

УДК 616.12-005.4-08:616.127-005.8:616.127-005.8

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С ВЫСОКИМ РИСКОМ СМЕРТИ И РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ю. А. Хохлова¹, О. А. Козырев²¹Кафедра факультетской терапии Смоленской государственной медицинской академии, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28²Кафедра госпитальной терапии Смоленской государственной медицинской академии, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Проведен анализ тактики ведения 163 больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST с высоким риском неблагоприятных исходов в отделениях неотложной кардиологии Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска. По результатам исследования рекомендовано: определять всем больным маркеры некроза кардиомиоцитов, придерживаться современным рекомендациям по ведению больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в зависимости от степени риска неблагоприятных исходов, более широко использовать в лечении низкомолекулярные гепарины, современные антитромбоцитарные препараты, гиполипидемические препараты, при первой возможности выполнять коронарную ангиографию.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, тактика ведения, риск неблагоприятных исходов

ANALYSIS THE MANAGEMENT STRATEGY OF PATIENTS WITH CORONARY SYNDROMES WITHOUT ELEVATION ST SEGMENT WITH HIGH RISK OF AN UNFAVORABLE OUTCOME

Y. A. Khokhlova, O. A. Kozyrev

Smolensk State Medical Academy, 214019, Krupskoy str., 28, Smolensk, Russia

Management strategy in 163 patients with coronary syndromes without ST segment elevation with high risk of an unfavorable outcome has been analyzed. Results of the study give a chance to recommend to investigate markers of the myocardial necrosis as well as to keep up-to-date guidelines for the management of patients with coronary syndromes without ST segment elevation in compliance with the risk's degree of an unfavorable outcome. Low-molecular-weight heparin, modern antiplatelet, hypolipidemic drugs and prompt coronary angiography should also be recommended.

Keywords: acute coronary syndromes without ST segment elevation, management strategies, risk of an unfavorable outcome

Выбор оптимальной тактики лечения больного острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС БП ST) основан на стратификации риска смерти и развития инфаркта миокарда (ИМ).

Цель исследования – получить представление о тактике ведения больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов, попытаться определить пути улучшения ведения больных данной категории в специализированном кардиологическом стационаре.

Методика

Анализовались демографические, анамнестические, клинические данные, лабораторно-инструментальные показатели и лечение больных ОКС БП ST, последовательно поступавших в отделения неотложной кардиологии № 1 и № 2 Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска в 2010 г. Статистический анализ проводился при помощи программного пакета «STATGRAPHICS 5.0».

Результаты исследования

При поступлении в стационар у 777 пациентов ОКС БП ST нами были проанализированы следующие данные, позволяющие оценить риск последующих неблагоприятных событий в баллах по системе TIMI: возраст; наличие «коронарных» факторов риска; наличие стенозов более 50% одной из коронарных артерий при выполненной когда-то ранее коронарной ангиографии (КАГ); отклонение сегмента ST на ЭКГ при поступлении; число приступов стенокардии в предшествующие 24 часа; использование аспирина в последние 7 дней; повышение уровней маркеров некроза миокарда. К больным высоким риском относились те пациенты, у которых сумма баллов была более 4.

У 44 из 777 (5,66%) больных по предварительной оценке риск неблагоприятных исходов был высокий. Это больные ОКС БП ST старше 65 лет с более чем 2 приступами стенокардии за последние 2 часа, имевшие более 3 факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, депрессию сегмента ST на

ЭКГ, повышение уровня сердечных маркеров и/или получавшие аспирин в течение последних 7 дней. Обращало внимание, что только 75 больным из 777 (9,65%) в первые сутки нахождения в стационаре было проведено исследование сердечных маркеров некроза, что существенно затрудняло как первичную, так и последующую оценку риска неблагоприятных исходов.

Согласно национальным рекомендациям по ведению больных ОКС БП ST [1], повторная оценка риска дальнейших осложнений нами проводилась через 8–12 часов пребывания пациента в стационаре. К больным с высоким непосредственным риском смерти или развития ИМ мы относили пациентов, у которых были выявлены следующие признаки: повторные эпизоды ишемии миокарда; повторяющаяся боль либо динамика сегмента ST, особенно депрессии или преходящие подъемы сегмента ST; ранняя постинфарктная стенокардия; повышение содержания в крови сердечных тропонинов (I или T) или MB фракции КФК; развитие гемодинамической нестабильности – гипотензии, признаков застойной сердечной недостаточности; серьезные нарушения ритма – повторные эпизоды желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков; сахарный диабет.

По результатам повторной оценки еще у 119 больных были выявлены признаки повышенного риска смерти или развития ИМ: у 56 пациентов наблюдалось в динамике повышение маркеров сердечного некроза; у 119 – повторные эпизоды ишемии миокарда, повторяющаяся боль и/или динамика сегмента ST, у 30 – острая сердечная недостаточность, у 10 – жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Кроме того, у 13 из этих больных уже после поступления наблюдалась элевация сегмента, по поводу чего 6 из них была проведена тромболитическая терапия.

Таким образом, у 163 пациентов из 777 с ОКС БП ST (20,98%) риск неблагоприятных исходов был высоким. Большая часть больных поступали в общие палаты кардиологических отделений (103 пациента – 65,64% от всех больных ОКС БП ST), из них только 10 больных в дальнейшем были переведены в блок интенсивной терапии.

Все пациенты ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов в первые 48 часов получали рекомендуемую дозу аспирина [1], но клопидогрел был назначен только каждому десятому. Все пациенты получали гепарины, как правило, это был нефракционированный гепарин (НФГ). Низкомолекулярные гепарины (НМГ) получал только каждый шестой пациент. Большинству больных были назначены ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БАР), β-блокаторы, нитраты. Статины получил только каждый четвертый больной ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов.

После первых 48 часов увеличилось в два раза число пациентов, которым были назначены НМГ, в

полтора раза чаще пациенты стали получать статины, более часто – β-блокаторы. Наблюдалась тенденция к увеличению доли пациентов, получавших клопидогрел. Лечение пациентов ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов представлено в таблице 1.

ИМ развился более чем у половины пациентов (у 99 больных, что составило 36,89% от всех больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов), в равной доле это был ИМ с зубцом и без зубца Q. На фоне проводимой терапии признаки острой сердечной недостаточности выявлялись почти у каждого третьего пациента, фибрилляция желудочков (ФЖ) /остановка кровообращения с последующей успешной реанимацией – у 10 больных. Исходы ОКС БП ST у больных с высоким риском смерти представлены на рисунке 1.

Всего из 163 больных ОКС БП ST с высоким риском смерти умерло 26 пациентов. У 10 умерших пациентов основным клиническим диагнозом был инфаркт миокарда с зубцом Q, у 17 – острый коронарный синдром.

Нами были проанализированы причины смерти пациентов данной категории. В определении непосредственной причины смерти, наряду с клиническими данными, учитывались результаты патологоанатомического исследования (исключая 4 пациентов, у которых патологоанатомическое вскрытие не проводилось). В половине случаев причиной смерти была острая сердечная недостаточность: отек легких – у 5 больных и кардиогенный шок – у 8 пациентов (50% от всех умерших). Среди причин смерти на втором месте была ФЖ/остановка кровообращения (у 7 больных, что составило 26,92% от всех умерших). Разрыв миокарда с гемотампонадой стал причиной смерти 3 больных (11,54% от всех умерших). По данным патологоанатомического исследования, причиной смерти у одного пациента был инфекционно-токсический шок (причиной шока была пневмония), у одного – надклапанный разрыв аорты (диагностирован синдром Гзеля-Эрдгейма), у одного пациента с раком гортани и пневмонией – тяжелая дыхательная и сердечная недостаточность.

Обсуждение результатов

У больных ОКС БП ST в каждом конкретном случае выбор лечебной стратегии зависит от риска развития ИМ или смерти [1, 2]. Исходно в нашем исследовании определение риска неблагоприятных исходов было затруднено из-за редкого определения (менее 10% от всех пациентов с ОКС БП ST) биохимических маркеров некроза миокарда в первые сутки поступления. Вероятно, при своевременном определении сердечных маркеров группа больных с высоким риском была бы больше. Кроме того, не было, как правило, данных о наличии/отсутствии стенозов коронарных артерий по результатам КАГ, что также не позволило более точно судить о риске неблагоприятных исходов у больных данной категории.

Таблица 1. Основные группы лекарственных препаратов у больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов во время госпитализации (в% от всех больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов)

	ЛЕЧЕНИЕ									
	аспирин	клопидогрел 75 мг	клопидогрел 300 мг	НФГ	НМГ	ИАПФ / БАР	β-блокаторы	нитраты	статины	блокаторы кальциевых каналов
первые 48 ч., (n=163)	84,66	6,13	4,3	82,21	17,79	80,98	66,26	82,21	26,99	7,36
после 48 ч., (n=148)	95,95	14,86		68,92*	31,08*	93,92	83,11*	91,89	44,59*	10,14

*Примечание: * p<0,05, различия достоверны.*

В лечении больных ОКС БП ST существует две тактики: консервативная и ранняя инвазивная. Консервативная тактика подразумевает использование на начальном этапе лечения только медикаментозных препаратов. Основу медикаментозной терапии составляет активная антитромботическая терапия, включающая назначение гепаринов, аспирина, клопидогрела в нагрузочной дозе 300 мг, препаратов из группы антагонистов гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (эптифибатида и тирофибана). Пациенты в нашем исследовании в первые сутки получали, как правило, аспирин и НФГ. НФГ назначался по 10 000 ЕД внутривенно капельно с последующим переходом на подкожное введение с однократным определением в первые сутки активированного частичного тромбопластинового времени. Данная тактика назначения НФГ не позволяла достичь

терапевтической концентрации гепарина в крови (активированное частичное тромбопластиновое время не увеличивалось в 1,5–2,5 раза по сравнению с исходным значением). НМГ относительно просты в практическом применении и позволяют быстро достичь адекватной гипокоагуляции. Однако только около трети наших больных получали НМГ за время пребывания в стационаре. Клопидогрел был назначен не более 15% пациентам, при поступлении нагрузочную дозу клопидогрела 300 мг получили только семь больных. Антагонисты гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов, которые рекомендованы для пациентов, относящихся к группе высокого риска [2], никто из больных не получал. Таким образом, антитромботическая терапия больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов была явно недостаточной.

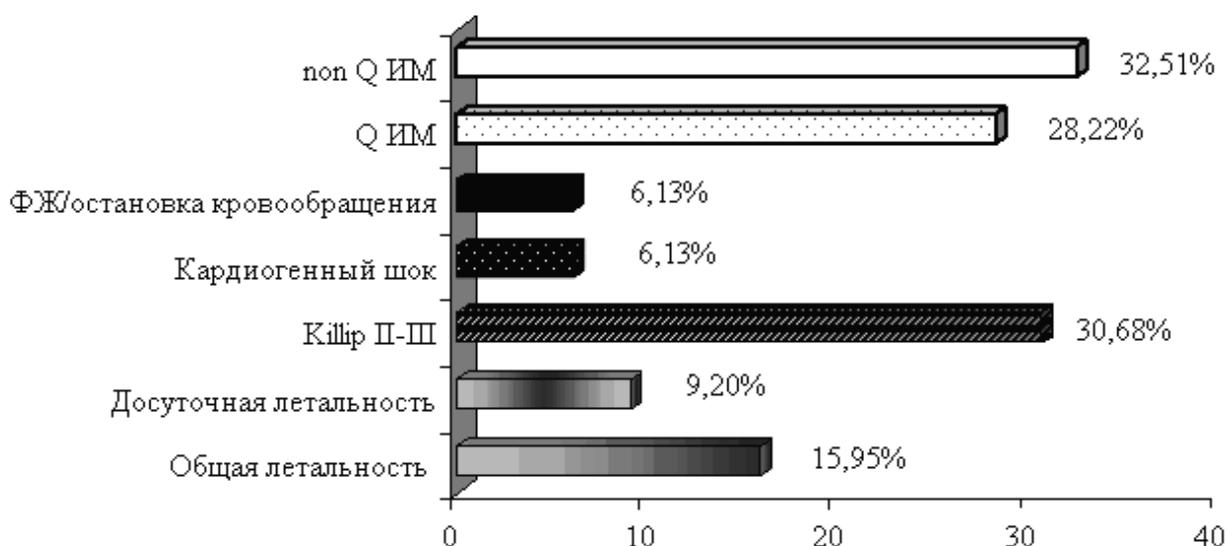


Рис. 1. Исходы ОКС БП ST у больных с высоким риском неблагоприятных исходов

Ранняя инвазивная тактика, помимо медикаментозной терапии, подразумевает проведение в первые 48 часов от начала заболевания экстренной КАГ и реваскуляризации миокарда с помощью чрескоронарных вмешательств (ангиопластики или стентирования коронарных артерий) либо коронарного шунтирования. Сравнению эффективности и безопасности консервативной и ранней инвазивной тактики лечения было посвящено несколько крупных исследований, по результатам которых продемонстрировано существенное преимущество ранней инвазивной тактики лечения по сравнению с консервативной у больных группы высокого риска, особенно у имеющих высокий уровень сердечных тропонинов [4, 5]. На базе Клинической больницы скорой медицинской помощи в настоящее время нет возможности для проведения КАГ и экстренных чрескоронарных вмешательств, которые были показаны большинству из пациентов ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов. Это, очевидно, также предопределило неблагоприятный прогноз для большинства пациентов этой категории.

При анализе проведенного лечения также обращает внимание очень редкое использование (особенно в первые сутки пребывания в стационаре) статинов. В рекомендациях Европейского общества кардиологов и Американской коллегии кардиологов/Ассоциации сердца [2] отмечена необходимость назначения статинов всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний, вне зависимости от уровня холестерина.

Вероятно, как следствие данной тактики ведения больных ОКС БП ST с высоким риском неблагопри-

ятных исходов, у двух из трех пациентов развился ИМ, у каждого третьего – острая сердечная недостаточность. Как результат, летальность больных ОКС БП ST с высоким риском неблагоприятных исходов приблизилась к летальности при ОКС с подъемом сегмента ST [3].

Выводы

Необходимо ввести в повседневную практику работы отделений неотложной кардиологии своевременное определение риска неблагоприятных исходов у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, с обязательным исследованием маркеров некроза миокарда при поступлении и в динамике.

Оптимизировать тактику ведения больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST с высоким риском неблагоприятных исходов:

- проводить лечение больных данной категории в условиях блока интенсивной терапии;
- назначать при поступлении клопидогрел в дозе 300 мг и статины, современные антитромбоцитарные препараты из группы антагонистов гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (эптифибатид и тирофибан);
- более широко использовать низкомолекулярные гепарины, а при назначении нефракционированного гепарина – придерживаться рекомендованным алгоритмам;
- при первой возможности следует выполнять коронарную ангиографию с решением вопроса о методе реваскуляризации миокарда.

Список литературы

1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST // Национальные клинические рекомендации ВНОК / Под ред. Оганова Р. Г. – М., 2008. – С. 239–326.
2. Рекомендации Американской коллегии кардиологов / Американской ассоциации сердца 2007 г. по ведению пациентов с нестабильной стенокардией / инфарктом миокарда без подъема сегмента ST // Кардиология. – 2008. – № 7. – С. 72–86.
3. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. и участники регистра Рекорд. Лечение больных с острым коронарным синдромом в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных коронарных процедур // Кардиология. – 2010. – № 7. – С. 8–20.
4. FRISC II prospective randomized multicentre study. FRagmin and Fast Revascularisation during InStability in Coronary artery disease Investigators // Lancet. – 1999. – V. 354. – P. 708–715.
5. Wiviott S. D. et al. Differential expression of cardiac biomarkers by gender in patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a TACTICS-TIMI-18 substudy // Circulation. – 2004. – V. 109. – P. 1395–1401.