

А. Г. Костромина

КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Р. А. Новикова

1-я кафедра внутренних болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск

H. G. Kastramina

CLINICAL AND ANGIOGRAPHIC PARALLELS IN PATIENTS WITH ACS

Tutor: assistant professor R. A. Novicova

Department of Internal Diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

«City Clinical Hospital of Emergency Care», Minsk

Резюме. ОКС отличается быстрым прогрессирующим течением и высокой вероятностью неблагоприятных исходов. Оперативная и грамотная оценка имеющихся клинических данных играет ключевую роль в своевременном и полноценном оказании медицинской помощи при ОКС.

Ключевые слова: ОКС, клинические отличия, коронарная ангиография.

Resume. ACS is characterized by a rapid progressive course and a high probability of adverse outcomes. Prompt and competent assessment of available clinical data plays a key role in providing timely and complete care for ACS.

Keywords: ACS, clinical differences, coronary angiography.

Актуальность. ОКС отличается быстрым прогрессирующим течением и высокой вероятностью неблагоприятных исходов. Очень часто в практике степень изменения коронарных артерий не совпадает с клиническими проявлениями и, даже показания шкалы GRACE не всегда соответствуют тяжести поражения коронарных артерий. Большинство лечебных учреждений имеет ограниченные диагностические возможности, поэтому оперативная и грамотная оценка имеющихся клинических данных играет ключевую роль в своевременном и полноценном оказании медицинской помощи при ОКС [1].

Цель: Проанализировать причины несоответствия клинических проявлений снижения кровоснабжения миокарда изменениям коронарных артерий, выявленным при проведении коронарной ангиографии.

Материал и методы. На базе 1-го и 3-го кардиологических отделений УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска было проанализировано 54 случая ОКС с проведенной коронарной ангиографией (КАГ), находившихся на стационарном лечении в период с 10.12.2018 по 1.03.2019. Мужчины составили 72,2% (39 человек), женщины – 27,8% (15 человек). Клинические случаи были разделены на три группы в зависимости от выявленного на КАГ поражения коронарных артерий. Группа с поражением ЛКА - 46,3% (25 человек), группа с поражением ПКА - 5,6% (3 человека), и группа с сочетанным поражением ЛКА и ПКА - 48,1% (26 человек). В данных группах анализировались следующие параметры: возраст, пол, интенсивность болевого синдрома, наличие атипичных клинических

проявлений, характер изменений на КАГ, нарушение локальной сократимости по УЗИ, изменения на ЭКГ, факторы риска, показатели по шкале Grace, результаты специальных лабораторных методов (уровни тропонина I и КФК-МВ).

Результаты и их обсуждение. По возрастному составу наиболее молодой была группа с поражением ЛКА, средний возраст в этой группе составляет 49,2 года. В этой группе также отмечается наименьшая доля женщин 16% (4 человека). Наиболее возрастной группой была группа с сочетанным поражением левой и правой коронарных артерий, средний возраст составил 54,2 года, доля женщин в этой группе больше в сравнении с группой с поражением ЛКА и составила 20% (5 человек), что объясняется снижением выработки эстрогенов в постменопаузе. Эстрогены снижают темп атеросклеротического поражения коронарных артерий [3]. В этой же группе наиболее выражен болевой синдром, который составляет 57,7% (15 человек). В группе с поражением ПКА присутствовали только женщины, средний возраст 52 года. Умеренный болевой синдром отмечался у 28% группы с поражением ЛКА, у 26,9% группы с сочетанным поражением ЛКА и ПКА, и у 100% группы с поражением ПКА. Отсутствие болевого синдрома было представлено приблизительно в равной степени в группах с поражением ЛКА и сочетанным поражением ЛКА и ПКА 16% и 15,4% соответственно, в группе с поражением ПКА – отсутствие болевого синдрома не наблюдалось. По шкале GRACE: в группе с поражением ЛКА низкий риск госпитальной смерти преобладал и наблюдался в 48% случаев, умеренный – в 36% случаев, высокий – в 16% случаев; в группе с сочетанным поражением ЛКА и ПКА низкий риск госпитальной смерти – 18,2%, умеренный преобладал и составил 65,4% случаев, высокий – 15,4% случаев; в группе с поражением ПКА в 100% случаев наблюдался умеренный риск госпитальной смерти. При отсутствии болевого синдрома в группе с поражением ЛКА отмечаются более выраженные нарушения локальной сократимости в виде гипокинеза в 100% случаев и акинеза в 50% случаев. Повышение тропонина I и КФК-МВ отмечается в 100% и 75% соответственно. Клинически случаи сопровождались сильной одышкой, предобморочным состоянием либо выраженной слабостью. Периода ухудшения пациенты не отмечали. Не смотря на отсутствие болевого синдрома, в 75% случаев на КАГ присутствует окклюзия ветвей ЛКА, в 25% случаев – критический стеноз (>75%) ветвей ЛКА. Ведущие факторы риска – АГ, дислипидемия, ожирение и курение. Преобладает артериальная гипертензия 3 степени (50% от всей АГ), стоит отметить, что случаи представлены пациентами мужского пола, средний возраст которых составил 49,8 лет. Все безболевые случаи в группе с сочетанным поражением ПКА и ЛКА характеризовались клиническими проявлениями в виде потери сознания, пота, тошноты, нарушения зрения. На КАГ можно отметить преобладающее поражение ПКА, при этом пациенты были с правым типом кровоснабжения сердца. Гипокинез по УЗИ в 100% случаев. Повышение тропонина I и КФК-МВ отмечалось в 100% и 75% соответственно. Подъем сегмента ST на ЭКГ отмечался в 50%. Ведущие факторы риска – АГ, дислипидемия, и курение. По шкале GRACE преобладает умеренный риск госпитальной смерти (75% случаев), не смотря на выраженные изменения коронарных артерий. Высокий риск присутствует у 25% (1 пациент). Низкого риска госпитальной смерти в подгруппе

не было. Подгруппа представлена только мужчинами со средним возрастом 66,5 лет. При анализе данных КАГ в сочетании с клиническими проявлениями во всех группах оказалось, что в подавляющем большинстве случаев с критическим стенозом ЛКА приступу предшествовал период ухудшения длительностью 1-2 недели и более с периодическими болями, одышкой, повышением АД до более высоких цифр и необходимостью приёма больших доз нитроглицерина для купирования ангинозных приступов, в то время, как в случаях с окклюзией или диссекцией ЛКА ухудшение развивалось внезапно в течение 1-го 2-х дней. Также можно отметить, что всем случаям с тромботической окклюзией коронарных артерий соответствовало сочетание нескольких факторов риска, тромботическая окклюзия присутствовала у всех пациентов с метаболическим синдромом. В группе с поражением ПКА все случаи представлены пациентками в постменопаузе (средний возраст 54 года) с атипичным началом приступа с головной боли, боли в нижней челюсти, тошноты, только затем боль в грудной клетке. Следует отметить, что пациентки из-за атипичных проявлений не сразу обращались за помощью, что отрицательно сказалось на прогнозе их заболевания – у всех сформировался крупноочаговый ИМ.

Выводы: Показатели шкалы GRACE не всегда отражают истинное состояние коронарных артерий и расходятся в этом отношении с результатами коронарной ангиографии, поэтому низкие показатели шкалы GRACE не являются абсолютным основанием для отказа от выполнения КАГ. Отсутствие болевого синдрома часто не соответствует тяжести поражения коронарных артерий. У больных с выраженными факторами риска часто развиваются тромботические окклюзии, что нередко является причиной инфаркта миокарда. В связи с чем у этих пациентов КАГ должна выполняться незамедлительно, при поступлении. При атипичных клинических проявлениях с умеренным болевым синдромом у женщин в стадии постменопаузы часто присутствовало выраженное поражение ПКА, что наводит на мысль о необходимости назначения КАГ таким пациенткам. Особое внимание следует обращать на пациентов с предшествующим затяжным периодом ухудшения, у которых часто ещё до КАГ может развиваться инфаркт миокарда, протекающий без подъёма сегмента ST. Следует помнить, что даже выраженное поражение правой коронарной артерии может сопровождаться умеренным болевым синдромом или протекать атипично, без болевых проявлений, что может привести к ошибочной отмене КАГ у таких пациентов.

Литература

1. Руксин, В. В. Неотложная кардиология: руководство для врачей / В.В. Руксин. – Санкт Петербург: Невский диалект; Москва: Бином. Лаборатория знаний: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с.
2. Беленков, Ю.Н. функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний/ Ю.Н. Беленков, С.К. Терновой.- М.: «Геотар-Медиа», 2007. -976 с.
3. Атрощенко, Е. С. Стабильная стенокардия у пациентов без обструкции коронарных сосудов / Е.С. Атрощенко// Кардиология в Беларуси. – 2014 - №4. – С. 4-7.