

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра внутренних болезней №1

**Острый коронарный синдром в практике 1
кардиологического отделения КГБУЗ КМКБ 20**

Научный руководитель: д.м.н., доцент Аксютин Н.В.
Выполнил: клинический ординатор по специальности кардиология,
Мордовский В.С.

Красноярск 2018 г.

План

1. Введение.....	3
2. Анализ работы 1 кардиологического отделения КГБУЗ КМКБ 20.....	4
3. Инфаркт миокарда.....	6
4. Анализ летальности при инфаркте миокарда по данным 1 кардиологического отделения КГБУЗ КМКБ 20.....	10
5. Стабильная стенокардия.....	11
6. Нестабильная стенокардия.....	13
7. Список литературы.....	15

1. Введение

КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» одна из самых крупных лечебных учреждений города и края на 995 коек. Больница основана в 1958 году, занимает площадь 13 га, расположена в 16 лечебных и административно-хозяйственных корпусах. В стационаре развернуто 44 клинических и параклинических отделения. Населению города и края оказывается плановая и экстренная квалифицированная медицинская помощь по профилям: детской и взрослой хирургии, педиатрии, терапии, кардиологии, проводится родовспоможение женщинам с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией. Ежегодно обслуживается более 30 тысяч пациентов, проводится около 10 тысяч операций. На высоком уровне в больнице осуществляется широкий спектр лабораторно-диагностических исследований. В больнице функционируют вспомогательные отделения: рентгенологической и радиоизотопной диагностики, эндоскопическое и отделение функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение. Представлена патологоанатомическая службы. С 2013 г. функционирует ангиографический кабинет, где проводятся рентгенхирургические методы лечения ОКС и ИБС в целом. Больница является клинической базой для 10 кафедр КрасГМУ и базой для практического обучения студентов.

Пациентам оказывается: 1) стационарная помощь (кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, неврология, ревматология, общая хирургия, торакальная хирургия, оториноларингология, проктология, для беременных и рожениц, патология беременности, общая педиатрия, пульмонология детская, нефрология детская, патология новорожденных (неонатология), кардиология детская, гастроэнтерология детская, патология раннего детства, эндокринология детская, хирургия детская, травматология детская, ортопедия детская, торакальная хирургия детская, урология детская, нейрохирургия детская, инфекция детская, оториноларингология детская);

2) стационарно-замещающая помощь (кардиология, педиатрия общая, ревматология, хирургия, гастроэнтерология).

Терапевтическая служба представлена тремя кардиологическими отделениями на 205 коек, отделениями пульмонологии и гастроэнтерологии по 60 коек, отделением неврологии, отделением реанимации на 10 коек и 10 коек в составе приемного отделения для взрослых.

Круглосуточная кардиологическая служба представлена тремя кардиологическими отделениями: I кардиологическое отделение (на 70 коек), II и III кардиологическое отделение (по 65 коек). С февраля 2000 года при КМКБ №20 им. И.С.Берзона было открыто диспансерное отделение Городского кардиологического центра, которое оказывает квалифицированную лечебно-диагностическую и консультативную помощь пациентам, страдающим сердечно – сосудистыми заболеваниями (ИБС, артериальной гипертонией, нарушениями сердечного ритма и др.). Городской кардиодиспансер проводит также мероприятия по раннему выявлению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, реабилитационные мероприятия.

Результат стационарного лечение кардиологических больных становится более эффективным при своевременной постановке диагноза и назначении адекватного лечения. Поэтому при ведении кардиологических больных важным этапом является своевременное проведение методов диагностики. Приходится работать в тандеме с отделением функциональной диагностики, с эндоскопическим отделением, рентгенологическим отделениями, радиоизотопной, клинической и иммунологической лабораториями, а также с реанимационным отделением кардиологии, которые работают в круглосуточном режиме.

Всем кардиологическим пациентам проводится ЭКГ-диагностика, ЭхоКГ. Широко используется ВЭМ (велозергометрия). Данный метод дает возможность выявить и оценить

степень коронарной недостаточности у больных ИБС, определить наличие гипертензионного синдрома, нарушения ритма и проводимости, оценить миокардиальный резерв и толерантность к физической нагрузке. Кроме того, пациентам проводится ЧПСЛП (чреспищеводная стимуляция левого предсердия). Метод более информативный при обследовании на наличие ИБС (с данной целью применяется при наличии противопоказаний для проведения ВЭМ). Также ЧПСЛП является одним из методов диагностики синдрома слабости синусового узла, наличия патологии атриовентрикулярного соединения, скрытых нарушений ритма (наличие синдрома WPW). ЧПСЛП может сочетаться с фармакологическими тестами, для определения эффективности подбора антиаритмического препарата. Помимо диагностической цели, ЧПСЛП используется для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии и трепетания предсердий. Достаточно часто пациентам проводится Холтеровское ЭКГ-мониторирование, суточное мониторирование АД (СМАД).

Для дифференциальной диагностики симптоматических артериальных гипертензий широко используются ультразвуковые методы обследования почек и надпочечников, радиоизотопные методы (ренография, статическая и динамическая сцинтиграфия почек), компьютерная томография, доплеровское исследование сосудов, реоэнцефалография; из лабораторных методов – определение уровня электролитов, 17-КС и ОКС мочи, уровень катехоламинов и тиреоидных гормонов определяется в лабораториях ККБ №1 и КрасГМУ. В стационаре проводится радиоизотопные исследования щитовидной железы, что может быть ценным для уточнения диагноза и характера дальнейшей терапии артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца.

Кардиологические отделения поддерживает тесную связь с другими стационарами города. В ГБСМП переводятся больные с тяжелой нефрологической, урологической, эндокринной патологией. Пациенты, нуждающиеся в экстренной ЭКС, переводятся в ККБ №1. Пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда, а также те, кому проведена ангиопластика и стентирование коронарных артерий, после выписки из стационара для дальнейшей реабилитации направляются в санаторий «Енисей» или «Красноярское Загорье».

Кардиологические отделения КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С.Берзона» являются базой двух кафедр КрасГМУ: кафедра терапии ИПО и кафедра внутренних болезней №1, доцентом которой я и являюсь. Профессорско-преподавательский состав кафедр привлечен к лечебной деятельности, активно участвует в процессах диагностики, терапии и разборе неясных клинических случаев. Каждый сотрудник кафедры является консультантом в прикрепленном отделении. Многочисленно осуществляются консультации пациентов с кардиологической патологией в отделении торакальной хирургии и в пульмонологическом отделении.

2. Анализ работы 1 кардиологического отделения КГБУЗ КМКБ 20

Основной задачей 1 кардиологического отделения является лечение больных с острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией и сложными нарушениями ритма сердца и проводимости. В отделении развернуто 70 коек, из них 6 коек в палате интенсивной терапии, оснащенной необходимой аппаратурой для динамического наблюдения за больными и проведения реанимационных мероприятий (дефибриллятор, мешок Амбу, электрокардиографы, бактерицидные лампы, весы, ростомер, набор инструментов для плевральной пункции, набор медикаментов для проведения противошоковых и реанимационных мероприятий).

В отделение больные поступают в плановом и в экстренном порядке из отделения реанимации и интенсивной терапии (67,3%) и из приемного покоя кардиологического центра (32,7%).

Больные, переведенные из отделения реанимации и нуждающиеся в продолжении интенсивной терапии и постоянном наблюдении, размещаются в палате интенсивной терапии.

Анализ госпитализированных больных в I кардиологическом отделении по нозологиям приведен в таблице 1.

Таблица № 1

Анализ госпитализированных больных

Нозология	Годы		
	2015	2016	2017
Инфаркт миокарда	641 (39,3%)	593 (35,9%)	597 (26,3%)
Цереброваскулярные заболевания	1 (0,06%)	0	1 (0,04%)
Хронические формы ИБС	26 (1,5%)	37 (2,24%)	100 (4,4%)
Стенокардия	856 (52,6%)	853 (51,6%)	1338 (59%)
Гипертоническая болезнь	98 (6,0%)	149 (9,0%)	197 (8,7%)
Хроническая ревматическая болезнь сердца	0	10 (0,6%)	9 (0,39%)
Другие заболевания сердца	0	7 (0,4%)	10 (0,4%)
Непрофильные заболевания	5 (0,3%)	7 (0,4%)	13 (0,57 %)
Всего	1627	1651	2265

Профильность составила – 99,9%. Экстренных больных госпитализировано – 71,3% (1638 человек), плановых – 28,6%, т.е. продолжает оставаться высоким процент госпитализации экстренных кардиологических больных, хотя количество плановых больных увеличилось за счет пациентов, поступивших для проведения диагностической коронарографии.

Контингент больных ежегодно остается тяжелым: у 80% больных заболевание протекало на фоне сердечной недостаточности; у 14% больных в анамнезе один или несколько инфарктов; у 5,4% аневризма сердца; у 49,2% течение осложнилось экстрасистолией; у 21,9% постинфарктной стенокардией; у 73% другими нарушениями ритма; у 22% сахарным диабетом.

Увеличивается количество пациентов с гипертонической болезнью, в наше отделение большая часть из них поступает по экстренной помощи с входным диагнозом ОКС, который снимается в ходе обследования.

В группе пациентов с хроническими формами ИБС преобладают больные с экстрасистолией и застойной сердечной недостаточностью на фоне постинфарктного кардиосклероза. Следует понимать, что остальные малочисленные нозологические формы, представленные в таблице, как правило, формируются из пациентов, исходно поступивших в отделение с диагнозом ОКС, который в последующем был снят.

ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Термин "инфаркт миокарда" отражает гибель кардиомиоцитов в результате длительной ишемии. В соответствии с международными согласительными документами [17], инфаркт миокарда диагностируется, если имеется клиническая картина острого коронарного синдрома и определяется повышение и/или снижение уровня биохимических маркеров некроза миокарда (предпочтительно сердечного тропонина) при условии, что хотя бы одно измерение превысит 99-й перцентиль верхней границы нормы в сочетании хотя бы с одним из перечисленных ниже признаков:

- симптомы ишемии;
- новые или предположительно новые значительные изменения *ST-T* или вновь развившаяся блокада левой ножки пучка Гиса;
- появление патологических зубцов *Q* на ЭКГ;
- признаки потери жизнеспособного миокарда, выявленные с помощью визуализирующих методов, или новые нарушения локальной сократительной функции левого желудочка, которые не регистрировались ранее;
- обнаружение коронарного тромбоза при коронарной ангиографии или на аутопсии.

Для того чтобы поставить диагноз "инфаркт миокарда", необходимо определение динамики биомаркеров некроза миокарда. Нет повышения уровня биомаркеров некроза миокарда - нет диагноза инфаркта миокарда. Однако только лишь регистрация хотя бы однократно повышенного уровня биомаркеров некроза миокарда выше верхней границы нормы не дает основания постановки этого диагноза. Необходим еще хотя бы один симптом из перечисленных выше, из которых наиболее часто регистрируются клинические симптомы ишемии, выявляется патологический зубец *Q* на ЭКГ. Выделяют понятия "Q-инфаркт миокарда" и "не Q-инфаркт миокарда". Такое деление зависит от того, привела ли имеющаяся ишемия к образованию новых патологических зубцов *Q* на ЭКГ или нет.

Клиническая картина у пациента возникает интенсивная загрудинная боль, как правило, давящего, сжимающего, жгучего характера, с иррадиацией в левую руку, лопатку, возможно, в шею, нижнюю челюсть, может сопровождаться страхом смерти, беспокойством, холодным потом. Продолжается 20 мин или более. Это клиническая картина типичного ангинозного - самого частого - клинического варианта инфаркта миокарда. Боль полностью не купируется нитратами, ведь в ее основе лежит атеротромбоз, и снятие спазма коронарных артерий неэффективно. Болевой синдром может иметь "волнообразный" характер, немного уменьшаясь, а затем вновь усиливаясь. Существуют и другие клинические варианты инфаркта миокарда. При астматическом варианте ведущими будут проявления острой левожелудочковой недостаточности - сердечной астмы или отека легких, а боли в грудной клетке могут либо отсутствовать, либо быть неинтенсивными. Встречается чаще у пожилых пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Гастралгический (абдоминальный) вариант инфаркта миокарда проявляется болями в эпигастрии, может сопровождаться тошнотой, рвотой, вздутием живота. При объективном обследовании может даже регистрироваться напряжение мышц передней брюшной стенки, что иногда вынуждает проводить лапаротомию. Именно поэтому нужно помнить о том, что всем пациентам с подозрением на "острый живот" необходимо регистрировать ЭКГ.

Аритмический вариант характеризуется различными нарушениями ритма, например фибрилляцией предсердий, наджелудочковой, желудочковой тахикардией. Могут регистрироваться также атриовентрикулярные и синоаурикулярные блокады. Болевой синдром может отсутствовать или быть невыраженным. Поэтому, если тахи- или

брадиаритмия возникают впервые, особенно у лиц с факторами риска ишемической болезни сердца, необходим анализ биомаркёров некроза миокарда для исключения инфаркта миокарда.

Цереброваскулярный вариант проявляется мозговыми симптомами различного характера: обмороками, головокружением, очаговой неврологической симптоматикой. Ишемия мозга развивается вследствие снижения сократимости миокарда. Симптомы могут быть как обратимыми, так и стойкими.

Малосимптомная (безболевая) форма инфаркта миокарда встречается не так уж и редко. В этом случае признаки перенесенного инфаркта миокарда будут случайной находкой на ЭКГ или при проведении аутопсии, а тщательный сбор анамнеза не позволяет выявить эпизод ангинозных болей.

В таблице №2 представлен удельный вес основных осложнений инфаркта миокарда. Как видно из таблицы, среди всех осложнений инфаркта миокарда большая доля приходится на сердечную недостаточность (82%).

Различные нарушения ритма составляют вторую по частоте встречаемости группу осложнений инфаркта миокарда. Их количество, в острейшую фазу ИМ на догоспитальном этапе, этапе ревазуляризации КА (проведения ТЛТ, ЧТКА и стентирования КА) будет сохраняться на одном и том же уровне, поскольку это обусловлено патогенетическими механизмами их возникновения. А вот на госпитальном этапе обращает на себя внимание уменьшение частоты встречаемости пароксизмов мерцательной аритмии. Это связано с ранним назначением БАБ, применением антиаритмических препаратов, таких как, антиаритмик III класса – Амиодарон. Он является наиболее эффективным для профилактики практически всех аритмий и наиболее безопасным в плане проаритмических осложнений. Кроме того, применение Амиодарона снижает риск внезапной смерти, у коронарных больных на 40-60%. Снижению числа аритмий послужило и назначение кардиоселективных β -адреноблокаторов, что позволило значительно увеличить процент их назначения у категории больных, имеющих сопутствующие заболевания: сахарный диабет, атеросклероз сосудов нижних конечностей и головного мозга, обструктивные заболевания органов дыхания и другие. Кроме того, некоторые β -адреноблокаторы, обладая свойством липофильности, способны проникать через гематоэнцефалический барьер и, поэтому, обладают антифибрилляторным эффектом. Их применение снижает риск внезапной смерти на 38%.

Таблица №2

Осложнения инфаркта миокарда

Осложнения инфаркта миокарда	Годы		
	2015	2016	2017
	По отделе-нию	По отделе-нию	По отделе-нию
Рецидив инфаркта миокарда	22 (5,4%)	20 (3,3%)	17 (2,8%)
Перикардит	7 (1,9%)	3 (0,5%)	3 (0,5%)
Экстрасистолия	264 (41,1%)	236 (39,7%)	233 (39%)

Сердечная недостаточность	549 (85,6%)	499 (84,1%)	489 (82%)
Отек легких	71 (11%)	48 (8,1%)	46 (7,7%)
Постинфарктная стенокардия	205 (31,9%)	186 (31,3%)	186 (31,1%)
Аневризма	56 (8,7%)	34 (5,7%)	42 (7,0)
ТЭЛА	2 (0,3%)	1 (0,1%)	1 (0,16%)
Кардиогенный шок	1 (0,1%)	7 (1,1%)	8 (1,3%)
СА- блокада II ст.	2 (0,3%)	8 (1,3%)	3 (0,5%)
Тромбэндокардит	6 (0,9%)	13 (2,2%)	13 (2,1%)
AV - бл. II-III ст.	13 (2,0%)	5 (0,8%)	6 (1,0%)
Фибрилляция желудочков	2 (0,3%)	1 (0,1%)	4 (0,6%)
Желудочковая тахикардия	4 (0,6%)	7 (1,2%)	2 (1,6%)
Суправентрикулярная тахикардия	4 (0,6%)	16 (2,6%)	2 (1,6%)
Синдром Дресслера	1 (0,1%)	3 (0,5)	0
Острое или перенесенное ОНМК	93 (14,5%)	57 (9,6%)	9 (7,5%)
Постинфарктный кардиосклероз	225 (35,1%)	186 (31,3%)	35 (29,1%)

Удельный вес постинфарктной стенокардии остается приблизительно одинаковым (31%), так как практически все инфаркты миокарда без зубца Q осложняются постинфарктной стенокардией в той или иной степени тяжести и, как правило, именно эти инфаркты миокарда чаще рецидивируют.

В настоящее время всем пациентам с диагнозом: ИБС. ОКС с PIST и ОКС без PIST (высокий риск по шкале GRACE) - проводится в экстренном порядке коронарография и решается вопрос о реваскуляризации миокарда (проводится ангиопластика и стентирование) в условиях КМКБ №20. Пациентам со средним и низким риском по шкале GRACE и при стабильном их состоянии КАГ проводится в плановом порядке.

При выявлении на КАГ многососудистого поражения, требующего кардиохирургического лечения больные в условиях 1 ко консультируются кардиохирургом, проводится необходимое дообследование, и при наличии показаний – экстренно переводятся в ККБ №1 или ФЦ ССХ для проведения АКШ.

Частота рецидивов инфаркта миокарда уменьшилась, что напрямую обусловлено проведением экстренной КАГ и соответственно реваскуляризацией миокарда в первые часы стационарного лечения. Количество больных с повторными инфарктами миокарда (постинфарктным кардиосклерозом) снизилось.

Известно, что такие заболевания как гипертоническая болезнь и сахарный диабет являются фоновыми для развития ИБС. Их частота встречаемости при инфаркте миокарда представлена таблице 3.

Таблица №3

Частота встречаемости ГБ и СД при инфаркте миокарда

Нозология	Годы		
	2015	2016	2017
Гипертоническая болезнь	91,2 %	88,3 %	90,1 %
Сахарный диабет	22%	23 %	24 %

Следует отметить рост числа впервые выявленного сахарного диабета в последние годы. Практически каждый шестой пациент с инфарктом миокарда страдает сахарным диабетом.

Распределение больных с инфарктом миокарда по возрасту представлено в таблице №4.

Таблица №4

Распределение больных с инфарктом миокарда по возрасту

Возраст	Годы		
	2015	2016	2017
20 - 29	0 (0)	1 - 0,16% (0)	0 (0)
30 - 39	12 - 1,8% (2 - 1,2%)	1 - 0,16% (0)	3 - 0,57% (1 - 0,66%)
40 - 49	31 - 4,8% (6 - 3,6%)	34 - 5,7% (7 - 0,42%)	32 - 5,3% (7 - 4,2%)
50 - 59	119 - 18,5% (40 - 34,3%)	93 - 15,6% (23 - 13,6%)	113 - 18,9% (27 - 16,3%)
60 - 69	130 - 20,2% (26 - 22,5%)	144 - 24,2% (38 - 22,0%)	145 - 24,2% (39 - 23,5%)
70 и старше	349 - 54,4% (89 - 54,2%)	290 - 48,9% (100 - 60,9%)	304 - 50,9% (91 - 54,8%)

Анализируя данные таблицы № 4, можно сделать следующий вывод: с увеличением возраста возрастает и частота встречаемости инфаркта миокарда, что является вполне логичным и объяснимым. Это может объясняться увеличением факторов риска ССЗ (увеличением числа курящего населения, страдающего избыточным весом, ведущего малоподвижный образ жизни, злоупотребляющего пищей с избыточным содержанием животных жиров и поваренной соли, ростом заболеваемости артериальной гипертензией).

В таблице №5 представлено распределение инфаркта миокарда по локализации.

Таблица №5

Распределение инфаркта миокарда по локализации

Локализация инфаркта миокарда	Годы		
	2015	2016	2017

Передне-перегородочный	299 - 46,6% (60 - 36,5%)	263 - 47,7% (52 - 30,9%)	279 - 46,7% (99 - 59,6%)
Нижний и задне-базальный	238 - 37,1% (48 - 29,2%)	214 - 37,7% (92 - 54,7%)	204 - 39,2% (59 - 35,5%)
Циркулярный	61 - 9,5% (22 - 13,4%)	38 - 6,4% (14 - 8,3%)	33 - 5,8% (7 - 4,2%)
Боковой	43 - 6,7% (14 - 8,5%)	48 - 8,1% (10 - 5,9%)	4 - 8,2% (1 - 0,6%)
Всего	641 (164)	563 (168)	520 (166)

Из представленных в таблице №5 данных видно, что чаще остальных встречаются передне-перегородочный, чуть реже – нижний и задне-базальный инфаркты миокарда. Реже остальных встречается боковой инфаркт миокарда.

По глубине поражения миокарда преобладают Q-инфаркт миокарда. Это можно объяснить зачастую несвоевременной диагностикой и поздним обращением больного на амбулаторном этапе.

Соотношение мужчин и женщин при инфаркте миокарда: 2015г. – 0,9:1; 2016г. - 0,6:1; 2017г. – 1,2:1.

Средний койко-день при инфаркте миокарда составил по отделению: 2015г. – 18,2; 2016г. – 18,9; 2017г. – 14,9. Снижение среднего койко-дня в 2015 г. обусловлено 2-х дневным МЭСом (проведение диагностических КАГ), а также снижением к/дней при ОКС со стентированием (8-ми, 10-ти, 12-ти и 18-ти дневные МЭСы). То есть возможность проведения ангиографии с последующей ангиопластикой или стентированием, также способствует снижению койко-дня (ранее в отсутствие этой методики больные с рецидивирующим течением инфаркта миокарда и с тяжелой постинфарктной стенокардией могли находиться в стационаре до 30 и больше дней).

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ 1 КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КГБУЗ КМКБ 20

Летальность по отделению за последние три года составила: 2015г. – 16 (2,2%); 2016г. – 14 (2,4%); 2017г. – 16 (2,5%) больных.

Общая летальность (вместе с отделением реанимации) при инфаркте миокарда составляет в 2015 г. – 10,6%; 2016 г. – 11,8%; 2017г. – 15,1%.

Непосредственные причины смерти при инфаркте миокарда: сердечная недостаточность – 18,7%; отек легких – 31,2%; фибрилляция желудочков – 6,2%; кардиогенный шок – 6,2%; асистолия – 37,5%.

Распределение по возрасту и полу умерших больных с инфарктом миокарда представлено в таблице 6.

Таблица №6

Распределение по возрасту и полу умерших больных с инфарктом миокарда

Возраст	40 - 49 лет			50 - 59 лет			60 - 69 лет			70 и старше		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Годы												
Муж	0	0	0	0	0	1	2	3(1)	0	7(3)	5(2)	9(1)
Жен	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7(1)	6	6(3)
Всего	0	0	0	0	0	1	2	3(1)	0	14(4)	11(2)	15(4)

Непосредственные причины смерти при инфаркте миокарда и частота их встречаемости представлены в таблице №7.

Таблица №7

Причины смерти при инфаркте миокарда

	2015г.	2016г.	2017г.
ХСН	8-50% (1-25%)	6 -42,8% (1-33,3%)	8-50% (3-75%)
Отек легких	2 -12,5% (0)	2 -14,2% (0)	1-6,2% (0)
ТЭЛА	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ОНМК	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Фибрилляция желудочков	2- 12,5% (0)	1-7,1% (1-33,3%)	1-6,2% (0)
Разрыв миокарда	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Кардиогенный шок	0 (0)	2 – 14,2% (1-33,3%)	1-6,2% (0)
Асистолия	4-25% (3-75%)	3- 21,4% (0)	5- 31,2% (1-25%)
А-V блокада III ст.	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Основными причинами смерти при инфаркте миокарда, как видно в таблице №7 являются: сердечная недостаточность (42,8-50%), асистолия (25-31%), отек легких (12,5-14,2%) и кардиогенный шок.

В основном все умершие пациенты находились в возрастной группе старше 60 лет. Как известно, для больных старшего возраста характерна высокая летальность от инфаркта миокарда.

СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ.

Стабильная ишемическая болезнь сердца в целом характеризуется эпизодами обратимого несоответствия между потребностями миокарда и их обеспечением, в связи с ишемией или гипоксией, которые обычно индуцируются физической нагрузкой, эмоциональным или иным стрессом, а также воспроизводятся, хотя могут возникать и спонтанно. Такие эпизоды ишемии/гипоксии часто сопровождаются преходящим дискомфортом в грудной клетке (стенокардия). К стабильной ИБС также относят фазы стабильного, бессимптомного состояния после ОКС.

Ишемия и гипоксия миокарда при СИБС возникают в результате преходящего дисбаланса между доставкой крови и метаболическими потребностями сердца. Последствия ишемии возникают в предсказуемой временной последовательности, которая включает:

1) повышение концентраций H^+ и K^+ в венозной крови, оттекающей от ишемизированной территории;

- 2) появление желудочковой диастолической, а затем систолической дисфункции с региональными нарушениями движения стенок миокарда;
- 3) появление изменений комплекса ST-T на ЭКГ;
- 4) боль в сердце ишемического генеза (стенокардия)

Эта последовательность объясняет, почему методы визуализации, основанные на оценке перфузии, метаболизма или движения стенок миокарда, более чувствительны, чем ЭКГ или симптомы, в обнаружении ишемии.

Пролечено больных со стенокардией по отделению в 2015 г. – 856 (52,6%); в 2016 г. – 853 (51,6%); в 2017 г. – 1338 (59%). Увеличение количества больных со стенокардией обусловлено поступлением пациентов на диагностическую КАГ.

Средний койко-день при стенокардии составил: в 2015 г. – 14,2 день, в 2016 г. -14,1 день, в 2017 г. – 10 дней. Снижение койко-дня в последний год связано с изменением сроков пребывания по новым медико-экономическим стандартам и в связи с диагностическими 2-х дневными больными на КАГ.

Среди всех больных со стенокардией мужчины более пяти лет назад составляли около 66%, а женщины – 33%, а в настоящее время их соотношение практически выровнялось: мужчины-47,4%; женщины-52,6%.

Распределение больных по возрасту представлено в таблице № 8. Причем в двух нижеследующих таблицах представлены сведения за один 2017 год, поскольку частота встречаемости в возрастных и социальных группах примерно одинакова за последние годы.

Таблица №8

Распределение больных стенокардией по возрасту

Возраст	Частота встречаемости
30 - 39 лет	9 (1) - 3% (1,1%)
40 - 49 лет	59 (10) - 0,67% (3,7%)
50 - 59 лет	243 (47) – 18,6% (17,5%)
60 - 69 лет	428 (87) – 31,9% (32,5%)
70 и старше	599 (121) - 44,7% (45,1%)

Возрастная группа, наиболее подверженная коронарному атеросклерозу - от 50 до 70 лет и старше. Среди социальных групп, наиболее многочисленная - это пенсионеры (соответствует возрастной группе, наиболее подверженной атеросклерозу).

Распределение пациентов по социальным группам приведено в таблице №11. Представлены данные за 2015 год, так как частота встречаемости примерно одинакова из года в год.

Таблица №9

Распределение пациентов по социальным группам

Социальные группы	Частота встречаемости
Рабочие	140 -10,4% (28 - 10,4%)
Служащие	100 - 7,4% (20 - 7,9%)
Пенсионеры	1056 - 78,9% (211 - 78,7%)
УВОВ и ИВОВ	21 - 1,5 % (4 - 1,4%)
Инвалиды	175 - 13% (35 - 51,4%)

Неработающие	39 - 2,9%	(7 - 2,6%)
--------------	-----------	-------------

Как видно из таблицы, наибольший процент среди больных ИБС составляют пенсионеры и инвалиды.

Распределение стабильной стенокардии по функциональным классам представлено в таблице №10.

Таблица №10

Распределение стабильной стенокардии по функциональным классам

Функциональные классы стенокардии	Годы		
	2015	2016	2017
I ф.кл.	0	0 (4 - 0,2% (0)
II ф.кл.	8 - 0,9%	31 - 3,9%	243 (18,1%)
III ф.кл.	70 - 7,8%	47 - 5,9% (9 - 5,7%)	291 - 21,7% (58 - 21,6)
IV ф.кл.	11 - 1,2%	10 - 1,2%	14 - 1,0%

Большую часть составляет стенокардия III ф.кл., а меньшее количество пациентов с IV ф.кл. Это вовсе не указывает на действительно меньшую ее встречаемость, а в большей степени, свидетельствует о том, как трудно провести диагностическую грань между ней и нестабильной стенокардией.

Тяжесть больных стенокардией усугубляется: 57,2%- перенесли один или несколько инфарктов миокарда; 86,1%-течение стенокардии осложнилось сердечной недостаточностью; 96,2%-течение стенокардии на фоне гипертонической болезни; 77,6%-течение стенокардии осложнилось тем или иным нарушением ритма.

Средний койко-день в 2015г. - 10. (в 2015г.-14,8; в 2016г.-14,1). Летальных исходов не было.

Стентирование проведено у 297 больных (22,19%). Аортокоронарное шунтирование в анамнезе у 46 больных.

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ.

Нестабильная стенокардия (НС) -это тяжелый период обострения ИБС, угрожающий развитием ИМ или ВС. По клиническим проявлениям и прогностическому значению она занимает промежуточное положение между стабильной стенокардией напряжения и острым инфарктом миокарда. Ранее использовались такие её определения, как: «прединфарктное состояние», «угрожающий инфаркт миокарда», «прединфарктная стенокардия», «продромальный синдром». Thegoix (1995) рекомендует относить к НС следующие клинические формы заболевания: прогрессирующая стенокардия (ПСК); впервые возникшая стенокардия напряжения и покоя; ранняя постинфарктная стенокардия; стенокардия после ангиопластики; стенокардия, развивающаяся после аорто-коронарного шунтирования; стенокардия Принцметала.

Удельный вес пациентов с нестабильной стенокардией среди пациентов со всеми видами стенокардии по отделению составил: в 2015 г. -767 человек (что составило 89%), в 2016 г. - 765 человек (89,6%), в 2017 г. - 786 человек (58,7%).

Таким образом, в отделение госпитализируются преимущественно больные с нестабильной стенокардией и тяжелыми функциональными классами стабильной стенокардии.

Кроме того, тяжесть состояния, у этих больных, усугубляется тем, что большинство из них перенесли инфаркт миокарда, осложнившийся сердечной недостаточностью, различными нарушениями ритма и проводимости.

Например, по данным за 2015 год: 767 больных стенокардией перенесли в прошлом один или несколько инфарктов миокарда, что составило – 57,2%; у 1153 больных имела место сердечная недостаточность, что составило 86,1%; у 1289 больных стенокардия протекала на фоне гипертонической болезни, что составило 96,2%; у 1040 больных имело место нарушение ритма (у 77,6%).

У больных с мерцательной аритмией не всегда удается восстановить синусовый ритм. В таких случаях ритм урежается до нормоформы, купируются проявления ХСН, достигается терапевтический диапазон МНО (в случае приема Варфарина), либо пациенту назначается современные непрямые оральные антикоагулянты (Дабигатран, Ривароксабан, Апиксобан), не требующие контроля МНО. Больной выписывается с рекомендациями, и в случае отсутствия противопоказаний решается вопрос подготовке больного к очередной плановой госпитализации для активного восстановления синусового ритма.

Ранее уже говорилось, что около 90% пациентов, находящихся на лечении в I кардиологическом отделении, имеют фоновое заболевание - артериальную гипертонию. При этом пациентам требуется тщательный подбор гипотензивной терапии.

Кроме того, поскольку доминирующее число пациентов старше 60 лет, то большинство из них имеет по два и более сопутствующих заболевания, что так же требует подбора терапии не только основного заболевания, но и сопутствующего. Чаще всего это дегенеративные заболевания позвоночника и суставов, заболевания желудочно-кишечного тракта, обструктивные заболевания дыхательных путей, у мужчин – аденома предстательной железы. Так же, высока частота хронической анемии, что значительно снижает эффективность антиишемической терапии.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы [Электронный ресурс] : клин. рекомендации / сост. М. Я. Руда, О. В. Аверков, С. П. Голицын [и др.]. - М. : б/и, 2013. - 152 с.
2. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
3. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, ВНОК, 2013 г.
4. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии, ВНОК, 2009 г.
5. Неотложные состояния в кардиологии [Электронный ресурс] : сб. метод. рекомендаций для преподавателя к практ. занятиям для специальности 060101.65 - Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. П. А. Шестерня, А. А. Чернова, Е. Ю. Пелипецкая ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 177 с.
6. Петерсон Л.С. Годовой отчет работы 1 кардиологического отделения КГБУЗ КМКБ 20//Красноярск.—2018 г.