



УДК 616.127-005.8

DOI 10.17802/2306-1278-2019-8-4-13-15

«НУЖНО ЛИ ЗНАТЬ ОБ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 2 ТИПА ПРАКТИКУЮЩЕМУ КАРДИОЛОГУ?» (МНЕНИЕ КАРДИОЛОГОВ ЮГРЫ)

И.А. Урванцева^{1,2} ✉, А.С. Воробьев¹, Р.Р. Сулейманов^{1,2}, Л.В. Коваленко¹

¹Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», пр. Ленина, 1, Сургут, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Российская Федерация, 628412; ²Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», пр. Ленина, 69/1, Сургут, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Российская Федерация, 628400

“SHOULD PRACTICING CARDIOLOGISTS KNOW ABOUT TYPE 2 MYOCARDIAL INFARCTION?” (OPINION STATEMENT OF THE UGRA CARDIOLOGISTS)

I.A. Urvantseva^{1,2} ✉, A.S. Vorobiev¹, R.R. Suleymanov^{1,2}, L.V. Kovalenko¹

¹Budget Institution of Higher Education of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra “Surgut State University”, 1 Lenin Ave., Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation, 628412; ²Budgetary Institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra “District Cardiology Dispensary” of the Center for Diagnosis and Cardiovascular Surgery”, 69/1 Lenina Ave., Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation, 628400

В последнее время в кардиологическом сообществе России обсуждается актуальность и научно-практическая значимость выделения типов инфаркта миокарда (ИМ). Обусловлено это, с одной стороны, тем, что смертность от ИМ в Российской Федерации почти в 2 раза превышает аналогичный показатель в странах Европы (13,2% против 6,7%). Так, ежегодно от ИМ в России умирают более 50 тыс. человек, из них 16,9% – лица трудоспособного возраста [1]. Именно поэтому все, что способствует оптимизации лечебно-диагностической помощи пациентам с ИМ, является актуальным и значимым для практического здравоохранения [2]. С другой стороны, активное обсуждение диагностических подходов и методов выявления ИМ было обусловлено выходом 4-го Универсального определения ИМ в августе 2018 г. [3].

Принципиальным является разделение ИМ на два типа: 1-й и 2-й. Так, ИМ 1-го типа ассоциируется с наличием «деструкции» атеросклеротической бляшки (разрыв или эрозия бляшки) и развитием коронарного тромбоза (атеротромбоза). Подчеркнуто, что для ИМ 1-го типа главным критерием является наличие атеротромбоза коронарных артерий по данным коронароангиографии (КАГ) или при аутопсии. ИМ 2-го типа развивается в результате дисбаланса между высокой потребностью миокарда в кислороде и недостаточной его доставкой вследствие сосудистых или экстракардиальных причин. Этот тип ИМ не связан с острым коронарным атеротромбозом. Причиной для ИМ 2-го типа могут быть: хроническая ишемическая болезнь

сердца (ИБС) с многососудистым стенозирующим атеросклерозом, особенно у лиц пожилого и старческого возраста; тяжелая анемия (гемическая и тканевая гипоксия); тяжелые расстройства гемодинамики на фоне выраженных тахи- и брадиаритмий; длительная гипотония или гипертонический криз; острая дыхательная недостаточность; диссекция коронарных артерий; выраженный и продолжительный коронароспазм и т.д. Именно вследствие такого разнообразия этиологических причин для развития ИМ 2-го типа уверенно говорить об экстраполировании на пациентов с ИМ 2-го типа методов и технологий медикаментозной терапии, улучшающих прогноз при ИМ 1-го типа, невозможно. Не существует ни одного рандомизированного клинического исследования, ставившего целью показать эффективность и безопасность того или иного подхода к лечению, хорошо зарекомендовавшего себя у пациентов с ИМ 1-го типа. Поэтому в настоящее время подходы к лечению пациентов с ИМ 2-го типа носят сугубо экспертные уровни доказательности. Единственной группой препаратов, обладающей доказанными противовоспалительными и улучшающими прогноз эффектами, являются статины. По всей видимости, статины имеют приоритетные позиции при назначении у пациентов с ИМ 2-го типа.

Более того, в связи с тем, что независимо от того, на фоне какого предсуществующего состояния развился ИМ, прогноз у пациента будет лимитирован фактом свершившегося некроза миокарда, его величиной, а также активностью системных

Для корреспонденции: Воробьев Антон Сергеевич, e-mail: a.s.vorobyov@gmail.com; адрес: 628412, Россия, г. Сургут, пр. Ленина, 1

Corresponding author: Vorobiev Anton S., e-mail: a.s.vorobyov@gmail.com; address: Russian Federation, 628412, Surgut, 1, Lenin Ave.

воспалительных реакций. Известно, что высокие значения С-реактивного протеина, ряда провоспалительных цитокинов, факторов адгезии, независимо от генеза этих реакций, приводят к развитию миокардиальной, почечной, когнитивной дисфункций и характеризуются индукцией атерогенеза [4]. То есть проблема ИМ 2-го типа заключается в том, что, несмотря на отсутствие атеротромбоза как причины развития ИМ, прогноз у этих пациентов может быть хуже, чем у больных с ИМ 1-го типа за счет сравнимой активности системного воспалительного ответа на фоне некроза миокарда и тяжелой предрасполагающей мультиморбидности, которая и привела к развитию ИМ 2-го типа.

Еще одной проблемой, связанной с ИМ 2-го типа, является его редкое выявление в реальной клинической практике. Дело в том, что для того, чтобы исключить полностью ИМ 1-го типа у пациента, требуется проведение КАГ или аутопсии с хорошей макроскопической разрешающей способностью по детекции признаков интракоронарного тромбоза. При этом регистры ОКС (как общероссийские, так и региональные), подчеркивают недостаточную частоту проведения КАГ у пациентов с ОКС, особенно при ОКС без элевации сегмента ST [5, 6]. И эта проблема также лимитирует возможности для достоверного определения частоты ИМ 2-го типа в популяции больных ИМ в России. В силу обозначенных и пока неразрешимых проблем, связанных с ИМ 2-го типа в нашей стране, хотелось бы представить рабочие варианты их решения.

Первое. В связи с тем, что в условиях реальной клинической практики лечения пациентов с ИМ в нашей стране мы фактически не представляем, сколько из них больных с ИМ 2-го типа, потребность в организации постоянно действующих региональных регистров ОКС или ИМ с максималь-

но инвазивными подходами к ведению пациентов является крайне актуальной и ее разрешить нужно в ближайшее время. Фактически это означает, что ни один пациент с подтвержденным ИМ не должен покидать стен стационара без визуализации коронарного русла с определением типа ИМ.

Второе. Необходимо более жестко подходить к оформлению диагноза ИМ с учетом данных лабораторных и инструментальных исследований и не выставлять в основной диагноз ИБС, если ИМ развился не на фоне пораженных атеросклерозом коронарных артерий. Решение о снятии диагноза ИБС должно приниматься коллегиально, врачебной комиссией, равно как и назначение медикаментозной терапии пациенту с установленным 2-м типом ИМ.

Третье. Регистр ИМ должен стать инструментом оценки и управления помощью у пациентов с острой коронарной катастрофой не только на стационарном этапе, но и на поликлиническом. Только таким образом можно оценить прогноз пациентов с разными типами ИМ, а также эффективность назначенного коллегиально лечения.

Четвертое. В рамках нескольких региональных регистров необходимо проведение межрегионального исследования, которое бы оценивало значимость мультиморбидности и биомаркеров в прогнозировании течения ИМ 2-го типа и позволило бы выявить возможные региональные особенности этого типа ИМ.

Заключение

Широкое вовлечение кардиологической общности России в обсуждение проблемы ИМ 2-го типа может стать хорошим поводом и возможностью для оптимизации всех подходов к ведению пациентов с инфарктами миокарда в нашей стране.

Информация об авторах

Урванцева Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», заведующая кафедрой кардиологии медицинского института бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация;

Воробьев Антон Сергеевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-образовательного центра, доцент кафедры кардиологии медицинского института бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация;

Сулейманов Рафаэль Ринатович, заместитель главного врача по поликлинической работе бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», аспирант кафедры кардиологии медицинского института бюджетного учреждения высшего

Author Information Form

Urvantseva Irina A., PhD, Medical Director of the Budgetary Institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra “District Cardiology Dispensary” of the Center for Diagnosis and Cardiovascular Surgery”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation; Chairperson of the Cardiology Department, Budget Institution of Higher Education of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra “Surgut State University”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation;

Vorobiev Anton S., PhD, leading researcher at the research and education center, Associate Professor at the Cardiology Department, Budget Institution of Higher Education of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra “Surgut State University”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation;

Suleymanov Rafael R., Deputy Medical Director at the Budgetary Institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra “District Cardiology Dispensary” of the Center for Diagnosis and Cardiovascular Surgery”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation; PhD student at the Cardiology Department, Budget Institution

образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация;

Коваленко Людмила Васильевна, доктор медицинских наук, профессор, директор медицинского института, заведующая кафедрой патофизиологии и общей патологии бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация.

of Higher Education of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra “Surgut State University”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra, Russian Federation;

Kovalenko Ludmila V., PhD, Professor, Director, Chairperson of the Department of Pathophysiology and General Pathology, Budget Institution of Higher Education of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra “Surgut State University”, Surgut, Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra, Russian Federation.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е., Оганов Р.Г. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;7(2):158-166. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2011-7-2-158-166>.
2. Кожокар К.Г., Урванцева И.А., Николаев К.Ю. Влияние психосоциальных факторов на развитие ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016;15(3):58-62.
3. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) European Heart Journal, ehy462, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>.
4. Зыков М.В., Кашталап В.В., Зыкова Д.С. и др. Прогнозирование осложнений инфаркта миокарда в течение одного года наблюдения. Сибирский медицинский журнал.

2011;4(1):41-46.

5. Эрлих А.Д., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Грацианский Н.А. Степень следования клиническим руководствам при остром коронарном синдроме без подъема ST: связь с исходами, предикторы «плохого» лечения (результаты регистра «Рекорд-3»). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016; 2: 75-82.

6. Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Быкова И.С. и др. Особенности клинического течения и стационарного этапа лечения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в зависимости от пола (по данным российского регистра острого коронарного синдрома “Рекорд-3”). Российский кардиологический журнал. 2017;6(146):122-131.

REFERENCES

1. Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., Koltunov I.E., Oganov R.G. Socio-economic damage by acute coronary syndrome in Russian Federation. Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii. 2011;7(2):158-166. (In Russian)
2. Kozhokar K.G., Urvantseva I.A., Nikolaev K.Yu. The impact of psychosocial factors on the development of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Cardiovascular therapy and prevention. 2016;15(3):58-62 (In Russian)
3. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018) European Heart Journal, ehy462, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>.
4. Zykov M.V., Kashtalap V.V., Zykova D.S. et al. Prediction of complications of myocardial infarction during one year of observation. Siberian Medical Journal. 2011;4 (1):41-46. (In

Russian)

5. Ehrlich A.D., Barbarash O.L., Kashtalap V.V., Gratsiansky N.A. on behalf of all participants of the RECORD-3 registry. Compliance with clinical practice guidelines for non ST-segment elevation acute coronary syndrome: association between outcomes and predictors of poor management (RECORD-3 Registry data) Complex issues of cardiovascular diseases. 2016; 2: 75-82. (In Russian)

6. Barbarash O.L., Kashtalap V.V., Bykova I.S. et al. Clinical course and inpatient stage of treatment of patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation depending on gender (according to the Russian register of acute coronary syndrome “Record-3”). Russian Journal of Cardiology. 2017;6 (146):122-131 (In Russian)

Для цитирования: И.А. Урванцева, А.С. Воробьев, Р.Р. Сулейманов, Л.В. Коваленко. «Нужно ли знать об инфаркте миокарда 2 типа практикующему кардиологу?» (Мнение кардиологов Югры). Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019; 8 (4): 13-15. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4-13-15

To cite: I.A. Urvantseva, A.S. Vorobiev, R.R. Suleymanov, L.V. Kovalenko. “Should practicing cardiologists know about type 2 myocardial infarction?” (Opinion statement of the Ugra cardiologists). Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2019; 8 (4): 13-15. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4-13-15