

КАТАМНЕЗ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА, ПРОЛЧЕННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. Н.А.СЕМАШКО В 2019Г

CATAMNESIS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT SEGMENT ELEVATION TREATED AT THE N.A. SEMASHKO REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL IN 2019

L. Sodnomova
E. Arkhipova

Summary. The goal of the work was to evaluate hospital and long-term (3-year-old) outcomes of patients with ACS without ST elevation, to conduct a comparative analysis of patients with ACS without ST elevation with performed invasive revascularization and without revascularization. In the course of the study, the case histories of 312 patients with a diagnosis of ACS, who were hospitalized in the cardiology department of the RCH named after A. Semashko in 2019 were used. To assess ambulatory management and long-term outcomes, outpatient cards of patients with a diagnosis of ACS without ST elevation, who were discharged from the RCH named after A. Semashko in 2019 were also used. Results: at the hospital stage, as expected patients with ACS without ST elevation have better hospital outcomes than patients with ACS with ST elevation, coronary angiography (CAG) and invasive revascularization in the hospital period were limited to high-risk death groups, more often recommended by CAG and percutaneous intervention (PCI) in a planned manner. When evaluating long-term outcomes at the outpatient stage of the patients with ACS without ST elevation, the survival rate was higher in the group with invasive revascularization. This proves the importance of risk stratification of patients with ACS without ST elevation and surgical revascularization of the coronary bed to improve the prognosis.

Keywords: ACS with ST elevation, ACS without ST elevation, invasive revascularization, percutaneous intervention (PCI), coronary angiography (CAG), coronary revascularization, coronary bypass surgery.

Содномова Лариса Балдановна

К.м.н., старший преподаватель, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет»
(г. Улан-Удэ)

Lar43099701@yandex.ru

Архипова Эржена Владимировна

К.м.н., старший преподаватель, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет»
(г. Улан-Удэ)

arkhipova15@mail.ru

Аннотация. В работе показаны результаты стационарного лечения больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбезпST), катамнез пациентов через три года, сравнительный анализ пациентов с ОКСбезпST с проведенной инвазивной реваскуляризацией и без реваскуляризации. В ходе исследования были использованы истории болезни 312 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение РКБ им. Семашко в 2019г с диагнозом ИБС. ОКС. Для оценки отдаленных исходов при ОКСбезпST, использованы 85 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ОКСбезпST, выписанных из РКБ им. Семашко в 2019 г. Результаты работы: как и ожидалось, у пациентов с ОКСбезпST госпитальные исходы лучше, чем у пациентов с ОКСспST, пациентам с ОКСбезпST проведение коронароангиографии (КАГ) и инвазивной реваскуляризации в госпитальный период лечения ограничивалось группой высокого риска смерти, всем остальным рекомендовались после выписки в плановом порядке. При оценке отдаленных исходов на амбулаторном этапе у пациентов с ОКСбезпST выживаемость была выше в группе с проведенной инвазивной реваскуляризацией. Это доказывает важность стратификации риска у пациентов с ОКСбезпST и реваскуляризации коронарного русла у пациентов высокого риска для улучшения прогноза.

Ключевые слова: ОКС с подъемом ST (ОКСпST), ОКС без подъема ST (ОКСбезпST) инвазивная реваскуляризация, чрескожное вмешательство (ЧКВ), коронароангиография (КАГ), коронарное шунтирование (КШ), коронарная реваскуляризация (КР).

Введение

Острый коронарный синдром — любая группа признаков, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Количество госпитализаций пациентов с острой коронарной патологией без подъема сегмента ST по ЭКГ (ОКСбезпST) значительно выше аналогичного показате-

ля пациентов с острой коронарной патологией с подъемом сегмента ST [1,5]. Известно, что госпитальные исходы пациентов при ОКСбезпST лучше относительно исходов пациентов с ОКСспST, однако отдаленный прогноз хуже именно у пациентов с ОКСбезп ST [4,5,6,7].

Эти две разновидности острого коронарного синдрома различаются по ЭКГ-картине, морфологической

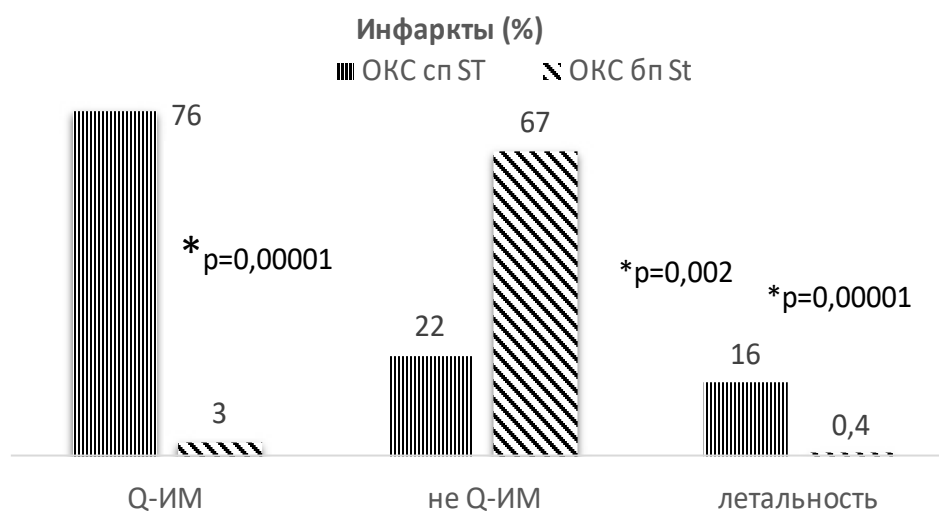


Рис. 1. Госпитальные исходы при ОКС

основой ОКСспST в классическом варианте является тромботическая окклюзия ОКС(ИМ) — связанного сосуда с трансмуральной ишемией и повреждением миокарда. В случае ОКСбезпST имеет место ишемия субэндокардиальной зоны миокарда вследствие частичной обструкции сосуда или других причин при интактных коронарных артериях (инфаркт миокарда 2 типа). Выделение двух вариантов ОКС связано с разными клиническими исходами, различной тактикой реваскуляризации миокарда. При ОКСспST как можно раньше должен быть восстановлен кровоток — первичное ЧКВ (чрезкожное коронарное вмешательство) при близости ЧКВ — центра (в пределах 120мин транспортировки), в случае удаленности ЧКВ-центра — фармакологическая реваскуляризация посредством введения тромболитика с последующим ЧКВ-вмешательством в течение 24 часов (фармакоинвазивная стратегия) [3].

Инвазивная стратегия при ОКСбезпT определяется в ходе стратификации риска госпитальной смерти, принадлежность к той или иной группе риска ССО диктует необходимость и разную степень срочности проведения инвазивной реваскуляризации [2].

Цель исследования: оценка ранних (госпитальных) исходов у пациентов с и поздних (3-х летних) исходов у пациентов с ОКС безпST, сравнительный анализ пациентов с ОКСбезпST с проведенной инвазивной реваскуляризацией и без ревакуляризации.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 312 пациентов, госпитализированных в от-

деление неотложной кардиологии Республиканской клинической больницы в 2019г с диагнозом ОКС. Пациенты распределены в две группы: ОКСспST (60 человек) и ОКСбезпST (222 человек);

Для оценки эффективности амбулаторного ведения и отдаленных исходов пациентов, поступавших в стационар с ОКСбпST, анализированы 85 амбулаторных карт выписанных пациентов. Пациенты с ОКСбезпST распределены в 2 группы: группу инвазивного лечения (49 чел.) и группу консервативного лечения (36 чел.).

Статистическая обработка данных проведена с использованием универсальных программ Microsoft Excel (2000) и Statistica v.10.

Первичная конечная точка оценивания эффективности проведенного лечения — частота развития летальных исходов. За вторичные точки оценивания взяты частота нефатальных ишемических событий — инфаркта миокарда (ИМ), экстренных коронарных реваскуляризации, частота госпитализаций, частота вызовов скорой медицинской помощи (СМП), частота внеплановых обращений к кардиологу, достижение целевых показателей липидного спектра, АД, ЧСС.

Результаты исследования и обсуждение

Госпитальные исходы пациентов в группе с ОКСспST ожидаемо хуже, чем у пациентов группы ОКСбезпST — выше летальность (16% и 0,4% соответственно, p=0,00001), выше частота развития инфаркта миокарда (76% и 3%, p=0,00001) — рис. 1. Причины негативного



Рис. 2. Рекомендованная плановая КР

госпитального прогноза при ОКСпСТ известны — крупноочаговое повреждение миокарда с гемодинамическими и аритмическими осложнениями в остром периоде (кардиогенный шок, отек легких, желудочковые нарушения ритма сердца), в группе ОКС безпСТ отсутствие крупноочаговых повреждений миокарда, меньше частота развития осложнений.

При инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) в группе ОКСпСТ в сравнении с группой ОКСбезпСТ чаще констатируется снижение ФВ (41% и 16% соответственно) и зоны очаговой гипо- и акинезии миокарда по данным ЭхоКГ (95% и 63%) ($p=0,0001$). Порядок оказания помощи больным с ОКСпСТ направлен на скорейшее восстановление кровотока в коронарной артерии и «прерывание» инфаркта миокарда. Согласно рекомендациям по ОКСпСТ [2] всем пациентам с ОКСпСТ за редким исключением (при аллергии на йод-содержащие препараты, отказе от вмешательства) без промедления проводилась коронароангиография (КАГ) — в 92% случаев, тогда как в группе ОКСбезпСТ КАГ проведена только в 54% случаев ($p=0,001$). Инвазивные вмешательства — ЧКВ, экстренное стентирование инфаркт-зависимой артерии проведены у подавляющего большинства пациентов с ОКСпСТ в соответствии с действующими рекомендациями. В то же время пациентам с ОКСбезпСТ реваскуляризация чаще предлагалась в плановом порядке (45% против 20% с ОКСпСТ), что связано с высокой долей мультифокального поражения коронарного русла в этой группе пациентов. Так, проведение коронарного шунтирования (КШ) рекомен-

довано в 47% случаев ОКСбезпСТ против 25% случаев с ОКСпСТ (рисунок 2).

Согласно принятым рекомендациям [2] пациенты с ОКСбезпСТ стратифицируются по группам риска госпитальной смерти. КАГ и инвазивное лечение проводятся всем пациентам кроме относящихся к группе низкого риска, которым инвазивная стратегия проводится избирательно. Однако имеются отдельные группы пациентов высокого риска, которым КАГ, ангиопластика не проводится — это пациенты с отказом от вмешательства, коморбидные пациенты с высоким риском осложнений при проведении эндоваскулярных процедур (с ХБП, онкопатологией, высоким риском кровотечений). При низком риске смерти пациентам с ОКСбезпСТ коронароангиография и реваскуляризация проводятся при подтверждении значимой коронарной недостаточности посредством стресс-тестов. У пациентов с ОКСбезпСТ по ангиографической картине часто имеет место многососудистое поражение коронарного русла, при котором более оптимально проведение коронарного шунтирования, а эндоваскулярная реваскуляризация не проводится или проведение ее ограничивается восстановлением кровотока по ОКС-зависимой артерии. При выборе метода оперативного лечения учитываются ангиографические данные с применением шкал SYNTAX и EUROSCORE, клиническое состояние больного, предпочтения пациента. Пациентам даются рекомендации проведения коронарной реваскуляризации (КР) после выписки из стационара в ближайшей перспективе. Таким образом, дальнейшее улучшение

Таблица 1. Частота обращений к врачу и госпитализаций пациентов с ОКСбезпST после выписки из стационара

Показатель	с ЧКВ	без ЧКВ
Вызовы СМП за 3 года	0,17	0,23
Вызовы СМП за 1 год	0,16	0,16
Обращения к терапевту за 3 года	1,19	1,2
Обращения к терапевту за 2019 г.	1,04	0,63
Обращения к кардиологу за 3 года	1,70	0,36
Обращения к кардиологу за 2019 г.	2,10	0,44
Количество госпитализаций за 3 года	0,37	0,3
Количество госпитализаций за 2019 г.	0,42	0,05

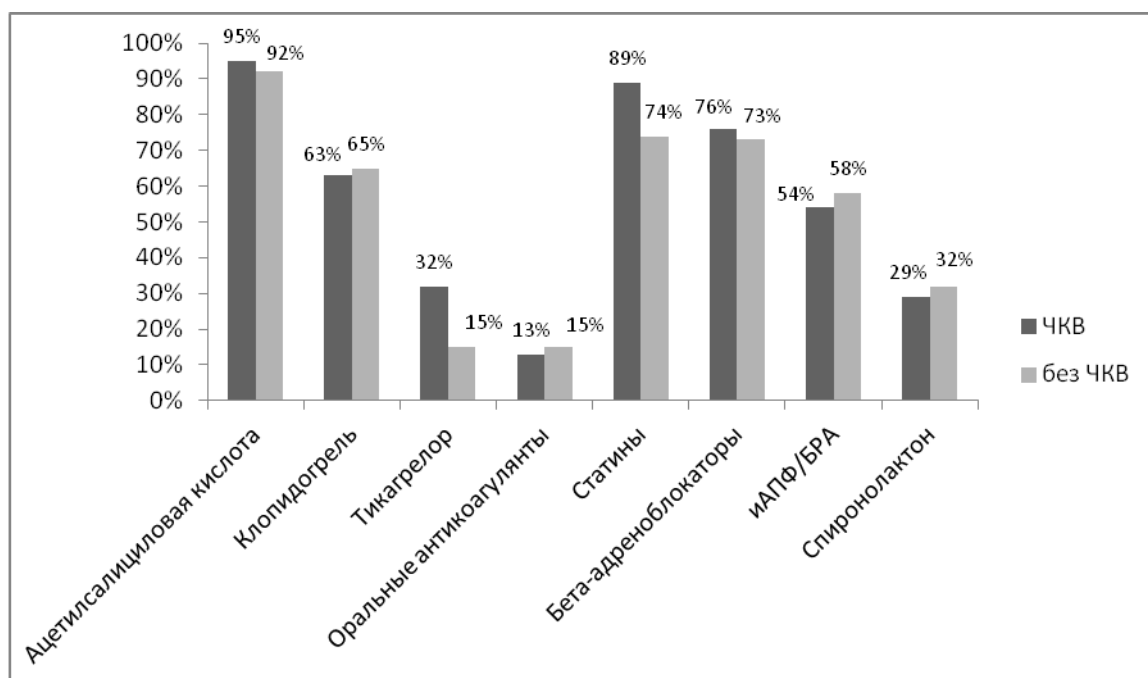


Рис. 3. Лечение пациентов с ОКСбезпST, выписанных из стационара на амбулаторный этап (%)

прогноза выписанных пациентов с ОКСбезпST зависит от полноты выполнения рекомендаций, в том числе от выполнения планового оперативного лечения.

Своевременно выполненная реваскуляризация является предиктором снижения смертности у пациентов, перенесших ОКС [5]. В реальной практике выполнение плановых коронароангиографий и коронарных реваскуляризаций (КР) после выписки зачастую так и не реализуется.

На амбулаторном этапе у большинства пациентов обеих групп с ОКСбезпST — с проведенной КР и без КР

имело место сохранение модифицируемых факторов риска. Это прежде всего касалось дислипидемии — целевой холестерин липопротеидов низкой плотности достигался у 34% пациентов в группе ЧКВ и у 30% пациентов в группе без ЧКВ. Это свидетельствует о недостаточном контроле диспансерной группы пациентов, особенно в последние два года в связи с эпидемией COVID-19. В ходе исследования было уделено внимание оценке проводимой медикаментозной терапии на амбулаторном этапе в течение первого года после выписки. Оценивалась полнота назначаемой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями (рисунки 3).

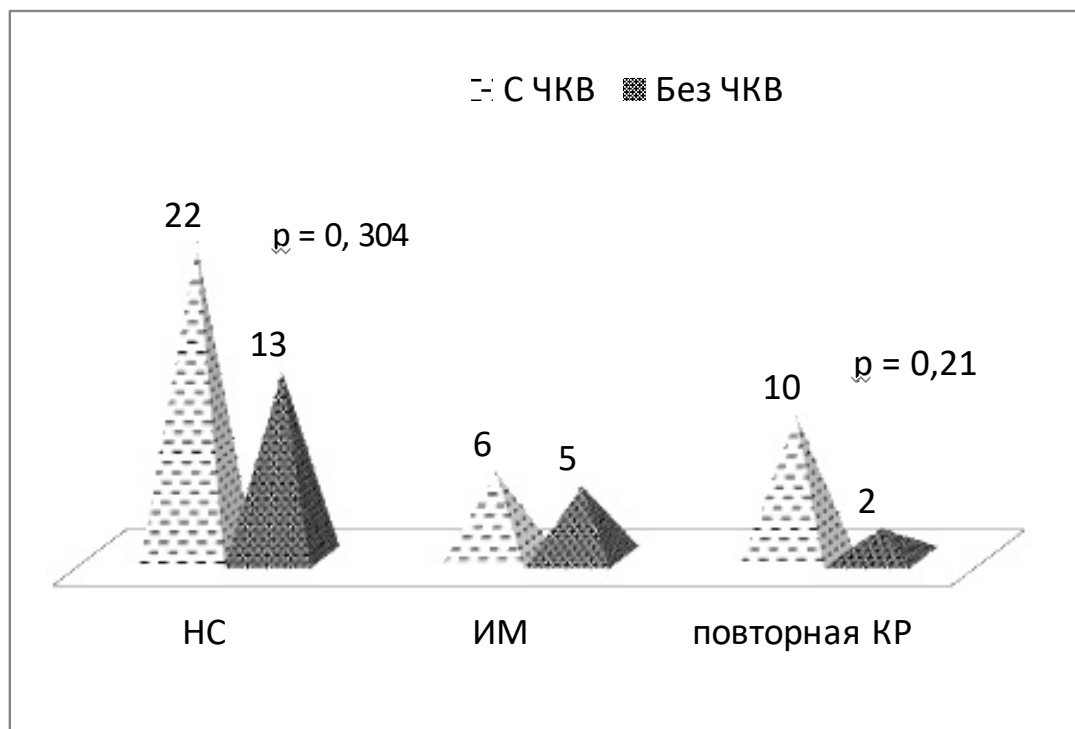


Рис. 4. Частота ишемических событий

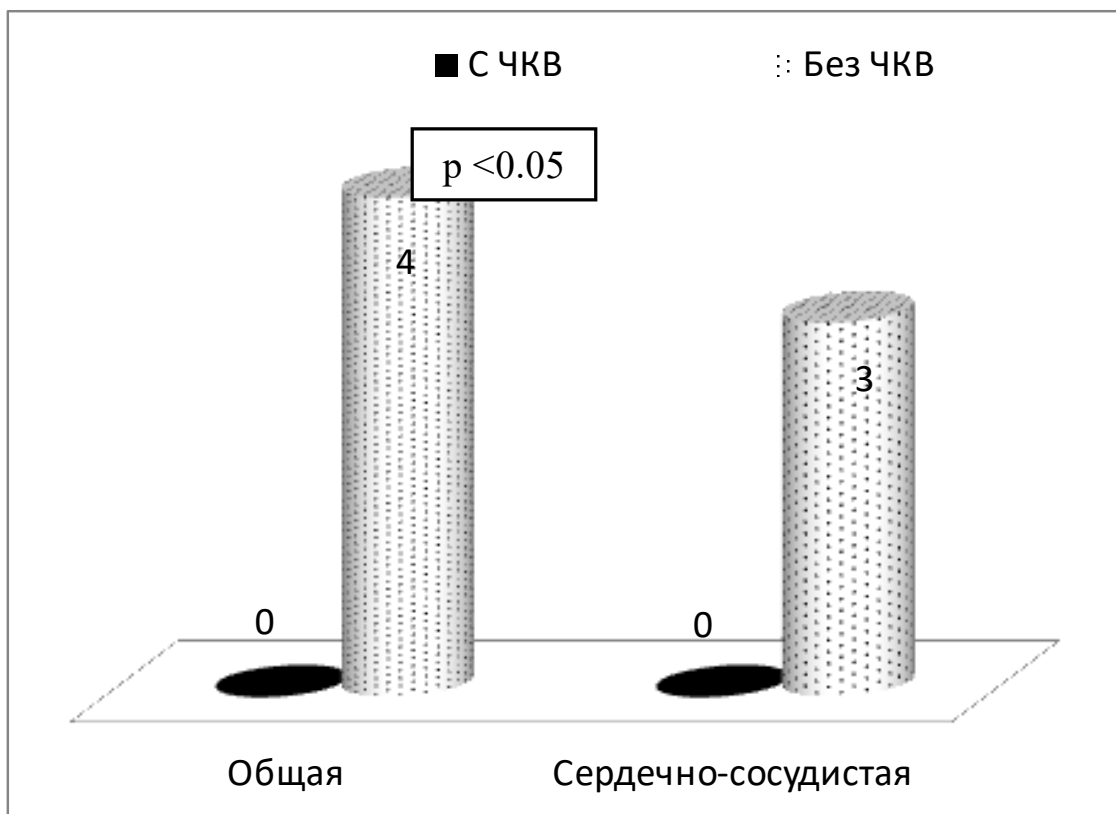


Рис. 5. Отдаленная летальность при ОКС без ST

На рисунке 3 отражена частота назначения двойной антитромботической терапии — 95% в группе ЧКВ и 80% в группе консервативной терапии, статинов — 89% и 74% соответственно. Различия касаются частоты применения в качестве второго антиагреганта клопидогреля и тикагрелора. Тикагрелор чаще принимают пациенты группы инвазивного лечения, клопидогрель — пациенты группы консервативной терапии.

Частота обращений к врачу и частота госпитализаций в первый год наблюдения были выше в группе ОКСбезпСТ с проведенной инвазивной реваскуляризацией (табл. 1).

Более частая обращаемость к врачу и большая частота госпитализаций за первый год наблюдения пациентов в группе инвазивного лечения, вероятно, связаны с исходной принадлежностью этих пациентов к группе очень высокого и высокого риска смерти, неполной реваскуляризацией у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла.

Частота повторных ишемических событий (нестабильная стенокардия, ИМ, повторная КР) по группам достоверно не различались (рисунок 4)

Преимущества по частоте развития нефатальных ишемических событий (вторичная конечная точка) в группе пациентов с проведенной на госпитальном этапе КР не получено. Это также может быть связано с исходной тяжестью пациентов и неполным объемом самой КР у пациентов (без выполнения полной реваскуляризации после выписки).

При оценке частоты и выраженности коронарной недостаточности выявлено, что стенокардия напряжения (СН) 1–2 ФК имеет место у 50% пациентов без ЧКВ и у 8% пациентов с проведенным ЧКВ ($p < 0,001$), СН 3–4 ФК — у 33% и 28% соответственно. Частота и выраженность хронической сердечной недостаточности была сопоставимой. Пациенты с сохранявшейся значимой коронарной недостаточностью после проведения реваскуляризации — в большинстве своем именно те пациенты, которым проведена неполная реваскуляризация на госпитальном этапе и не выполнено рекомендованное коронарное шунтирование после выписки.

Первичная конечная точка — сердечно-сосудистая летальность достоверно ниже в группе пациентов с проведенной инвазивной реваскуляризацией — 8% против 11% в группе без реваскуляризации (рисунок 5).

Повышение выживаемости больных ОКСбезпСТ, подвергшихся инвазивному вмешательству на коро-

нарных артериях, доказывает важность стратификации сердечно-сосудистого риска и необходимость реваскуляризации у пациентов высокого риска. Полный объем реваскуляризации и вторичная профилактика ССЗ с достижением целевых показателей модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска могут многократно улучшить отдаленные исходы пациентов с ОКСбезпСТ.

ВЫВОДЫ

На госпитальном этапе:

- ◆ у пациентов с ОКСбезпСТ госпитальные исходы лучше, чем у пациентов с ОКСспСТ
- ◆ пациентам с ОКСбезпСТ КАГ и инвазивная реваскуляризация проводились при высоком риске смерти, в других случаях КАГ и ЧКВ рекомендовались в плановом порядке
- ◆ при многососудистом поражении у пациентов с ОКСбезпСТ высокого риска чаще рекомендовалась полная реваскуляризация в объеме КШ после выписки

Катамнез на амбулаторном этапе:

- ◆ инвазивное лечение при ОКСбезпСТ высокого риска повышает выживаемость пациентов в отдаленные сроки
- ◆ в течение первого года после выписки в группе с инвазивной реваскуляризацией выше частота обращений к врачу и частота госпитализаций. Предполагаемые причины — принадлежность больных к группе высокого риска смерти, неполная реваскуляризация при многососудистом поражении коронарного русла.
- ◆ в обеих группах констатируется неудовлетворительная коррекция дислипидемии; неполное выполнение эскалации гиполипидемической терапии на амбулаторном этапе, частично объяснимое дефектами диспансерного наблюдения на фоне эпидемии COVID-19.

Предложения:

- ◆ на госпитальном этапе всем пациентам с ОКСбезпСТ кроме группы низкого риска проводить КАГ, при наличии показаний к реваскуляризации проводить максимально возможную полную реваскуляризацию в рамках одной госпитализации, в том числе КШ
- ◆ улучшить амбулаторное ведение пациентов с ОКСбезпСТ с назначением полного объема необходимых лекарственных препаратов с достижением целевых значений липидного спектра, для чего проводить своевременную эскалацию гиполипидемической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скопец И.С., Везикова Н.Н., Марусенко И.М., Малыгин А.Н. Острый коронарный синдром: комплексный взгляд на проблему, значение госпитального и амбулаторного этапов лечения пациентов // Архив внутренней медицины. 2012. № 3, 59.
2. Рекомендации ESC по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST. [Электронный ресурс]. URL: <http://scardio.ru.pdf> (2020г)
3. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым инфарктом миокарды с подъемом сегмента ST. [Электронный ресурс]. URL: <http://scardio.ru.pdf> (2017г)
4. Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 10. С. 5–10.
5. Эрлих А.Д., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Грацианский Н.А. Степень следования клиническим руководствам при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST: связь с исходами, предикторы «плохого» лечения (результаты регистра «Рекорд-3»). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016;(2):75–82.
6. Victor F. Froelicher Screening with the exercise test: time for a guideline change? European Heart Journal, 2005; 26: P. 95–97
7. Heart Diseases and Stroke Statistic — 2007 Update. Circulation 2007; 115: P. 69–171

© Содномова Лариса Балдановна (Lar43099701@yandex.ru), Архипова Эржена Владимировна (arkipova15@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



г. Улан-Удэ