

ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Содномова Л.Б., Занданов А.О., Шпак И.А., Елезова А.А., Цырмаева Ю.Б., Бутуханова И.С., Юндунова О.В.

ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет им. Доржи Банзарова», Медицинский институт, Улан-Удэ, e-mail: lar43099701@yandex.ru

Целью работы ставилась оценка госпитальных и отдаленных (3-летних) исходов у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС бпST), сравнительный анализ пациентов с острым коронарным синдромом (ОКСбпST) с проведенной инвазивной реваскуляризацией и без реваскуляризации. В ходе исследования были использованы истории болезни 312 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение РКБ им. Семашко в 2015 г. с диагнозом «Ишемическая болезнь. Острый коронарный синдром». Для оценки отдаленных исходов при ОКСбпST использованы 85 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ОКСбпST, выписанных из РКБ им. Семашко в 2015 г. Результаты работы: как и ожидалось, у пациентов с ОКСбпST госпитальные исходы лучше, чем у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), пациентам с ОКСбпST проведение коронароангиографии (КАГ) и инвазивной реваскуляризации в госпитальный период лечения ограничивалось группой высокого риска смерти, всем остальным КАГ рекомендовались после выписки в плановом порядке. При оценке отдаленных исходов на амбулаторном этапе у пациентов с ОКСбпST выживаемость была выше в группе с проведенной инвазивной реваскуляризацией. Это доказывает важность стратификации риска у пациентов с ОКС бпST и необходимость хирургической реваскуляризации пациентов высокого риска смерти. При этом вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с достижением целевых показателей модифицируемых факторов риска, повышением приверженности к прогноз-улучшающей медикаментозной терапии должна быть обязательным условием достижения благоприятных отдаленных исходов пациентов с ОКСбпST.

Ключевые слова: ОКС с подъемом ST, ОКС без подъема ST, инвазивная реваскуляризация, чрескожное вмешательство (ЧКВ), двойная антитромбоцитарная терапия, коронароангиография (КАГ).

IN-HOSPITAL AND LONG-TERM OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST-SEGMENT ELEVATION

Sodnomova L.B., Zandanov A.O., Shpak I.A., Elezova A.A., Tsyрмаeva Yu.B., Butukhanova I.S., Yundunova O.V.

Medical Institute of the Buryat state University named after Dorji Banzarov, Ulan-Ude, e-mail: lar43099701@yandex.ru

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 2015 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 2015 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. However, the secondary prevention of cardiovascular complications (MTR) with the achievement of target indicators of mollified risk factors, increasing adherence to prognostic drug therapy should be a prerequisite for achieving favorable long-term outcomes of patients with ACS without ST elevation.

Keywords: ACS with ST elevation, ACS without ST elevation, invasive revascularization, percutaneous intervention (PCI), dual anti-platelet therapy, coronary angiography (CAG).

Заболевания системы кровообращения традиционно занимают первое место в структуре смертности взрослого населения России – в 2016 г. 904 на 100 тыс. населения (47,8%), по данным Росстата [1]. Среди госпитализаций с острой коронарной патологией превалирует острый коронарный синдром без подъема сегмента ST по ЭКГ (ОКС бп ST) [2; 3]. Несмотря на лучшие госпитальные исходы при ОКС бп ST относительно пациентов с ОКС сп ST, катамнез (отдаленные исходы) хуже именно у пациентов с ОКС бп ST [4].

Эти варианты ОКС различаются степенью поражения коронарных артерий, в случае с подъемом сегмента ST, как правило, имеет место полная тромботическая окклюзия ОКС-связанного сосуда с трансмуральной ишемией и повреждением миокарда, в случае ОКСбпST имеет место субэндокардиальная ишемия миокарда на фоне частичной окклюзии сосуда. Надо отметить, что ишемия и повреждение миокарда могут возникнуть и 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 (чрескожное коронарное вмешательство), а в случае удаленности ЧКВ-центра тромболитическая терапия (ТЛТ) с последующим ЧКВ (фармакоинвазивная стратегия) [5].

Инвазивная стратегия при ОКСбпST осуществляется после стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), принадлежность к той или иной группе риска ССО диктует необходимость и разную степень срочности проведения инвазивной реваскуляризации [6].

Цель исследования: анализ госпитальных и отдаленных (3-летних) исходов у пациентов с ОКСбезпST, сравнительный анализ пациентов с ОКСбезпST с проведенной инвазивной реваскуляризацией и без реваскуляризации.

Задачи:

1. Сравнительный анализ госпитальных исходов и госпитального ведения больных с ОКС спst и ОКС бп ST.
2. Сравнительный анализ катамнеза пациентов с ОКС бп ST с проведенной инвазивной реваскуляризацией и без реваскуляризации.
3. Анализ эффективности амбулаторного ведения пациентов с ОКС бп ST.
4. Разработка предложений по оптимизации лечения пациентов с ОКС бпST на стационарном и амбулаторном этапе сравнительный анализ госпитальных исходов больных с ОКС сп ST и ОКС бп ST.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования были использованы истории болезней 312 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение РКБ им. Семашко в 2015 г. с диагнозом

ОКС. Пациенты распределены в 2 группы: ОКС сп ST (60 человек) и ОКС бп ST (222 человека).

Для оценки амбулаторного ведения и отдаленных исходов использованы 85 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ОКСбпST, выписанных из РКБ им. Семашко в 2015 г. Пациенты с ОКС бп ST были поделены на 2 группы: группу с проведенной на госпитальном этапе реваскуляризацией (49 чел.) и группу с консервативным лечением (36 чел.).

Статистическая обработка данных проведена с использованием универсальных программ Microsoft Excel (2000) и Statistica v.10. с определением относительных величин (%). Оценка значимости статистических различий при парном сравнении групп пациентов проводилась с помощью критерия X-квадрат Пирсона. Статистически значимым считали значение $p < 0,05$.

За первичную конечную точку оценивания эффективности проведенного лечения взята частота развития летальных исходов.

За вторичные точки оценивания взяты частота нефатальных ишемических событий – инфаркта миокарда (ИМ), экстренных коронарных реваскуляризаций, частота госпитализаций, частота вызовов на станции скорой медицинской помощи (СМП), частота внеплановых обращений к врачу, достижение целевых показателей липидного спектра, АД, ЧСС.

Результаты исследования и обсуждение

Госпитальные исходы пациентов в группе с ОКС с пST ожидаемо хуже, чем у пациентов группы ОКСбпST: выше летальность (16% и 0,4% соответственно, $p=0,00001$), выше частота развития инфаркта миокарда (76% и 3%, $p=0,00001$) (рис. 1). Причины худшего госпитального прогноза при ОКСпST известны: острая атеротромботическая окклюзия артерии и крупноочаговое повреждение миокарда с гемодинамическими и аритмическими осложнениями в остром периоде, и, напротив, в группе ОКС безпST, как правило, отсутствие крупноочаговых повреждений миокарда.

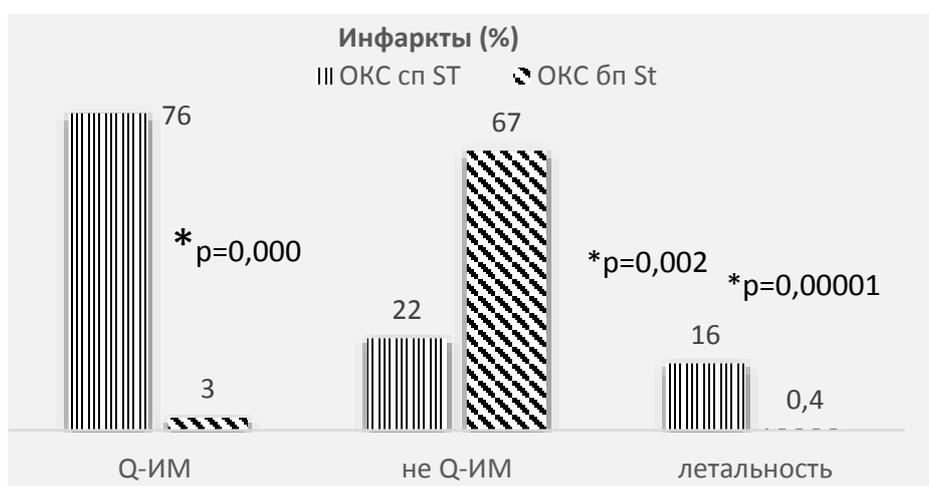


Рис. 1. Госпитальные исходы при ОКС

Вследствие инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) в группе ОКСспST в сравнении с группой ОКС безпST констатируется достоверно чаще снижение ФВ (41% и 16% соответственно) и частота очаговой гипо- и акинезии миокарда по данным ЭхоКГ (95% и 63%) ($p=0,0001$). Отсюда весь порядок оказания помощи больным с ОКСспST направлен на скорейшее восстановление кровотока в коронарной артерии и «прерывание» инфаркта миокарда. Согласно рекомендациям по ОКСспST [2] всем пациентам с ОКС сп ST за редким исключением (при аллергии на йодсодержащие препараты, отказе от вмешательства) без промедления проводилась коронароангиография (КАГ) – в 92% случаев, тогда как в группе ОКС бпST КАГ проведена только в 54% случаев ($p=0,001$). Инвазивная реваскуляризация - ЧКВ, экстренное стентирование инфаркт-зависимой артерии реализовалась у подавляющего большинства пациентов с ОКС сп ST в соответствии с действующими рекомендациями. В то же время пациентам с ОКС бп ST реваскуляризация чаще предлагалась в плановом порядке (45% против 20% с ОКС сп ST), что связано с высокой долей мультифокального поражения коронарного русла в этой группе пациентов. К примеру, коронарное шунтирование (КШ) было рекомендовано в 47% случаев ОКС бп ST против 25% случаев с ОКС сп ST (рис. 2).



Рис. 2. Рекомендованная плановая КР

Согласно принятым рекомендациям по ОКСбпST [5] КАГ и реваскуляризация проводится при высоком риске неблагоприятных госпитальных исходов. В остальных случаях КАГ и реваскуляризация рекомендованы при подтверждении значимой коронарной недостаточности посредством функциональных тестов. Учитывая высокую частоту мультифокального поражения коронарного русла у пациентов с ОКСбпST, в большинстве случаев имеет место отсутствие реваскуляризации в объеме ЧКВ или неполный объем коронарной

реваскуляризации на госпитальном этапе (ограничение ОКС-связанной артерией). Соответственно, пациентам даются рекомендации для дальнейшей КР в объеме ЧКВ или АКШ после выписки из стационара в ближайшей перспективе. Это значит, что очень большое значение в дальнейшей стратификации риска и контроле выполнения рекомендаций, в том числе решение вопроса дальнейшего оперативного лечения этих пациентов как с проведенной реваскуляризацией, так и без реваскуляризации, отводится амбулаторному этапу ведения. Своевременно выполненная реваскуляризация является предиктором снижения смертности у пациентов, перенесших ОКС [2]. В реальной практике выполнение плановых КАГ и коронарных реваскуляризаций (КР) зачастую так и не реализуется.

На амбулаторном этапе при оценке эффективности контроля модифицируемых факторов риска у большинства пациентов обеих групп с ОКС бпСТ - как с проведенной КР, так и без КР, констатировалось отсутствие целевых параметров, это прежде всего касалось липидных показателей, среднесуточного АД и ЧСС, что в целом свидетельствует о неадекватной вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений на амбулаторном этапе.

В ходе исследования было уделено внимание оценке проводимой медикаментозной терапии на амбулаторном этапе. Оценивалась длительность, полнота назначаемой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями.

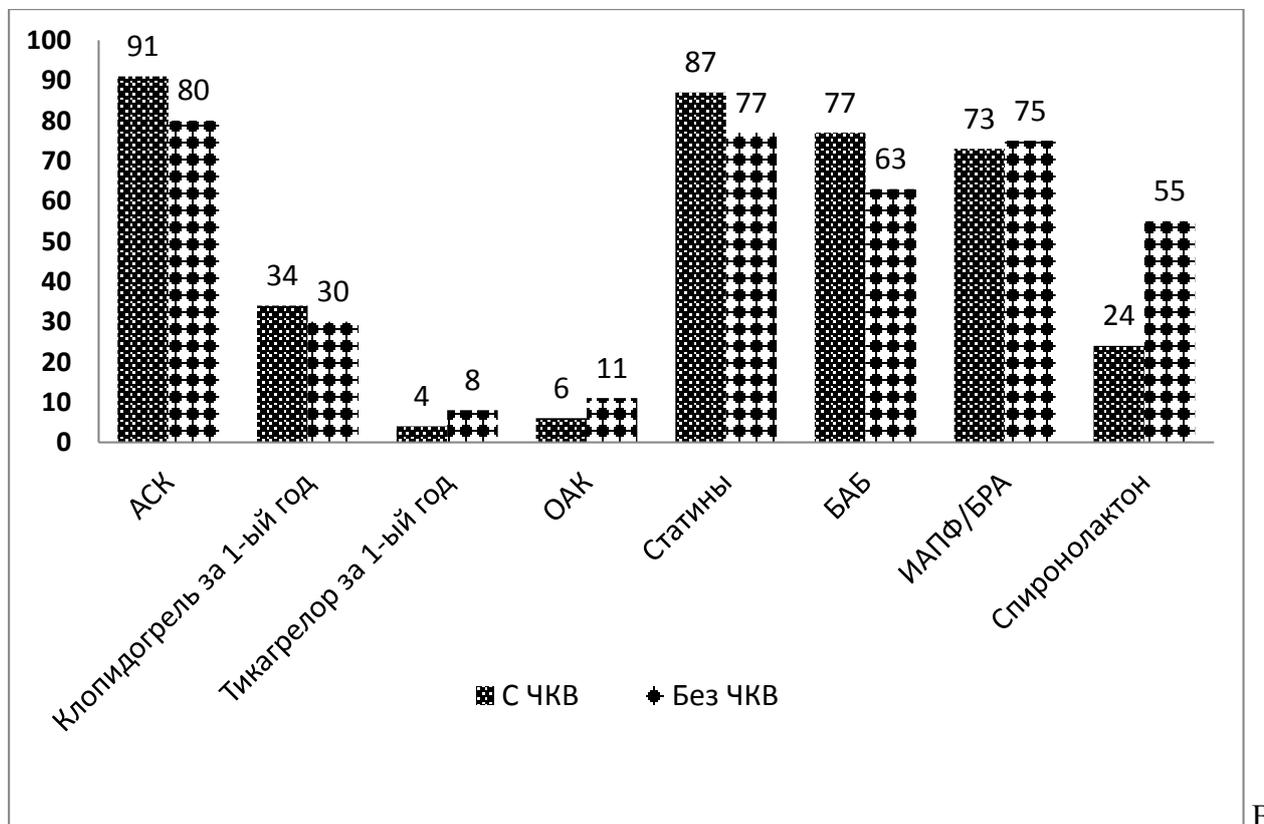


Рис. 3. Частота приема медикаментов на амбулаторном этапе (%)

На рисунке 3 отражено неудовлетворительное состояние приверженности к двойной антитромботической терапии (ДАТ), статинам и другой лекарственной терапии. Частота обращений к врачу и частота госпитализаций в первый год наблюдения были выше в группе ОКСбпСТ с проведенной инвазивной реваскуляризацией (таблица).

Частота обращений к врачу и госпитализаций

| 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 2015 г. | 1,04 | 0,63 |
| Обращения к кардиологу за 3 года | 1,70 | 0,36 |
| Обращения к кардиологу за 2015 г. | 2,10 | 0,44 |
| Количество госпитализаций за 3 года | 0,37 | 0,3 |
| Количество госпитализаций за 2015 г. | 0,42 | 0,05 |

Полученные результаты более частой обращаемости к врачу и госпитализаций за первый год наблюдения пациентов в группе с проведенным ЧКВ, коронарной реваскуляризацией, вероятно, связаны с исходной принадлежностью этих пациентов еще на госпитальном этапе к группе очень высокого и высокого риска смерти (что и было показанием к проведению экстренного ЧКВ), неполной реваскуляризацией у пациентов с многососудистым поражением.

Частота повторных ишемических событий (нестабильная стенокардия, ИМ, повторная КР) по группам достоверно не различалась (рис. 4).

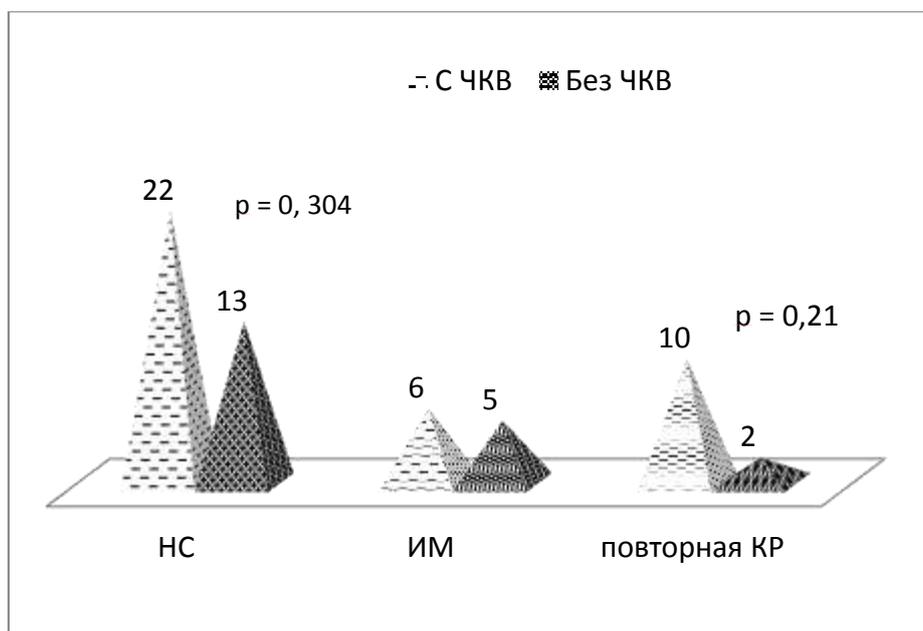


Рис. 4. Частота ишемических событий

Отсутствие явных преимуществ по частоте вторичных конечных точек – нефатальных ишемических событий у пациентов с проведенной на госпитальном этапе КР, может быть связано, кроме исходной тяжести пациентов и неполного объема самой КР, с низкой приверженностью к двойной антитромботической терапии (ДАТ), что особенно актуально для стентированных пациентов.

При оценке частоты и выраженности коронарной недостаточности (стабильной стенокардии напряжения) 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 (ХСН) была сопоставимой. Пациенты с сохраняющейся выраженной коронарной недостаточностью после проведения реваскуляризации - в большинстве своем именно те пациенты, которым было рекомендовано отсроченное оперативное вмешательство в объеме коронарного шунтирования, и по разным причинам не оказана эта помощь.

Однако первичная конечная точка - сердечно-сосудистая летальность - достоверно ниже регистрировалась в группе с проведенной инвазивной реваскуляризацией (8%) в сравнении с этим показателем в группе без реваскуляризации (11%) (рис. 5).

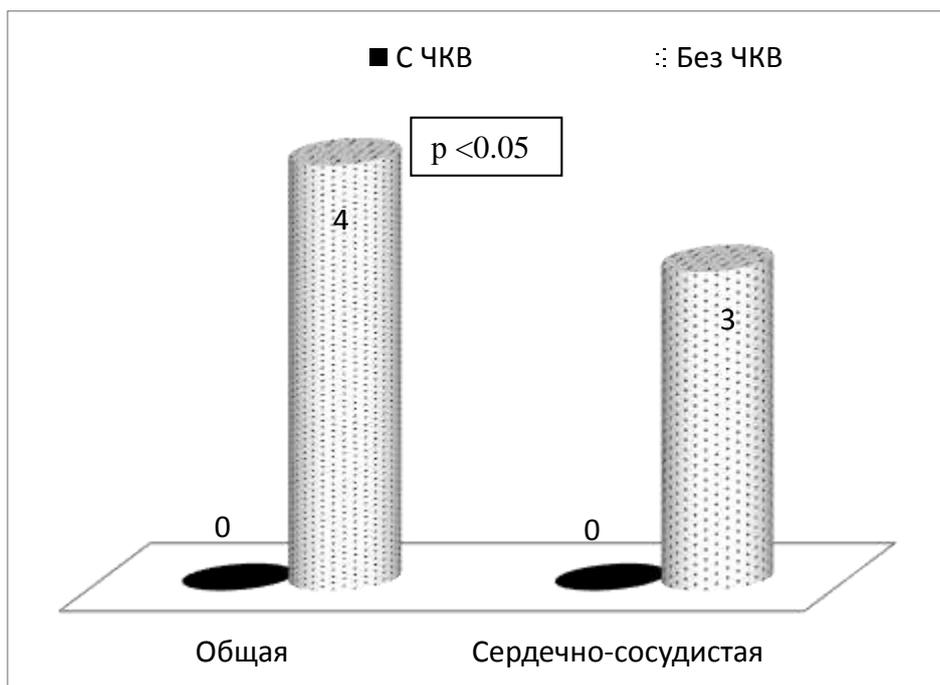


Рис. 5. Отдаленная летальность при ОКС без ST

Повышение выживаемости больных ОКС без ST, подвергшихся инвазивному вмешательству на коронарных артериях, доказывает важность стратификации сердечно-сосудистого риска у этой группы пациентов и хирургической реваскуляризации коронарного русла для улучшения прогноза. Полный объем реваскуляризации и вторичная профилактика ССО с достижением целевых показателей модифицируемых факторов сердечно-сосудистого

риска, повышение приверженности к прогностической медикаментозной терапии могут многократно улучшить отдаленные исходы пациентов с ОКСбпST.

Выводы

На госпитальном этапе:

- у пациентов с ОКС бп ST госпитальные исходы лучше, чем у пациентов с ОКС сп ST;
- пациентам с ОКС бп ST КАГ и инвазивная реваскуляризация в исследованной выборке ограничивались группой высокого риска смерти;
- пациентам с ОКС бп ST чаще рекомендована КАГ и ЧКВ в плановом порядке.

Катамнез на амбулаторном этапе:

- обоснованная инвазивная тактика лечения при ОКС бп ST повышает отдаленную выживаемость пациентов (3 года);
- 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 ССО, неудовлетворительная приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии, особенно актуальная после ЧКВ;
- в обеих группах констатируется неудовлетворительная коррекция модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска - отсутствие целевых значений липидного спектра, АД; неполное следование рекомендациям при выписке в отношении назначения и приема лекарственных препаратов (ДАТ, статины).

Предложения:

- при ОКСбпST проводить КАГ всем пациентам без противопоказаний за исключением группы низкого риска (согласно Федеральным рекомендациям от 2015 г.);
- на госпитальном этапе проводить максимально возможную полную реваскуляризацию для повышения выживаемости пациентов;
- улучшить амбулаторное ведение пациентов с ОКС с назначением полного объема необходимых лекарственных препаратов с достижением целевых значений липидного спектра, АД, ЧСС;
- обеспечить социальную поддержку для применения тикагрелора/клопиогреля/прасугреля в качестве второго антиагреганта в составе ДАТ пациентам после ЧКВ, стентирования коронарных сосудов.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сборник Росстат. М., 2017. 170 с.

2. Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Неверова Ю.Н., Кочергин Н.А., Барбараш О.Л. Барбараш Л.С. Отдаленные результаты различных подходов к реваскуляризации при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST и множественном коронарном атеросклерозе // Терапевтический архив. 2017. Т. 89. №4. С. 29-34.
3. Эрлих А.Д., Рудакова Д., Сукманова Д. и др. 12-месячные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, включенных в Российский регистр РЕКОРД-3 // Российский кардиологический журнал. 2018. №3. С. 23–30.
4. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. Пациент с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и консервативным ведением медикаментозные возможности улучшения прогноза // Медицинский совет. 2017. №7.С. 28-38.
5. Рекомендации ESC по лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST на ЭКГ // Российский кардиологический журнал. 2018. №5. С. 103–158.
6. Рекомендации ESC по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ// Российский кардиологический журнал 2016. №3. С. 1-55.