

Острый коронарный синдром: комплексный подход в тактике ведения пациентов, роль первичной и вторичной профилактики

И.С.Скопец¹, Н.Н.Везикова¹, И.М.Марусенко¹, А.Н.Малыгин²

¹Петрозаводский государственный университет;

²Региональный сосудистый центр, Республиканская больница им. В.А.Баранова

Резюме. Статья посвящена анализу клинического течения, тактики ведения и отдаленных последствий острого коронарного синдрома на примере группы пациентов, находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре. Важным аспектом является не только медикаментозное и инструментальное лечение в острый период, но и адекватное проведение первичной и вторичной профилактики, что будет способствовать улучшению качества жизни пациентов, снижению смертности, экономических затрат, уменьшению клинических и социальных последствий ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, первичная и вторичная профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, отдаленные последствия.

Acute coronary syndrome: a team approach to the tactics of the patients, the role of primary and secondary prevention

I.S.Skopets¹, N.N.Vezikova¹, I.M.Marushenko¹, A.N.Malygin²

¹Petrozavodsky State University; ²Regional Vascular Center V.A.Baranov Republican Hospital

Summary. The article analyzes the clinical course, tactics and long-term outcomes in patients with acute coronary syndrome treated at the Regional Vascular Center. An important aspect is not only medication and treatment tool in the acute phase, but also an adequate primary and secondary prevention, which can contribute to improving the quality of life for patients, reducing mortality, economic costs as well as clinical and social consequences of coronary heart disease.

Key words: ischemic heart disease, acute coronary syndrome, primary and secondary prevention, cardiovascular disease, myocardial infarction, long-term outcomes.

Сведения об авторах

Скопец Инга Сергеевна – клинический интерн каф. госпитальной терапии медицинского факультета ПГУ. E-mail: ingas@karelia.ru

Везикова Наталья Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. госпитальной терапии медицинского факультета ПГУ. E-mail: vezikov23@mail.ru

Марусенко Ирина Михайловна – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии медицинского факультета ПГУ. E-mail: feva@karelia.ru

Малыгин Александр Николаевич – зав. кардиологическим отд. Регионального сосудистого центра, Республиканская больница им. В.А.Баранова. E-mail: chuki@sampo.ru

Патология сердечно-сосудистой системы занимает лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности как в Российской Федерации, так и во всем мире. Ежегодно сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной смерти 4,3 млн человек в Европейском регионе (48% всех смертей) и 2,0 млн человек – в 27 субъектах Европейского союза (42%) [2]. Статистика патологии сердечно-сосудистой системы варьирует в различных регионах мира. Например, в государствах Центральной и Восточной Европы смертность выше, чем в других европейских странах [2]. Следует отметить, что наиболее распространенной причиной в этой печальной статистике является ишемическая болезнь сердца (ИБС) – каждая пятая смерть в странах Европы приходится на ее долю [2]. Именно поэтому одной из стратегических задач современного здравоохранения является предупреждение, качественное лечение и адекватная вторичная профилактика этой патологии. На фоне внедрения большого количества программ по совершенствованию оказания медицин-

ской помощи при тех или иных формах ИБС в развитых странах отмечается отчетливая тенденция к снижению смертности при данной патологии, в то время как показатели заболеваемости имеют тенденцию к росту, что, по-видимому, связано с улучшением качества диагностики различных форм патологии. Снижение смертности от ИБС в развитых странах Европы, Северной Америки, Новой Зеландии и Австралии в период с 1989 по 1999 г. составило 39–52%, в то время как в ряде стран (в том числе и странах бывшего СССР) отмечался рост данного показателя [2]. По данным 10-летнего наблюдения центрами MONICA, ежегодно отмечается снижение смертности от ИБС среди мужчин и женщин на 4%, а в Австралии, Финляндии, Швеции – на 7–8% [2].

К сожалению, ситуация в России не столь оптимистична. Самая высокая смертность от ИБС среди мужчин старше 65 лет в Европейском регионе на данный момент наблюдается именно в нашей стране [2]. В Российской Федерации 56,6% смертей среди мужчин и 40,4% – среди женщин в возрасте 35–64 лет

приходится на долю ИБС [1]. Следует отметить, что в структуре стандартизированной по возрасту смертности от ИБС в странах Европы у лиц моложе 65 лет, наша страна занимает 1-е место среди мужчин и 3-е – среди женщин (после Украины и Азербайджана) [2]. Следует отметить, что данная патология имеет огромное социальное и экономическое значение. Так, ежегодные затраты, связанные с ИБС, занимают первое место среди всех заболеваний, для которых проводился сравнительный анализ [2].

Одним из наиболее частых urgentных 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 стенокардию [10]. Значение ОКС в формировании структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии неоднократно оценивалось в авторитетных исследованиях. Согласно регистру Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes I, который охватывал 25 стран Европы, в 2000–2001 гг. смертность и развитие нефатального инфаркта миокарда в течение 6 мес после развития ОКС составляли 10,2% [10].

Нами проводится работа по оценке клинической значимости и отдаленных последствий перенесенного ОКС. В группу исследуемых пациентов (106 человек) вошли лица не старше 65 лет, поступившие в 2009 г. в Региональный сосудистый центр Республиканской больницы им. В.А.Баранова с диагнозом «острый коронарный синдром». Пациенты наблюдались во время нахождения в стационаре, на амбулаторном этапе в течение 6–12 мес проводился анализ тактики ведения больных, приверженность к лечению, оценивались отдаленные последствия перенесенного ОКС. Большинство пациентов в исследуемой группе составили мужчины, тогда как на долю лиц женского пола пришлось 25%. В возрастной группе от 35 до 50 лет также преобладали мужчины (93,5%), в то время как лица женского пола составили только 6,5%. В более старшей возрастной группе (от 51 до 65) лет мужчины составили 2/3 (66,7%). При поступлении пациентов в стационар проводилась оценка факторов риска. Удалось установить, что ведущими факторами риска в исследуемой группе были следующие: возраст (93%), наличие артериальной гипертензии (91%) и дислипидемия (91%). У 59% поступивших больных имелась отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность, такой же процент составили курильщики. Каждый пятый пациент (22%) страдал ожирением. Следует отметить, что большинство пациентов, поступивших в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром», имели сочетание 2 или нескольких факторов риска, большая часть из которых является корригируемыми, что свидетельствует о неадекватности проведения первичной и вторичной (в случае наличия анамнеза ИБС до поступления) профилактики сердечно-сосудистой патологии. Среди наиболее значимых ассоциированных и коморбидных состояний следует отметить артериальную гипертензию (91%), стенокардию напряжения (51%) и хроническую сердечную недостаточность (28%), 16% пациентов имели к моменту поступления сахарный диабет. Четверть пациентов в анамнезе уже имели перенесенный инфаркт миокарда.

При анализе стационарного этапа ведения установлено, что 59% больных трактовались при поступлении как пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, у 41% больных диагностирован ОКС с подъемом сегмента ST.

В ходе работы особое внимание уделялось оценке тактики ведения пациентов как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. Известно, что проведение процедур реваскуляризации в последующем является предиктором низкого риска развития осложнений у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. В исследуемой нами группе пациентов, перенесших ОКС с подъемом сегмента ST, в 41% случаев не проводились процедуры реваскуляризации по экстренным показаниям. Основными причинами консервативной тактики ведения было позднее обращение пациента за медицинской помощью или информированный отказ от вмешательства. У 33% пациентов, перенесших ОКС с подъемом сегмента ST, проводился системный тромболизис, 19% перенесли экстренное чрескожное коронарное вмешательство, у 6% пациентов тромболитическая терапия оказалась неэффективной, в связи с чем выполнялось спасительное чрескожное коронарное вмешательство. В отдаленном периоде процедуры реваскуляризации были выполнены еще у 29% пациентов исследуемой группы: в 11% случаев проводилось чрескожное коронарное вмешательство, 18% пациентов перенесли операцию коронарного шунтирования.

Медикаментозная терапия в стационаре проводилась согласно имеющимся рекомендациям. Следует отметить, что лечение статинами не получали 2 пациента, у одного из которых не сложилось диагностическое представление об ИБС и отсутствовала дислипидемия, во втором случае имелось значительное повышение уровня трансаминаз. Аспирин не был назначен в 5,7% случаев. Причинами были наличие язвенного анамнеза с указанием на перенесенное гастродуоденальное кровотечение или перфорацию, индивидуальная непереносимость или отсутствие диагностического представления об ишемической болезни сердца. β -Адреноблокаторы не получали 4,7% пациентов. Основной причиной отказа от назначения препаратов данной группы были обструктивные заболевания легких, у одного пациента имелась тенденция к выраженной брадикардии, удлинение скорректированного интервала Q–T. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента не были назначены в 8,9% случаев. Наиболее частым противопоказанием к назначению препаратов данной группы была тенденция к гипотонии, в одном случае имелся выраженный двусторонний стеноз почечных артерий (до 80%) по данным ангиографии. Следует отметить, что на стационарном этапе проводилась адекватная терапия прогностически значимыми классами препаратов. Назначение препаратов было нечастым и объяснялось наличием у пациентов противопоказаний.

В последующем мы провели оценку приверженности пациентов к медикаментозному лечению в отдаленном периоде. Удалось установить, что все рекомендованные ЛП в течение года принимают только 81% пациентов, перенесших ОКС, не принимают статины 16% пациентов. Известно, что снижение уровня общего холестерина плазмы на 10% или уровня холестерина липопротеидов низкой плотности на

1 ммоль/л коррелирует со снижением риска коронарных событий на 20–25% [2]. Установлено, что снижение уровня общего холестерина на 1% приводит к уменьшению коронарных случаев на 2% [1]. В исследуемой нами группе среди пациентов, получающих статины, лишь у 4% (!) проводилась оценка показателей липидного спектра в динамике с целью подбора адекватной дозы, в то время как у 13% при осмотре в поликлинике липидный спектр не определялся вовсе. В группе пациентов, принимающих статины, нормализация липидного спектра достигнута у 16% больных. В группе пациентов, не принимающих статины, отмечен рост показателей липидного спектра в 6% случаев. Данными многоцентровых плацебо-контролируемых исследований подтвержден высокий профилактический эффект статинов: доказано снижение риска коронарных событий, в том числе повторного инфаркта миокарда, на 24–51%.

Терапию аспирином не получали 19% пациентов, отказавшихся от приема рекомендованных препаратов. Известно, что по результатам метаанализа Antiplatelet Trialists Collaboration выявлено снижение риска реинфаркта и случаев внезапной смерти после перенесенного инфаркта миокарда на 25% при приеме ацетилсалициловой кислоты в дозе 75–325 мг/сут [10]. Пациенты, перенесшие чрескожное коронарное вмешательство, только в 75% случаев получали комбинированную дезагрегантную терапию аспирином и клопидогрелем. В исследовании CLARITY TIMI 28 была показана эффективность комбинированной дезагрегантной терапии клопидогрелем и аспирином у пациентов, перенесших реперфузионные вмешательства [10]. В исследуемой нами группе пациентов прием клопидогреля больные прекращали самостоятельно, мотивируя отказ от дальнейшего приема препарата чаще всего финансовыми трудностями.

Терапию β-адреноблокаторами на амбулаторном этапе получали 81% пациентов. Однако лишь у 18,9% наблюдаемых пациентов была достигнута целевая частота сердечных сокращений (по данным электрокардиографии). Следует отметить, что результаты нескольких клинических исследований и процедур метаанализа показали, что применение β-блокаторов у лиц, перенесших инфаркт миокарда, снижает на 20–25% риск реинфаркта и смертность [10].

Повторная госпитализация по причине ИБС в течение года потребовалась 31% пациентов. 5,7% больных в течение 1 года после диагностированного ОКС перенесли острый инфаркт миокарда, причем один случай оказался фатальным.

Следует отметить, что летальность в течение времени наблюдения в исследуемой группе составила 5,7%, что сопоставимо с литературными данными, согласно которым, в течение первого года после перенесенного ОКС умирают около 4% пациентов [3]. В исследуемой нами группе средний возраст среди умерших больных составил 56 лет, 2/3 (3,7%) пациентов составили мужчины. Следует также отметить, что ни одному пациенту из группы умерших за время наблюдения при поступлении в стационар не проводились процедуры реваскуляризации по экстренным показаниям.

Медикаментозная терапия на амбулаторном этапе имеет ряд недостатков. Каждый пятый пациент, перенесший ОКС, в течение 1-го года наблюдения имеет

низкую приверженность к лечению. Установлено, что пациентам, принимающим рекомендованные препараты, не всегда проводятся должная оценка эффективности их действия и коррекция дозы в случае необходимости. Кроме того, установлено, что 8% пациентов по личным мотивам после выписки из стационара ни разу не обращались в поликлинику.

За время наблюдения мы проследили клинические последствия перенесенного ОКС. Среди наиболее значимых клинических последствий следует отметить увеличение функционального класса (ФК) стенокардии напряжения: I ФК – с 3,7 до 5,7%; II ФК – с 25,5 до 33%; III ФК – с 8,5 до 18%; IV 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 (I ФК – с 1,9 до 6,6%, II ФК – с 18,9 до 32,1%, III ФК – с 3,7 до 10,4%).

Известно, что патология системы кровообращения занимает 1-е место среди причин, вызвавших впервые установление группы инвалидности по статистическим данным (ГИС РОССТАТ) [19]. На ее долю приходится 386 тыс. случаев из 934 тыс. человек, впервые признанных инвалидами в 2009 г. В исследуемой нами группе пациентов выявлено, что на 20% возросло число больных, имеющих группу инвалидности. Среди пациентов, ранее имевших инвалидность (51%), у 17% группа инвалидности была усилена. Таким образом, ОКС имеет значимые социальные и экономические последствия.

В заключение хочется отметить, что актуальность и значимость сердечно-сосудистой патологии в целом и одной из наиболее важных ее форм, ИБС, не требует доказательств. К сожалению, сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности, унося ежегодно жизни более 2 млн россиян. В настоящее время проводится большое количество исследований, направленных на разработку методов лечения и профилактики этой патологии. Большое внимание уделяется не только медикаментозной терапии ИБС и внедрению методик реваскуляризации миокарда, но и проведению эффективной первичной и вторичной профилактики. Сейчас стало ясно, что развитие сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить, а при наличии анамнеза ИБС возможно достижение высокого уровня жизни пациентов, предотвращение развития инфаркта миокарда и смерти. Девять из десяти случаев ИБС у молодых людей могли не произойти при проведении адекватной первичной профилактики [2]. В настоящий момент в ряде европейских стран, Северной Америке, Новой Зеландии отмечено существенное снижение смертности от сердечно-сосудистой патологии, что связано с улучшением оказания медицинской помощи в острую фазу заболевания и усовершенствованием методов выявления и коррекции модифицируемых факторов риска. К сожалению, ситуация в Российской Федерации пока обратная – наша страна занимает лидирующие позиции в структуре смертности от ИБС среди стран Европейского региона. В настоящее время проводится совершенствование системы здравоохранения, направленное на улучшение оказания своевременной и адекватной помощи в остром периоде заболева-

ния. Безусловно, это одно из перспективных направлений, которое дает хорошие результаты по снижению в первую очередь госпитальной летальности у пациентов с ОКС. Так, в 60-е годы в мире госпитальная летальность составляла в наиболее квалифицированных стационарах 20–25%, а к концу 80-х снизилась до 10–15%; в настоящее время, согласно итальянскому регистру BLITZ, она составляет 7,5% среди пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом ST, и 5,2% – для ОКС без подъема сегмента ST [10]. Однако это лишь одно из направлений по улучшению ситуации. Другой не менее важной задачей является проведение адекватной профилактики ИБС, как первичной, так и вторичной. При анализе состояния пациентов, проходивших лечение по поводу ОКС на базе Регионального сосудистого центра Республиканской больницы им. В.А.Баранова, удалось установить, что при поступлении большинство из них имело сочетание двух или нескольких преимущественно корригируемых факторов риска, что свидетельствует о недостаточной первичной профилактике на амбулаторном этапе. При оценке ситуации в отдаленном периоде выявлено, что приверженность пациентов к медикаментозному лечению составляет лишь 81%, а в группе пациентов, принимающих рекомендованные липопротейды, зачастую не проводится адекватный контроль эффективности препарата, коррекция дозы в случае необходимости. Кроме того, не проводится адекватная физическая реабилитация и психологическая коррекция. В целом уровень как первичной, так и вторичной профилактики остается, к сожалению, невысоким. Нужно понимать, что без коррекции поведения, питания, массы тела, отказа от вредных привычек, проведения физических тренировок и психологической реабилитации не удастся достигнуть хороших результатов по снижению сердечно-сосудистой смертности. Профилактическое направление в кардиологии должно интенсивно развиваться не только в теории, но и в реальной клинической практике. Только тогда можно будет добиться положительного результата, уменьшая с каждым годом демографические, социальные и экономические последствия ИБС.

Список использованной литературы

1. *Болезни сердца: Руководство для врачей.* Под ред. Р.Г.Оганова, И.Г.Фоминой. М.: Литтерра. 2006.

2. *Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.* Под ред. АДКэмма, Т.Ф.Люшера, П.В.Серриуса. Пер. с англ. Под ред. Е.В.Шляхто. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. *Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону.* Под ред. Э.Фаучи и др. В 7 т. Пер. с англ. М.: Практика – Мак-Гроу Хилл (совместн. изд.), 2005.
4. *Диагностика и лечение в кардиологии: Уч. пособ. для студентов мед. вузов.* Под ред. М.Х.Кроуфода. Пер. с англ. Под общ. ред. акад. РАМН Р.Г.Оганова. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
5. *Маслов Л.Н. Опыт применения первичной коронарной ангиопластики в лечении больных острым инфарктом миокарда.* Т. 14. Под ред. Л.Н.Маслова, А.Л.Крылова. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2008; 1: 131–41.
6. *Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств.* 2-е изд., перераб. и доп. М.: БИНОМ. СПб: Невский диалект, 2002.
7. *Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни сердца: руководство для врачей.* М.: Универсум пабблишинг, 2001.
8. *Перепах Н.Б. Острые коронарные синдромы.* СПб: ИНКАРТ, 2004.
9. *Поздняков Ю.М., Красницкий В.В. Практическая кардиология.* 3-е изд., испр. и доп. М.: БИНОМ, 2007.
10. *Руководство по кардиологии.* Под ред. К.Коваленко. МОРИОН, 2008.
11. *Руксин В.В. Неотложная кардиология: Руководство для врачей.* 6-е изд., перераб. и доп. СПб: Невский диалект. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. ГЭОТАР-Медиа, 2007.
12. *Савченко А.П. Клиническая эффективность эндоваскулярных технологий при лечении ишемической болезни сердца.* Т. 3 (XV). Под ред. А.П.Савченко, Б.А.Руденко. *Кардиологический вестник.* 2008; 1: 5–11.
13. *Сейдов В.Г. и др. Сравнение отдаленных результатов эндоваскулярного лечения и коронарного шунтирования в течение 5 лет наблюдения.* Т. 13. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2007; 1: 42–7.
14. *Цединова Е.А. и др. Оценка эффективности хирургического и консервативного методов лечения больных инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию.* *Российский кардиологический журнал.* 2007; 1: 27–30.
15. *Шевченко О.П., Мишнев О.Д., Шевченко А.О., Трусов О.А. и др. Ишемическая болезнь сердца.* М., 2005.
16. *Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии.* 2008. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000E1/default.asp>
17. *Национальные рекомендации по лечению ОКС без стойкого подъема ST на ЭКГ.* 2006. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://scardio.ru/recommendations/approved000F8/default.asp>
18. *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>
19. *Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс].* Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV#
20. *Clinical trials in cardiovascular diseases: a companion to Braunwald's heart disease.* Ed. by Charles H.Hennekens. 1999; 1: 472.

*