

Секция Кардиология

Кодасбаев Алмат Турысбекович

К.м.н., директор Городского кардиологического центра

Алматы, Республика Казахстан;

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по

терапии №3 Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Жангелова Шолпан Болатовна

К.м.н., доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по

терапии №3 Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Токсанбаева Фариза Тынымбековна

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Алифтеннова Назгуль Жангужиновна

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Кыдыралиева Айнура Умиралиевна

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

Косыбаева Нурбану Абилкаиркызы

врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет

им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

К АНАЛИЗУ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО И УМЕРЕННОГО РИСКА

В последние десятилетия коронароангиография (КАГ) стала рутинным диагностическим методом в комплексном обследовании

больных ИБС, по результатам которой определяется тактика ведения больного. Полученные в результате КАГ данные позволяют наиболее объективно и своевременно выбрать оптимальный метод лечения: консервативная терапия или операция реваскуляризации миокарда. В зависимости от принадлежности больного к группе низкого, среднего или высокого риска, которая высчитывается по шкале GRASE, КАГ рекомендуется либо экстренная инвазивная стратегия - в течение первых 2 часов, либо ранняя инвазивная стратегия - в сроки до 24 часов. По шкале GRASE учитываются: возраст больного, частота сердечных сокращений в минуту, систолическое артериальное давление, уровень креатинина сыворотки в мкмоль/л, класс сердечной недостаточности (по классификации Kilip), остановка сердца (на момент поступления), девиация сегмента ST, наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов. При уровне риска по шкале GRASE менее 108 единиц (низкая категория) внутрибольничная смертность составляет менее 1%; при уровне от 109 до 140 единиц (средняя категория) смертность в пределах от 1 до 3% и при уровне свыше 140 единиц (высокая). «Агрессивная» экстренная тактика оправдана только у больных высокого и промежуточного риска. В группе низкого риска экстренное проведение КАГ и реваскуляризации сопряжены с неоправданно высоким риском осложнений. Напротив, реваскуляризация, выполненная после стабилизации состояния, дает хорошие результаты. У больных высокого и промежуточного риска, по данным ряда исследований, экстренная «агрессивная» тактика приводит к более выраженному снижению риска осложнений, чем консервативная, особенно когда имплантацию стентов проводят на фоне введения блокаторов гликопротеиновых II b/ IIIa рецепторов тромбоцитов[1,с.166-167; 2,с. 21-30; 3,с 22-26; 4,с. 12-16].

Целью нашего исследования явилось изучение результатов КАГ в группе больных ОКС с подъемом сегмента ST при высоком и промежуточном риске.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 248 больных ОКС в возрасте от 55 лет до 82 (средний возраст – 67,1±2,6), из них 123 женщины и 125 мужчин. У всех больных были определены степень риска по шкале GRASE, уровень кардиомаркеров в динамике, записана ЭКГ.

Результаты и обсуждение. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии. Постинфарктный кардиосклероз обнаружен у большинства больных: у 127 пациентов (51,2%), из них давность инфаркта миокарда до 3-х лет установлена у 79 (62,2%) и свыше 3-х лет у 48 (37,8%). Все больные наблюдались ранее по поводу ИБС, стенокардии. Поскольку сроки проведения КАГ зависят от принадлежности больного к той или иной категории риска нами была рассчитана степень риска по шкале GRASE. Как видно по данным таблицы 1, большинство больных были отнесены в группу высокого и среднего риска. При подсчете показателей по шкале GRASE больных с высоким риском оказалось 115 (46,4%), со средней степенью риска – 102 (41,1%) и низкой степенью – 31 (12,5%), причем подъем сегмента ST имел место в 73,8%, а депрессия в 26,2% случаев.

Таблица 1

Степень риска по шкале GRASE

| Степень риска по шкале GRASE | Всего | Элевация ST | Депрессия ST |
|--------------------------------|------------|-------------|--------------|
| Высокая (свыше 140 единиц) | 115(46,4%) | 94(81,7%) | 21(18,3%) |
| Средняя (от 109 до 140 единиц) | 102(41,4%) | 77(75,5%) | 25(24,5%) |
| Низкая (до 109 единиц) | 31(12,5%) | 12(38,7%) | 19(61,3%) |
| Итого: | 248 | 183 (73,8%) | 65(26,2%) |

С практических позиций для определения врачебной тактики ведения больного с тем или иным вариантом ОКС принципиально важно наличие элевации или депрессии сегмента ST при первом контакте с

больным. Элевация сегмента ST свидетельствует о протекании завершающих стадий развития коронарного тромбоза - формировании фибринового тромба с трансмуральным повреждением миокарда и служит показанием для экстренного проведения тромболитической терапии или коронарной ангиопластики. Другая группа больных - без элевации сегмента ST (without ST-elevation) не нуждается в проведении тромболиза ввиду его малоэффективности и курируется с использованием антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов. Такое разделение на сегодняшний день является общепризнанным и используется при планировании и проведении большинства клинических исследований. 217 пациентов с высокой и промежуточной степенью риска были тщательно изучены, больных с элевацией сегмента ST было 171(78,8 %) и 45 больных (21,2%) было без подъема сегмента ST. По результатам нашего наблюдения элевация ST среди больных высокого и среднего риска чаще наблюдалась в возрастной группе 61-70 лет, тогда как депрессия ST - регистрировалась больше у пациентов 41-60 лет (табл.2)

Таблица 2

Результаты КАГ при элевации ST в возрастном аспекте

| Возраст больных | элевация ST | | реваскуляризация | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|------------------|----------|---------|
| | Высокая степень риска | Средняя степень риска | Стентир. | АКШ | отказ |
| До 40 лет | 7 | 5 | 12 | - | - |
| 41-50 лет | 15 | 22 | 33 | 2 | 2 |
| 51 – 60 лет | 23 | 16 | 32 | 6 | 1 |
| 61 – 70 лет | 45 | 23 | 62 | 6 | 2 |
| свыше 70 лет | 4 | 11 | 12 | 1 | - |
| итого | 94 | 77 | 151 (88,3%) | 15(8,8%) | 5(2,9%) |

Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) показана при наличии стеноза ствола левой коронарной артерии на 50% и более; поражении двух основных коронарных артерий с вовлечением передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии; поражении трех основных коронарных артерий в сочетании с дисфункцией левого

желудочка (фракция выброса 35-50%). По некоторым данным, при сочетании догоспитального тромболизиса и экстренной КАГ удается добиться максимального снижения смертности. Альтернативой АКШ является баллонная дилатация и интракоронарное стентирование. Показаниями к её выполнению служат проксимальные однососудистые стенозы не менее 50% просвета сосуда. По результатам КАГ стентирование было проведено в первые сутки от момента поступления в 128 случаях (59 %); из них 73 пациента из группы высокого риска и 55 – из группы среднего риска. В течение 3-х суток в 23 случаях (10,6 %). АКШ было предложено 20 пациентам (41%), проведено 15 больным (24,4%), отказались 5 (16,6 %) больных.

Таким образом, среди поступивших больных с ОКС преобладает категория больных высокого и промежуточного риска(87,5%), а по результатам КАГ определена тактика реваскуляризации: в 88,3% случаев было проведено стентирование, и в 8,8% случаев - операция АКШ.

Литература

1. Давей, Патрик. Наглядная ЭКГ. Пер. с англ. Под ред. М.В.Писарева –М. ГЭОТАР- Медиа, 2011-168 с: предм. указ. - С. 166-167.
2. Савченко А.П., Черкавская О.В., Руденко Б.А., Болотов П.А. Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование. ГЭОТАР МЕДИА,- 2010.,- 48 с.
3. Канторова А.Ю. Современные представления о чрескожных коронарных вмешательствах при поражении ствола коронарной артерии.- 2011.-№7.-С.22-26.
4. Реваскуляризация миокарда. Руководство ЕОК/ЕАСТХ по реваскуляризации миокарда . Версия 2014.- С 12-16.