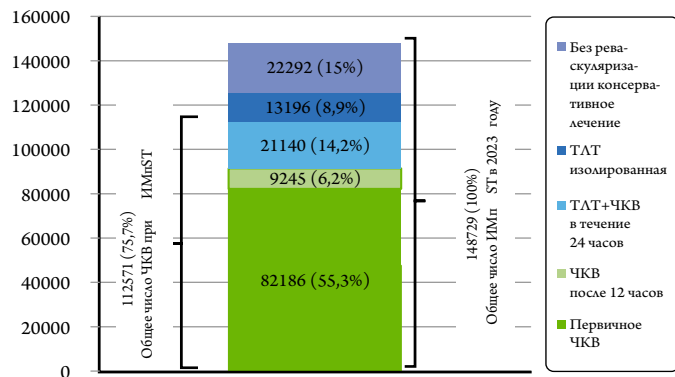
Анализ общего числа ЧКВ и ТЛТ при ИМпСТ представлен на рис. 3. В 2023 году в РФ у больных ИМпСТ ЧКВ выполнено в 75,7% случаев. Этот объем складывался из приоритетного способа ЧКВ при ИМпСТ – пЧКВ – 55,3% (ЧКВ в течение 12 часов от начала ИМпСТ) и остальных способов ЧКВ при ИМпСТ, которые в свою очередь были представлены как ЧКВ после 12 часов – 6,2% и как ЧКВ в течение 24 часов после ТЛТ – 14,2%. В данном случае мы имеем дело с процентом ЧКВ от всех больных, госпитализированных с диагнозом ИМпСТ.

С учетом особого внимания к приоритетному способу лечения ИМпСТ – пЧКВ на рисунке 4 приводим анализ динамики соотношения пЧКВ/ЧКВ после 12 часов/ЧКВ в течение 24 часов после ТЛТ в Российской Федерации в 2018–2022 годах. В течение 5 лет можно наблюдать ежегодную положительную динамику, которая обусловлена с одной стороны увеличением доли пЧКВ среди всего объема ежегодных ЧКВ при ИМпСТ – с 65% – в 2018 году до 73% – в 2023 году, с другой, снижением доли ЧКВ

при ИМпСТ, выполненных в поздние сроки (после 12 часов от начала симптомов).

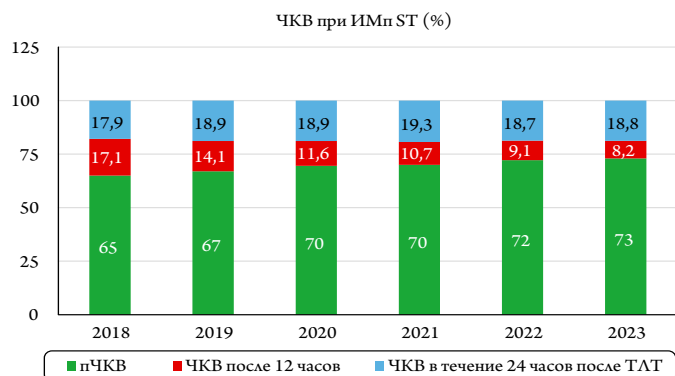
Фармакоинвазивный подход (ТАТ+ЧКВ в течение 24 часов от начала ТАТ) стал более активно использоваться в течение последних 5 лет (табл 2., рис. 5) с макси-

Рисунок 3. Соотношение ТАТ и различных видов ЧКВ при ИМпСТ в Российской Федерации в 2023 г.



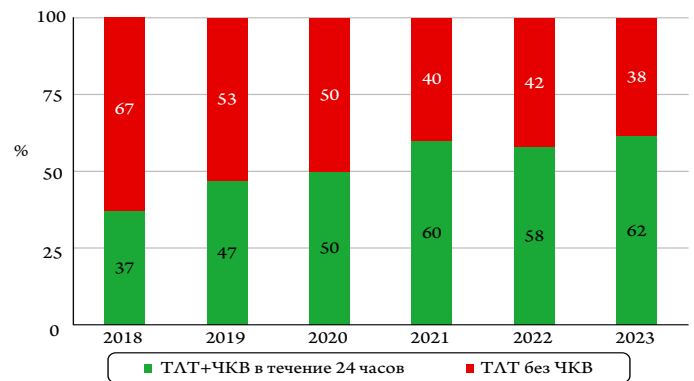
пЧКВ - ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получавшего предварительно тромболитическую терапию (ТАТ). Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежуток времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен. Приоритетный способ ЧКВ при ИМпСТ. ТАТ изолированная – ТАТ без последующего ЧКВ; ТАТ+ЧКВ в течение 24 часов – фармакоинвазивная стратегия; ЧКВ после 12 часов – ЧКВ при ИМпСТ выполненное после 12 часов от начала симптомов.

Рисунок 4. Динамика соотношения пЧКВ/ЧКВ после 12 часов/ЧКВ в течение 24 часов после ТАТ в Российской Федерации в 2018-2023 гг.



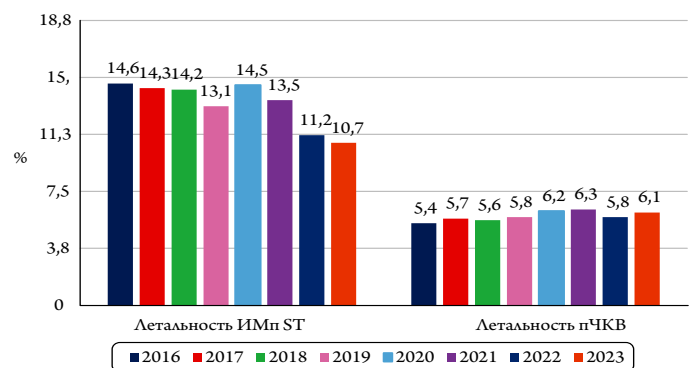
пЧКВ – ЧКВ симптом-зависимого стеноза, выполненное в течение 12 часов от начала симптомов ИМпСТ у больного, не получавшего предварительно тромболитическую терапию (ТАТ). Из группы пЧКВ в настоящей работе исключены больные с ИМпСТ, которым ЧКВ выполнено в промежуток времени от 12 до 48 часов от начала симптомов заболевания. Выделение такой группы пациентов сложно, она малочисленна и анализ ее в мониторинге Минздрава России не представлен. ЧКВ после 12 часов – ЧКВ, выполненные при ИМпСТ после 12 часов от начала симптомов; ЧКВ в течение 24 часов после ТАТ – ЧКВ, выполненное при ИМпСТ в течение 24 часов после ТАТ.

Рисунок 5. Тромболитическая терапия, завершившаяся ЧКВ в течение 24 часов (фармакоинвазивный подход) при ИМпСТ Российской Федерации в 2018–2023 гг.



ТАТ+ЧКВ в течение 24 часов (зеленый цвет) – доля больных, получивших ТАТ, которым выполнено ЧКВ в течение 24 часов; ТАТ без ЧКВ (красный цвет) – доля больных после ТАТ, которые не получили ЧКВ в течение 24 часов).

Рисунок 6. Летальность в Российской Федерации при ИМпСТ в общей группе и при пЧКВ в 2016–2023 гг.



мальными цифрами в 2023 году – 61,6%. Такие качественные показатели реваскуляризации миокарда при ИМпСТ, как временные промежутки «симптом-баллон», «симптом-звонок» и «звонок-баллон», увеличились в 2023 году по сравнению с 2018–2022 гг. (табл. 3).

В 2023 году в РФ зарегистрирован самый низкий показатель общей летальности при ИМпСТ за последние 8 лет – 10,7% (рис. 6). В то же время показатель летальности среди пациентов, которым было выполнено пЧКВ в 2022 году, существенно не отличался от данных предыдущих лет и составил 6,1%.

Количественные и качественные показатели реваскуляризации при ОКСбпСТ в Российской Федерации в 2023 году

Количественные и качественные показатели реваскуляризации миокарда при ОКСбпСТ за последние 5 лет отражены в таблице 4. В 2023 году зарегистрировано максимальное число ЧКВ при ОКСбпСТ за последние 5 лет, как в абсолютных значениях (120 990 ЧКВ), так и в от-

Подари Время на мечту

*«Контроль за моим здоровьем
позволяет мне жить полной жизнью
и достигать новых вершин»*



Узнать больше о проблеме
венозных тромбоэмболических
осложнений можно, скачав приложение **iMed.**



Служба Медицинской Информации:
MedInfo.Russia@Pfizer.com

Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer
на интернет-сайте www.pfizermedinfo.ru

ООО «Пфайзер Инновации», 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10,
БЦ «Башня на Набережной» (Блок С), 21-й этаж
Тел.: +7 495 287 50 00. Факс: +7 495 287 53 00

Лица на изображении не являются реальными пациентами



PP-UNP-RUS-0381 от 18.06.2024 г.

носительных – 39,1% больных, госпитализированных с ОКСбпСТ. При этом несмотря на возросший абсолютный показатель ЧКВ у больных ОКСбпСТ высокого риска – 60836, относительное значение составило 54,5% и было сопоставимо с 2022 годом. Летальность в общей группе больных ОКСбпСТ составила 2,5%, что явилось наименьшим показателем за последние 8 лет. Летальность в общей группе больных ОКСбпСТ высокого риска и при ЧКВ в 2023 году сохранилась на уровне 2018–2022 гг.

Обсуждение

Динамическое мониторирование показателей заболеваемости, летальности и реваскуляризации миокарда при ОКС является основой последующих стратегических и тактических организационно-терапевтических мероприятий по лечению острых форм ИБС. Национальные и европейские усилия в данном направлении представлены публикациями, которые составляют основу для анализа и принятия решений [1–4, 12–14]. В настоящей статье проведен анализ результатов реваскуляризации миокарда в РФ при ОКС в 2023 году.

В 2023 году по сравнению с 2022 годом общее число госпитализированных пациентов с ОКС в РФ увеличилось на 4,5% за счет увеличения больных с ОКСбпСТ, число которых в 2023 году возросло на 7,5% (рис. 1). При этом число госпитализаций пациентов с ИМпСТ в 2023 году (148 729) уменьшилось на 1,5% в сравнении с 2022 годом (150 845) (рис. 1).

Соотношение больных с диагнозами ИМпСТ/ОКСбпСТ в 2023 году было 1:2,1 и увеличилось за последние 3 года, когда это соотношение составляло 1:1,9.

Динамика поступивших в стационар пациентов подгруппы ОКСбпСТ высокого риска к 2023 году характеризовалась аналогичными процессами, как и в целом в группе ОКСбпСТ. В 2023 году было госпитализировано 759 пациентов на 1 млн населения, что на 9,4% больше, чем в 2022 году – 694 (табл. 1). Доля госпитализаций больных с диагнозом ОКСбпСТ высокого риска среди общей группы ОКСбпСТ, проходивших лечение в стационаре в 2023 году, составила 36%. На протяжении последних 5 лет по данному показателю в РФ сохраняется стабильность, показатели незначимо варьируют в пределах 33–35%.

Подводя итог анализу госпитализаций больных с ОКС за последние 5 лет необходимо отметить, что в 2023 году было зарегистрировано постепенное возрастание госпитализаций больных. Таким образом, этот тренд происходит за счет ОКСбпСТ, в то время как частота госпитализаций при ИМпСТ регистрируется практически на одном уровне.

По количественным и качественным показателям реваскуляризации миокарда при ИМпСТ в 2023 году по сравнению с 2018–2022 гг. отмечается продолжающаяся поло-

жительная динамика: увеличилось число пЧКВ до 55,3%, регистрируется самый высокий уровень числа пЧКВ на 1 млн населения – 559, общая летальность при ИМпСТ имеет самый низкий показатель за последние 8 лет – 10,7%.

Отрицательными факторами, сохраняющимися в 2023 году в РФ, являются продолжительные временные промежутки доступности пЧКВ (например, в 2023 году время «симптом-баллон» в РФ составило 247 минут, в то время как в Швеции в 2021–165 мин), сохраняющийся высокий уровень ТЛТ (23,1% в РФ в 2022 году в сравнении со Швецией в 2021 году – 3%), высокий процент больных, оставшихся без реперфузии (21,6% – в РФ против 12% – в Швеции) [9].

Детальный анализ общего числа ЧКВ при ИМпСТ (рис. 3), который показывает довольно высокий уровень эндоваскулярного лечения – 75,7%, не должен вводить нас в заблуждение и успокаивать медицинскую общественность. Только пЧКВ в течение 12 часов, которое в РФ в 2023 году составило 55,3% (а в Швеции в 2021 году – 85%) является истинным критерием доступности ЧКВ при ИМпСТ. Этот показатель четко определен для национальных систем здравоохранения, как целевой в инициативе «Stent for Life» [14] – более 70% пЧКВ при ИМпСТ.

Число пЧКВ на 1 млн населения требует дополнительного обсуждения. В документах «Stent for Life» [14] указывается, что целевой национальный показатель пЧКВ при ИМпСТ должен соответствовать 600 и более вмешательств. В РФ в 2023 году этот показатель выглядит весьма неплохо – 559. В то же время в Швеции в 2021 году он был равен 473 пЧКВ на 1 млн населения, что выглядит значительно хуже, чем в РФ. Однако все становится на свои места, когда мы сравниваем количество госпитализаций с диагнозом ИМпСТ на 1 млн населения в РФ и Швеции – 1011 и 571 соответственно. С учетом этого показатель 600 пЧКВ на 1 млн населения, выдвинутый экспертами «Stent for Life» как целевой, может быть подвергнут серьезной критике и ориентировка на показатель – более 70% пЧКВ при ИМпСТ – выглядит более целесообразной.

В литературе не определены целевые показатели реваскуляризации при ОКСбпСТ [6]. В 2023 году в РФ за последние 6 лет:

- 1) у госпитализированных больных с ОКСбпСТ зарегистрировано максимальное число ЧКВ как в абсолютных значениях (120990), так и в относительных (39,1%);
- 2) летальность в 2,5% в общей группе больных ОКСбпСТ была самой низкой;
- 3) относительный показатель ЧКВ у больных ОКСбпСТ высокого риска в 54,5% был максимальным;
- 4) летальность в общей группе больных ОКСбпСТ высокого риска и при ЧКВ в этой же группе больных в 2023 году сохранилась на уровне 2022 года – 2,8% и 1,7%, соответственно.

Ограничения исследования

В рамках данного мониторинга не представляется возможным уточнить была ли госпитализация пациента с ОКС первичной или повторной. Кроме того, в представленном анализе не учитывались данные частных центров и ведомственных клиник, не предоставляющих информацию для автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики.

Выводы

1. В 2023 г. по сравнению с 2021 г. и 2022 г. количество пациентов с ОКС, госпитализированных в стационары РФ, увеличилось в основном за счет больных с ОКСбпСТ.

2. Доступность пЧКВ в 2023 году в РФ достигла максимальных значений в сравнении с предыдущими годами – 55,3%, общее число всех ЧКВ при ИМпСТ зарегистрировано на уровне 75,7%, а летальность в целом по группе больных с ИМпСТ в РФ имела минимальные значения за последние 8 лет – 10,7%.

3. В 2023 году в РФ зарегистрировано максимальное число ЧКВ при ОКСбпСТ за последние 8 лет как в абсолютных (120990), так и в относительных величинах (39,1%), соответственно. Летальность в общей группе больных с ОКСбпСТ составила 2,5%, при этом она также носила минимальные значения за последние 8 лет.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 18.07.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Alekyan B.G., Ganyukov V.I., Manoshkina E.M., Protopopov A.V., Skrupnik D.V., Kislukhin T.V. Revascularization in ST-elevation myocardial infarction in the Russian Federation. Analysis of 2018 results. Russian journal of Endovascular surgery. 2019;6(2):89–97. [Russian: Алекян Б.Г., Ганюков В.И., Маношкина Е.М., Протопопов А.В., Скрыпник Д.В., Кислухин Т.В. Реваскуляризация при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в Российской Федерации. Анализ результатов 2018 года. Эндоваскулярная хирургия. 2019;6(2):89–97]. DOI: 10.24183/2409-4080-2019-6-2-89-97
- Alekyan B.G., Boytsov S.A., Manoshkina E.M., Ganyukov V.I. Myocardial revascularization in Russian Federation for acute coronary syndrome in 2016–2020. Kardiologiya. 2021;61(12):4–15. [Russian: Алекян Б.Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Ганюков В.И. Реваскуляризация миокарда в Российской Федерации при остром коронарном синдроме в 2016–2020 гг. Кардиология. 2021;61(12):4–15]. DOI: 10.18087/cardio.2021.12.n1879
- Alekyan B.G., Boytsov S.A., Ganyukov V.I., Manoshkina E.M. Impact of the COVID-19 Pandemic on Myocardial Revascularization in Patients with Acute Coronary Syndrome in the Russian Federation. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2022;18(4):411–9. [Russian: Алекян Б.Г., Бойцов С.А., Ганюков В.И., Маношкина Е.М. Влияние пандемии COVID-19 на реваскуляризацию миокарда у больных с острым коронарным синдромом в Российской Федерации. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2022;18(4):411–9]. DOI: 10.20996/1819-6446-2022-08-03
- Alekyan B.G., Boytsov S.A., Manoshkina E.M., Ganyukov V.I. Russian national indicators of myocardial revascularization in patients with acute coronary syndrome in 2022. Endovascular Surgery. 2023;10(3):260–9. [Russian: Алекян Б.Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Ганюков В.И. Анализ российских национальных показателей реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом в 2022 г. Эндоваскулярная хирургия. 2023;10(3):260–9]. DOI: 10.24183/2409-4080-2023-10-3-260-269
- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2018;39(2):119–77. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393
- Collet J-P, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal. 2021;42(14):1289–367. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa575
- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal. 2023;44(38):3720–826. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad191
- Alekyan B.G., Grigoryan A.M., Staferov A.V., Karapetyan N.G. Endovascular surgery of the heart and vascular diseases in the Russian Federation - 2022. Endovascular surgery (Special Issue). 2023;10S:S5–256. [Russian: Алекян Б.Г., Григорьян А.М., Стаферов А.В., Карапетян Н.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2022 год. Эндоваскулярная хирургия (Специальный выпуск). 2023;10S:S5–256]. DOI: 10.24183/2409-4080-2023-10S-S5-S256
- SWEDHEART. Annual report 2021. Av. at: <https://www.ucl.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/1-swedeheart-annual-report-2021-english/viewdocument/3384>. 2022.
- Pereira H, Naber C, Wallace S, Gabor T, Abdi S, Alekyan B et al. Stent-Save a Life international survey on the practice of primary percutaneous coronary intervention during the COVID-19 pandemic. Revisita Portuguesa de Cardiologia. 2022;41(3):221–7. DOI: 10.1016/j.repc.2021.04.006
- Wein B, Bashkireva A, Au-Yeung A, Yoculan A, Vinereanu D, Deleanu D et al. Systematic investment in the delivery of guideline-coherent therapy reduces mortality and overall costs in patients with ST-elevation myocardial infarction: Results from the Stent for Life economic model for Romania, Portugal, Basque Country and Kemerovo region. European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care. 2020;9(8):902–10. DOI: 10.1177/2048872619853959
- Zeymer U, Ludman P, Danchin N, Kala P, Laroche C, Sadeghi M et al. Reperfusion therapies and in-hospital outcomes for ST-elevation myocardial infarction in Europe: the ACVC-EAPCI EORP STEMI Registry of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2021;42(44):4536–49. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab342
- Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, Kaifoszova Z, Kala P, Di Mario C et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. European Heart Journal. 2014;35(29):1957–70. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs529
- Stent for life. How to guide. Stent for Life is a joint initiative between the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), a registered branch of the European Society of Cardiology (ESC), and EuroPCR. Av. at: <https://www.stentsavealife.com/wp-content/uploads/2017/04/SFL-how-to-guide-1.pdf>.