

Некоторые особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов, находившихся на лечении в Главном военно-медицинском клиническом центре в 2008–2013 годах

**Н.В. НАУМЕНКО, А.Г. ГОЛОД,
М.П. БОЙЧАК, И.К. АСАУЛЮК**

Цель работы – оценить клипические варианты инфаркта миокарда, своевременность госпитализации, полноту охвата процедурами реваскуляризации и летальность больных с острым коронарным синдромом, находившихся на лечении в Главном военно-медицинском клиническом центре (ГВМКЦ) «Главный военный клинический госпиталь» в 2008–2013 гг.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 930 историй болезней больных, лечившихся по поводу острого коронарного синдрома, и оценка частоты развития острого коронарного синдрома в других отделениях ГВМКЦ на основании анализа 99 историй болезни умерших с тяжелой соматической патологией.

Результаты. Среднее время от развития симптомов острого коронарного синдрома до госпитализации больного в стационар составило $(21,9 \pm 10,4)$ ч, большинство лечившихся составили пациенты старше 60 лет (690 человек, 74,2%), летальность составила 12,5%. Реваскуляризация миокарда (тромболитизис или стентирование) в первые 12 ч заболевания была проведена 132 пациентам (14,2% случаев). Среди умерших в других отделениях (данные анализа 99 историй болезни), у 56 (в 56,6% случаев) развился острый коронарный синдром.

Выводы. Поздняя госпитализация больных с острым коронарным синдромом, обусловлена поздним обращением больных за медицинской помощью. Невысокий процент (14,2%) пациентов с открытой коронарной артерией (путем фармакологической или механической реваскуляризации) обусловлен как поздним поступлением пациентов, так и недостаточной мощностью отделения рентгенкардиоваскулярной хирургии ГВМКЦ. Анализ 99 историй болезни умерших, находившихся на лечении в других отделениях ГВМКЦ продемонстрировал необходимость настойчивости в отношении развития острого коронарного синдрома у больных с тяжелой соматической патологией.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, госпитализация, реваскуляризация, госпитальная летальность.

Заболевания, обусловленные атеросклерозом, особенно различные варианты ишемической болезни сердца (ИБС), являются одной из основных причин смертности в большинстве стран мира [2, 6]. Остается высокой госпитальная летальность при остром коронарном синдроме (ОКС), осо-

бенно при его осложнениях [1, 2]. Так, при инфаркте миокарда (ИМ) с локализацией в области передней стенки, осложненном полной атриовентрикулярной блокадой, она составляет около 50%, перфорацией межжелудочковой перегородки 80–90%, при внешнем разрыве свободной стенки левого желудочка – до 54–60%. У 30–40% больных с ИМ формируется острая аневризма стенки левого желудочка, содержащая тромбы, которые обычно организуются, но могут служить источниками тромбоэмболии [2]. По литературным данным, летальность больных ИМ колеблется от 6 до 14%: в Украине она составляет 12,9%, в России – 13,2, в странах Европы – 6,7% [3, 4].

Цель работы – оценить полноту охвата процедурами реваскуляризации и летальность больных с ОКС, находившихся на лечении в Главном военно-медицинском клипическом пептре (ГВМКЦ) «Главный военный клинический госпиталь» в 2008–2013 гг.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 930 историй болезней больных, находившихся на лечении по поводу ОКС в ГВМКЦ в 2008–2013 гг. Кроме того, проанализированы данные 99 историй болезни умерших в других терапевтических и хирургических отделениях ГВМКЦ.

Среднее время от развития симптомов ОКС до госпитализации больного в стационар составило $(21,9 \pm 10,4)$ ч, среднее время от вызова бригады скорой помощи до госпитализации – $(111,9 \pm 22,7)$ мин. При этом в течение первого часа не поступило ни одного больного, в первые 3 ч – 3%, 6 ч – 15,1% и 12 ч – 37% больных. Необходимо отметить, что 84,9% больных были госпитализированы после 6 ч от начала ангинозного приступа, что не могло не влиять на исход ОКС. Подобные данные были получены при анализе лечения больных ИМ в Тернопольской университетской больнице в 2003–2013 гг. [7]. Большинство больных (790 лиц, 85%) доставлены бригадой скорой помощи, 84 (9%) были направлены в ОРИТ врачом поликлиники, 28 (3%) было переведено из других клиник (отделений) хирургического и терапевтического профиля ГВМКЦ и 28 больных (3%) госпитализированы после самостоятельного обращения за врачебной помощью в приемное отделение ГВМКЦ.

Из представленных в таблице 1 данных следует, что большинство лечившихся в ГВМКЦ больных с ОКС составили пациенты старше 60 лет – 690 человек (74,2%).

Диагноз ОКС (ИМ с зубцом Q, ИМ без зубца Q) устанавливали на основании общепризнанных критериев [4, 5]: клинической симптоматики, электрокардиографических (ЭКГ) данных, характерной динамики маркеров некроза миокарда (МВ фракции креатинфосфокиназы (КФК), тропо-

Таблица 1

Распределение больных с острым коронарным синдромом по возрасту

Возраст больных, лет	28–40	41–50	51–60	61–70	71–80	81–90	91–99	Всего
Больные ИМ, n	20	65	155	185	328	164	13	930
Больные ИМ, %	2,15	6,99	16,65	19,87	35,33	17,61	1,40	100

нина I). Учитывали данные эхокардиографического исследования. Дифференциальный диагноз проводили с такими заболеваниями, как расслаивающаяся аневризма грудной части аорты, нестабильная стенокардия, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, острый перикардит, острый миокардит.

Результаты и их обсуждение

У большинства больных – 760 пациентов (81,7% случаев) в дебюте ОКС имел место ангинозный (болевого) вариант ИМ. Атипичное клиническое течение ИМ (аритмический, цереброваскулярный, астматический, абдоминальный и безболевого варианты) отмечали у 171 больного (18,3% случаев). Особенностью клинических проявлений ИМ без зубца Q на ЭКГ у 279 пациентов (30% случаев) явилась меньшая интенсивность и продолжительность ангинозной боли, однако ее более частое рецидивирование.

Анализ исходов ОКС (табл. 2) показал, что возраст является фактором риска развития неблагоприятного исхода.

Таблица 2

Исходы острого коронарного синдрома в зависимости от возраста

Возраст больных, лет	Количество лечившихся, n	Исходы	
		Выписаны, абс. (%)	Умерли, абс. (%)
20–40	20	20 (100)	0
41–50	65	62 (95,4)	3 (4,6)
51–60	155	145 (93,5)	10 (6,5)
61–70	185	170 (91,9)	15 (8,1)
71–80	328	290 (88,4)	38 (11,6)
81–90	164	120 (73,2)	44 (26,8)
91–97	13	7 (53,8)	6 (46,2)
Все	930	814 (87,5)	116 (12,5)

Тромболизис на догоспитальном этапе был выполнен в единичных случаях. Известно, что меры по реваскуляризации миокарда эффективны преимущественно в первые 6 ч заболевания, малоэффективны после 12 ч от развития симптомов ИМ, а оптимальным временем до начала реваскуляризации является 90-минутный интервал [5]. В связи с этим госпитализированным в первые 12 ч от развития ОКС с элевацией сегмента ST на ЭКГ больным при отсутствии противопоказаний проводили тромболизис с использованием стрептокиназы, альтеплазы или тенектеплазы (120 пациентов).

С 2010 г. в ГВМКЦ больным с ОКС выполняется механическая реваскуляризация миокарда (чрезкожное коронарное вмешательство), в том числе 12 пациентам, госпитализированным в первые 12 ч от развития синдрома, было проведено стентирование коронарных артерий. Таким образом, реваскуляризация миокарда (тромболизис или стентирование) в первые 12 ч заболевания была проведена 132 пациентам (14,2% случаев). Такой невысокий процент открытия коронарной артерии связан с задержкой транспортировки больных в лечебное учреждение, в том числе в связи с поздним обращением за медицинской помощью. Всего же за анализируемый период больным с ОКС выполнено 168 коронарографий и 32 процедуры стентирования, проведенных преимущественно на 10–12 сутки лечения.

Из 930 больных ОКС, поступивших в ГВМКЦ, умерли 116 (12,5%), в том числе в первые сутки 46 пациентов (39,7% умерших). В группе умерших чаще, чем у пациентов с благоприятным исходом, выявляли ИМ с зубцом Q на ЭКГ (в 75,9% случаев против 70 в общей группе больных с ОКС). Среди умерших также чаще отмечен атипичный дебют ОКС (38% случаев против 18,4 в общей группе), что затрудняло установление диагноза.

У умерших больных отмечены тяжёлые осложнения: отёк лёгких у 42 больных (36,2% случаев), кардиогенный шок – 28 больных (24,1% случаев), нарушения ритма сердца и проводимости – 26 больных (22,4% случаев), разрыв стенки левого желудочка – 9 больных (7,8% случаев), аневризма левого желудочка – 6 больных (5,2% случаев) и тромбоэмболия легочной артерии – 5 больных (4,3%).

Среди умерших в других отделениях (данные анализа 99 историй болезни) у 56 (56,6% случаев) развился ОКС, в том числе у 29 (63%) умерших в отделениях терапевтического и у 27 (50,9%) умерших в отделениях хирургического профиля. Эти данные свидетельствуют о необходимости настороженности в отношении развития ОКС у пациентов с тяжелой соматической патологией, особенно имеющих высокий кардиоваскулярный риск и подвергающихся хирургическому вмешательству.

Выводы

Таким образом, проведенный нами ретроспективный анализ 930 историй болезни больных с ОКС, лечившихся в ОРИТ ГВМКЦ в 2008–2013 гг., показал позднюю госпитализацию больных с этим синдромом, в первую очередь, обусловленную поздним обращением больных за медицинской помощью, несмотря на то, что большинство из них (85%) имели типичную клиническую картину. Эти данные свидетельствуют о необходимости повышения осведомленности больных о симптомах ОКС и оптимальном поведении при его развитии. Среднее время от вызова бригады скорой помощи до госпитализации ($111,9 \pm 22,7$) мин так же превышает рекомендованное.

Летальность госпитализированных больных с ОКС за период 2008–2013 гг. составила 12,5%, была особенно высокой у пациентов пожилого и старческого возраста. Невысокий процент пациентов с открытой коронарной артерией (путем фармакологической или механической реваскуляризации) обусловлен как поздним поступлением пациентов, так и недостаточной мощностью отделения рентгенокардиоvascularной хирургии ГВМКЦ.

Анализ 99 историй болезни умерших пациентов в других отделениях ГВМКЦ продемонстрировал, что ОКС у этой категории пациентов развивался в 56,6% случаев, что вызывает необходимость настороженности в отношении развития этого синдрома у больных, подвергающихся «большим» хирургическим вмешательствам и имеющих высокий риск развития сердечно-сосудистого события.

Литература

1. Бокарев И.Н. Острый коронарный синдром и его лечение / И.Н. Бокарев, М.Б. Аксенова, Т.В. Хлевчук. – М.: Практическая медицина, 2009. – 172 с.
2. Инфаркт миокарда и воспаленис / И.И. Чукасова, О.Т. Богова, И.М. Корочкиш [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2007. – №4 (11).
3. Клименков А. Экстренная помощь: как выиграть время? / А.Клименков // Новости кардиологии. – 2013. – №4. – С.4-5.
4. Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST // Укр. кардіол. журн. – 2013. – Додаток 3. – 47 с.
5. Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом без стійкої елевації сегмента ST // Укр. кардіол. журн. – 2013. – Додаток 2. – 50 с.
6. Федчишин Н.Є. Аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарду (за даними Тернопільської університетської лікарні) / Н.Є. Федчишин // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4 (58). – С. 48–51.
7. Шилов А.М. Инфаркт миокарда (Патофизиологическис и клиническис аспекты) / А.М. Шилов. – М.: Миклош. 2009. – 164 с.

Деякі особливості перебігу гострого коронарного синдрому у пацієнтів, які знаходились на лікуванні у Головному військово-медичному клінічному центрі у 2008–2013 роках

М.В. НАУМЕНКО, А.Г. ГОЛОД, М.П. БОЙЧАК, І.К. АСАУЛЮК

Мета роботи – оцінити клінічні варіанти інфаркту міокарда, своєчасність госпіталізації, повноту охоплення процедурами реваскуляризації та летальність хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), які знаходилися на лікуванні у Головному військово-медичному клінічному центрі (ГВМКЦ) «Головний військовий клінічний госпіталь» в 2008–2013 рр.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 930 історій хвороб хворих, яких лікували з приводу ГКС, а також оцінка частоти розвитку ГКС в інших відділеннях ГВМКЦ на підставі аналізу 99 історій хвороби померлих з тяжкою соматичною патологією.

Результати. Середній час від розвитку симптомів ГКС до госпіталізації хворого до стаціонару ($21,9 \pm 10,4$) год, більшість пацієнтів старше 60 років (690 осіб, 74,2%), летальність склала 12,5%. Реваскуляризація міокарда (тромболізис або стентування) в перші 12 годин захворювання була проведена 132 пацієнтам (14,2% випадків). Серед померлих в інших відділеннях (дані аналізу 99 історій хвороби), у 56 (в 56,6% випадків) розвинувся ГКС.

Висновки. Пізня госпіталізація хворих з ГКС обумовлена пізнім зверненням хворих за медичною допомогою. Невисокий відсоток (14,2%) пацієнтів з відкритою коронарною артерією (шляхом фармакологічної або механічної реваскуляризації) обумовлений як пізнім надходженням пацієнтів, так і недостатньою потужністю відділення рентгенкардіоваскулярної хірургії ГВМКЦ. Аналіз 99 історій хвороби померлих, які перебували на лікуванні в інших відділеннях ГВМКЦ, продемонстрував необхідність настороженості щодо розвитку ГКС у хворих з важкою соматичною патологією.

Ключові слова: інфаркт міокарда, госпіталізація, реваскуляризація, госпітальна летальність.

Some features of acute coronary syndrome in patients treated at the Main Military Medical Clinical Centre in 2008–2013

M.V. NAUMENKO, A.G. HOLOD, M.P. BOYCHAK, I.K. ASAULUK

Objectives – to assess the clinical variants of myocardial infarction, hospitalization timeliness, revascularization procedures coverage and mortality in patients with acute coronary syndrome (ACS) who were treated at the Main Military Medical Clinical Centre (MMMCC) «The Main Military Clinical Hospital» during 2008–2013.

Materials and methods. A retrospective analysis of 930 case histories of patients treated for ACS was conducted as well as estimation of the ACS incidence in other

departments of the MMMCC on the basis of the analysis of 99 case histories of the dead with severe somatic pathology.

Results. The mean value for time interval from onset of ACS symptoms to hospital admission was (21.9 ± 10.4) h, the vast majority of treated patients were over 60 years old (690, 74.2%), mortality was 12.5%. Revascularization (thrombolysis or stenting) within the first 12 hours of the disease was carried out in 132 patients (14.2% of cases). Among the dead at other departments (data analysis of 99 case histories), ACS developed in 56 (56.6% of cases).

Conclusions. Late hospitalization of patients with ACS is caused by late referral of patients for medical care. Low proportion (14.2%) of patients with open coronary arteries (by pharmacological or mechanical revascularization) is due to both late admission of patients and insufficient power of the Department of cardiovascular surgery of the MMMCC. Analysis of 99 case histories of the dead who were treated in other departments of the MMMCC showed the need for vigilance with regard to the development of ACS in patients with severe somatic pathology.

Keywords: myocardial infarction, hospitalization, revascularization, in-hospital mortality.

УДК 616.132.2-008.64:616.12-073.97

Гендерні особливості перебігу та найближчих наслідків гострого коронарного синдрому з елевацією сегменту ST на електрокардіограмі за даними ретроспективного дослідження

Н.В. НЕТЯЖЕНКО, Т.Й. МАЛЬЧЕВСЬКА, О.М. ПЛЕНОВА,
Ю.В. АНТОНЮК, Ю.О. ОЛЄЙНІКОВА, О.М. ГЕРУЛА

Мета роботи – визначення та оцінка гендерної різниці чинників ризику, проявів основних симптомів, ефективності лікування, перебігу та ускладнень гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегменту ST на електрокардіограмі (ЕКГ).

Матеріали та методи. В ретроспективне дослідження включено 520 хворих з ГКС з елевацією сегменту ST на ЕКГ, госпіталізованих до відділення кардіологічної реанімації Олександрівської клінічної лікарні м. Києва з 01 січня 2010 р. по 01 січня 2011 р. Визначали локалізацію та ступінь ураження коронарних судин під час коронарографії і розвиток тяжких ускладнень ГКС.

Результати. Встановлено, що у жінок в 1,5 рази частіше інфаркт міокарда локалізувався в ділянці передньо-перетинково-верхівково-бокової стійки і в 1,6 разів рідше – в задньо-боковій ділянці в порівнянні з чоловіками ($p < 0,05$). Більшість пацієнтів жіночої статі мали односудинне ураження, при цьому в основному стеноз коронарних артерій був гемодинамічно незначущий. У жінок стеноз