

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Э.Н. ТАШКЕНБАЕВА, Р.З. МИРЗАЕВ, С.А. АРИПОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

ЭРТА ИНФАРКТДАН КЕЙИНГИ СТЕНОКАРДИЯНИ КЕЧИШИ ВА РИВОЖЛАНИШ МУАММОЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ

Э.Н. ТАШКЕНБАЕВА, Р.З. МИРЗАЕВ, С.А. АРИПОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали

STATE OF THE ART OF FORECASTING THE DEVELOPMENT AND COURSE OF EARLY POSTINFARCTION ANGINA

E.N. TASHKENBAYEVA, R.Z. MIRZAEV, S.A. ARIPOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
Samarkand branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medical Aid

Наиболее актуальной медицинской и социально значимой проблемой современного общества является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении ИБС она по-прежнему доминирует в структуре заболеваемости, инвалидизации, смертности трудоспособного населения, финансовым затратам на лечение и реабилитацию [18,30,35].

Острый инфаркт миокарда (ОИМ), являясь острым проявлением ИБС, остается одним из прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. У больных, перенесших ОИМ, риск внезапной смерти в 4-6 раз превышает данный риск в общей популяции, а в течение ближайшего года после диагностированного ИМ умирает 25% мужчин и 38% женщин (Heart Disease and Stroke Statistics-2007 Update). Прогноз больных ОИМ определяется как возрастом, наличием сахарного диабета (СД), ИБС в анамнезе, так и локализацией ОИМ, осложнениями в остром периоде, а также проводимой в этот период терапией. Принципиально важным у пациентов с ОИМ является определение уже в первые сутки заболевания возможного риска будущих сердечно-сосудистых осложнений [15,16,17,20].

Ранняя постинфарктная стенокардия (РПС) остается одним из распространенных осложнений ОИМ и характеризуется восстановлением ангинозных приступов в сроки от 3 до 28 дней ОИМ. Актуальность вопроса РПС можно объяснить ее неблагоприятным течением: частым развитием повторного ОИМ, увеличением кардиальной смертности. Это обуславливает важность изучения патогенеза РПС и ее факторов риска [12,13,18].

РПС - это один из вариантов нестабильной стенокардии (НС) и характеризуется появлением приступов стенокардии в период с начала 3-их суток ОИМ и до 2-х недель от развития ОИМ и называется так независимо от того, возникают ли приступы стенокардии в раннем постинфарктном периоде впервые в жизни (de novo) или возобновляются у больных, длительное время страдавших стенокардией до ОИМ [24,25].

РПС характеризуется интенсивно повторяющейся ангинозной болью, возникающей в покое или при незначительной физической нагрузке. Приступ боли купирующийся нитроглицерином, сопровождается или не сопровождается новыми транзиторными подъемом или депрессией сегмента ST от изоэлектрической линии на 1,0 мм и более и изменением зубца Т на электрокардиограмме, появляющимися в ближайшие 30 дней после начала ОИМ [29]. Morgan T.J. et al. (1982) ограничивает срок возникновения РПС тремя неделями. По мнению Д.Г. Иоселиани (1984), всех больных, у кого ангинозные приступы возобновляются в ближайшие два месяца после начала ОИМ можно отнести к группе постинфарктной стенокардии. Braunwald E. (1989) и другие авторы говорят о сроке возникновения или учащения приступов стенокардии через 24 часа и до 8 недель после развития ОИМ [13,31,24].

Грозным осложнением РПС является повторный ОИМ прогноз, которого более неблагоприятен, чем при первичном инфаркте [19]. Клиническое течение повторного ОИМ характеризуется более частым и ранним развитием сердечная недостаточность(СН) и кардиогенного шока, отека легких, а также фатальных аритмий, которые в 40% случаев является причиной смерти пациентов с повторным ОИМ. Летальность

при повторном ОИМ колеблется от 23,2% до 60,7%. Если интервал между первичным и повторным инфарктом менее 6 месяцев, летальность в этом случае достигает 80%, а при интервале более 6 месяцев - 50% [8].

Согласно современным представлениям у 20–60% больных ОИМ с подъемом сегмента ST отмечается развитие РПС, которая увеличивает риск рецидива ОИМ, фатальных нарушений ритма, острой левожелудочковой недостаточности, внезапной смерти [9]. Развитие РПС связывают с рецидивирующей ишемией миокарда [11]. В исследованиях последних лет показано, что для больных ОИМ с подъемом сегмента ST, осложненным развитием РПС, характерны многососудистое поражение коронарных артерий, развитие реокклюзии инфаркт-связанной коронарной артерии, дистальная эмболизация тромботическими массами с развитием окклюзии коллатерального кровотока и нарушением микроциркуляции [37]. Отдельными исследователями показано наличие у больных РПС повреждения интимы коронарных артерий, данные о роли воспалительной реакции в их генезе представляются противоречивыми [22]. Несмотря на имеющиеся данные о неблагоприятном исходе, при развитии у больных ОИМ с подъемом сегмента ST РПС, факторы риска и предикторы РПС до настоящего времени не выделены [10]. Таким образом, отдельные вопросы развития, течения и прогноза у больных ОИМ с подъемом сегмента ST при развитии РПС требуют дальнейшего изучения.

Попытки воздействовать на прогноз при помощи интенсивной лекарственной терапии не привели к желаемому результату, поэтому была высказана идея о необходимости более активного подхода к лечению этих пациентов, в том числе проведению ранней диагностической коронароангиографии с последующей процедурой реваскуляризации миокарда.

Ведущую роль в инициации и прогрессировании атеросклероза и дестабилизации атеросклеротической бляшки отдают именно воспаление [2,10,14,29]. Было показано, что при НС повышается уровень фибриногена, количества лейкоцитов, СОЭ, интерлейкин (IL-1), интерлейкин (IL-6) [25]. Одной из предпосылок развития атеросклероза и атеротромбоза является дисфункция эндотелия (ДЭ), участвующий в звеньях гомеостаза. Патогенетическая роль ДЭ доказана при артериальной гипертензии (АГ), сахарном диабете (СД), ИБС, ОИМ [1,4,30,34]. Однако у больных РПС она не изучалась.

Вследствие высокого риска развития острой СН(ОСН), жизнеугрожающих аритмий, большинство авторов считают, что РПС имеет важ-

ное прогностическое значение и позволяет разделить больных, перенесших ОИМ, на 2 группы: с высоким и низким риском летальности в первый год послеинфаркта миокарда [1,6].

Таким образом, РПС относится к наиболее тяжелой форме НС, прежде всего в связи с недавно перенесенным ОИМ, морфологической основой которого является наличие свежих очагов некроза и, как следствие, острое нарушение сократительной способности миокарда, высокий риск развития ОСН, жизнеугрожающих аритмий, как отражение электрической нестабильности миокарда и высокой летальности в отдаленные сроки наблюдения [20].

Инвазивные исследования электрической функции миокарда не являются ни широко доступными, ни достаточно безопасными для больных ИБС, особенно в ранние сроки ОИМ, поэтому в качестве рутинных методов обследования предлагаются новые неинвазивные методики, такие как оценка вариабельности сердечного ритма, регистрация поздних потенциалов желудочков и определение длительности и дисперсии интервала Q-T [32, 33]. Исходя из вышеуказанного разработка применения оптимальных маркеров риска и прогнозирования течения РПС является актуальным.

Но, до конца не установлено, является ли ГУ частью механизма, ответственного за увеличение постинфарктной смертности, или же это просто маркер неблагоприятного прогноза [22,38]. Кроме того, окончательно неизвестно, какие факторы влияют на показатели ГУ при ОИМ, не вполне ясна их связь с другими предикторами, свидетельствующими о неблагоприятном прогнозе, в частности развитие РПС.

Таким образом, рассматривая РПС как осложнение ОИМ, представляется необходимым изучить изменение показателей МК, а также влияние данных маркеров на развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, перенесших ОИМ, но и оценка динамики этих маркеров на фоне ранней терапии у больных ОИМ, осложненного развитием РПС для оптимизации ведения данной категории больных.

Литература:

1. Амосова Е.Н., Амосова К.М., Чопяк В.В., Рокита А.И. Показатели системного иммунного воспаления у больных острым инфарктом миокарда, который затруднен ранней постинфарктной стенокардией // Укр.мед. часопис.- 2005. - V-VI. - С. 90-93.
2. Амосова Е.Н., Амосова К.М., Ракита А.И., Атаманенко А. Ранняя постинфарктная стенокардия: факторы риска и клиническое значение // Сердечно сосудистая хирургия. Ежегодник

- научных трудов ассоциации сердечно-сосудистых хирургов Украины. - 2004. - № 12. - С.197-199.
3. Андреева Е.О., Корякина Л.Б., Курильская Т.Е. и др. Дисфункция эндотелия у больных стенокардией напряжения II и III функционального класса // Клин. лаб. диагностика. - 2008. - № 10. - С. 15-17.
4. Арутюнов Г.П., Розанов А.В. Неосложненный острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Современные стандарты диагностики и лечения // Сердце: Журн. для практ. врачей. - 2005. - Т. 4, № 2 (20). - С. 60-80.
5. Белая О.Л., Калмыкова В.И., Иванова Л.А., Кочерина Л.Г. Опыт применения коэнзима Q₁₀ в комплексной терапии ишемической болезни сердца с дислипидемией // Клин. мед. - 2006. - № 5. - С. 59-62.
6. Волкова Э.Г., Малыхина О.П., Левашов С.Ю. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда (исследование, случай - контроль) // Кардиология. - 2007. - № 7. - С. 26-28.
7. Голиков П.П., Николаева Н.Ю., Гавриленко И.А. Оксид азота и перекисное окисление липидов как факторы эндогенной интоксикации при неотложных состояниях // Пат. физиол. - 2000. - № 2. - С. 6-9.
8. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (рекомендация ВНОК) // Приложение к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика". - М., 2004. - С. 21-22.
9. Докина Е.Д., Барина И.С., Кукушкин А.Л. и др. Факторы риска и распространенность субклинических форм сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста // Клин. мед. - 2009. - № 1. - С. 21-24.
10. Моисеев В.С., Терещенко С.Н., Павликова Е.П., Явелов И.С. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности // Клин. фармакол. и тер. - 2005. - № 14 (4). - С. 12-24.
11. Зяблов Ю.И., Округин С.А., Орлова С.Д. Возникновение, течение и ближайший исход острого инфаркта миокарда у мужчин и женщин // Клиническая медицина, 2001, №11
12. Клиническая кардиология. Под редакцией Р.К. Шланта, Р.В. Александра: пер. с англ. М.: Бином и СПб.: Невский диалект, 2000. - 576 с.
13. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Караулова Ю.Л. Мочевая кислота - маркер и/или новый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений // Рус. мед. журн. (Сер. Кардиол.). - 2002. - № 10. - С. 431-436.
14. Кобалава Ж.Д. Клиническое и фармакодинамическое обоснование выбора антигипертензивных препаратов у больных эссенциальной гипертонией с сопутствующими факторами риска. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва-1997, стр.181,216,280, 292.
15. Кохан Е.П., Немытин Ю.В., Пайвин А.А. Нестабильная стенокардия. Москва, 2000. С.3-125.
16. Кубенский Г.Е., Ардашев В.Н., Чернов С.А. и др. Параметры клеточного иммунитета у больных острым коронарным синдромом // Клин. Мед. 2006. - № 2. - С. 32-35.
17. Ланкин В.З., Тихазе А.К., Коновалова Г.Г. и др. Экспериментальная и клиническая оценка антиоксидантной эффективности многокомпонентного антиоксидантного препарата // Тер. арх. - 2004. - № 8. - С. 10-15.
18. Манухина Е.Б., Дауни Х.Ф., Маллет Р.Т., Малышев И.Ю. Защитные и повреждающие действия эффекты периодической гипоксии: роль оксида азота // Вестн. РАМН. - 2007. - № 2. - С. 25-33.
19. Манухина Е.Б., Малышев И.Ю., Архипенко Ю.В. Оксид азота в сердечно-сосудистой системе: роль в адаптационной защите // Вест. РАМН. -2000. - №4. - С. 16-21.
20. Округин С.А., Зеблов Ю.И., Гурченко А.Г., Тарганеева А.А. Влияние различных факторов на отдаленные исходы нестабильной стенокардии // Клин. мед. - 2007. - № 9. - С. 49-51.
21. Павликова Е.П., Терещенко С.Н., Караваева И.П., Моисеев В.С. Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста: ближайший и отдаленный прогноз. // Кардиология. 2002.-№4.-С. 14-18.
- Ташкенбаева Э.Н. Лечение больных ранней постинфарктной стенокардией // Медицинской журнал Узбекистана.-Ташкент, 2007,-№1-С. 112-115.