



Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии*

С.А. Бойцов, С.Ю. Марцевич, М.Л. Гинзбург, Н.П. Кутишенко, Л.Ю. Дроздова,
А.В. Акимова, А.Ю. Суворов, М.М. Лукьянов, Н.А. Дмитриева, О.В. Лерман,
Н.Ю. Журавская, Е.В. Даниэльс, А.В. Фокина, В.Н. Юдаев, В.П. Смирнов,
А.М. Калинина, С.В. Котов, Л.В. Стаховская**

Авторы:

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, директор ГНИЦ ПМ, руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики того же центра

Марцевич Сергей Юрьевич – д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Гинзбург Моисей Львович – к.м.н., зав. кардиологическим отделением МУЗ Люберецкая районная больница № 2

Кутишенко Наталья Петровна – д.м.н., зав. лабораторией фармакоэпидемиологических исследований, отдел профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Дроздова Любовь Юрьевна – к.м.н., старший научный сотрудник того же отдела

Акимова Анна Владимировна – младший научный сотрудник того же отдела

Суворов Александр Юрьевич – младший научный сотрудник того же отдела

Лукьянов Михаил Михайлович – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ГНИЦ ПМ

Дмитриева Надежда Анатольевна – к.м.н., научный сотрудник отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Лерман Ольга Викторовна – к.м.н., старший научный сотрудник того же отдела

* Статья впервые опубликована в журнале «Рациональная фармакотерапия в кардиологии» 2013;9(2):114-22 и перепечатывается с разрешения издательства журнала

** Автор, ответственный за переписку. Электронная почта: smartsevich@gnicpm.ru

Журавская Наталья Юрьевна – аспирант того же отдела

Даниэльс Елена Викторовна – врач кардиологического отделения Люберецкой районной больницы № 2

Фокина Анна Валерьевна – врач того же отделения Люберецкой районной больницы № 2

Юдаев Виктор Николаевич – д.м.н., начальник управления здравоохранения администрации Люберецкого района МО

Смирнов Владимир Павлович – к.м.н., главный врач Люберецкой районной больницы № 2

Калинина Анна Михайловна – д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ГНИЦ ПМ

Котов Сергей Викторович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФУВ МОНИКИ, руководитель отделения неврологии института МОНИКИ, главный невролог Московской области

Стаховская Людмила Витальевна – д.м.н., профессор, директор НИИ ЦВПИ РНИМУ, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Цель

В рамках регистра мозгового инсульта (МИ), получившего название ЛИС-2 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесшим МИ), изучить социально-демографические и анамнестические характеристики пациентов, перенесших МИ, а также медикаментозную терапию, которую получали пациенты до рефересного МИ, во время госпитализации и при выписке из стационара.

Материал и методы

В исследование включали всех больных (637 человек), госпитализированных в Люберецкую районную больницу № 2 по поводу МИ за период с 01.2009 по 12.2010.

Результаты

Мужчины составили 36%, женщины – 64%, средний возраст 70,99±9,6 лет. Артериальная гипертензия в анамнезе была выявлена у 554 пациентов (87,0%), фибрилляция предсердий у 155 (24,3%) пациентов. Ранее перенесли МИ 147 (23,1%) пациентов. Больничная летальность составила 21,8% (умерли 139 пациентов, средний возраст 72,7±9,6 года). При выписке 374 (75%) пациентам был рекомендован прием ингибиторов АПФ, антиагреганты были назначены 421 (85%) пациенту. Варфарин был назначен 4 (1%) пациентам. Препараты из ряда статинов были рекомендованы 3 (1%) пациентам.

Заключение

Обращает на себя внимание низкая частота назначения медикаментозных препаратов с доказанным влиянием на прогноз как у пациентов, отягощенных факторами риска до рефересного инсульта, так и при выписке у больных, перенесших МИ.

Ключевые слова

Острое нарушение мозгового кровообращения, распространенность факторов риска, медикаментозная терапия, регистр.

LYUBERTSY STUDY ON MORTALITY RATE IN PATIENTS AFTER CEREBRAL STROKE OR TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK (LIS-2). DESIGN AND MEDICAL TREATMENT ESTIMATION

S.A. Boytsov, S.Yu. Martsevich, M.L. Ginzburg, N.P. Kutishenko, L.Yu. Drozdova, A.V. Akimova, A.Yu. Suvorov, M.M. Loukianov, N.A. Dmitrieva¹, O.V.Lerman, N.Yu. Zhuravskaya, E.V. Daniels, A.V. Fokina, V.N. Yudaev, V.P. Smirnov, A.M. Kalinina, S.V. Kotov⁴, L.V. Stahovskaya⁵

Authors:

Sergey A. Boytsov – PhD, MD, Professor, Director of the National Research Centre for Preventive Medicine (NRCPM), Head of Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics of the same Center; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Sergey Yu. Martsevich – PhD, MD, Professor, Head of Department of Preventive Pharmacotherapy, NRCPM; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Moisei L. Ginzburg – PhD, MD, Head of Cardiology Department, Lyubertsy District Hospital № 2; Oktyabr'skiy prospect 338, Moscow Region, Lyubertsy, 140006 Russia

Natalia P. Kutishenko – PhD, MD, Head of Laboratory of Pharmaco-Epidemiological Research, Department of Preventive Pharmacotherapy, NRCPM; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Lyubov Yu. Drozdova – PhD, MD, Senior Researcher, Department of Preventive Pharmacotherapy, NRCPM

Anna V. Akimova – MD, Junior Researcher of the same Department; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Alexander Yu. Suvorov – Junior Researcher of the same Department; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Mikhail M. Lukyanov – PhD, MD, Leading Researcher of Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics, NRCPM; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Nadezhda A. Dmitrieva – PhD, MD, Researcher, Department of Preventive Pharmacotherapy, NRCPM

Olga V. Lerman – PhD, MD, Senior Researcher of the same Department; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Natalia Yu. Zhuravskaya – MD, Ph.D. candidate of the same Department; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Elena V. Daniels – MD, Doctor of Cardiology Department, Lyubertsy District Hospital № 2; Oktyabr'skiy prospect 338, Moscow Region, Lyubertsy, 140006 Russia

Anna V. Fokina – MD, Doctor of the same Department; Oktyabr'skiy prospect 338, Moscow Region, Lyubertsy, 140006 Russia

Victor N. Yudaev – PhD, MD, Head of Public Health Department of Lyubertsy District of Moscow area; Zvukovaya ul. 4, Lyubertsy, Moscow Region, 14140000 Russia

Vladimir P. Smirnov – PhD, MD, Head of Lyubertsy District Hospital № 2; Oktyabr'skiy prospect 338, Moscow Region, Lyubertsy, 140006 Russia

Anna M. Kalinina – PhD, MD, Professor, Head of Department of Primary Prevention of Chronic Non-Communicable Diseases in the Healthcare System, NRCPM; Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Sergey V. Kotov – PhD, MD, Professor, Head of Chair of Neurology of Postgraduate Education Faculty, Moscow Regional Scientific-Research Clinical Institute named after MF Vladimirov, Head of Neurology Unit of the same Institute, Chief-Neurologist of the Moscow Region; Schepkina ul. 61/2, Moscow, 129110 Russia

Ludmila V. Stakhovskaya – PhD, MD, Professor of Chair of Basic and Clinical Neurology and Neurosurgery, Russian National Research Medical University named after NI Pirogov; Ostrovitianova ul. 1, Moscow, 1117997 Russia

Aim

Estimation of social, demographic and anamnestic characteristics of patients survived cerebral stroke as well as the medical treatment received by the patients before the reference stroke in the hospital and at discharge within the framework of the stroke register LIS-2 (study of mortality among patients survived stroke in Lyubertsy district).

Material and methods

All the patients (637 persons) admitted to the Lyubertsy regional hospital № 2 due to stroke from January 2009 to December 2010 were enrolled into the study.

Results

36% were men and 64% were women with mean age of 70.99 ± 9.6 years old. 554 (87.0%) patients had history of arterial hypertension and 155 (24.3%) – of atrial fibrillation. 147 (23.1%) patients had previous stroke. In-hospital mortality made up 21.8% (mean age of 139 deceased patients was 72.7 ± 9.6 years old). 374 (75%) patients were prescribed ACE inhibitors, 421 (85%) – antiplatelet agents, 4 (1%) – warfarin. Statins intake was recommended to 3 (1%) patients.

Conclusion

We revealed low frequency of prescription of drugs with proven positive prognostic value both in at-risk subjects before the reference stroke and in patients discharged from the hospital after stroke.

Key words

Acute cerebrovascular disease, risk factors prevalence, medical treatment, register.

Мозговой инсульт (МИ) занимает одно из первых мест в структуре смертности в большинстве развитых стран мира [1]. Выжившие после острой фазы МИ имеют высокий риск развития повторного МИ, а также весьма неблагоприятный прогноз для жизни в целом [2, 3]. Несмотря на это, данные доказательной медицины однозначно свидетельствуют о том, что этот прогноз жизни может быть существенно улучшен за счет использования ряда конкретных лекарственных средств [4].

Факторы риска мозгового инсульта в большинстве своем совпадают с факторами риска других сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, ишемической болезни сердца (ИБС). Патогенез МИ, особенно наиболее распространенной его формы – ишемического МИ (инфаркта мозга) атеротромботического генеза во многом сходен с патогенезом инфаркта миокарда (ИМ) [5, 6].

Все это, по-видимому, определяет близость подходов к первичной и вторичной профилактике МИ и ИБС. Неудивительно, что основные группы лекарственных препаратов, доказавших свою роль при вторичной профилактике МИ, в значительной степени совпадают с лекарственными препаратами, используемыми для вторичной профилактики ИБС. К этим препаратам, в первую очередь, относятся антиагреганты, антигипертензивные и гиполипидемические средства.

Основные принципы первичной и вторичной профилактики МИ отражены в различных клинических рекомендациях, среди которых выделяются клинические рекомендации по первичной и вторичной профилактике МИ, написанные совместно Американским обществом кардиологов и Американским обществом инсульта [7, 8]. Хорошо известно, что реальная клиническая практика часто весьма далека от современных клинических рекомендаций. Так, например, в крупном международном эпидемиологическом исследовании PURE было показано, что большая часть больных, перенесших МИ, не получает той терапии,

которая реально могла бы продлить их жизнь [9]. Соответственно, и прогноз жизни больных в условиях реально получаемой терапии может значительно отличаться от такового, зарегистрированного в крупных контролируемых исследованиях.

Все это диктует необходимость оценки реально существующей ситуации с лечением больных, перенесших МИ, определения прогноза их жизни в условиях такого лечения, а также основных факторов, определяющих этот прогноз. Как известно, наилучшим способом решения такой задачи является создание регистра, предусматривающего оценку качества получаемой терапии, а также выживаемости больных в течение более или менее длительного срока.

В нашей стране был организован ряд регистров МИ, однако практически все они строились по одинаковому протоколу и ставили задачу оценить заболеваемость МИ, факторы риска его возникновения, больничную летальность [10–14]. Немногочисленные попытки оценить отдаленные исходы лечения не имели системного характера и не отвечали требованиям современных исследований по оценке выживаемости [13]. В рамках вышеуказанных регистров не проводилась оценка факторов, влияющих на показатели смертности.

Основной целью созданного нами регистра МИ, получившего название ЛИС-2 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших МИ), явилась оценка реально получаемой больными терапии и ее влияния на отдаленные исходы заболевания. В настоящей публикации описывается дизайн этого исследования и приводятся данные, характеризующие включенных в него больных и назначенную им терапию до референсного МИ, на госпитальном этапе и при выписке из стационара.

Материал и методы

Исследование ЛИС-2 представляет собой регистр пациентов, госпитализированных с диа-

гнозом МИ/ТИА (транзиторная ишемическая атака) в Люберецкую районную больницу № 2 (ЛРБ № 2) в 2009–2011 гг.

В регистр были включены все последовательно поступившие пациенты в ЛРБ № 2 за период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2011 г. с диагнозом при поступлении МИ (по ишемическому или геморрагическому типу) или ТИА. Пациенты, у которых диагноз МИ или ТИА при поступлении не подтвердился, в регистр не включались.

Диагноз МИ определялся на основании типичной клинической картины МИ и наличия характерной неврологической симптоматики. Такие методы визуализации головного мозга, как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в период 2009–2010 гг. проводились в единичных случаях, что было обусловлено техническими возможностями ЛПУ. Обследование пациентов проводилось в соответствии с существующими медико-экономическими стандартами оказания медицинской помощи. МИ, по поводу которого пациент был включен в исследование, получил статус референсного МИ.

Полученные при анализе истории болезни данные об анамнезе, состоянии пациента при госпитализации, тактике лечения, медикаментозной терапии, рекомендованной при выписке из стационара, вносились в специально разработанную унифицированную карту, а впоследствии – в электронную базу данных.

Перспективная часть исследования, предусмотренная для выписанных на амбулаторно-поликлиническое наблюдение пациентов, включает несколько этапов. На первом этапе с пациентом (или его родственником) устанавливается телефонный

контакт, а в случае получения информации о смерти пациента после выписки из стационара максимально точно устанавливается основная причина смерти. На втором этапе пациенты, с которыми установлен контакт, приглашаются для контрольного осмотра, заполнения вопросников и проведения лабораторных исследований (общего анализа крови, липидного спектра, ЭКГ). Если пациент не может самостоятельно прийти на контрольный осмотр, врач-терапевт посещает пациента амбулаторно, проводит регистрацию ЭКГ и определение показателей липидного спектра экспресс-методом с помощью прибора CardioCheck. Все полученные данные вносятся в формализованную карту и электронную базу.

В данной статье проанализированы данные, полученные при обработке историй болезней пациентов, госпитализированных за период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2010 г.

Результаты

За период с 1 января 2009 г. по 31 декабря 2010 г. с диагнозом МИ или ТИА в ЛРБ № 2 были госпитализированы 637 пациентов [230 (36,0%) мужчин, 407 (64,0%) женщин]. Диагноз МИ по ишемическому типу был поставлен 558 (87,6%) пациентам, ТИА – 55 (8,6%), МИ по геморрагическому типу – 24 (3,8%) пациентам.

Средний возраст пациентов составил $71,0 \pm 9,6$ лет, наименьший возраст – 25 лет, наибольший – 99 лет (рис. 1). Необходимо подчеркнуть, что в 2009–2010 гг. с диагнозом МИ в ЛРБ № 2 преимущественно госпитализировались пациенты старше 60 лет. Пенсионерами были 567 (89,0%) пациентов, а 207 (32,5%) пациентов имели инвалидность.

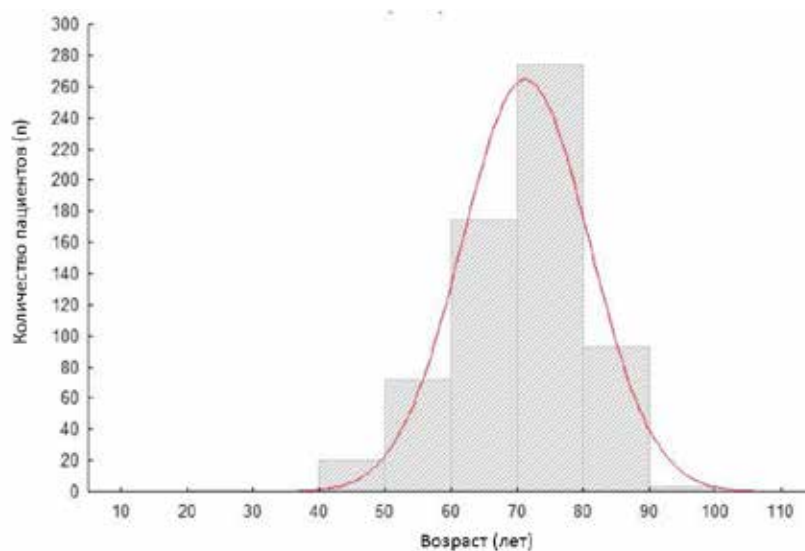


Рис. 1. Распределение пациентов, включенных в регистр ЛИС-2, по возрасту (n=63).

Таблица 1

Клинико-anamnestическая характеристика больных (n= 637)

Клинико-anamnestические факторы	Да	Нет	Неизвестно
Курение, n (%)	84 (13,2)	496 (77,9)	57 (8,9)
Злоупотребление алкоголем, n (%)	70 (11,0)	510 (80,1)	57 (8,9)
Артериальная гипертензия, n (%)	554 (87,0)	41 (6,4)	42 (6,6)
Сахарный диабет, n (%)	137 (21,5)	489 (76,8)	11 (1,7)
Фибрилляция предсердий, n (%)	155 (24,3)	460 (6,3)	22 (3,5)
Ранее перенесенный МИ, n (%)	147 (23,1)	80 (12,6)	78 (12,2)
Ранее перенесенная ТИА, n (%)	13 (2)	410 (64,4)	214 (33,6)
Перенесенный ИМ, n (%)	80 (12,6%)	499 (78,3%)	58 (9,1%)

Таблица 2

Сравнительная характеристика выживших и умерших в стационаре больных

Параметр	Умершие в стационаре (n=139)	Выписаны (n=498)	p
Средний возраст, лет	72,7±9,6	70,5±9,6	0,02
Факторы риска МИ			
Курение, n (%)	10 (7,2)	74 (14,9)	0,02
Злоупотребление алкоголем, n (%)	12 (8,6)	58 (11,6)	0,32
Артериальная гипертензия, n (%)	109 (78,4)	445 (89,4)	0,0007
Фибрилляция предсердий, n (%)	50 (36,0)	105 (21,1)	0,0003
Сахарный диабет, n (%)	32 (23,0)	105 (21,1)	0,06
ССЗ в анамнезе			
Ранее перенесенный МИ, n (%)	35 (25,2)	112 (22,5)	0,51
Перенесенный ИМ, n (%)	16 (11,5)	64 (12,9)	0,23

Проведен анализ наличия у пациентов сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в анамнезе (табл. 1). По данным, отраженным в историях болезней, 84 (13,2%) пациента курили, а 70 (11,0%) злоупотребляли алкоголем, у 63 (9,9%) ранее выявлялась гиперхолестеринемия, однако по данным лабораторного обследования во время госпитализации повышение уровня общего холестерина выше 4,5 ммоль/л было выявлено у 329 (52,9%) пациентов. Ожирением страдали 120 (18,8%) пациентов, 142 (22,3%) пациента имели избыточную массу тела, у 100 (15,7%) пациентов масса тела была в пределах нормы, для 275 (43%) антропометрические показатели были указаны не полно. Артериальная гипертензия (АГ) в анамнезе была выявлена у 554 (87,0%) пациентов, нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий (ФП) в анамнезе – у 155 (24,3%) пациентов, при этом 117 (75,4% от всех пациентов с ФП) пациентов имели постоянную форму ФП, 27 (17,4%) – пароксизмальную, 2 (1,3%) – персистирующую, а 9 (5,8%) – пароксизм неизвестной давности. Ранее ИМ перенесли 80 (12,6%) пациентов. Чрескожное коронарное вмешательство со стентированием выполнялось 4 (0,5%) пациентам, такому же количеству пациентов была выполнена операция аортокоронарного шунтирования. Сахарным диабетом 2 типа страдали 137 (21,5%) пациентов. Для 147 (23,1%) пациентов

референсный МИ был повторным. Ранее 13 (2,0%) пациентов переносили ТИА.

Больничная летальность составила 21,8% [n=139; средний возраст 72,7±9,6 года; 43 (30,9%) мужчины и 96 (69,1%) женщин], выписаны для амбулаторно-поликлинического наблюдения 498 (78,2%) человек.

Из числа умерших пациентов пенсионерами являлись 129 (92,8%) пациентов, 47 (33,8%) имели инвалидность. АГ страдали 109 (78,4%) пациентов, ФП имели 50 (36,0%), ИМ в анамнезе – 16 (11,5%), а 32 (23,0%) умерших в стационаре пациентов страдали сахарным диабетом (табл. 2). Для 35 (25,2%) умерших пациентов референсный МИ был повторным.

Анализ медикаментозной терапии, которую получали пациенты до референсного МИ, на госпитальном этапе и рекомендованной при выписке из стационара

Анализ терапии, проводившейся до референсного МИ показал, что 265 (41,6%) пациентов получали антигипертензивную терапию, из них ингибиторы АПФ – 195 (74%), бета-адреноблокаторы – 68 (25,7%), антагонисты кальция – 53 (8,3%) пациента. Антиагреганты получали 43 (6,8%) пациента, варфарин – 4 (0,6%) пациента (или 2,6% из 155 пациентов с ФП в анамнезе). Гиполипидемические препараты получали 6 (0,9%) пациентов.

На госпитальном этапе самыми назначаемыми препаратами были: циннаризин – 444 (69,7%) пациента, гамма-аминомасляная кислота (Аминалон) – 438 (68,8%), ингибиторы АПФ – 432 (67,8%), ацетилсалициловая кислота – 392 (61,5%), папаверин – 347 (54,5%) пациентов. Варфарин был назначен 4 (0,6%) пациентам, а статины не назначались вообще.

Также были проанализированы рекомендации для пациентов, выписанных для амбулаторно-поликлинического наблюдения (n=498). Прием ингибиторов АПФ был рекомендован 374 (75,1%) пациентам, антагонистов кальция в качестве антигипертензивной терапии – 10 (2,0%) пациентам. Наиболее часто назначаемым диуретиком был индапамид (n=125; 25,1%). Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота) были назначены 421 (84,5%) пациенту, варфарин – 4 (1%) пациентам. Прием статинов был рекомендован 3 (0,6%) пациентам. Более широко назначались такие препараты, как винпочетин (n=346; 69,6%) и пирацетам (n=300; 60,2%).

Обсуждение

Регистр ЛИС-2 представляет собой ограниченный регистр, сформированный на базе ключевого фактора – диагноза МИ или ТИА у пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение районной больницы. Данный регистр имеет ряд ограничений, которые в первую очередь обусловлены сложностью верификации диагноза, т.к. в данный период времени такие методы, как КТ или МРТ использовались в единичных случаях. Кроме того, в данную больницу преимущественно госпитализировались пациенты с МИ или ТИА более старшего возраста (> 60 лет). Сложности, которые могли возникать при верификации диагноза, а также общность подходов к первичной и вторичной профилактике МИ и ТИА позволили включать в регистр как пациентов с диагнозом МИ, так и с диагнозом ТИА.

Проблема внедрения данных доказательной медицины в реальную клиническую практику постоянно является предметом многочисленных дискуссий, этому посвящено большое количество публикаций [15–17]. Особенно она актуальна в аспекте вторичной профилактики МИ, что было продемонстрировано в ряде исследований, в том числе в упоминавшемся выше международном эпидемиологическом исследовании PURE [9].

Причины этого различны: это и клиническая инертность, и наличие противоречивых данных, несовместимость клинических рекомендаций, соз-

данных по разным нозологиям [17–18]. Возможно, применительно к МИ, одной из причин является отсутствие явного клинического эффекта от тех лекарственных препаратов, которые доказали очевидное положительное влияние на прогноз жизни больных.

Достаточно многочисленные регистры МИ, организованные в РФ, практически не затрагивали проблему назначения лекарственных препаратов с доказанным действием. Первые результаты исследования ЛИС-2 продемонстрировали относительно невысокую частоту назначения основных групп лекарственных препаратов, обладающих доказанным положительным влиянием на прогноз жизни больных. Обращает внимание, что частота использования разных групп препаратов отличалась очень существенно: если антиагреганты и ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина при выписке назначались большинству больных (соответственно, 84,5% и 75,1%), то такие препараты, как статины и антикоагулянты не назначались практически никому. Следует подчеркнуть, что согласно современным рекомендациям статины показаны всем больным, перенесшим ишемический МИ, а не прямые антикоагулянты – всем пациентам с ФП (при отсутствии противопоказаний), которые, по данным исследования ЛИС-2, составили около 24,3%.

В настоящей публикации оценивалось лишь назначение лекарственных препаратов в стационаре и при выписке больных из стационара, причем эта оценка была сделана исключительно по данным медицинской документации. В последующем у выживших больных с помощью специальных анкет при повторных визитах будет оценена реально принимаемая в амбулаторных условиях лекарственная терапия, что позволит более объективно оценить ее качество.

Существует еще одна проблема внедрения данных доказательной медицины в клиническую практику. Как известно, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), на результатах которых, в первую очередь, базируются современные клинические рекомендации, выполняются на тщательно отобранных группах больных, которые не всегда могут представлять типичного больного с множеством сопутствующих заболеваний, нередко весьма пожилого возраста (такие больные зачастую исключаются из исследований). В связи с этим возникает понятный вопрос: всегда ли препараты, доказавшие свое положительное действие в РКИ, будут действовать аналогичным образом в реальной жизни. Современные регистры в прин-

ципе позволяют оценивать влияние лекарственных препаратов на исходы заболевания, как это было продемонстрировано, в частности, в аналогичном по дизайну исследовании ЛИС, включавшем больных, перенесших острый инфаркт миокарда [19–21]. Есть основание надеяться, что и исследование ЛИС-2 позволит оценить влияние определенных лекарственных препаратов на отдаленные исходы болезни.

Заключение

Таким образом, в Люберецком районе Московской области создан регистр больных МИ, результаты которого продемонстрировали, что назначаемая терапия в целях вторичной профилактики МИ не полностью соответствует современным клиническим рекомендациям. Наблюдение за отдаленными исходами заболевания в таком регистре позволит выявить основные факторы, определяющие отдаленный прогноз жизни и, в частности, роль медикаментозной терапии.

Литература

- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics–2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013;127 (1): e6–e245.
- Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis* 2003;16 Suppl 1:14–9.
- Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, et al. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2011;42 (5): 1489–94.
- Baker WL, Marrs JC, Davis LE, et al. Key Articles and Guidelines in the Acute Management and Secondary Prevention of Ischemic Stroke. *Pharmacotherapy* 2013 Feb 11 [Epub ahead of print].
- Moustafa RR, Baron JC. Pathophysiology of ischaemic stroke: insights from imaging, and implications for therapy and drug discovery. *Br J Pharmacol* 2008;153 Suppl 1:S44–54.
- Frizzell JP. Acute stroke: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *AACN Clin Issues* 2005;16 (4): 421–40.
- Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42 (2): 517–84.
- Furie KL, Kasner SE, Adams RJ, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42 (1): 227–76.
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011;378 (9798): 1231–43.
- Spirin N.N., Korneeva N.N. Kostroma in-hospital stroke register data. *Fundamental research* 2012; 4 (1): 123–8. Russian (Спирин Н.Н., Корнеева Н.Н. Данные госпитального регистра инсульта в Костроме. *Фундаментальные исследования* 2012; 4 (1): 123–8).
- Khutueva L.S., Efremov V.V. Clinical-epidemiological characteristics and stroke risk factors in the republic of Ingushetia. *New technologies*. 2012;1: 234–9. Russian (Хутиева Л.С., Ефремов В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска мозговых инсультов в республике Ингушетия. *Новые технологии* 2012;1: 234–9).
- Lebedev I.A., Anishchenko L.I., Akinina S.A., Ivanova N.E., Sokolova A.A. Clinical-epidemiological particularities of cerebral stroke in the Khanty-Mansiysk Autonomous District (in accordance to a population register). *The Russian Military Medical Academy reporter* 2011;3:103–7. Russian (Лебедев И.А., Анищенко Л.И., Акинина С.А., Иванова Н.Е., Соколова А.А. Клинико-эпидемиологические особенности мозгового инсульта в Ханты-Мансийском автономном округе (по данным популяционного регистра). *Вестник Российской военно-медицинской академии* 2011;3:103–7).
- Kotova E.Yu., Mashin V.V. Epidemiology and the main risk factors of stroke in Ulyanovsk (in accordance to a stroke register). *Ulyanovsk medical –biological journal* 2011; 2:100–7. Russian (Котова Е.Ю., Машин В.В. Эпидемиология и основные факторы риска развития инсульта в г. Ульяновске (по данным регистра инсульта). *Ульяновский медико-биологический журнал* 2011; 2:100–7).
- Bidenko M.A., Shprah V.V., Martynenko E.A. Structure, outcomes and risk factors of cerebral stroke in accordance to in-hospital register data in Irkutsk. *Siberian medical journal* 2008;79 (4): 61–4. Russian (Биденко М.А., Шпрах В.В., Мартыненко Е.А. Структура, исходы и факторы риска мозговых инсультов по данным госпитального регистра в г.Иркутске. *Сибирский медицинский журнал* 2008;79 (4): 61–4).
- Martsevich S.Yu., Voronina V.P., Drozdova L.Yu. Doctor's health and education: two components of success. *RPC* 2010;6 (1): 73–6. Russian (Марцевич С.Ю., Воронина В.П., Дроздова Л.Ю. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха. *РФК* 2010;6 (1): 73–6).
- Khelia T.G., Martsevich S.Yu., Selivanova G.B. and others. Assessment of awareness about contemporary principles of rational medical treatment for cardiovascular diseases in accordance to inquiry of primary care doctors in Moscow. *Cardiovascular therapy and prevention* 2012;11 (5): 61–6. Russian (Хелия Т.Г., Марцевич С.Ю., Селиванова Г.Б., и др. Изучение знания современных принципов рациональной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным опроса врачей первичного звена здравоохранения го-

- рода Москвы. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012;11 (5): 61–6).
17. Julian DG. Translation of clinical trials into clinical practice. *J Intern Med.* 2004 Mar;255 (3): 309–16.
18. Fletcher RH, Fletcher SW. *Clinical epidemiology: the essentials.* 5th ed. Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
19. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P. and others. The LIS research (study of mortality among patients survived acute myocardial infarction in Lyubertsy district): a portrait of a diseased. *Cardiovascular therapy and prevention* 2011;10 (6): 89–93. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011;10 (6): 89–93).
20. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P. and others. The LIS research (study of mortality among patients survived acute myocardial infarction in Lyubertsy district). Estimation of medical treatment. Part 1. How patients are treated before myocardial infarction and how this impacts on in-hospital mortality. *RPC* 2012;8 (5): 681–684. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре. РФК 2012;8 (5): 681–684).
21. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P. and others. The LIS research (study of mortality among patients survived acute myocardial infarction in Lyubertsy district). Estimation of medical treatment. Part 2. Influence of previous medical treatment on patients long-term life prognosis. *RPC* 2012;8 (6): 738–745. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 2. Влияние предшествующей лекарственной терапии на отдаленный прогноз жизни больных). РФК 2012;8 (6): 738–745).