



УДК 616.142-008 6-07:575.17

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-4-547-557

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

CLINICAL CURRENT AND OUTCOMES OF THE ACUTE CORONARY SYNDROME

М.М. Киселевич, О.А. Ефремова, Г.Д. Петрова
M.M. Kiselevich O.A. Efremova, G.D. Petrova

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85

Belgorod National Research University,
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

E-mail: marianna1970@live.ru

Аннотация

Статья посвящена изучению острого коронарного синдрома. Проведен анализ 1 206 историй болезни лиц среднего, пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом (ОКС). Оценены клинические проявления и факторы риска ОКС, лабораторные тесты, электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях и эхокардиография (ЭхоКГ). В исследовании преобладали мужчины (61.8 %) среднего и пожилого возраста (35.8 и 39.0 % соответственно). По исходу заболевания количество выписанных из стационара живыми составило 92.0 % человек, умерших – 8.0 %. В группе выписанных живыми ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) был установлен при поступлении в 20.6 % случаев, ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) – в 79.4 %. В группе умерших ОКСпST и ОКСбпST составили соответственно 47.4 и 52.6 %. В клинической картине в группе выписанных живыми типичная ангинозная боль наблюдалась у 19.7 % больных, атипичная клиническая картина – у 34.2 %, в группе умерших типичная ангинозная боль – у 26.0 % больных, атипичная клиническая картина – у 39.6 %. В ряде случаев заболевание протекало как прогрессирующая стенокардия (в группе живых – у 46.2 % больных и в группе умерших – у 34.4 % больных). Анализ лабораторных и инструментальных данных подтверждал диагноз нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда. Эффективность проведенного лечения составила 92.0 %. Приведенные результаты свидетельствуют, что больных с ОКС без подъема сегмента ST, которые были в дальнейшем выписаны из стационара, было в 4 раза больше, чем с подъемом сегмента ST. В группе умерших больных количества ОКСпST и ОКСбпST достоверно не различались. Тем не менее, отмечено, что большую часть умерших с ОКСбпST составили больные с нестабильной стенокардией. Все они имели высокую степень риска (мужской пол, пожилой возраст, фоновые и коморбидные заболевания). На исход также влияло время от начала симптоматики до поступления в стационар и тактика лечебных мероприятий.

Abstract

The article is devoted to the study of acute coronary syndrome. The analysis was conducted 1206 of case histories from middle-aged, elderly and senile patients with acute coronary syndrome. Evaluated by clinical symptoms and risk factors of acute coronary syndrome, laboratory tests, electrocardiography (ECG) in 12 leads and echocardiography. That was dominated by men (61.8 %), middle and old age (35.8 % and 39.0 % respectively). On the outcome of the disease number of discharged alive amounted to 92.0 % of people, but dead-8.0 %. The Group issued live acute coronary syndrome with ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) was established for admission to 20.6 % of cases, and non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) -79.4 %. In the dead with STEMI and NSTEMI were 47.4 % and 52.6 % respectively. In the clinical picture in the Group issued alive, a typical anginosus pain was observed at 19.7 % of patients, atypical clinical picture-34.2 %, in the dead of a typical anginosus pain-26.0 % of patients have atypical clinical picture-39.6 %. In some cases, the disease was as progressive angina (live-46.2 % of patients and in the dead-34.4 % of patients). Analysis of laboratory and instrumental data



confirmed the diagnosis of unstable angina or heart attack the myocardium. The effectiveness of the treatment amounted to 92.0 %. The results showed that patients with non-ST segment elevations (NSTEMI), which were later discharged from hospital; it was 4 times more than with ST segment elevation (STEMI). Deceased patients group STEMI and NSTEMI nobody. However, it was noted that most of the dead with NSTEMI accounted for patients with unstable angina. However, it was noted that most of the dead comprised patients with unstable angina. They all had a high degree of risk (male sex, advanced age, background and comorbidic diseases), the outcome also influenced the time from the beginning of symptoms before entering hospital and treatment tactics.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, клиника, диагностика, исходы заболевания.

Keywords: acute coronary syndrome, coronary heart disease, myocardial infarction, clinical picture, diagnosis, disease outcomes.

Введение

Среди сердечно-сосудистых заболеваний ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной смертности и инвалидности населения во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от ИБС ежегодно умирает около 8 миллионов человек, превышая смертность от цереброваскулярных, онкологических болезней и СПИДа [Бунова и др., 2014]. Ежегодно в Европе от ИБС умирает 1.8 млн. человек, что составляет 20 % от всех летальных исходов [Ощепкова и др., 2013].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по течению заболевания имеет периоды стабилизации и обострения. Период обострения ИБС диагностируется как острый коронарный синдром (ОКС), представляющий совокупность клинических признаков и синдромов, по которым можно предположить у больного наличие инфаркт миокарда (ИМ).

При ОКС у больных может развиваться инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме (ОКСпST), или может возникнуть другой вариант ОКС – без подъема сегмента ST (ОКСбпST). У больных с ОКСбпST диагностируется или нестабильная стенокардия (НС), или инфаркт без зубца Q (не Q-инфаркт миокарда), или, крайне редко, в дальнейшем развивается инфаркт миокарда с зубцом Q [Беленков, Оганов, 2012]. В основе всех вариантов ОКС наблюдается недостаточное кровоснабжение миокарда в результате окклюзии коронарных сосудов, обусловленное в основном атеросклерозом [Эрлих, Грацианский, 2016; Шеховцова и др., 2015].

Больные с ОКСпST при поступлении в стационар имеют более высокий риск смерти на раннем этапе заболевания, чем больные с ОКСбпST [Шилова и др., 2015; Ibanez et al., 2017]. Проведенные ранние исследования доказали, что у больных с ангинозными болями при НС и ОКСбпST имеется более низкий риск ранней смерти и ближайших ишемических коронарных событий как в остром периоде заболевания, так и в течение шести месяцев после него и в течение года. Но, несмотря на это, при НС и ИМ без подъема ST смертность может быть выше, чем при ИМ с подъемом сегмента ST [Эрлих и др., 2016]. Такие данные объясняются тем, что ОКСбпST чаще развивается у больных старших возрастных групп, женщин, больных с повторным ОИМ, сахарным диабетом, «микрососудистой стенокардией» [Гришаев, Никифоров, 2013].

У больных пожилого возраста часто сочетаются мультифокальный сосудистый атеросклероз, повторный ИМ, сниженная фракция выброса левого желудочка, ожирение и другие факторы риска, влияющие на неблагоприятный отдаленный прогноз заболевания [Константинова и др., 2018; Subherwal et al., 2012]. Ассоциируются с проявлениями мультифокального атеросклероза, а также с высоким уровнем воспалительного ответа, сахарный диабет и метаболический синдром [Какорин и др., 2013; Mandelzweig et al., 2006].



Острый коронарный синдром является временным диагнозом и его установление предполагает проведение первичной оценки, стратификации факторов риска, неотложных диагностических и лечебных мероприятий [Hamm et al., 2011]. К факторам риска при ИМ и смерти при ОКС относят возраст, мужской пол, длительно существующую стенокардию высоких функциональных классов, перенесенный ИМ в прошлом, нарушения функции левого желудочка, тяжелую хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипертензию, сахарный диабет и др. [Барбараш, Кашталап, 2017.].

Следует отметить, что почечная дисфункция также является дополнительным фактором высокого риска негативного влияния на прогноз у больных с ОКС. При этом отмечено, что чем выраженнее ухудшение функции почек в анамнезе, тем выше имеется риск кровотечений. У этих больных также существует высокая вероятность развития тяжелой сердечной недостаточности и фатальных нарушений ритма сердца, пониженная эффективность проведенного лечения [Зыков, 2015; Baber et al., 2012; Fox et al., 2010; Шеховцова и др., 2018].

Таким образом, многочисленные факторы риска развития острого коронарного синдрома требуют уточнения. Существует необходимость в выделении наиболее доступных и надежных маркеров диагностики тяжести этого синдрома в плане скорейшего определения тактики ведения этих больных.

Цель исследования – изучить структуру, клиническое течение и исходы у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), поступивших в стационар, для выделения наиболее доступных и надежных маркеров диагностики тяжести этого синдрома.

Достижение цели предполагает решение следующих задач:

- 1) Изучить распределение больных с ОКС по полу и возрастной структуре.
- 2) Проанализировать, в какие сроки с начала заболевания больные с ОКС доставляются в стационар, особенности клинической картины, результаты дополнительных методов исследования в зависимости от исхода заболевания.
- 3) Оценить исходы ОКС и тактику ведения поступивших больных.

Объекты и методы исследования

Методом случайного бесповторного отбора проведено исследование историй болезни больных с ОКС, получивших лечение в инфарктном отделении ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Белгорода за 2014–2016 гг. Больные с ОКС были разделены на две группы. Первую группу составили больные с ОКС, выписанные в дальнейшем живыми из стационара – 1 110 человек (92.0 %) и группа умерших больных – 96 человек (8.0 %). В этих группах в зависимости от подъема сегмента ST выделены подгруппы – больные с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Также группу больных с ОКСбпST разделили на больных с нестабильной стенокардией (НС) и больных, имеющих не Q-инфаркт миокарда.

Диагностика ОКСпST и ОКСбпST включала данные проведенного обследования с анализом клинической картины заболевания, результатов электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (Эхо-КГ), лабораторных тестов (сердечный тропонин Т, МВ-фракция КФК, АСТ, АЛТ, ЛДГ). Также в анализах крови оценивались: уровень гемоглобина, лейкоцитов, С-реактивного белка (СРБ), креатинина, общего холестерина, триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП).

Статическая обработка материала выполнена с использованием пакетов прикладных программ STATISTICA 10.0, V. Для описания количественных и порядковых данных рассчитывались средние арифметические значения и стандартные отклонения ($M \pm SD$). Для анализа качественных данных рассчитывались абсолютные и относительные значения

(в %). Для статистического анализа проводился расчет количественного критерия Стьюдента, качественного критерия «кси-квадрат» (χ^2), коэффициент корреляции Спирмана. Различия считались статистически значимыми при $p < 0.05$.

Исследование было наблюдательным и дополнительных вмешательств с участием пациентов в исследовании не проводилось.

Результаты и обсуждение

Для исследования были проанализированы 1 206 историй болезни больных, поступивших в отделение с острым коронарным синдромом (ОКС). По исходу заболевания количество выписанных живыми составило 1 110 человек (92.0 %), умерших – 96 (8.0 %).

Из обследованных больных, выписанных живыми, преобладали мужчины – 686 человек (61.8 %), женщин было 424 (38.2 %). В группе умерших больных мужчин было 47 (48.5 %) и женщин – 49 (51.5 %) (рис. 1).

Средний возраст больных составил 65.4 ± 10.2 лет.

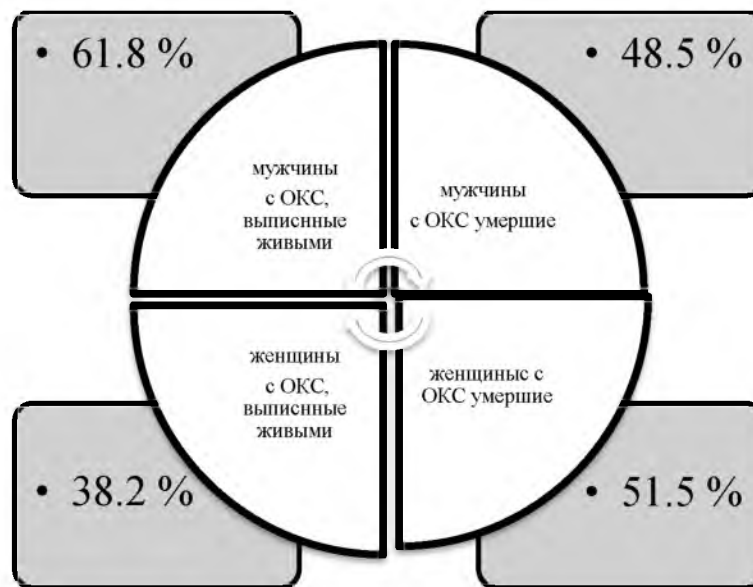


Рис. 1. Распределение больных с ОКС по полу

Fig. 1. The distribution of the patients with acute coronary syndrome by sex

Среди выписанных живыми в возрасте до 40 лет было 4.3 % больных, 40–59 лет – 35.8 %, 60–74 лет – 39.0 %, 75–89 лет – 18.7 %, старше 90 лет – 2.2 % человек (рис. 2). Таким образом, в группе выписанных живыми были больные преимущественно среднего (35.8 %) и пожилого (39.0 %) возраста.

В группе умерших больных в возрасте до 40 лет было – 2.1 %, 40–59 лет – 8.2 %, 60–74 лет – 21.6 %, 75–89 лет – 65.0 %, старше 90 лет – 3.1 %. В этой группе были больные преимущественно старческого возраста – 75–89 (65.0 %) лет (см. рис. 2).

Время от начала возникновения заболевания и до госпитализации больных, выписанных живыми, составило: до 6 часов – 16.9 % человек, до 24 часов – 55.5 %, свыше 24 часов – 27.6 %. В этой группе больных поздняя госпитализация (свыше, чем через 24 часа от начала заболевания) составила наименьший процент (27.6 %). А в группе умерших больных поздняя госпитализация преобладала – более 24 часов (79.2 %).

Основная причина поздней госпитализации – несвоевременное обращение больного за медицинской помощью.

Больных, выписанных живыми, поступило в отделение по скорой медицинской помощи (СМП) 73.2 % и по направлению из поликлиник города – 26.8 %. В группе умерших

больных доставлено СМП 87.4 % больных и 12.6 % больных – в порядке экстренной медицинской помощи.

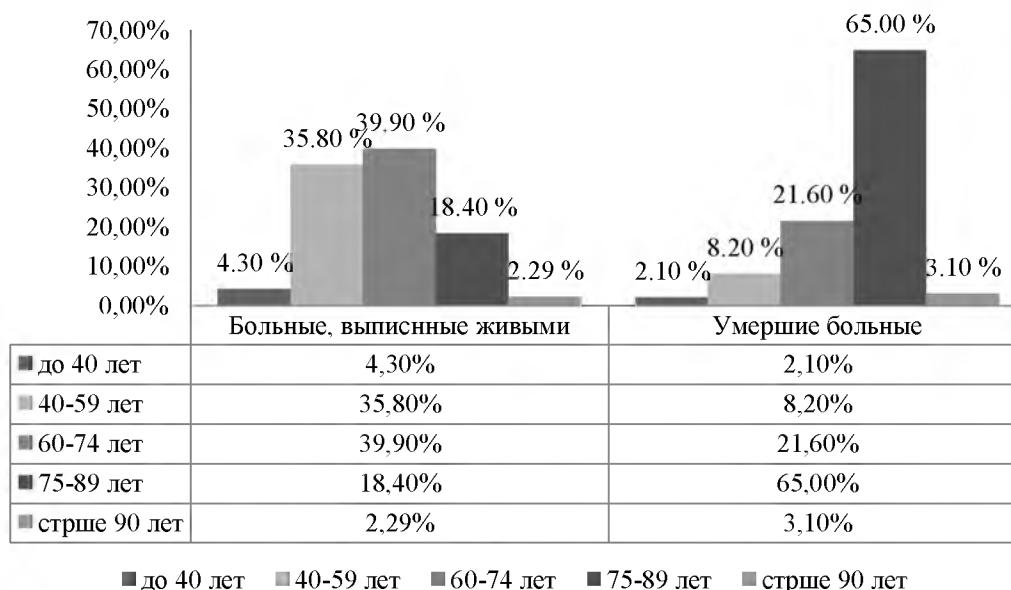


Рис. 2. Возрастная структура больных с ОКС
 Fig. 2. The age structure of the patients with acute coronary syndrome

При поступлении в стационар в зависимости от наличия подъема сегмента ST на ЭКГ все больные с ОКС разделились на больных с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. В группе выписанных живыми ОКСпST был диагностирован у 229 (20.6 %) больных и ОКСбпST – у 881 (79.4 %) больных. В группе больных с ОКСбпST у 715 (81.2 %) больных установлена нестабильная стенокардия (НС) и у 166 (18.8 %) больных – не Q-инфаркт миокарда (табл.). Таким образом, в группе больных, выписанных живыми, преобладали больные с ОКСбпST (81.2 %) и их было в 4 раза больше, чем в группе умерших больных ($t_{p,k} 19.6, m_p \pm 3.0, p < 0.05$).

В группе умерших больных при поступлении ОКСпST был выявлен у 46 (47.4 %) и ОКСбпST – у 50 (52.6 %). Среди ОКСбпST нестабильная стенокардия (НС) составила 47 (94.1 %) случаев, не Q-инфаркт миокарда – 3 (5.9 %) (см. табл.). Таким образом, в этой группе достоверных различий не было ($t_{p,k} 0.51, m_p \pm 10.1, p < 0.05$).

При сравнении ОКСпST и ОКСбпST у выписанных живыми и умерших выявлена достоверная разность ($\chi^2 4.86 > 3.842, r_{xy} +0.840$).

Анализ больных с острым коронарным синдромом при поступлении в стационар
 The analysis of patients with acute coronary syndrome for admission to hospital

Больные с ОКС	Количество больных с ОКС, выписанных живыми, %	Количество умерших больных с ОКС, %	p
			1-2
ОКСпST	20.6 %	47.4 %	0.02
ОКСбпST	79.4 %	52.6 %	0.03
ОКСбпST:			
1) НС	81.2 %	94.15	0.01
2) не Q-ИМ	18.8 %	5.9 %	0.03

В отделении подробно анализировались жалобы больных, анамнез возникновения заболевания и жизни, выполнялось комплексное клиническое обследование, лабораторное

и инструментальное исследование и кардиомониторное наблюдение. При осмотре в группе выписанных живыми типичная ангинозная боль наблюдалась у 19.7 % больных, атипичная клиническая картина – у 34.2 %; в группе умерших типичная ангинозная боль возникала у 26.0 % больных, атипичная клиническая картина была у 39.6 %.

Атипичная коронарная боль в группе выписанных живыми и в группе умерших больных наблюдалась у больных до 40 лет (4.3 и 2.1 % соответственно) и больных старше 75 лет (20.7 и 68.1 % соответственно), у больных с ИМ в прошлом (5.0 и 12.5 % соответственно), у больных с сахарным диабетом (21.5 и 31.2 % соответственно) и у женщин (23.4 и 44.8 % соответственно). Симптомы прогрессирующей стенокардии в виде увеличения частоты и продолжительности приступов стенокардии со снижением толерантности к физической нагрузке и уменьшение эффективности антиангинальной терапии в группе живых отметили 46.2 % больных и в группе умерших – 34.4 % больных (рис. 3).

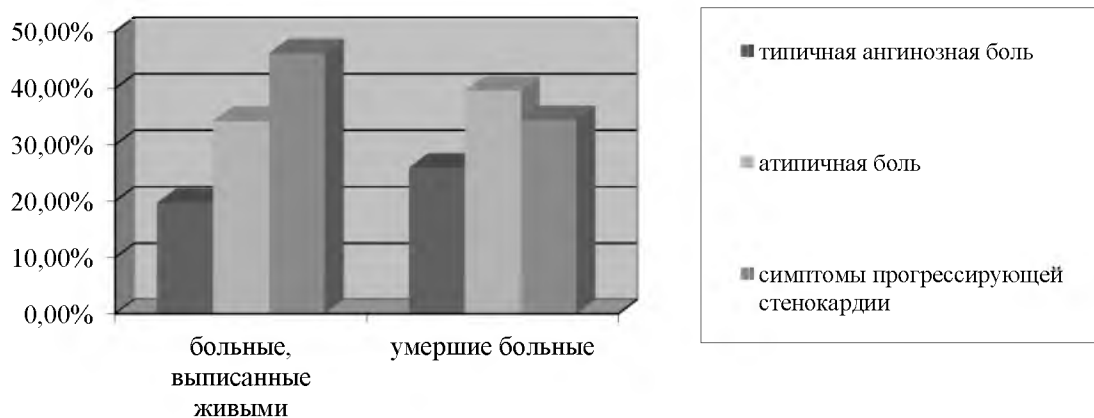


Рис. 3. Клиническая картина больных с ОКС

Fig. 3. The clinical picture of the patients with acute coronary syndrome

В обеих группах у большинства больных в анамнезе имелись изначально фоновые заболевания – артериальная гипертензия II-III степени (65.8 % больных 1 группы и 79.2 % – 2-ой), сахарный диабет (21.5 % пациентов, выписанных живыми и 31.2 % – умерших больных). Перенесенный в прошлом ИМ имели 5.0 % больных, выписанных живыми и 12.5 % умерших пациентов; коронарное шунтирование и стентирование в анамнезе – 2.8 и 4.9 % больных, выписанных живыми, соответственно.

У обследованных больных средняя масса тела составила 82.7 ± 13.9 кг, средний рост 168.3 ± 11.8 см, средний индекс массы тела 29.6 ± 12.3 . Ожирением II и III степени (ИМТ более 35 кг/м^2) страдали 17.6 % больных, выписанных живыми и 37.6 % умерших больных.

ОКС развивался также у больных, ранее имевших тяжелую хроническую сердечную недостаточность: ПБ-III стадии (III-IV ФК по NYHA) у 39.7 % больных 1 группы и у 63.5 % пациентов 2 группы. Диагностированную хроническую болезнь почек (ХБП) 3а, 3б, 4с имели 21.3 % выживших больных и 39.6 % умерших больных с ОКС. Эти заболевания оказывали неблагоприятное влияние на течение, прогноз основного заболевания и тактику лечения, что согласуется с данными литературы (Гарганеева и др., 2017, Ibanez et al., 2017).

По данным лабораторных исследований у больных с ОКС в обеих группах выявлена дислипидемия. В группе выписанных живыми повышены уровни общего холестерина (более 5.0 ммоль/л – $6.3 \pm 0.4 \text{ ммоль/л}$) у 46.1 % больных, триглицеридов (более 1.7 ммоль/л – $2.3 \pm 0.1 \text{ ммоль/л}$) – у 28.4 % больных, ХС ЛПНП (более 3.3 ммоль/л – $3.6 \pm 0.2 \text{ ммоль/л}$) – у 24.2 % больных. В группе умерших больных повышенные уровни общего холестерина (более 5.0 ммоль/л – $7.6 \pm 0.3 \text{ ммоль/л}$), триглицеридов (более 1.7 ммоль/л – $2.75 \pm 0.2 \text{ ммоль/л}$), ХС ЛПНП (более 3.3 ммоль/л – $3.0 \pm 0.2 \text{ ммоль/л}$) обнаружены у 69.8, 56.2 и 39,6 % больных

соответственно. В группе умерших число больных с дислипидемией было достоверно выше, чем в группе больных, выписанных живыми ($p < 0.05$).

Показатели воспалительного процесса миокарда – увеличение СРБ (более 10.0 мг/л) – были повышены у 18.8 % больных в группе выписанных живыми и у 82,3 % больных в группе умерших. Уровень СРБ по группам соответственно составил 26.3 ± 2.7 и 46.2 ± 2.3 . Лейкоцитоз (более 9.5×10^9 /л) был выявлен у 27.7 % больных в группе выписанных живыми и у 84.4 % больных в группе умерших, составляя соответственно $11.4 \pm 1.3 \times 10^9$ /л и $15.7 \pm 1.3 \times 10^9$ /л.

Повышение АСТ (более 35 ед/л) и АЛТ (более 45 ед/л) наблюдалось у 21.3 и 10.2 % больных 1 группы соответственно и у 79.2 и 54.2 % пациентов 2-ой группы. Уровень АСТ в 1 группе составил 58.4 ± 2.2 ед/л и 181.9 ± 6.2 ед/л – во 2 группе ($P < 0.05$); уровень АЛТ составил в 1 группе 61.5 ± 2.3 ед/л и во второй – 107.2 ± 5.7 ед/л ($P < 0.05$).

Повышение ЛДГ (более 248 ЕД/л) наблюдалось у 26.6 % больных 1 группы, при этом уровень составил 297.7 ± 3.4 ЕД/л в группе больных, выписанных живыми, и 378.2 ± 6.1 ЕД/л (36.4 %) – в группе умерших больных. Показатель некроза миокарда – повышенный уровень тропонина Т более 0.1 нг/мл – составил 1.4 ± 0.2 нг/мл у 28.5 % больных в 1 группе пациентов и 6.2 ± 0.7 нг/мл у 67.7 % – в группе умерших больных. Повышение (более 24 ЕД/л) маркера повреждения миокарда – МВ-фракции КФК – составило 115.9 ± 4.1 ЕД/л у 34.0 % больных в группе выписанных живыми и 172.8 ± 5.2 ЕД/л у 76.0 % больных в группе умерших.

Таким образом, в группе умерших больных повышенные лабораторные показатели встречались чаще и имели более высокие значения, чем в группе больных, выписанных живыми. Все эти показатели подтверждали тяжесть течения ОКС, что согласуется с данными литературы [Белая и др., 2017], указывающими на неблагоприятный исход ОКС при совокупности признаков (содержания $NO_2 \geq 22.755$ мкмоль/л, ТГ ≥ 1.565 ммоль/л, эритроцитов ≥ 4.91 Т/л, АСТ ≥ 1.23 ммоль/л, мочевины ≥ 7.05 ммоль/л, ХС ЛПОНП ≥ 0.965 ммоль/л, креатинин ≥ 91.55 мкмоль/л).

При обследовании больных с ОКС в обеих группах выявлены следующие осложнения: фибрилляция предсердий по данным ЭКГ была зафиксирована в группе выписанных живыми у 9.4 % больных и у 12.5 % умерших больных; атриовентрикулярная блокада 2 степени Мобитц 2 и 3 степени были выявлены в группе выписанных живыми у 2.1 и 1.1 % больных и в группе умерших 6.2 и 2.6 % больных соответственно и потребовали постановки временной ЭКС; острая сердечная недостаточность Killip III и Killip IV была диагностирована в группе выписанных живыми у 3,1 и 2,9 % больных соответственно, в группе умерших больных – у 7.3 и у 6.2 % соответственно. Снижение фракции выброса при ЭхоКГ (менее 55 %) диагностировано у 37.1 % больных, выписанных живыми и у 65.6 % умерших больных. В группе умерших аневризма сердца выявлена у 4.2 % больных, разрывы миокарда с тампонадой сердца у 3,1 % больных (рис. 4).

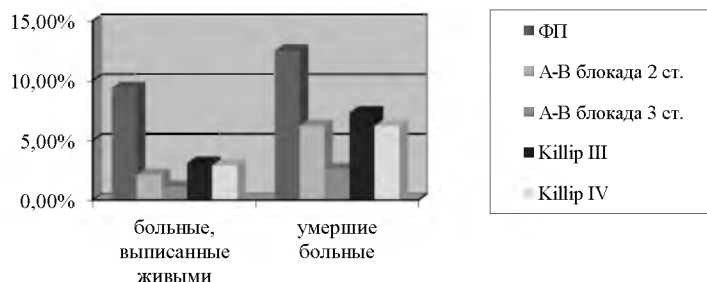


Рис. 4. Осложнения у больных с ОКС

Fig. 4. Complications of the patient with acute coronary syndrome



Больные с ОКС страдали и различными коморбидными заболеваниями (анемией, хронической обструктивной болезнью легких, облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей). Хроническая анемия легкой степени тяжести при поступлении была выявлена у 18.9 % больных, выписанных живыми, и у 26.0 % умерших больных. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести развивалась при остро возникших эрозиях желудка у 5.6 % больных, выписанных живыми, и 7.3 % умерших больных. При этом отмечено, что группа больных с анемией в основном состояла из пожилых пациентов, страдающих сахарным диабетом (52.6 %) и хронической сердечной недостаточностью (65.7 %). Хроническая обструктивная болезнь легких имела место у 27.2 % больных из группы выписанных живыми и у 78.1 % умерших пациентов с ОКС. У 38.2 % больных, выписанных живыми, и у 23.9 % умерших больных выявлено табакокурение. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей был выявлен у 5.2 % умерших больных.

Все пациенты получали стандартную консервативную терапию (тромболитическую по показаниям; антикоагулянтную: нефракционированный гепарин или низкомолекулярный гепарин; двойную антиагрегантную терапию: ацетилсалициловую кислоту, клопидогрель; статины; бета-адреноблокаторы при отсутствии противопоказаний; ингибиторы АПФ; нитраты при необходимости).

Хирургическая реваскуляризация (балонная ангиопластика или стентирование инфаркт-связанной артерии, коронарное шунтирование) было выполнено у 6.3 % больных с ОКСпST и у 2.1 % больных с ОКСбпST. Эти данные согласуются с результатами Российского регистра пациентов с ОКС РЕКОРД-3 [Эрлих, Грацианский, 2016; Барбараш, Каштап, 2017], согласно которому инвазивное ведение больных с ОКСбпST проводится реже. При выписке из отделения в группе выписанных живыми, инфаркт миокарда диагностирован у 39.7 % больных, стабильная стенокардия напряжения (I, II, III ФК) составила 51.9 %, хирургическое лечение выполнено у 8.4 % больных. В группе умерших инфаркт миокарда имел место у 89.6 % больных, сочетание инфаркта миокарда и ишемического инсульта – у 2.1 % больных, хроническая сердечная недостаточность IIБ-III стадии (III-IV ФК по NYNA) – у 7.3 %, хроническая обструктивная болезнь легких – у 1.0 %.

Эффективность выздоровления больных в результате консервативного и хирургического лечения составила 92.0 %. В 8.0 % случаях отмечался летальный исход у больных ввиду их запоздалой госпитализации (свыше 24 часов), ранних осложнений течения заболевания, сопутствующей патологии.

Заключение

Таким образом, по исходу заболевания количество выписанных живыми составило 1 110 (92.0 %) человек, умерших – 96 (8.0 %). В группе выписанных живыми ОКС с подъёмом сегмента ST (ОКСпST) был установлен при поступлении в 20.6 % случаев, ОКС без подъёмов сегмента ST (ОКСбпST) – в 79.4 %. В группе умерших ОКСпST и ОКСбпST – 47.4 и 52.6 % соответственно. В клинической картине в группе выписанных живыми типичная ангинозная боль наблюдалась у 19.7 % больных, атипичная клиническая картина – у 34.2 %, в группе умерших типичная ангинозная боль – у 26.0 % больных, атипичная клиническая картина – у 39.6 %. Симптомы прогрессирующей стенокардии в группе живых отметили 46.2 % больных и в группе умерших – 34.4 % больных.

Анализ лабораторных и инструментальных данных подтверждал диагноз нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда. В группе умерших больных повышенные лабораторные показатели встречались чаще и имели более высокие значения, чем в группе выписанных живыми; фибрилляция предсердий по данным ЭКГ была в группе выписанных живыми у 9.4 % и у 12.5 % умерших больных; атриовентрикулярная блокада 2 степени Морбитц 2 и 3 степени была выявлена в группе выписанных живыми у 2.1 и 1.1 % и в группе умерших больных 6.2 и 2.6 % пациентов соответственно; снижение фракции выброса при ЭхоКГ (менее 55 %) у 37.1 % больных, выписанных живыми и у 65.6 % умерших больных.



Приведенные результаты свидетельствуют, что больных с ОКС без подъема сегмента ST, которые были в дальнейшем выписаны из стационара, было в 4 раза больше, чем с подъемом сегмента ST. В группе умерших количества больных ОКСпST и ОКСбпST достоверно не различались. Тем не менее, отмечено, что большую часть умерших ОКСбпST составили больные с нестабильной стенокардией. Все они имели высокую степень риска (мужской пол, пожилой возраст, фоновые и коморбидные заболевания). На исход также влияли время от начала появления симптомов до поступления в стационар, оказание первой помощи врачом скорой медицинской помощи, инвазивная или неинвазивная тактика лечебных мероприятий в стационаре.

Исследования еще раз подтвердили важность дальнейшего изучения проблемы ОКС, факторов риска, своевременной медицинской госпитализации, комплексного обследования и выбора правильной тактики ведения и лечения больных.

Список литературы References

1. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. 2017. Пациент с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и консервативное лечение. Медикаментозные возможности улучшения прогноза Медицинский совет, 7: 28-38.

Barbarash O.L., Kashtalap V.V. 2017. Pacijent s akutni koronarni sindrom bez ST segmenta oporavka i konzervativni tretman. [Patient with acute coronary syndrome without ST segment recovery and conservative treatment]. Medicinski mogućnosti za bolje predviđanje medicinskog saveta, 7:28-38. (in Russian)

2. Белая И.Е., Коломиец В.И., Мусаева Э.К. 2017. Значимость лабораторных показателей в прогнозировании исходов острого инфаркта миокарда. Клиницист, 1, том 11:29-35.

Belaja I.E., Kolomic V.I., Musaeve E. K. 2017, Znahimosty laboratornykh poksatelej v prognozy isxodov akut inpharkta miocarda. [Significance of laboratory parameters in predicting outcomes of acute myocardial infarction]. Klinicist, 1, tom 11: 29-35. (in Russian)

3. Бунова С.С., Усачева Е.В., Замахина О.В. 2014. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда в регионах Российской Федерации за 11-летний период (2002–2012 гг.). Социальные аспекты здоровья населения, 6(40):1-14.

Bunova S.S., Usacheva E.V., Zamahina O.V. 2014. Dinamika zaboлеваemosti infarktomiokarda v regionach Rassijskoj Federacii za 11-letnij period (2002-2012). [Dynamics of the incidence of myocardial infarction in regions of the Russian Federation for the 11-year period (2002-2012)]. Socijalnie aspekti zdorovuja naselenija, 6 (40):1-14. (in Russian)

4. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Александренко В.А. 2017. Популяционное исследование отдаленных исходов острого инфаркта миокарда в Томске. Российский кардиологический журнал, 11 (151).

Garganeeva A.A., Kuzheleva E.A.G. Aleksandrenko V.A. 2017. Prebivalstva na osnovi študije dolgoroćnih rezultatov akutni miokardni infarkt v Tomsk. [Population-based study of long-term outcomes of acute myocardial infarction in Tomsk]. Ruski Kardiologija listu, 11 (151). (in Russian)

5. Гришаев С.Л., Никифоров В.С. Современные подходы к лечению острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST. 2013. TERRA MEDICA®, 4: 9-12. Grishaev S.L., Nikiforov V.S. Modern pristup lijećenju akutnog koronarnog sindroma bez ST segmentiranja oporavak. [Modern approaches to the treatment of acute coronary syndrome without ST segment recovery]. 2013. TERRA MEDICA®, 4:9-12. (in Russian)

6. Зыков М.В. 2015. Особенности течения и стратификации риска осложнений острого коронарного синдрома в сочетании с почечной дисфункцией и различной стратегией лечения (обзор литературы). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 3:68-78.

Zikov M.V. 2015. Karakteristike toka i raslojavanja od rizika komplikacija akutnog koronarnog sindroma u spoju sa disfunkcijom bubrega i drugaćiji tretman strategije (pregled literature). [Features of flow and stratification of risk complications of acute coronary syndrome in conjunction with renal dysfunction and different treatment strategy (review of literature)]. Složeni problemi kardiovaskularnih bolesti, 3:68-78. (in Russian)



7. Какорин С.В., Шашкова Л.С., Мкртумян А.М., Аверкова И.А. 2013. Исход острого коронарного синдрома и осложнения острого инфаркта миокарда при нарушениях углеводного обмена. Кардиосоматика, 1:5-10.

Kakorin S.V., Shashkova L.C., Mkrtyumyan A.M., Averkova L.A. 2013. Ishod akutnog koronarnog sindroma i akutni infarkt miokarda komplikacija poremećaji u metabolizmu, ugljeni hidrat. [The outcome of acute coronary syndrome and acute myocardial infarction complications disorders of carbohydrate metabolism]. Kardiosomatika, 1: 5-10. (in Russian)

8. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание /под ред. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г. 2012. М.: ГЭОТАР-Медиа: 499–517.

Kardiologija. Nacionalnoe rukovodstvo: [Cardiology. National leadership]. kratkoe isdanie/pod red. U.N. Belenkova, R.G. Oganova. 2012: GEOTAR medija: 499-517. (in Russian)

9. Константинова Е.В., Гиляров М.Ю., Шостак Н.А., Аничков Д.А. 2018. Антиагрегантная терапия острого коронарного синдрома: современные возможности. Клиницист, 12(1):10-16.

Konstantinova E.V., Gilyrov M.Y., Shostak N.A., Anichkov D.A. 2018. Antiagregantnaja terapija akutnog koronarnog sindroma: moderne karakteristike [Antiplatelet therapy of acute coronary syndrome: current capabilities]. Psihijatar kog 12 (1): 10-16. (in Russian)

10. Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я. 2013. Организация медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях в 2009–2012 гг. (по данным регистра ОКС). Терапевтический архив, 12: 4–10.

Oshchepkova E.V., Dmitriev V.A., Gridnev V.I., Dovgalevskij P.Y. 2013. Organizacija medicinskoj pomoshi s akutni koronarni sindrom bez ST segmenta oporavka v regionalnim centrima vaskularni i primarni vaskularni ogranke u 2009-2012 biennium. (po popisu od OKS). [Organization of medical care to patients with acute coronary syndrome without ST segment recovery in regional vascular centers and primary vascular branches in 2009-2012 biennium. (according to the register of OKS)]. Terapeutski arhive, 12:4-10. (in Russian)

11. Шилова А.С., Новикова Н.А., Щекочихин Д.Ю., Сыркин А.Л. 2015. Отдаленные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST при применении фармакоинвазивного подхода и первичного чрескожного коронарного вмешательства: результаты двухлетнего наблюдения в условиях реальной клинической практики. Клиницист, 4, том 9:22-27.

Shilova A.S., Novikova N.A., Shhekochihin D.Y., Syrkin I.A. 2015. Dugoročni ishod kod pacijenata sa akutni koronarni sindrom sa podizanjem ST segmenta u primeni farmakološke invazivni pristup i primarni izvela prvu perkutanu koronarna intervencija: rezuliaty dve godine posmatranja u stvarno kliničkoj praksi. [Long-term outcome in patients with acute coronary syndrome with the rise of ST segment in applying pharmacological invasive approach and primary percutaneous coronary intervention: rezuliaty two years of observations in real clinical practice]. Psihijatar kog. 4, Tom 9:22-27. (in Russian)

12. Шеховцова Л.В., Осипова О.А., Аскари И.В., Плаксина К.Г., Клеткина А.С., Добромирова Е.В. 2018. Сравнительный анализ влияния антагонистов минералокортикоидных рецепторов эплеренона и спиронолактона на динамику дисперсии интервала qt у больных острым инфарктом миокарда. Современные проблемы науки и образования. 3: 21.

Shexovczova L.V., Osipova O.A., Askari I.V., Plaksina K.G., Kletkina A.S., Dobromirova E.V. 2018. Sravnitel'ny'j analiz vliyaniya antagonistov mineralokortikoidny'x receptorov e'plerenona i spironolaktona na dinamiku dispersii intervala qt u bol'ny'x ostrym infarktom miokarda [Comparative analysis of the effect of antagonists of mineralocorticoid receptors eplerenone and spironolactone on the dispersion dynamics of the qt interval in patients with acute myocardial infarction]. Sovremenny'e problemy' nauki i obrazovaniya. 3: 21.

13. Шеховцова Л.В., Осипова О.А., Комисов А.А., Басараб Д.А., Аскари И.В., Клеткина А.С., Нагибина А.И., Паулаускас А.В., Суязова С.Б. 2015. Структурно-функциональные и гемодинамические механизмы хронической сердечной недостаточности у больных окс после стентирования. Международный журнал экспериментального образования. 7: 154-155.

Shexovczova L.V., Osipova O.A., Komisov A.A., Basarab D.A., Askari I.V., Kletkina A.S., Nagibina A.I., Paulauskas A.V., Suyazova S.B. 2015. Strukturno-funkcional'ny'e i gemodinamicheskie mehanizmy' xronicheskoy serdechnoj nedostatochnosti u bol'ny'x oks posle stentirovaniya [Structural, functional and hemodynamic mechanisms of chronic heart failure in patients with oks after stenting. International Journal of Experimental Education]. Mezhdunarodny'j zhurnal e'ksperimental'nogo obrazovaniya. 7: 154-155.



14. Эрлих А.Д., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Грацианский Н.А. 2016. Степень следования клиническим руководствам при остром коронарном синдроме без подъема ST: связь с исходами, предикторы «плохого» лечения (результаты регистра «Рекорд-3»). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 2: 75-82.

Ehrlich A.D., Barbarash O.L., Kashtalap V.V., Gracianskij N.A. 2016. Stepen pridržavanje kliničke smjernice iz akutnog koronarnog sindroma bez podizanja ST: odnos sa ishoda, predictors "lošeg" liječenja (rezultate registrujete "zapis-3"). [The degree of adherence to clinical guidelines in acute coronary syndrome without lifting ST: relationship with outcomes, predictors of "bad" treatment (results register record-3)]. Složeni problemi kardiovaskularnih bolesti, 2:75-82. (in Russian)

15. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. 2010. Регистр РЕКОРД. Лечение больных с острыми коронарными синдромами в стационарах, имеющих и не имеющих возможности выполнения инвазивных процедур. Кардиология, 7: 8-14.

Ehrlich, A.D., Gracianskij N.A. i učesnici u dnevniku zapis. 2010. dnevniku zapis. Tretman pacijenata sa akutni koronarni sindromi u bolnicama sa i bez sposobnosti da biste izvršili invazivne procedure. [Treatment of patients with acute coronary syndromes in hospitals with and without ability to perform invasive procedures]. Kardiologija, 7:8-14. (in Russian)

16. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. 2016. Российский регистр острого коронарного синдрома «РЕКОРД-3». Характеристика пациентов и лечение до выписки из стационара. Кардиология, 56(4): 16-24.

Ehrlich A.D., Gracianskij N.A. 2016. Ruski dnevnik od akutnog koronarnog sindroma "ZAPIS-3". Karakteristike pacijenata i tretman pred otpust iz bolnice. [Russian register of acute coronary syndrome "RECORD-3". Characteristics of patients and treatment before discharge from hospital]. Kardiologija, 56 (4): 16-24. (in Russian)

17. Baber U., Stone G.W., Weisz G., Moreno P., Dangas G., Maehara A., Mintz GS., Cristea E., Fahy M., Xu K., Lansky A.J., Wennerblom B., Mathey D.G., Templin B., Zhang Z., Serruys P.W., Mehran R. 2012. Coronary plaque composition, morphology, and outcomes in patients with and without chronic kidney disease presenting with acute coronary syndromes. JACC Cardiovasc. Imaging, 5 (3 Suppl): 53–61.

18. Fox C.S., Muntner P., Chen A.Y., Alexander K.P., Roe M.T., Cannon C.P., Sausedo J.F., Kontos M.C., Wiviott S.D. 2010. Use of evidence-based therapies in short-term outcomes of ST-segment elevation myocardial infarction and non-ST-segment elevation myocardial infarction in patients with chronic kidney disease: a report from the National Cardiovascular Data Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network registry. Circulation, 121: 357– 365.

19. Goldberg R.J., Currie K., White K., et al. Goldberg R.J., Currie K., White K., Briefers D., Steg P.G., Goodman S.G., Dabbous O., Fox K.A., Gore J.M. Six-month outcomes in a multinational registry of patients hospitalized with an acute coronary syndrome (the Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). Am J Cardiol. 2004 Feb 1; 93 (3): 288-93

20. Hamm C.W., Bassand J.P., Agewall S., Bax J., Boersma E., Bueno H., Caso p., Dudek D., Gielen S., Huber K., Ohman M., Petrie MC., Sonntag F., Uva M.S., Storey R.F., Wijns W., Zahger D. 2011. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur. Heart J, 32 (23): 2999–3054.

21. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes M.J., Bucciarelli-Ducci C., Bueno H., Caforio A.L.P., Crea F., Goudevenos J.A., Halvorsen S., Hindricks G., Kastrati A., Lenzen M.J., Prescott E., Roffi M., Valgimigli M., Varenhorst C., Vranckx P., Widimský P. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). 2018. Eur Heart J., 39(2):119-177.

22. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V., Bueno H., Danchin N., Filippatos G., Gitt A., Hasdai D., Hasdai D., Hasin Y., Marrugat J., Van de Werf F., Wallentin L., Behar S. Euro Heart Survey Investigators... 2006. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. European Heart Journal, 27: 2285–2293.

23. Subherwal S., Bhatt D.L., Li S., Wang T.Y., Tomas L., Alexander K.P., Patel M.R., Ohman E.M., Gibler W.B., Peterson E.D., Roe M.T. 2012. Polyvascular disease and long-term cardiovascular outcomes in older patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction. Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes, 5 (4): 541–549.