

## Инвазивное лечение острых коронарных синдромов

**С.А. Акинина**, заместитель главного врача по терапии Учреждения Ханты - Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск, кандидат медицинских наук,

**Т.А. Майорова**, заведующая кардиологическим отделением Учреждения Ханты - Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск.

**А.Р. Белявский**, лавный врач Учреждения Ханты - Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск, кандидат медицинских наук.

### Invasive strategy of treatment in acute coronary syndromes

S. Akinina, T. Mayorova, A. Belyavskiy.

#### Резюме

Благодаря внедрению в практику современного алгоритма лечения острого коронарного синдрома (ОКС), доступности инвазивных методов диагностики и лечения стало возможным улучшение госпитальных исходов у больных ОКС. При ОКС с подъемами сегмента ST на ЭКГ реперфузионная терапия проведена у 80% больных, в том числе в 67,5% случаев осуществлялись первичные чрескожные вмешательства. Показатель госпитальной летальности среди больных ОКС с подъемами ST составил 8,8%. При ОКС без стойких подъемов сегмента ST инвазивные вмешательства проведены 50,9% больных, в том числе в 43,5% случаев они осуществлялись в ранние сроки госпитализации. Показатель госпитальной летальности был наименьшим среди больных ОКС без стойких подъемов ST, получивших инвазивное лечение, и составил 1,2%.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром с подъемами сегмента ST, острый коронарный синдром

#### Resume

The improvement of the treatment results of acute coronary syndrome has a place thanks to the introduction of the act algorithm, accessibility of invasive diagnostic and treatment methods. Among patients with ST-elevation acute coronary syndrome the primary reperfusion therapy was used in 80%, primary percutaneous coronary intervention was used in 67,5% from them. In-hospital mortality in cases of ST-elevation acute coronary syndrome was 8,8%. Among patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome 50,9% were treated invasively during in-hospital stay, early invasive management was used for 43,5% patients. The minimal level of in-hospital mortality among patients with no ST-elevation acute coronary syndrome registered amongst those treated invasively (1,2%).

**Key words:** ST-elevation acute coronary syndrome, non-ST-elevation acute coronary syndrome, early invasive treatment of acute coronary syndromes.

Смертность больных острым коронарным синдромом (ОКС), частота развития других осложнений, в том числе в период госпитального наблюдения, остаются высокими. Причем, следует отметить наличие значительных различий в данных показателях, как между разными странами, регионами, так и отдельными лечебными учреждениями [1]. Ранние инвазивные вмешательства при ОКС имеют неоспоримые преимущества перед консервативной терапией и сопряжены с существенным улучшением прогноза. Прежде всего, преимущества инвазивной стратегии лечения перед консервативной терапией относятся к случаям ОКС с подъемами сегмента ST (первичное чрескожное коронарное вмешательство – ЧКВ - по отношению к тромболитической терапии), ОКС

без стойких подъемов ST с высоким уровнем риска (раннее инвазивное лечение по отношению к отсрочено инвазивному).

Нами в Окружной клинической больнице (г. Ханты-Мансийск) в 2008 г. наблюдался 241 больной, госпитализированный в клинику в связи с развившимся ОКС. Мужчин было больше, чем женщин (162 и 79 соответственно). Средний возраст наблюдавшихся составлял  $60 \pm 12,4$  лет. Средний возраст мужчин был на 13 лет меньше, чем женщин ( $56 \pm 10,9$  лет против  $69 \pm 10,9$  лет). Скорая медицинская помощь доставила 152 (63,1%) пациента, из других лечебных учреждений округа было транспортировано 74 (30,7%) больных. Структура случаев ОКС в зависимости от изменений начальной ЭКГ была следующей: у 80 больных (в 33% случаев) регистрировались подъемы сегмента ST, у 161 (в 67% случаев) - отмечался ОКС без стойких подъемов ST на ЭКГ. Средний возраст больных ОКС с подъемами ST составлял  $57 \pm 12,6$  лет; больные ОКС без стойких подъемов ST были старше, их возраст в среднем составлял  $62 \pm 11,9$  года.

Ретроспективный анализ (Рис. 1) показал, что среди 161 больного ОКС без стойких подъемов ST 65 (27%) были госпитализированы с инфарктом миокарда (ИМ)

---

Ответственный за ведение переписки -  
Акинина Светлана Андреевна,  
628012, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,  
г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40,  
Окружная клиническая больница.  
тел. 3467-390-167, E-mail: nordcardiolog@mail.ru

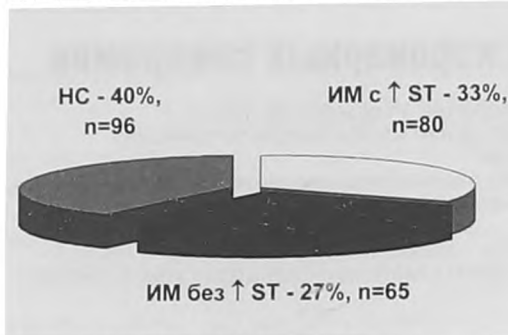


Рисунок 1. Структура острого коронарного синдрома.

Примечание: здесь и далее условные обозначения смотри в тексте.

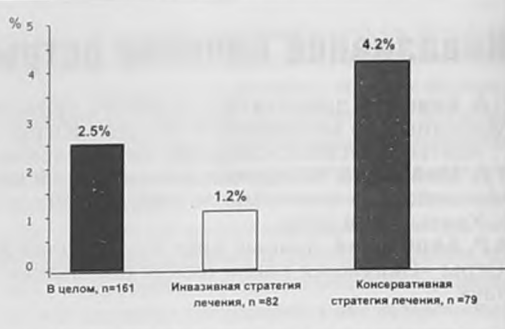


Рисунок 2. Госпитальная летальность среди больных ОКС без стойких подъемов ST в зависимости от метода лечения.

без подъемов ST, 96 больных – с нестабильной стенокардией (НС). Во всех случаях ИМ диагностировали по уровню тропонина Т, при этом диагностическим его повышением были значения  $\geq 0,03$  нг/мл.

В период госпитализации коронарная ангиография (КАГ) была выполнена 185 (76,8%) больным ОКС (Табл. 1). Реваскуляризация в период госпитализации проведена 157 пациентам (65,2%). В 139 случаях (57,7%) выполнялись ЧКВ, в том числе в 124 случаях – по экстренным показаниям. 18 больным (7,5%) проведено аортокоронарное шунтирование, в том числе 4 – по экстренным показаниям.

Первичное ЧКВ – наиболее эффективный метод восстановления проходимости окклюзированного инфаркт-связанного сосуда – потенциально применим более чем у 90% больных ИМ с подъемами ST [2]. В настоящее время доказано его превосходство по отношению к тромболитической терапии острого ИМ. При этом целевыми показателями эффективности проведения инвазивного вмешательства являются: 1) время «медицинский контакт – баллон» < 90 мин, 2) достижение кровотока TIMI 2-3  $\geq 90\%$  случаев, 3) потребность в экстренном коронарном шунтировании < 2%, 4) внутрибольничная летальность без кардиогенного шока < 7% [3]. В 2008 г. в Окружной клинической больнице наблюдалось 80 больных ОКС с подь-

ёмами ST. В первые 3 часа от развития симптомов ИМ госпитализировано 41,3% больных, в первые 12 часов – 80,0%, в более поздние сроки – 20,0%. Медиана времени от начала симптомов до госпитализации составила 3 часа 56 мин. В 74 из 80 случаев проводилась КАГ. 54 больным (67,5%) осуществлены первичные ЧКВ, медиана времени от поступления до открытия инфаркт-связанной артерии («дверь – баллон») составила 62 мин. 2-м пациентам выполнено экстренное коронарное шунтирование. Тромболитическая терапия (тенектеплаза, альтеплаза) проведена 10 (12,5%) больным. Медикаментозная терапия (Табл. 2) включала аспирин (97,5%), нефракционированный гепарин либо эноксапарин (100%), клопидогрел (90%), бета-блокаторы (92,5%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II – ИАПФ/АРА II – (83,8%), статины (96,3%).

Госпитальная летальность среди больных ИМ с подъемами ST в целом составила 8,8%. В группе больных с первичным ЧКВ без кардиогенного шока – 2,4%. Среди больных с первичным ЧКВ, имевших проявления кардиогенного шока, – 35,3%.

В лечении больных ОКС без стойких подъемов ST с умеренным и высоким риском неблагоприятного исхода предпочтение также отдается инвазивному подходу, включаемому раннее выполнение КАГ и реваскуля-

Таблица 1. Частота применения инвазивных методов диагностики и лечения у больных ОКС

Показатель	Все случаи ОКС, n=241	ОКС с ↑ ST, n=80	ОКС без ↑ ST, n=161
КАГ (%)	185 (76,8%)	74 (92,5%)	111 (68,9%)
ЧКВ (%) - в том числе экстренно (%)	139 (57,7%) 124 (51,5%)	57 (71,3%) 54 (67,5%)	82 (50,9%) 70 (43,5%)
Аортокоронарное шунтирование (%) - в том числе экстренно (%)	18 (7,5%) 4 (1,7%)	2 (2,5%) 2 (2,5%)	16 (9,9%) 2 (1,2%)

Таблица 2. Характеристика медикаментозных вмешательств у больных ОКС

Вмешательство	Частота применения, %	
	ОКС с $\uparrow$ ST, n=80	ОКС без $\uparrow$ ST, n=161
Аспирин	97,5	90,1
Клопидогрел	90	63,4
Ингибиторы тромбина (гепарин/эноксапарин)	100	85,7
Фондапаринукс	0	3,7
Бета-блокаторы	92,5	84,5
ИАПФ/АРА II	83,8	81,4
Статины	96,3	90,7

ризации при наличии гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. Отдаленные результаты пятилетнего наблюдения больных, участвовавших в исследовании FRISC-II, свидетельствуют о длительном сохранении преимуществ раннего инвазивного подхода к лечению больных с умеренным и высоким риском риска [4].

С ОКС без стойких подъемов ST наблюдался 161 больной. В период госпитализации КАГ выполнены 111 (68,9%) больным. Оценка риска неблагоприятных событий проводилась по известным шкалам TIMI и GRACE. ЧКВ выполнены 82 больным (50,9%), в том числе 70 (43,5%) – в ранние сроки госпитализации. Аортокоронарное шунтирование проведено 16 (9,9%) больным. Таким образом, реваскуляризация миокарда в период госпитализации была выполнена 98 (60,9%) больным. Характеристика проводимой

больным медикаментозной терапии дана в Табл. 2.

Госпитальная летальность среди больных ОКС без подъемов ST в целом составила 2,5%. В группе инвазивного лечения – 1,2%, в группе консервативного лечения – 4,2% (Рис. 2).

Таким образом, инвазивные вмешательства были проведены 65,2% больным с ОКС. Показатель госпитальной летальности при всех случаях диагностированного ИМ (как с подъемами, так и без подъемов ST на исходной ЭКГ) составил в нашем учреждении в 2008 г. 7,6%. При этом развитие и доступность инвазивных технологий, опыт специалистов, внедрение в повседневную практику современных рекомендаций по диагностике и лечению ОКС являлись ключевыми составляющими достигнутых результатов. ■

## Литература:

1. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Независимый регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Атеротромбоз 2009; №1:1-25.
2. Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007; № 8 (Приложение): 66 с.
3. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации. Кардиологический вестник 2008; Том III, №2: 5-11.
4. Явелов И.С. Отдаленные исходы при раннем инвазивном и неинвазивном подходах к лечению острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ: результаты 5-ти летнего наблюдения в исследовании в FRISC-II. Кардиологи 2006; №12: 55-56.