

# Острые состояния в кардиологии: некоторые аспекты диагностики и лечения

По материалам Национального российского конгресса кардиологов, 6-8 октября, г. Москва

**Ведение кардиологических пациентов с острыми состояниями является на сегодня одной из наиболее активно обсуждаемых тем в кардиологии. Именно поэтому симпозиумы, прошедшие в рамках Национального российского конгресса кардиологов и посвященные диагностике и лечению тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) и острого коронарного синдрома (ОКС), привлекли наибольшее внимание участников форума.**



В ходе одного из симпозиумов доктор медицинских наук, профессор Игорь Семенов (Центр атеросклероза НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, г. Москва) представил доклад, в котором остановился на современных подходах к диагностике ТЭЛА.

– Диагностика ТЭЛА представляет непростую задачу для клинициста ввиду отсутствия патогномичных признаков. В число недостаточно надежных клинических признаков ТЭЛА входят одышка, боль за грудиной, потеря сознания. Даже признаки тромбоза глубоких вен (ТГВ) и определенные изменения на рентгенограмме являются только поводом для предположения с той или иной степенью вероятности наличия ТЭЛА. Один из самых характерных признаков ТЭЛА – «ампутация» (обрыв контрастирования) артерий – в реальной клинической практике выявляется только у 36% пациентов.

В связи с этим для облегчения установления диагноза ТЭЛА сегодня предложены и апробированы на практике два индекса – Wells и Geneva, учитывающие ряд клинических показателей, анамнез, наличие признаков венозного тромбоза, частоту сердечных сокращений и другие признаки. Эти индексы являются практически равнозначными; индекс Wells отличается наличием у него субъективного критерия, основанного на впечатлении врача, тогда как индекс Geneva базируется только на объективных показателях.

Важно понимать, что даже при наличии характерных клинических признаков ТЭЛА (шока, гипотонии) необходимо включать в схему обследования пациента дополнительные диагностические методы. Информативными способами обследования пациентов с подозрением на ТЭЛА являются биохимические методы диагностики, в частности определение уровня D-димера в крови. Для того чтобы эффективно пользоваться этим инструментом диагностики, очень важно понимать его возможности и ограничения для применения. Так, наряду с высокой чувствительностью этот метод обладает низкой специфичностью, поскольку повышение уровня D-димера наблюдается в ряде случаев при наличии ТЭЛА или ТГВ в анамнезе, злокачественных новообразований, у амбулаторных пациентов старше 80 лет, у пациентов нехирургических стационаров и практически у всех больных, недавно перенесших оперативные вмешательства. Это означает, что выявление высокого уровня D-димера следует расценивать как свидетельство наличия в организме процесса активного тромбообразования, при этом нельзя сделать однозначный вывод о локализации этого процесса и наличии ТЭЛА.

Таким образом, определение D-димера в крови (высокий уровень его всегда является поводом для предположения о наличии ТЭЛА) в большей мере подходит для высоковероятного исключения ТЭЛА у пациентов с низкой и средней степенью ее вероятности, чем для окончательного установления диагноза. В то же время у пациентов с высокой степенью вероятности наличия ТЭЛА (по клиническим данным) этот метод не может являться абсолютным критерием исключения диагноза. Следует также помнить, что чувствительность этого метода зависит от способа определения D-димера в крови (наиболее чувствительными являются количественные методы).

Неоспоримым доказательством и подтверждением диагноза ТЭЛА является выявление тромбов в легочной артерии. Самым надежным диагностическим методом в этом случае служит легочная ангиография, позволяющая оценить тяжесть поражения легочного русла и выраженность легочной гипертензии и, следовательно, выбрать адекватный метод лечения. Легочная ангиография используется при недостаточной информативности неинвазивного обследования либо при его явном несоответствии клиническим симптомам. Выявление ТЭЛА

с помощью этого метода является основанием для окончательного установления диагноза независимо от клинических подозрений. К сожалению, его применение в значительной степени ограничивается отсутствием широкой доступности ангиографических установок, поэтому легочная ангиография на сегодня остается эталонным методом лишь в сложных клинических случаях.

В связи с этим на первое место в широкой клинической практике выступают более доступные и достаточно надежные неинвазивные методы диагностики ТЭЛА, в частности многодетекторная спиральная компьютерная томография (КТ), проксимальная компрессионная ультрасонография, сцинтиграфия легких (оптимально – вентиляционно-перфузионное сканирование).

В настоящее время дискутируется целесообразность внедрения в широкую практику одновременного проведения КТ легких и нижних конечностей: чувствительность и специфичность данного метода очень высока, однако высокая радиационная нагрузка обуславливает сдержанное к нему отношение многих клиницистов.

Сегодня очень распространенным, хотя и недостаточно чувствительным методом, используемым с целью подтверждения или исключения ТЭЛА, является УЗИ сердца. Этот метод позволяет выявить косвенные



признаки легочной гипертензии, которые могут обнаруживаться и при других заболеваниях, или же подтвердить диагноз ТЭЛА при обнаружении тромба в правом отделе сердца или легочной артерии. УЗИ – абсолютно необходимый метод обследования в этой ситуации, так как с его помощью можно стратифицировать риск, выявить наиболее тяжелых больных с высокой степенью легочной гипертензии и выбрать для них правильную тактику лечения.

На сегодня эксперты Европейского общества кардиологов выработали алгоритм принятия решения о начале терапии при подозрении на ТЭЛА и наличии стойкой гипотензии и шока, согласно которому после проведения спиральной КТ (если она доступна) и подтверждения ТЭЛА следует начинать интенсивное лечение (тромболитис, хирургическое вмешательство или эмболэктомия). При недоступности спиральной КТ необходимо выполнить УЗИ сердца, при этом обнаружение признаков перегрузки правого желудочка также будет являться основанием для начала интенсивной терапии. При отсутствии УЗИ- и КТ-признаков ТЭЛА следует продолжать диагностический поиск с целью установления истинной причины развития гипотонии и шока.



Научный руководитель Республиканского центра атеросклероза, заведующий лабораторией клинической кардиологии НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор Николай Андреевич Грацианский в ходе симпозиума, посвященного ведению пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), представил доклад, в котором осветил вопросы целесообразности раннего и отсроченного инвазивного вмешательства у пациентов с ОКС без элевации сегмента ST.

– Современные европейские рекомендации по лечению ОКС без элевации сегмента ST представляют четкую схему, построенную на оценке риска тяжелых

осложнений (прежде всего, смерти и повторного ИМ в ближайшее время) у данной категории больных с помощью различных шкал. Одной из наиболее широко используемых является шкала GRACE, позволяющая осуществить быструю оценку степени риска смерти или ИМ за время госпитализации и в последующие 6 мес.

Шкала GRACE может применяться в очень широком диапазоне различных состояний, и исследования, посвященные проверке ее эффективности, подтверждают ее актуальность в настоящее время. При использовании этой шкалы следует учитывать ее особенность, выявленную, в частности, в ходе крупного канадского исследования, включившего 12 242 пациента с ОКС (B. Elbarouni et al., 2009): риск, оцениваемый с помощью GRACE, является несколько завышенным.

На основании результатов оценки риска решается вопрос о целесообразности ургентного (<120 мин) или раннего (<72 ч) инвазивного вмешательства у каждого конкретного больного.

Согласно европейским рекомендациям, ургентная инвазивная стратегия вмешательства показана в следующих случаях:

- при непрекращающейся или повторной стенокардии (с изменениями сегмента ST и зубца T или без них), устойчивой к антиангинальной терапии;
- при наличии клинических симптомов сердечной недостаточности или прогрессирующей гемодинамической нестабильности;
- при развитии жизнеугрожающих аритмий (желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков).

Показания к ранним инвазивным вмешательствам имеют высокие класс и уровень доказательности (IA), однако не все результаты исследований, посвященных оценке пользы такой стратегии, однозначно указывают на ее преимущества перед избирательной инвазивной стратегией.

Анализ отдаленных результатов исследования ICTUS (риск смерти на протяжении 4 лет и смерти или ИМ в течение 3 лет) показал, что наиболее неблагоприятные исходы наблюдаются у больных ОКС без элевации сегмента ST, у которых выполнено ангиографическое исследование, однако инвазивная процедура не осуществлена в связи с тяжестью поражения или состоянием, то есть из-за высокого риска операционных осложнений.

Очередным подтверждением того, что ранним инвазивным вмешательствам подвергаются пациенты с меньшим риском неблагоприятных событий, является анализ исходных характеристик больных ОКС, у которых применялась ранняя и поздняя стратегии проведения этих процедур, а также пациентов, у которых вообще не использовался данный вид лечения (M. Chan et al., 2009).

В недавнем исследовании TIMACS (Mehta et al., 2009) с высокой долей выполненных вмешательств (чрескожного коронарного вмешательства и аортокоронарного шунтирования) результаты осуществления ранней инвазивной стратегии у пациентов с ОКС без элевации сегмента ST существенно не отличались от таковых при отсроченной (возможно, более избирательной) стратегии в плане предупреждения первичных исходов (смерти, ИМ или инсульта в первые 6 мес после выписки). Однако ранние инвазивные вмешательства в этом исследовании имели преимущества перед отсроченной стратегией в уменьшении частоты развития вторичной конечной комбинированной точки (смерть, ИМ и рефрактерная ишемия). Таким образом, можно заключить, что стратегия осуществления ранних инвазивных вмешательств имеет преимущества у пациентов с высоким риском неблагоприятных исходов.

Существует и третья категория пациентов с ОКС без элевации сегмента ST, у которых ранние инвазивные вмешательства не проводятся в связи с отсутствием возможности инвазивного обследования и лечения. Для России и стран СНГ эта проблема на сегодня является актуальной, в связи с чем возникает необходимость скорейшего широкого внедрения в клиническую практику европейских рекомендаций по проведению фармакотерапии у больных данной категории.

Подготовила Наталья Очеретяная  
Фото автора