

УДК 616.1.13-092.12.

К.Р. КАРИБАЕВ, Г.З. ТАНБАЕВА, Д.И. МАХАНОВ, А.Н. ЖОТАБАЕВ,
Н.К. РАХИМЖАНОВА, Е.С. МАЙДЫРОВ, Д.М. ТУЙШИЕВА

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента, г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2011 ГОДА ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

В настоящее время четко регламентированы порядок и обоснование проведения неотложных мероприятий для стентирования коронарных артерий у больных с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST Руководствами Американской и Европейской ассоциаций кардиологов.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, смертность, рекомендации Европейского общества кардиологов 2011 года.

Одной из наиболее актуальных проблем в современной кардиологии, требующих немедленной оценки тактики ведения больных, является острый коронарный синдром (ОКС). Этот термин был незаслуженно забыт в конце 80-х годов прошлого столетия. Возрождение интереса к нему в настоящее время обусловлено возможностью предупреждения развития инфаркта миокарда с большей зоной некроза, а также его осложнений. Не вызывает сомнений, что раннее инвазивное вмешательство достоверно снижает смертность и развитие сердечной недостаточности [1, 2]. В Руководствах Американского и Европейского обществ кардиологов по ведению больных с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST четко регламентированы порядок и обоснование проведения неотложных мероприятий для стентирования коронарных артерий [1, 3].

Цель нашей работы – сравнение смертности при инфаркте миокарда после внедрения алгоритма ведения больных с данной патологией.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезней больных с инфарктом миокарда, поступивших в ЦКБ МЦ УДП РК в 2012 и 2013 годах, вошедших в основные группы. Контрольную составили результаты анализа историй болезней 136 пациентов, прошедших лечение в 2011 г., до внедрения алгоритмов оказания неотложной помощи при ОКС, в частности инфарктом миокарда.

Общее количество поступивших лиц с инфарктом миокарда за анализируемый период в динамике отличается незначительно. В 2012 году с инфарктом миокарда поступили 175 больных. В 2013 году – 157 пациентов. Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Диагноз ОКС верифицировался на основании общеклинических данных, включающих оценку болевого синдрома, а также лабораторных и инструментальных методов исследования: данных ЭКГ, ЭхоКГ, тропонинового теста.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, количество больных, поступивших в ЦКБ МЦ, практически одинаково. В последние годы значительно уменьшилось количество пациентов, поступивших позже 24 часов, что обусловлено, вероят-

нее всего, растущей информированностью населения о первых признаках развития инфаркта миокарда.

Всем больным, еще на этапе скорой медицинской помощи, в том числе и поступившим непосредственно из поликлиники, оказывали неотложную помощь, заключающуюся в назначении аспирина, нагрузочных доз плавикса, купировании болевого синдрома нитратами или наркотическими анальгетиками, прямых антикоагулянтов.

Всем пациентам с подъемом сегмента ST, поступившим в ЦКБ МЦ в течение 2 часов после начала болевого синдрома или с повторным приступом стенокардии, проводилась неотложная коронароангиография. Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов от 2011 года, к таковым относились больные, имеющие следующие клинические симптомы: длительную ангинозную боль, более 20 минут, впервые возникшую (de novo) стенокардию, быструю дестабилизацию предварительной стабильной стенокардии с характеристиками, по крайней мере III функционального класса или раннюю постинфарктную стенокардию, повышение уровня тропонина. В течение 24 часов проводили у лиц, имеющих риск по шкале GRACE более 140, или, по крайней мере, с одним основным критерием риска [3].

Согласно рекомендациям Европейского и Американского обществ кардиологов, стентировали «инфарктзависимую» коронарную артерию. В случае развития кардиогенного шока вмешательства проводили на всех коронарных артериях с гемодинамически значимыми стенозами. Больше число больных с Q инфарктом миокарда за годы наблюдения связано с тем, что довольно значительное количество пациентов поступили после «золотого времени». Несмотря на проводимые мероприятия, у данной категории больных уже успели развиться некротические процессы миокарда левого желудочка. В случае показаний пациентам проводилась операция шунтирования коронарных артерий.

Проведен анализ динамики смертности больных, перенесших инфаркт миокарда. Данные представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, средний возраст умерших пациентов существенно не отличается за последние годы. В структуре летальности достоверных изменений

Таблица 1 – Клиническая характеристика больных с инфарктом миокарда

Год	Всего	Q ИМ	NON -Q	Пер.	Пов.	<24 ч	>24 ч	Умершие	Экстренные	Плановые	Возраст, лет
2011	136	84	52	135	1	36	34	17	70	66	69,8±8,23
2012	175	109	66	171	4	58	25	16	83	92	69,63±9,23
2013	157	90	67	156	1	149	8	8	74	83	70,91±10,4

не произошло. В течение последних 3 лет основной причиной смерти больных с инфарктом миокарда является острая сердечная недостаточность, включающая в себя и кардиогенный шок. Подобные данные представлены и в других работах исследователей, в которых показано, что с увеличением возраста пациентов происходит повышение доли острой сердечной недостаточности, как причины смерти [4, 5]. Основным показателем – смертность снизилась в 1,78 раза ($p < 0,05$) в 2013 году, в сравнении с предыдущим, а с 2011 годом – в 2,4 раза. В 2011 году данный показатель составил – 12,5%, в 2012 году – 9,1% и в 2013 году – 5,09%. Показателем тот факт, что в 2012 и 2013 годах больница оказывала экстренную помощь больным кардиологического профиля жителям Алмалинского района города Алматы. В 2011 году экстренно госпитализировались лишь пациенты, относящиеся к прикреплённому контингенту ЦКБ МЦ УДП РК.

Таким образом, внедрение рекомендаций Европейского общества кардиологов 2011 года по тактике ведения больных с острым коронарным синдромом и, в частности инфарктом миокарда, позволило повысить эффективность лечения и значительно снизить смертность у данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) and the ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (PCI): A Report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines, 2009
 2 Оганов Р.Г. Ишемическая болезнь сердца. – М., 2011
 3 Guidelines for the management of ACS in patients presents preventing without persistent ST-segment elevation. – Paris, 2011
 5 Gurwitz JH, Col NF, Avorn J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction // LAMA 1992;268:1417-1422
 5 Reiter M., Twerenbold R., Reichlin T. et al. Early diagnosis of acute myocardial infarction in the elderly using more sensitive cardiac troponin assays // Eur Heart J 2011;32:1379-1390

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.Р. КӘРІБАЕВ, Г.З. ТАҢБАЕВА, Д.Ү. МАХАНОВ, Ә.Н. ЖОТАБАЕВ, Н.К. РАХЫМЖАНОВА, Е.С. МОЙДЫРОВ, Д.М. ТҮЙШИЕВА

Қазақстан Республикасы Президенті істерін басқару медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ БОЙЫНША ЕУРОПАЛЫҚ КАРДИОЛОГТАР ҚОҒАМЫНЫҢ 2011 ЖЫЛҒЫ ҰСЫНЫМДАРЫН ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Қазіргі уақытта Америка және Еуропа кардиологтар қоғамы жетекшілерінің ST сегментінің көтерілуі және түсуінен болған ЖКС бар науқастардың коронарлық арте-

Таблица 2 – Клиническая характеристика умерших больных

№	Годы	Процент смертности	Средний возраст, годы	Основная причина смерти		
				ОСН	ФЖ	другие
1.	2011	12,5%	78,58±9,45	84%	10%	6%
2.	2012	9,1%	70,87±14,3	93%	2%	5%
3.	2013	5,09%***	77,54±15,7	94%	1%	5%

Разница достоверна:
 2-3: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
 1-3: ^ $p < 0,05$; ^^ $p < 0,01$; ^^ $p < 0,001$
 1-2: # $p < 0,05$; ## $p < 0,01$; ### $p < 0,001$
 ОСН – острая сердечная недостаточность,
 ФЖ – фибрилляция желудочков.

рияларын стенттеу үшін кезек күттірмейтін іс-шараларды жүргізу тәртібі мен негізділігі айқын белгіленген.

Жұмысымыздың мақсаты аталған патологиясы бар науқастарды емдеуде алгоритмді енгізгеннен кейін миокард инфаркті кезіндегі өлім-жітімді салыстыру болып табылады.

Жіті миокард инфаркті басынан өткерген науқастардың сырқатнамасына ретроспективті талдау жүргізілді. Еуропалық кардиологтар қоғамының 2011 жылғы ұсынымдары қолданылмаған кездегі 2011 жылғы өлім көрсеткіштері 2012 және 2013 жылғы өлім көрсеткіштерімен салыстырылды. Жоғарыда аталған ұсынымдарды енгізу 2011 және 2012 жылдармен салыстырғанда 2013 жылы осы санаттағы науқастарды емдеу тиімділігін арттыру мен өлім-жітімді тиісінше 2,4 және 1,78 есе азайтуға мүмкіндік берді.

Негізгі сөздер: жіті коронарлық синдром, миокард инфаркті, өлім-жітім, еуропалық кардиологтар қоғамының 2011 жылғы ұсынымдары.

S U M M A R Y

K.R. KARIBAYEV, G.Z. TANBAYEVA, D.I. MACHANOV, A.N. ZOTABAYEV, N.K. RACHIMJANOVA, E.S. MAYDIROV, D.M. TUYSCHIEVA

Central clinical hospital of the medical center under the Department of Presidential Affairs of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

THE USE RESULTS OF 2011 ESC RECOMENDATIONS ON THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME.

At present time are clearly defined the order and substantiated indications for urgent measures implementation at coronary artery stenting in patients with ACS with and without ST-segment elevation.

The purpose of our work was to compare the mortality in myocardial infarction after implementation of algorithm for management of patients with this pathology.

A retrospective analysis of case histories of patients with acute myocardial infarction was held. It was compared the mortality rates for 2011, when the 2011 European Society of Cardiology Recommendations was not used, with datas for 2012 and 2013 years. The implementation of above recommendations allowed to increase the effectiveness of treatment and reduce mortality in these patients in 2013 to 2.4 and 1.78 times, respectively, compared with 2011 and 2012 years.

Key words: Acute coronary syndrome, myocardial infarction, mortality, 2011 European Society of Cardiology Recommendations.