

Л.Б. Содномова

ФАКТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (ОКС)*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ*

Материал исследования: 97 историй болезни больных с ОКС, госпитализированных в отделение кардиологии РКБ за 2009 г. В общем числе поступивших больных 46 % мужчин, 54 % женщин. С ОКС безпST госпитализировано 65 человек, с ОКСпST – 32 человека. Структура окончательных диагнозов представлена следующим образом: в 59 случаях – нестабильная стенокардия, в 32 случаях – инфаркт миокарда с зубцом Q, в 6 случаях – Q-негативный инфаркт миокарда. Тропониновый тест проведен в 24 случаях – 9 в случае ОКСпST и 15 в случае ОКСбезпST. В связи с этим представляет интерес в плане достоверности малое количество Q-негативных инфарктов миокарда (16 случаев против 84 случаев ИМ с зубцом Q). Имеет место поздняя госпитализация больных в большинстве случаев (в первые 3 ч 10 чел. из 32). Этим объясняется недостаточное число проведенных тромболитических при ОКСпST – в 8 случаях. Выявлено недостаточное использование рекомендуемых методов лечения ОКС.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, подъем сегмента ST

ACTUAL CONDITION OF THE PROBLEM OF THE SHARP CORONARY SYNDROME

L.B. Sodnomova

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude

The study assessed 97 patients with acute coronary syndrome, entering to the hospital. It included men 46 %, woman 54 % with ST elevation (n = 65) and non ST elevation (n = 32). Discharge diagnosis was unstable angina in 59 cases, Q-positive myocardial infarction – 32, Q-negative myocardial infarction – 16. Cardiac troponin was measured at least ones in 24 cases. We revealed last enduring of patients at most cases (in first 3 hours 10 patients of 32). It is reason of small number enduring trobolitises by acute coronary syndrome. It revealed obvious underuse of conventional treatment.

Key words: acute coronary syndrome, unstable angina, myocardial infarction

Половое распределение больных, госпитализированных с диагнозом ОКС: женщин 53, мужчин 44.

Возрастная структура больных: наибольший удельный вес приходится на возрастную категорию 50 – 65 лет – 48 %, больных старше 65 лет – 41 %, до 50 лет – 11 %.

У женщин с ОКС подавляющее большинство (38 человек) старше 65 лет. Последнее подтверждает известный факт об увеличении заболеваемости ССЗ у женщин в менопаузе [1 – 4].

Пути поступления: 70 % больных поступило по линии «03», 17 % – по направлению из поликлиник, 7 % – самообращение. Имелся случай развития ИМ у больного со стенокардией низкого ФК при проведении плановой ангиопластики коронарных сосудов. Из факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у 74 % больных имелась артериальная гипертензия, у 22 % – дислипидемия, у 8 % – сахарный диабет. У большинства больных имелось сочетание нескольких факторов риска, у 34 больных в анамнезе был перенесенный ИМ, у 2 – хирургическая реваскуляризация коронарных сосудов (стентирование, АКШ), у 7 – признаки хронической сердечной недостаточности.

С ОКС безпST госпитализировано 65 человек, с ОКСпST – 32 человека.

Структура окончательных диагнозов представлена следующим образом: в 59 случаях – нестабильная стенокардия, в 32 случаях – инфаркт миокарда с зубцом Q, в 6 случаях – Q-негатив-

ный инфаркт миокарда. Представляет интерес относительно достоверности малое количество Q-негативных инфарктов миокарда (16 случаев против 84 случаев ИМ с зубцом Q).

Тропониновый тест проведен в 24 случаях – 9 в случае ОКСпST и 15 в случае ОКСбезпST.

У больных острым инфарктом миокарда с классической картиной (37 человек) поступление в стационар состоялось от начала болевого синдрома в грудной клетке менее 3 часов – 7 чел., от 3 до 12 часов – 10 чел., более 12 ч – 10 чел.

При ОКСпST тромболитический проведен в 8 случаях, зафиксирован 1 случай прерванного «инфаркта миокарда». Тромболитический осуществлялся препаратом актилизе 100 мг по стандартной схеме в/в введения. В 1 случае ОКСпST реваскуляризация инфаркт-связанного сосуда осуществлялась путем ТБА и экстренного стентирования. При ОКСбезпST антикоагулянтная терапия осуществлялась низкомолекулярными гепаринами (в основном эноксапарином) у 30 % больных (в 21 случае), остальной части больных вводился нефракционированный гепарин после в/в болюса 5 тыс Ед в/в в режиме профилактики тромбоэмболических осложнений (20 тыс ед/сут 4 р п/к). В 42 случаях (43 %) больные получали статины. При выписке больных нет ни одного случая оценки коронарного резерва методом нагрузочных проб.

Список использованных лекарственных препаратов:

- Тромболитики: Альтеплаза (Актилизе) в режиме ускоренного режима введения.
- Антикоагулянты: НФГ (гепарин), НМГ (клексан (эноксапарин), фраксипарин, фондапаринукс (арикстра)).
- Антиагреганты: аспирин, плавикс.
- Нитраты: Перлингнит, Нитросорбид, Кардикет, Эфокс.
- Бета-адреноблокаторы: Карведилол, Метопролол (Корвитол, Бетолок ЗОК, Эгилок), Бисопролол (Конкор, Бидоп).
- Статины: Аторвастатин (Аторис), Симвастатин (Симвор, Вазилип, Симвастол), Розувастатин (Крестор).
- Ингибиторы АПФ: Эналаприл (Энап), Зофеноприл (Зокардис).

ВЫВОДЫ

- Около 10 % больных, госпитализированных в кардиологическое отделение РКБ, составляют больные ОКС.
- 50 % больных ОКС составляют городские жители, поступившие по линии «03» в экстренный день.
- Из факторов риска наибольший удельный вес приходится на АГ — 74 из 97 случаев (76 %) и на сочетание факторов.
- В случаях ОКСпСТ за 2009 г. в проанализированных случаях имеется лишь 1 случай прерванного ИМ, что объясняется поздней госпитализацией больных в большинстве случаев (в первые 3 ч 10 чел. из 32).
- Появились случаи реперфузионной терапии посредством ТБА, стентирования коронарных артерий.
- Количество инфарктов без зубца Q вызывает сомнения относительно достоверности диагностики в виду малого количества проведенных тропониновых тестов среди больных ОКСбпСТ (в 23 % случаев). Тропониновый тест проводится однократно при рекомендациях обязательного его проведения дважды — через 6 и 12 ч.
- Лица с ОКСбпСТ получали НМГ в 17 случаях из 59 (28 %), в остальных случаях НФГ в режиме профилактики венозного тромбоза, что недостаточно для адекватной антитромботической терапии ОКС.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

- Для лучшей организации помощи больным ОКС выделение в историях болезни обязательных следующих граф — ОКСбпСТ или ОКСпСТ, время от начала ангинозного затяжного приступа, наличие тропонинового теста и КФК, факторы риска.
- Шире проводить диагностику некроза миокарда с помощью тропонинового теста, проведенного дважды в динамике.
- Всех больных с ОКСбпСТ вести на НМГ, в случае НФГ использовать режим в\в инфузии, что предполагает четкую работу гемостазиологической лаборатории.

- Увеличить объем реперфузионной терапии при ОКСпСТ, **втч. ТБА, для лучшего антитромботического сопровождения** которой необходимо использовать ГП IIb\IIIa рецепторов тромбоцитов.
- Обязательная оценка степени риска неблагоприятных событий у больных ОКСбпСТ через 8 — 12 ч наблюдения для дальнейшей дифференциальной тактики, отбора больных на ЧКВ.
- У лиц ОКСбпСТ с **низким риском неблагоприятных событий** проведение стресс-тестов для определения прогноза и отбора больных для активного лечения.
- Повышать информированность населения о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при затяжных болях в грудной клетке.

Приводим случай больного Р.С., 50 лет

Находился в кардиологическом отделении РКБ с 30.10. по 19.11.2009 г. с *диагнозом*: ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной, передне-верхушечной области ЛЖ от 22.10.09 г. Тромбозис 22.10.09 г. Баллонная ангиопластика, стентирование ПНА от 22.10.09 г. Н1. Гиперхолестеринемия.

• *Жалобы при поступлении*: активно не предъявляет.

• *Анамнез*: С января 2009 г. стал отмечать одышку при незначительной нагрузке. 22.10.09 г. появились интенсивные боли за грудиной сдавливающего характера. При затяжном приступе болей через 1 ч был доставлен бригадой «03» в приемный покой РКБ, госпитализирован с ОКС с подъемом сегмента ST. Проведены тромбозис, КБА, стентирование ПНА, после чего больной находился в ОАР № 2, затем в отделении ССХ. Принимал плавикс 75 мг × 1 р, нитраты. Переведен в кардиологическое отделение для дальнейшего лечения. При поступлении состояние больного удовлетворительное. ИМТ 29,7. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 64 в мин. Ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

• ОАК: Нв 133 г/л, СОЭ 24 мм/ч, Л 3,4 × 10⁹ Б, Э 4, П 1, С 56, Л 37, М 2.

• Б/х анализ крови: общий белок 67,1 г/л, билирубин 14,7 мкм/л, АСТ 37 ед/л, АЛТ 27 ед/л, мочевины 7,2 мкм/л, креатинин 91 мкм/л, сахар 4,3 мм/л, общий холестерин 5,8 мм/л, МВ КФК 10 ед/л, КФК 339 ед/л, ЛДГ 522 ед/л, в динамике МВ КФК 3 ед/л, КФК 68 ед/л.

• АЧТВ 36,4 с, МНО 0,98;

• ОАМ: уд. вес м/м, Б — нет, Сахар — отр, эп. пл. ед. п/зр., Л ед. в п/зр.

• ЭКГ-серия: Ритм синусовый. Картина инфаркта миокарда передней стенки ЛЖ с закономерной динамикой.

• ХМ ЭКГ (проведено через 2 суток после отмены конкора): Синусовый ритм ЧСС 39 — 75 в мин. Суправентрикулярная экстрасистолия. Достоверно эпизодов ишемии миокарда за сутки не выявлено, лестничные пробы без ишемии миокарда.

- ЭХОКГ: КДР 5,5, КСР 3,9, ФВ 53 %, тМЖП 1,1, э 0,7, тЗСЛЖ 1,1, э 0,9, Корень Ао 3,8, АК 2,3, СДЛА 30 мм рт.ст., ПЖ 3,2, ПП 5,1 × 4,0, ЛП 4,5.

- АК: $v = 0,9$ м/с, рег. 1 МК: $E > A$.

- *Заключение:* Акинезия апикального сегмента передней стенки. Дилатация левого предсердия, правых отделов. Фиброз аорты. СДЛА 30 мм рт.ст.

- УЗИ бр. Полости: Косвенные признаки пиелонефрита.

Лечение: корвитол 12,5 мг × 2 р, плавикс 75 мг × 1 р, аспирин 0,1 × 1 р, аторис 20 мг × 1 р, предуктал МВ 35 мг × 2 р.

- На фоне лечения состояние больного стабильное. Жалоб активно не предъявляет. В легких хрипов нет. ЧСС 56 в мин. АД 110/80 мм рт. ст.

Рекомендуется:

- долечивание в отделении реабилитации инфаркта миокарда в городской больнице № 1.

- диета с ограничением жиров животного происхождения.

- поддерживающая терапия: энап 1,25 мг × 1 р, конкор 5 мг 1/2 таб. × 1 р, аспирин 0,5 1/4 таб. × 1 р, плавикс 75 мг × 1 р в течение 1 года, аторис 20 мг × 1 р, нитраты по необходимости.

- динамическое наблюдение по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О.П. Острый коронарный синдром: от диагноза к лечению / О.П. Алексеева, М.А. Шаленкова. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 68 с.

2. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ / Российские рекомендации. — М.: Атмосфера, 2009. — 78 с.

3. Кардиология: краткое руководство / Под ред. Ю.П. Никитина. — Новосибирск: Сибирское медицинское агентство, 2001. — 160 с.

4. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1998. — 398 с.

Сведения об авторе

Содномова Лариса Балдановна – Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, кардиологическое отделение, врач-ординатор, с. т. 89834379992