

*А. В. Брезгунов*

**ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПО  
РЕЗУЛЬТАТАМ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТАНДАРТОВ ТЕРАПИИ**

*Научный руководитель ассист. С. Е. Трезубов*

*Кафедра военно-полевой терапии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Резюме.* В статье проведена оценка исходов острого коронарного синдрома по результатам внедрения современных стандартов терапии. Данные проведенного анализа указывают на улучшение прогноза ОКС и снижение госпитальной летальности.

*Ключевые слова:* острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда.

*Resume.* The paper assessed the outcomes of acute coronary syndrome, the results of the

*introduction of modern standards of therapy. Data analysis indicate improved prognosis of ACS and reduced hospital mortality.*

**Keywords:** *acute coronary syndrome, unstable angina, myocardial infarction.*

**Актуальность.** Острый коронарный синдром (ОКС) – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию (НС) или острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом или без подъема сегмента ST.

Ежегодная заболеваемость ОКС (в среднем 3 на 1000 человек) и высокая госпитальная летальность (ИМ с подъемом ST - 7%, ОКС без подъема ST 3-5%) требует проведения анализа и оценки результатов внедрения современных методов лечения, их совершенствования с учетом рекомендаций различного уровня, как Национального, так и Европейского образца. Снижение смертности от острого коронарного синдрома является важной задачей кардиологии.

Одним из методов улучшения прогноза пациентов с ОКС является совершенствование активных методов лечения - реперфузионной и интервенционной терапии.

Проведение анализа и оценка результатов внедрения современных методов лечения определяет актуальность данного исследования.

**Цель:** целью данного исследования явилось проведение сравнительного анализа и оценка результатов лечения ОКС после внедрения в практику Национальных рекомендаций по лечению ОКС (2010 г.) и внутриведомственного документа 432 ГВКМЦ ВС РБ «О порядке организационной и лечебно-диагностической тактики оказания специализированной помощи с ОКС» (2014 г.).

**Задачи:**

1. Сравнить и проанализировать клинические, инструментальные и лабораторные данные медицинских карт пациентов с ОКС, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ ВС РБ за период 2009 – 2010 гг. и 2013 - 2014 гг. с диагнозом острый коронарный синдром (с подъемом сегмента ST или без подъема сегмента ST).
2. Оценить соответствие объема оказанной помощи стандартам лечения ОКС.
3. Выявить разницу в исходах ОКС в зависимости от объема и тактики лечения.

**Материал и методы.** В результате данного исследования изучены и проанализированы 63 медицинские карты пациентов с диагнозом ОКС. Первую группу исследуемых, до внедрения национальных рекомендаций, составили 28 пациентов, проходивших лечение в 2009 - 2010 гг. в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) по поводу острого коронарного синдрома. Вторую группу – 35 пациентов, после внедрения национальных рекомендаций, госпитализированных в 2013 – 2014 гг. с предварительным диагнозом ОКС.

Средний возраст выборки пациентов первой группы составил  $68,4 \pm 11,1$  лет,

второй группы -  $70,2 \pm 13,3$  лет из которых по мужскому/женскому полу выборка пациентов представлена 22 к 6 и 31 к 4 по группам соответственно.

Исходы ОКС в I группе пациентов: инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – 16 (57,1 % от общего), без подъема сегмента ST – 7 (25,0 %), нестабильная стенокардия – 5 (17,9 %). Исходы ОКС во II группе пациентов – 12 (34,3 %), 12 (34,3 %) и 11 (31,4 %) соответственно.

**Результаты и их обсуждение.** Средний срок госпитализации пациентов в ОИТР для 1 и 2 групп выборки составляет 5,3 и 4,1 суток соответственно и занимает 37,2% и 34,8 % от общей длительности госпитализации (14,2 и 11,9 дней для 1 и 2-й групп пациентов). Окончательный диагноз у обеих групп выборки пациентов выставлялся на 1-е, в редком исключении, на 2-е сутки госпитализации.

При поступлении в приемном отделении второй группе пациентов проводилась оценка риска ишемических исходов по шкале GRACE и риска кровотечений по шкале CRUSADE. 19 (54,3%) пациентов имели высокий риск по шкале GRACE (более 140 баллов), 10 (28,6%) пациентов - промежуточный риск (140-109 баллов). 6-и (17,1%) пациентам 2-й группы и 100% пациентам первой группы оценка по шкале GRACE не проводилась. Риск кровотечений у пациентов 2 групп представлен следующими результатами: очень высокий риск (91-51 балл) имели 2 (5,7%) пациента, высокий риск (50-41 балл) 5 (14,3%) пациентов, умеренный (40-31 балл) 10 (28,6%) пациентов, низкий (30-21 балл) 7 (20%), оценка риска не проводилась – 11 (31,4%) пациентам.

В группах исследования пациенты имели наиболее частые хронические сопутствующие заболевания: не кардиогенной природы – сахарный диабет 2-ого типа (1-я группа – 5/28 (17,9%) пациентов, 2-я группа – 7/35 (20%) пациентов), хроническая язва желудка/12-й кишки (1-я группа – 2/28 (7,1%) пациентов, 2-я группа – 4/35 (11,4%) пациентов); кардиогенной природы – артериальная гипертензия (1-я группа – 18/28 (64,3%) пациентов, 2-я группа – 26/35 (74,3%) пациентов), атеросклеротический кардиосклероз (1-я группа – 21/28 (75%) пациентов, 2-я группа – 31/35 (88,6%) пациентов);

ЭКГ исследование выполнялось в 100 % случаев с момента поступления в приемный покой госпиталя и в динамике с интервалом по 1-2 ЭКГ ежедневно до окончания госпитализации.

У пациентов на ЭКГ после госпитализации в ОИТР выявлялись следующие нарушения ритма и проводимости в 1-й и 2-й группах соответственно: блокады правой/левой ножки пучка Гиса – 4 (14,3%)/8 (22,8 %), экстрасистолия желудочков – 4 (14,3%)/6 (17,1%), фибрилляция предсердий – 7 (25%)/5 (14,3%), АВ-блокады различной степени – 1 (3,6 %)/3 (8,6%), трепетания предсердий – 0 (0%)/1 (2,9 %).

Для верификации диагноза ОКС и его формы всем пациентам при поступлении в стационар проводились лабораторные исследования с определением наиболее специфичных маркеров некроза миокарда – сердечных тропонинов.

Так в 1-й и во 2-й группах у 19 (82,1 %) и 21 (68,6 %) пациентов уровень тропонинов при поступлении был повышен в среднем в 2,4 раза от значений нормы – 0,24 ng/ml (норма до 0,1 ng/ml) и снижался к 3-ему дню госпитализации на 72 % от значения в день поступления в приемное отделение – 0,093 ng/ml.

Лечебная тактика на догоспитальном этапе заключалась в следующем: 12 из 28 и 18 из 35 пациентов обеих групп получали 250/500 мг Аспирин (разжевать), Нитроглицерин 1 мг сублингвально; 41,7% и 11,1% пациентам проведен тромболитический препарат «Стрептокиназа» 1.500.000 МЕ; 66,6% и 83,3% пациентам 1-й и 2-й групп проводилось лечение Гепарином 4000 Ед. однократно; во 2-й группе 50% пациентов дополнительно с аспирином получали Клопидогрель в дозе от 75 – 150 мг однократно;

При поступлении пациентов в стационар решался вопрос о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), который в первой и во второй группе выборки решался положительно в 5/28 (17,9 %) и в 21/35 (60%) случаях, из которых в первой группе все ЧКВ проводились в ближайшие 24 часа (раннее ЧКВ), большинству пациентов ЧКВ не проводилось (23/28 (82,1%)) по различным причинам, во второй группе - 2 из 21 (9,5 %) ЧКВ проведены неотложно (в первые 2 часа с момента поступления в стационар), 3 из 21 (14,3 %) пациентам проведены плановые ЧКВ (в течение первых 72 часов от первичного медицинского контакта), остальным пациентам 2-й группы 14/21 (66,7 %) проводилось раннее ЧКВ, 2/21 (9,5 %) пациента отказались от ЧКВ.

После госпитализации в ОИТР 432 ГВКМЦ ВС РБ пациенты 1-й и 2-й групп получали: Клопидогрель в дозировке 75 – 600 мг/сутки (из которых во второй группе 15/35 (42,9%) пациентов получали 600 мг однократно (в 1-й группе в данной дозировке препарат не назначался), 4/35 (11,4%) пациентам 2-й группы назначалось 300 мг препарата однократно (в 1-й группе 18/28 (64,3%) пациентам), далее 100 % 1-й и 2-й групп получали по 75 мг/сутки); Аспикард 75 мг/сутки в 100 % случаев получали пациенты обеих групп, 31/35 (88,6%) пациентов 2-й группы получали - Гепарин 20 000 ЕД/сутки однократно (против 22/28 (78,6%) пациентов 1-й группы), 4 из 35 (11,4%) пациентов второй группы принимали Фрагмин 10 000 ЕД/сутки (2-я группа – 6/28 (21,4%)); 100 % пациентов 2-й и 1-й групп получали Аторвастатин/Зовастикор в дозе 40 - 80 мг/сутки и 20 – 40 мг/сутки соответственно; Морфин/Димедрол однократно назначался 100% пациентов обеих групп.

Также пациентам двух групп проводилась антиишемическая терапия в полном объеме - нитраты (нитроглицерин),  $\beta$ -адреноблокаторы (метопролол/ бисопролол), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл), статины (аторвастатин/зовастикор) - в 96,4% случаев во 2-й группе пациентов и в 67,8% в первой.

#### **Выводы:**

1. На фоне возрастных различий между группами (во II группе на 2,3% возраст

выше), большим наличием у пациентов 2-й группы сопутствующих заболеваний и нарушений ритма и проводимости на ЭКГ, наблюдается улучшение прогноза пациентов после внедрения более новых рекомендаций по лечению ОКС.

2. Отсутствие проведения в I группе пациентов оценки риска ишемических исходов/риска кровотечений по шкалам GRACE/CRUSADE, а также меньшее внедрение во врачебную практику ЧКВ и менее агрессивная антиагрегантная терапия клопидогрелем (применения 300 мг вместо 600 мг), а также меньшее применение статинов и антиишемических препаратов говорит о существенной разнице в тактике лечения в пользу новых протоколов с улучшением исходов ОКС и сокращением сроков госпитализации пациентов II группы.

3. Данные проведенного анализа указывают на снижение частоты развития Q-инфаркта в 1,7 раза при относительном увеличении доли не Q-инфаркта и нестабильной стенокардии после внедрения обновленных стандартов терапии ОКС.

*A. V. Brezgunov*

**OUTCOME MEASURE OF ACUTE CORONARY SYNDROME  
ACCORDING TO THE RESULTS OF INTRODUCTION OF MODERN  
STANDARDS THERAPY**

*Tutor Assistant S. E. Tregubov*

*Department of military-field therapy,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Внутренние болезни (часть 2): учеб. пособие / А. А. Бова [и др.]; под ред. А. А. Бова. – М.: БГМУ, 2014. – 278 с.
2. Внутренние болезни: учеб. пособие в 3 т., том 1/ А. Э. Макаревич. – Минск: Выш. Шк., 2008. – 543 с.
3. Гиляревский, С. Р. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST / С. Р. Гиляревский // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – №2. – С.1-63.
4. Рудой, А. С. Порядок организационной и лечебно-диагностической тактики оказания специализированной помощи пациентам с острым коронарным синдромом / А. С. Рудой // Военная медицина. – 2014. – № 3. – С. 24-31.
5. Гончарик, Т. А. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома: метод. рекомендации для врачей / Т. А. Гончарик, С. Е. Алексейчик; БГМУ. – Минск, 2013. – 44 с.
6. Диагностика и лечение острых коронарных синдромов с подъемом и без подъема сегмента ST на ЭКГ: национальное руководство/ А. Г. Мрочек [и др.]; под ред. А. Г. Мрочек. – Минск: 2010. – 64 с.