

Оригинальные статьи

КОСТЕНКО В. А., СКОРОДУМОВА Е. А.,
КАПУТИН М. Ю., ОВЧАРЕНКО Д. В.,
ФЕДОРОВ А. Н.

Отдаленные результаты инвазивных методов лечения у пациентов, перенесших острый коронарный синдром

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. проф. И. И. Джанелидзе
e-mail: elskor@mail.ru

Реферат

Представлены данные наблюдения за больными, которые перенесли острый коронарный синдром, в течение года после выписки из стационара. Выявлены повышенный риск геморрагических осложнений, рестенозов и ретромбозов стентов у пациентов, подвергшихся инвазивным вмешательствам, и необходимость scrupulous соблюдения врачебных рекомендаций. Эта группа больных отличается высокой приверженностью к лечению двойной антитромбоцитарной терапией и статинами, пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении кардиолога.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, наблюдение, отдаленные результаты.

Kostenko V. A., Skorodumova E. A., Kaputin M. Y.,
Ovcharenko D. V., Fedorov A. N.

Follow-up results of interventional treatment in patients after acute coronary syndrome

Institute for Emergency Medical Care of I. I. Dzhanelidze, St Petersburg
e-mail: elskor@mail.ru

Abstract

Observational data about patients after Acute Coronary Syndrome during 1 year after hospital discharge submitted. Elevated risk rate of hemorrhagic complications as well as stent restenoses and rethromboses in patients undergone intracoronary interventions and necessity of scrupulous following to physician's recommendations confirmed. Mentioned cohort's of patients specific feature is high compliance to dual antiplatelet therapy as well as statins. They are needed in permanent cardiologist's management.

Keywords: acute coronary syndrome, observation, follow-up results.

Введение

С момента разработки и внедрения коронарной ангиопластики прошло относительно немного времени, однако интервенционная кардиология за эти годы сделала стремительный скачок в своем развитии.

И если сначала интракоронарные вмешательства выполнялись только при одиночных проксимальных стенозах, то по мере развития технологий стали возможными процедуры при более сложных и протяженных поражениях коронарных артерий, а впоследствии — и при многососудистых дефектах.

Таким образом, рентгенангиохирургия стала полноценно конкурировать с «большой» кардиохирургией [6].

В России создается все больше специализированных медицинских центров, где можно выполнять чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Во многих учреждениях, имеющих такую возможность, т.н. первичная ЧКВ выполняется в экстренном режиме, у пациентов с острыми коронарными синдромами (ОКС), для достижения коронарной реперфузии, в

частности, при ОКС с подъемом сегмента ST (ИМП ST) [8, 9]. Продолжают накапливаться данные, указывающие на целесообразность длительного совместного применения у больных острым инфарктом миокарда, которые подверглись чрескожным коронарным вмешательствам, антитромбоцитарных препаратов с разным механизмом действия — блокатора циклооксигеназы — аспирина и антагониста рецепторов к аденозиндифосфату — клопидогреля [4, 10, 13].

В связи с этим у пациентов после ОКС, в том числе у тех, кто не подвергался ЧКВ, повышается риск развития кровотечений. Причем чем выше риск развития ишемии миокарда, в том числе повторной, тем более агрессивной должна быть антитромботическая терапия, что, в свою очередь, еще в большей степени повышает риск развития кровотечений [7, 10], и, таким образом, кардиологи должны с высокой степенью осторожности провести своих больных между Сциллой тромбоза и Харибдой кровотечения.

Судьба таких пациентов после выписки не всегда отчетливо прослеживается, а для стационаров, не имеющих амбулаторной службы, эта популяция больных зачастую выпадает из поля зрения. Не существует единой службы и единого подхода к их правильному амбулаторному ведению. Нередки обращения за экстренной медицинской помощью. Поликлинические (участковые) врачи по существующему положению занимаются только выписыванием рецептов без эффективного консультирования и коррекции терапии, результативность такого лечения крайне низка [1, 5].

Цель исследования

Выявить особенности клинического течения ИБС в группе пациентов, перенесших ОКС (подгруппы больных с нестабильной стенокардией (НС), инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМБП ST), с подъемом сегмента ST) после ЧКВ, выполненной в стационаре, проанализировать приверженность терапии, частоту и характер осложнений, специфику наблюдения амбулаторной службой для понимания путей оптимизации медицинской помощи данной категории больных.

Материал и методы исследования

Использовался специально разработанный нами стандартизированный телефонный опросник (12 вопросов) в группах пациентов, перенесших ОКС с ЧКВ, выполненными в стационаре, и получавших медикаментозную терапию. Пациенты лечились в СПб НИИСП с июня 2009 по июнь 2010 гг. Произведен ретроспективный анализ их стационарных историй болезни. Все больные разделены на 2 группы.

В основную группу (I) вошли 67 пациентов, перенесших ОКС с последующей коронароангиопластикой и стентированием инфарктсвязанной артерии, в контрольную группу (II) — 65 больных с ОКС, не подвергавшихся интервенционным вмешательствам. Пациенты обеих групп получали стандартную терапию бета-блокаторами, аспирином, клопидогрелем и статинами (главным образом аторвастатин).

В рекомендациях при выписке в обеих группах больных были рекомендованы все вышеперечисленные препараты. Как видно из данных таблицы 1, группы пациентов были сравнимы по основным характеристикам. В основной группе первичная коронаропластика была проведена у 10 (14,9 %)

пациентов, отсроченная (24 часа) — у 57 (85,1 %) больных. При этом 1 стент был установлен 55 (82,1 %) пациентам и 2 стента — 12 (17,9 %).

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на то, что всем больным при выписке были даны рекомендации продолжать базовую терапию, при анализе выявлена следующая картина: в основной группе прерывали курс вследствие осложнений 8 (12 %) пациентов, из них полностью прекратили прием 2 (3 %). Имели перерывы в приеме более 3-х дней по другим причинам 6 (9 %), из них у 2 во время перерывов развился ОКС. Принимали препараты постоянно 62 (92,5 %) больных. 5 (7,5 %) человек прекратили прием через неделю после выписки. Оригинальный препарат (плавикс, компания «Санофи») оказался доступен только 44 (65,7 %) пациентам. Дженерики клопидогреля (преобладал зилт, компания «КРКА») принимали 13 (19,4 %) человек. Варьировали дженерики и оригинальный препарат 5 (7,5 %).

Как видно из рис. 1, большая часть пациентов основной группы продолжала прием клопидогреля более 12 месяцев. Во второй группе прием клопидогреля после выписки до 6 месяцев отмечен лишь у 9,2 % больных. Аспирин принимали постоянно на амбулаторном этапе 65 (97 %) пациентов первой группы и 58 (89,2 %) человек контрольной. Очевидно, пациенты лучше информированы о дезагрегантном действии аспирина и в большей степени привержены его приему по сравнению с клопидогрелем. После выписки из стационара принимали статины (в основном аторвастатин производства разных фармацевтических компаний согласно рекомендациям) 52 (77,6 %) человека из первой группы, при этом знали уровень холестерина 20 (29,9 %) больных, а уровень



Рис. 1. Приверженность приему клопидогреля после выписки из стационара

Характеристика исследуемых групп

Описание групп	Основная группа (n=67)	Контрольная группа (n=65)
Средний возраст (лет)	63,1+4,5	62,4+5,1
Мужчины	48 (71,6 %)	45 (69,2 %)
Женщины	19 (28,4 %)	20 (30,8 %)
Q-ИМ	41 (61,2 %)	39 (60,0 %)
ИМПST	45 (67,2 %)	42 (64,6 %)
ИМ БПST	11 (16,4 %)	10 (15,4 %)
НС	11 (16,4 %)	13(20 %)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

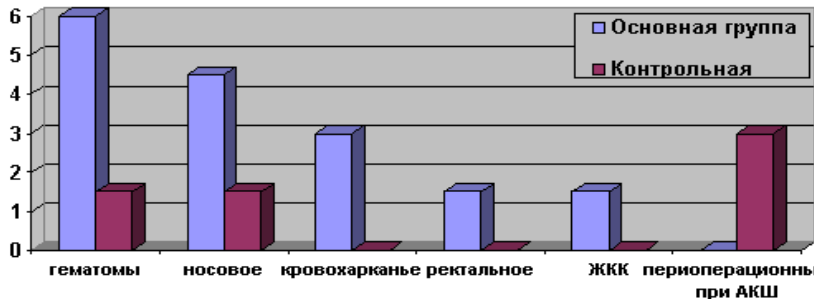


Рис. 2. Встречаемость геморрагических осложнений

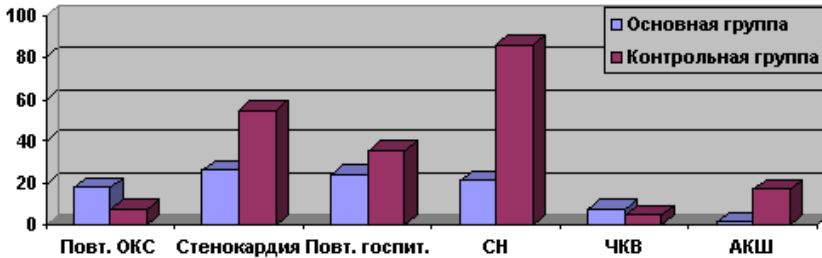


Рис. 3. Частота осложнений у пациентов в течение года после выписки из стационара



Рис. 4. Варианты наблюдения за пациентами после выписки из стационара

ЛПНП — 3 (4,5 %). Во второй группе регулярно принимали статины амбулаторно 17 (26,1 %) пациентов, знали уровень холестерина лишь 4 (6 %), а уровень ЛПНП не знал никто.

Таким образом, налицо явная недостаточность мероприятий вторичной профилактики ОКС при совершенно неудовлетворительном состоянии контроля за уровнем липидов крови. Геморрагические осложнения, произошедшие после выписки из стационара, показаны на рис. 2.

Чаще всего встречались гематомы, которых больше было в основной группе, вследствие того, что эти пациенты чаще принимали препараты, влияющие на гемостаз. Нередко встречались носовые кровотечения. Периоперационные кровотечения отмечались чаще в контрольной группе (у тех, кто перенес АКШ). У одного больного с кровохарканием был выявлен рак легких. Умеренных кровотечений в первой группе было 1 (1,5 %), а легких — 15 (22,5 %). Во второй группе 1 (1,5 %) и 3 (4,7 %) соответственно. В целом обе группы демонстрировали ожидаемую частоту геморрагий.

На рис. 3 представлены данные, характеризующие частоту осложнений у пациентов после выписки из стационара.

Повторные эпизоды ОКС имели место в 2,5 раза чаще в основной группе, при этом стабильная стенокардия напряжения 2-3 функционального класса встречалась более чем у половины пациентов контрольной группы. Это совпадает и с данными других авторов [2, 12, 14].

Частота госпитализаций была выше среди пациентов контрольной группы, причем практически одинаково в плановом и экстренном порядке. А вот больные основной группы попадали в стационар

повторно преимущественно по экстренным показаниям (как правило, по поводу рестеноза/ретромбоза стента).

Возможные причины этого видятся, с одной стороны, в неадекватном контроле за состоянием пациентов на амбулаторном этапе, с другой — с возможными, не столь уж редкими, вариантами генетически обусловленной пониженной чувствительности к клопидогрелю. Только трое пациентов из этой группы нуждались в плановом лечении. Это обстоятельство в целом подтверждает позитивное влияние реперфузии миокарда на дальнейшую судьбу больных ОКС. Существенные различия между группами отмечались по частоте развития сердечной недостаточности, которая в разной степени развилась у подавляющего большинства пациентов контрольной группы.

Здесь, безусловно, сказалось позитивное влияние реперфузии миокарда на его функцию у пациентов основной когорты. Стентированные пациенты, естественно, гораздо реже нуждались в «больших» кардиохирургических вмешательствах.

Значимые различия имели место по частоте АКШ: в контрольной группе был прооперирован каждый четвертый больной (следствие отсроченного получения квот на кардиохирургические вмешательства). Летальность за год составила 1,5 и 7,7 % соответственно.

На рис. 4 представлены данные о том, какие специалисты и лечебные учреждения осуществляют амбулаторное наблюдение за данной категорией больных после выписки из стационара. Как видно из рис. 4, после выписки практически половина пациентов никем не наблюдается, причем здесь нет различий между группами.

В литературе имеются данные, что реабилитация пациентов в России на амбулаторно-поликлиническом этапе в настоящее время не осуществляется из-за полного отсутствия соответствующих условий (специалистов по кардиореабилитации, психотерапии, ЛФК и физическим тренировкам, а также материальной и технической базы: тренажеров, пешеходных дорожек для дозированной ходьбы, больших залов для тренировок, бассейнов и т. д.) [3].

Возможно, что и низкая приверженность приему рекомендованных препаратов отчасти связана с тем, что больные не имеют адекватного контроля со стороны амбулаторного звена медицинской помощи. Это отмечают и другие исследователи [3, 11, 14].

Выводы

1. Группа пациентов, перенесших ОКС и подвергшихся высокотехнологичным интракоронарным вмешательствам, остается группой высокого риска, несмотря на уменьшение частоты осложнений по

сравнению с пациентами, получающими консервативную терапию.

2. Эта группа больных имеет определенную специфику, заключающуюся в повышенном риске геморрагических осложнений, рестенозов и ретромбозов стентов, и необходимости скрупулезного соблюдения врачебных рекомендаций.

3. В то же время эти пациенты отличаются высокой добросовестностью в соблюдении рекомендаций врачей стационара по приему критически важных для них препаратов двойной антитромбоцитарной терапии и статинов, но явно нуждаются в квалифицированном диспансерном наблюдении кардиолога, хорошо знакомого с особенностями течения заболевания у больных, подвергшихся ангиопластике и стентированию, и вопросами вторичной профилактики повторных сердечно-сосудистых катастроф, что, по-видимому, требует организационных мер на административном уровне.

Литература

1. Аронов, Д. М. Эффективность мероприятий по борьбе с факторами риска у больных КБС, проводимых врачами первичного звена (по результатам опросов) / Д. М. Аронов [и др.] // *Росс. кардиол. журн.* — 2006. — № 3. — С. 34–40.

2. Брюсов, П. Г. Острая кровопотеря: классификация, определение величины и тяжести / П. Г. Брюсов // *Военно-мед. журн.* — 1997. — № 1. — С. 46–52.

3. Карпов, Ю. А. Кардиологическая реабилитация в России нуждается в коренной реорганизации / Ю. А. Карпов, Д. М. Аронов // *Кардиолог. вестн.* — 2010. — № 2. — С. 5–11.

4. Комаров, А. Л. Рекомендации по антитромботической терапии при чрескожных вмешательствах на коронарных артериях / А. Л. Комаров // *Атеротромбоз.* — 2010. — № 1 (4). — С. 85–93.

5. Оганов, Р. Г. Диагностика и лечение стабильной стенокардии в Российской Федерации. Международное исследование АТР – *angina treatment pattern* / Р. Г. Оганов [и др.] // *Кардиология.* — 2003. — № 43 (5). — С. 9–16.

6. Фетцер, Д. В. Непосредственные и отдаленные результаты после чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики и коронарного шунтирования у больных с многососудистыми поражениями коронарных артерий / Д. В. Фетцер, Т. А. Батыралиев, Б. А. Сидоренко // *Кардиология.* — 2009. — № 11. — С. 81–88.

7. Харченко, М. С. Факторы, связанные с возникновением крупных кровотечений во время госпитализации не подвергавшихся инвазивному лечению больных с острым коронарным синдромом без подъемов сегмента ST / М. С. Харченко, А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // *Кардиология.* — 2012. — № 2. — С. 12–17.

8. Эрлих, А. Д. Лечение больных острым коронарным синдромом с подъемом ST в стационарах имеющих и не

имеющих возможности выполнения чрескожных коронарных вмешательств (данные регистра «РЕКОРД») / А. Д. Эрлих [и др.] // *Атеротромбоз.* — 2009. — № 1. — С. 120–122.

9. Эрлих, А. Д. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара / А. Д. Эрлих [и др.] // *Кардиология.* — 2009. — № 7. — С. 4–12.

10. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* — 2011. — № 10. — P. 1093.

11. Lowry, K. P. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication / K. P. Lowry, T. K. Dudley, E. Z. Oddone // *Annals of Pharmacotherapy.* — 2005. — № 39. — P. 1198–1203.

12. Rittmannsberger, H. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment / H. Rittmannsberger [et al.] // *Psychiatric Services.* — 2004. — № 55. — P. 9–174.

13. Steinhubl, S. R. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial / S. R. Steinhubl [et al.] // *JAMA.* — 2002. — № 288. — P. 2411–2420.

14. Valgimigli, M. For the Prolonging Dual Antiplatelet Treatment After Grading Stent-Induced Intimal Hyperplasia Study (PRODIGY) Investigators. Short- Versus Long-Term Duration of Dual-Antiplatelet Therapy After Coronary Stenting: A Randomized Multicenter Trial / M. Valgimigli [et al.] // *Circulation.* — 2012. — № 125. — P. 2015–2026.