

ИНГА СЕРГЕЕВНА СКОПЕЦаспирант кафедры госпитальной терапии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет
*ingas@karelia.ru***НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА ВЕЗИКОВА**доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет
*vezikov23@mail.ru***ИРИНА МИХАЙЛОВНА МАРУСЕНКО**доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет
*feva@karelia.ru***АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ МАЛЫГИН**заведующий кардиологическим отделением Регионального сосудистого центра, Республиканская больница им. В. А. Баранова (г. Петрозаводск)
chuki@sampo.ru

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Статья посвящена оценке отдаленных последствий перенесенного острого коронарного синдрома, которая позволит выделять группы риска с целью коррекции тактики ведения пациентов, профилактики развития осложнений, снижения смертности и улучшения качества жизни больных. Нами проведена оценка отдаленных последствий перенесенного острого коронарного синдрома в группе пациентов, находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, отдаленные последствия

Сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности как в России, так и во всем мире. В период 2008–2009 годов в нашей стране от болезней системы кровообращения умерли 2,4 млн человек. Смертность от сосудистых заболеваний стабильно составляет 57 %, причем почти 20 % из этого числа умирают в трудоспособном возрасте [11]. Заболеваемость патологией системы кровообращения, по данным Государственного комитета статистики, составила в 2009 году 3 761 000 человек [18]. Первое место в структуре заболеваний системы кровообращения занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Так, в России 56,6 % смертей среди мужчин и 40,4 % смертей среди женщин в возрасте 35–64 лет приходится на ее долю [1].

ИБС может дебютировать остро в виде инфаркта миокарда или внезапной коронарной смерти или же сразу проявиться хронической формой. В странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии в течение последних десятилетий наметилась устойчивая тенденция к снижению смертности от ИБС, чего не наблюдается в России. В РФ почти 10 млн трудоспособного населения страдают ИБС [8].

Одним из наиболее частых острых проявлений ИБС является острый коронарный синдром (ОКС), под которым в настоящее время понимают любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокар-

дию [14]. Согласно статистическим данным, частота острого инфаркта миокарда среди мужского населения старше 40 лет колеблется в разных регионах мира от 2 до 6 на 1000 человек, причем есть тенденция увеличения ее с возрастом. Информация о догоспитальной летальности при остром инфаркте миокарда неоднородна. По данным эпидемиологического исследования ВОЗ Monica (1997 год), в 29 популяциях (возраст – 35–64 года) она составляет 30 % [2], [14]. Причем отношение количества случаев догоспитальной смерти к случаям госпитальной снижается с возрастом, составляя от 15,6 % у лиц моложе 50 лет до 2,0 % у лиц старше 70 лет [5]. Внутрибольничная летальность, согласно итальянскому регистру Blitz, составляет 7,4 % [14]. Однако следует отметить и тенденцию к снижению госпитальной смертности при остром инфаркте миокарда на фоне совершенствования медицинской помощи. Так, в 1960-е годы в наиболее квалифицируемых стационарах она составляла 20–25 %, к концу 1980-х снизилась до 10–15 % и в настоящее время составляет 7,5 % среди пациентов, переносивших ОИМ с подъемом ST, и 5,2 % для ОКС без подъема сегмента ST [5]. В целом за последние 20 лет внутрибольничная летальность снизилась на 20 % [2]. Таким образом, растет число пациентов, перенесших острый коронарный синдром, а значит, актуальна проблема оценки последствий этого состояния с целью совершенствования тактики дальнейшего ведения таких пациентов.

Понимание последствий перенесенного ОКС включает в себя не только оценку клинической картины, но и анализ психических, экономических и социальных аспектов. Безусловно, последствия перенесенного острого коронарного синдрома определяются множеством факторов риска, которые должны быть своевременно и правильно расценены для адекватной коррекции тактики ведения пациента. Так, следует учитывать, что пожилой возраст (старше 65 лет), инфаркт миокарда в анамнезе, передняя локализация поражения, наличие механических осложнений инфаркта, сердечной недостаточности или ранней постинфарктной стенокардии, отсутствие подъема ST в остром периоде заболевания и сопутствующий сахарный диабет – факторы, обуславливающие высокий риск развития повторного инфаркта миокарда или внезапной сердечной смерти в течение последующих 6 месяцев. Напротив, пациенты, которым в раннем периоде заболевания проводились процедуры реваскуляризации (системная тромболитическая терапия или чрескожное интракоронарное вмешательство) и не имеющие ангинозных приступов, входят в группу низкого риска [3].

Нами была проведена работа по оценке отдаленных последствий перенесенного ОКС у пациентов Регионального сосудистого центра Республиканской больницы им. В. А. Баранова, поступивших в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром». В группу (106 человек) вошли больные в возрасте не старше 65 лет. Пациенты наблюдались в кардиологическом отделении во время госпитализации. В последующем оценивались клинические и социальные последствия перенесенного ОКС, а также приверженность пациентов к лечению. Время наблюдения составило от 1 до 1,5 года. Большинство пациентов исследуемой группы составили мужчины (75 %). В возрастной группе от 35 до 50 лет также преобладали мужчины (93,5 %), в то время как на долю женщин пришлось только 6,5 %. В более старшей возрастной группе от 51 до 65 лет мужчины составили 66,7 %. Ведущими факторами риска на момент поступления были: возраст (93 %), артериальная гипертензия (91 %) и дислипидемия (91 %). Среди наиболее значимых ассоциированных и коморбидных состояний необходимо отметить артериальную гипертензию (91 %), стенокардию напряжения (51 %) и хроническую сердечную недостаточность (28 %). При оценке стационарного этапа ведения пациентов удалось установить, что 25 % пациентов к моменту поступления с диагнозом ОКС уже имели перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе. 59 % больных трактовались при поступлении как пациенты с ОКС без подъема сегмента ST, у 41 % больных диагностирован ОКС с подъемом сегмента ST.

Известно, что проведенные в ранние сроки процедуры реваскуляризации являются в последующем предиктором низкого риска развития ос-

ложнений у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. В анализируемой нами группе у 41 % пациентов, поступивших с диагнозом «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST», не проводились процедуры реваскуляризации по экстренным показаниям. Основными причинами консервативного ведения были позднее обращение больного в стационар или информированный отказ от вмешательства. У 33,3 % пациентов данной группы проводилась системная тромболитическая терапия, 19 % пациентов выполнялось первичное чрескожное коронарное вмешательство и у 6 % после неэффективной тромболитической терапии выполнялось спасительное чрескожное интракоронарное вмешательство.

Наиболее частым исходом ОКС был Q-инфаркт миокарда (41 %), не Q-инфаркт наблюдался у 23 % пациентов, у 33 % больных диагностирована нестабильная стенокардия. В отдаленном периоде у 29 % пациентов были выполнены процедуры реваскуляризации: в 18 % случаев – коронарное шунтирование, у 11 % – чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Остальная часть пациентов (71 %) велась консервативно.

При оценке медикаментозной терапии на амбулаторном этапе было установлено, что приверженность к терапии в исследуемой группе составила 81 %. Только 75 % пациентов, перенесших ЧКВ, получают дезагрегантную терапию в полном объеме. Гиполипидемическую терапию продолжают получать 80 % пациентов, а лечение В-адреноблокаторами – 81 %. Известно, что бета-блокаторы снижают риск смерти и повторного инфаркта миокарда в среднем на 25 % [10]. Следует отметить, что основной причиной неадекватной медикаментозной терапии является отсутствие приверженности пациентов к лечению.

При дальнейшем наблюдении за пациентами мы оценивали различные аспекты отдаленных последствий перенесенного ОКС. Среди клинических последствий следует отметить увеличение функционального класса стенокардии напряжения: 1 ФК – с 3,7 до 5,7 %, 2 ФК – с 25,5 до 33 %, 3 ФК – с 8,5 до 18 %, 4 ФК – с 0 до 1,9 %. Кроме того, наблюдалась тенденция к увеличению числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью (с 28,3 до 53,8 %), а также прогрессия исходно имевшейся хронической сердечной недостаточности (1 ФК – с 1,9 до 6,6 %, 2 ФК – с 18,9 до 32,1 %, 3 ФК – с 3,7 до 10,4 %).

Летальность в исследуемой группе составила 5,6 %. Согласно литературным данным, после выписки в течение года умирает 4 % больных [2]. У пожилых пациентов прогноз хуже: в первый месяц после инфаркта смертность среди лиц старше 65 лет составляет 20 %, в первый год – 35 % [2]. Две трети умерших в течение времени наблюдения пациентов (3,7 %) перенесли ОКС с подъемом сегмента ST. Ни у одного пациента в группе умерших не проводились процедуры реваскуляризации по экстренным показаниям. У одной пациентки из данной группы проводилось плановое

ЧКВ (стентирование передней нисходящей артерии, маргинальных ветвей, интрамедирной артерии). В последующем больная получала всю рекомендованную терапию, однако через 10 дней после вмешательства наступила смерть; одной из предполагаемых причин летального исхода является тромбоз в зоне стентирования. Среди умерших в исследуемой нами группе две трети пришли на лиц мужского пола (3,7 %). Средний возраст составил 56 лет. Две трети пациентов из числа умерших на момент поступления в Региональный сосудистый центр имели в анамнезе постинфарктный кардиосклероз.

Мы оценили и некоторые социальные последствия перенесенного ОКС. Так, среди пациентов, перенесших ОКС, на 20 % возросло число больных, имеющих группу инвалидности. Среди лиц, имевших инвалидность ранее (51 %), у 17 % группа инвалидности была усилена. Следует отметить, что патология системы кровообращения занимает первое место среди причин, вызвавших впервые установление группы инвалидности. На ее долю приходится 386 тыс. случаев из 934 тыс. человек, впервые признанных инвалидами в 2009 году [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, патология сердечно-сосудистой системы по-прежнему является ведущей

в структуре заболеваемости и смертности населения как в России, так и во всем мире, и более половины в этой структуре приходится на долю ишемической болезни сердца. ОКС является одним из значимых острых проявлений ИБС. В связи с успехами лечения острого периода инфаркта миокарда (или нестабильной стенокардии) достигнута отчетливая тенденция к снижению госпитальной летальности. Однако по-прежнему высока смертность на догоспитальном этапе. Кроме того, достаточно большое клиническое и социальное значение имеют отдаленные последствия перенесенного ОКС.

Необходимо проводить правильную и своевременную оценку этих последствий, в которую должно входить не только выявление клинической значимости тех или иных вмешательств, выделение среди пациентов групп риска, но и анализ психологических, экономических и социальных аспектов. Большое значение необходимо придавать формированию приверженности пациентов к лечению. Кроме того, нужно вырабатывать адекватную тактику ведения больных, направленную на коррекцию клинических проявлений, профилактику развития осложнений и рецидивов заболевания, улучшение прогноза, полноценную психическую и социальную реабилитацию пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни сердца: Руководство для врачей / Под ред. Р. Г. Оганова, И. Г. Фоминой. М.: Литера, 2006. 1328 с.
2. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: В 7 т. М.: Практика, 2005. 418 с.
3. Диагностика и лечение в кардиологии: Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 800 с.
4. Маслов Л. Н., Крылов А. Л. Опыт применения первичной коронарной ангиопластики в лечении больных острым инфарктом миокарда // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2008. Т. 14. № 1. С. 131–141.
5. Метелица В. И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2002. 926 с.
6. Моисеев В. С., Сумароков А. В. Болезни сердца: руководство для врачей. М.: Универсум паблишинг, 2001. 462 с.
7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. 2007 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000ed/default.asp>
8. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. 2008 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000E1/default.asp>
9. Национальные рекомендации по лечению ОКС без стойкого подъема ST на ЭКГ. 2006 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000F8/default.asp>
10. Национальные рекомендации по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. 2009 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved00101/default.asp>
11. Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/>
12. Перепеч Н. Б. Острые коронарные синдромы. СПб.: ИНКАРТ, 2004. 93 с.
13. Поздняков Ю. М., Красницкий В. Б. Практическая кардиология. М.: БИНОМ, 2007. 776 с.
14. Руководство по кардиологии. Киев: МОРИОН, 2008. 1424 с.
15. Руксин В. В. Неотложная кардиология: Руководство для врачей. СПб.: Невский диалект; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007. 512 с.
16. Савченко А. П., Руденко Б. А. Клиническая эффективность эндоваскулярных технологий при лечении ишемической болезни сердца // *Кардиологический вестник*. 2008. Т. 3 (XV). № 1. С. 5–11.
17. Сейдов В. Г. и др. Сравнение отдаленных результатов эндоваскулярного лечения и коронарного шунтирования в течение 5 лет наблюдения // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2007. Т. 13. № 1. С. 42–47.
18. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV#
19. Цединова Е. А. и др. Оценка эффективности хирургического и консервативного методов лечения больных инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию // *Российский кардиологический журнал*. 2007. № 1. С. 27–30.
20. Шевченко О. П., Мишнев О. Д., Шевченко А. О., Трусов О. А., Сластикова И. Д. Ишемическая болезнь сердца. М., 2005. 416 с.
21. Chlinical triets in cardiovascular disiases: a companion to Braunwald's heart desiase / Ed. by Chartes H. Hennekans. 1999. 472 p.