

Непосредственные результаты инвазивных методов лечения больных с острым коронарным синдромом

В.А. Иванов^{1*}, С.А. Белякин¹, Е.В. Цымбал¹,
А.В. Иванов¹, И.С. Базанов², С.Б. Жариков²

¹ ФГКУ “3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ”,
Красногорск, Россия

² Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета
Дружбы народов, Москва, Россия

Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) в настоящее время признаются наиболее эффективным методом лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). В период с 2008 по 2012 г. в “3 Центральном военном клиническом госпитале им. А.А. Вишневого” пролечено 496 пациентов с ОКС, из них у 369 проводилось ЧКВ. Результаты исследования свидетельствуют о том, что ЧКВ является высокоэффективным методом лечения пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца. Ранний инвазивный подход позволяет добиться наилучших непосредственных результатов у данной группы пациентов.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, чрескожные коронарные вмешательства.

Список сокращений

ОКС – острый коронарный синдром

ИМ – инфаркт миокарда

НС – нестабильная стенокардия

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

За последние десятилетия массовое внедрение в клиническую практику реперфузионных методик, в первую очередь чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и новых лекарственных препаратов, кардинальным образом изменило прогноз пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) (9, 10). В настоящее время ранний инвазивный подход рассматривается в качестве основного способа восстановления адекватной перфузии миокарда. С позиции современных знаний сочетанное применение интервенционной кардиологии и современных фармакологических средств является “золотым стандартом” лечения пациентов с ОКС (1, 2).

В случаях, когда имеются расхождения клинико-электрокардиографических и коронароангиографических данных, не позволя-

ющих точно идентифицировать инфаркт-ответственную артерию, можно с успехом использовать методы визуализации (ЭхоКГ) и комплексной оценки коронарного русла (внутрисосудистое УЗИ, определение фракционного резерва кровотока), более часто это касается больных с многососудистым поражением коронарного русла.

Как правило, у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла, сниженной фракцией выброса левого желудочка, сопутствующим сахарным диабетом, поступающих по поводу ОКС, выполняется аортокоронарное шунтирование (АКШ). Между тем определенную часть этих больных можно успешно лечить с использованием эндоваскулярных методов.

В период с 2008 по 2012 г. в ФГКУ “3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ” наблюдалось 496 пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца, из них у 132 был подтвержден инфаркт миокарда (ИМ), у 364 – нестабильная стенокардия (НС) (табл. 1).

При поступлении всем пациентам в течение 2 ч выполнялась диагностическая коронарография. Выбор тактики лечения пациентов с ОКС проводился консилиумом специалистов, включающим кардиологов, кардиохирургов и рентгенэндоваскулярных специалистов.

При диагностической коронароангиографии были выявлены следующие поражения: передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) и ее ветви – 33,6% (у 166 пациентов), поражение огибающей артерии (ОА) и ее ветвей –

* Адрес для переписки:

Иванов Владимир Александрович
ФГКУ “3 Центральный военный клинический
госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ”
143420, г. Красногорск, п/о Архангельское
E-mail: ivanov-angio@yandex.ru
Статья получена 25 февраля 2014 г.
Принята к публикации 24 марта 2014 г.

Таблица 1. ЧКВ и АКШ при ИМ и НС в период с 2008 по 2012 г.

Год	ЧКВ		АКШ	
	ИМ	НС	ИМ	НС
2008	27	71	4	14
2009	8	35	2	27
2010	22	38	4	17
2011	27	53	4	25
2012	23	65	9	21
Итого	107	262	23	104

16,8% (у 83 пациентов), поражение правой коронарной артерии (ПКА) и ее ветвей – 21,5% (у 106 пациентов) (табл. 2).

В 74% (366 случаев) приоритет был отдан ЧКВ на целевой артерии. У 127 пациентов (26%) с многососудистым поражением коронарного русла и невозможностью определения ответственной за ишемию артерии методом выбора стало АКШ.

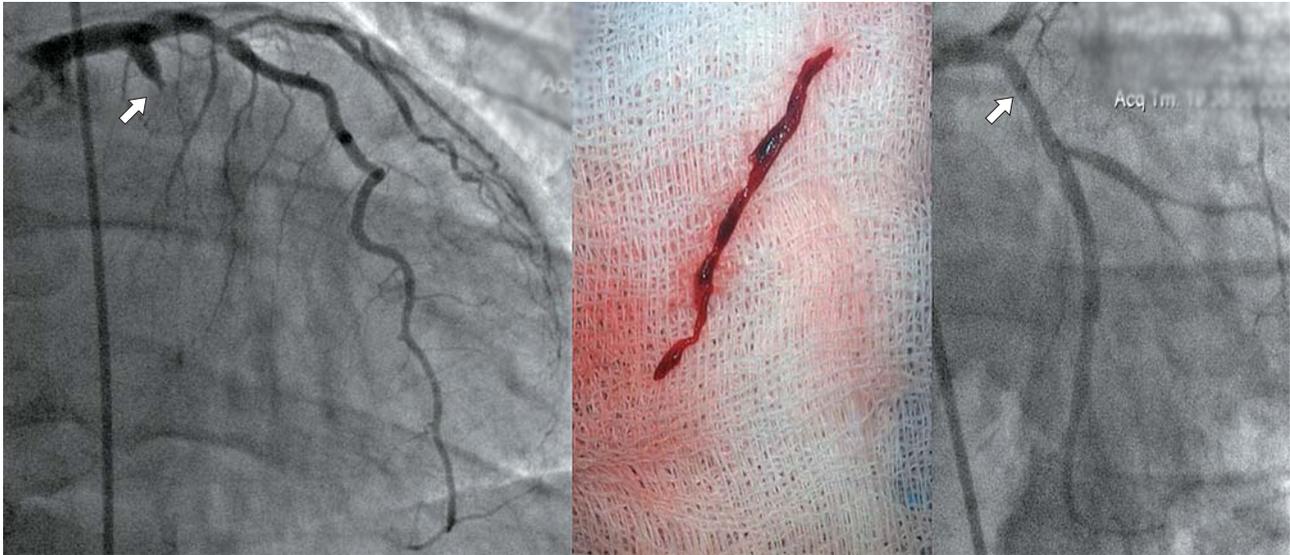
При диагностической коронарографии и ЧКВ преимущественно использовали доступ через бедренную артерию – 67,8% (336 больных) и реже – через лучевую артерию – 32,2% (160 пациентов). Лучевой доступ рутинно должен быть использован лишь у пациентов с высоким риском геморрагических осложнений (3), особенно при добавлении агрессивных современных антитромбоцитарных и антикоагулянтных препаратов (6).

У 24,2% пациентов с подтвержденным ИМ применялась аспирационная тромбэкстракция (рисунок). Данное пособие позволяет, по мнению многих авторов, значительно снизить риск развития феномена “no-reflow”, вызванного эмболизацией дистального коронарного русла с последующим развитием спазма, тем самым улучшая отдаленные результаты ЧКВ (4, 5).

После проведения ЧКВ восстановление магистрального кровотока до TIMI III достигнуто у 331 (98,5%) больного. Причиной неудачи у 4 (1,2%) пациентов явилась перфорация коронарной артерии, у 1 пациента потребовавшая проведения экстренного АКШ. У 1 пациента развилась остановка сердечной деятельности, потребовавшая проведения реанимационных мероприятий, без клинического успеха.

Таблица 2. Характеристика пациентов, перенесших ЧКВ при ИМ и НС (n = 496)

Доступ для выполнения коронарографии/ЧКВ	
Бедренный, %	67,8
Лучевой, %	32,2
Фармакотерапия во время ЧКВ	
Нефракционированный гепарин, %	96,8
Бивалирудин, %	0,4
Ингибиторы IIb/IIIa рецепторов, %	2,8
Ишемия-связанная артерия	
ПМЖА, %	33,6
ОА, %	16,8
ПКА, %	21,5
Имплантировано стентов	
С лекарственным покрытием, %	33,6
Голометаллический стент, %	66,4
Имплантировано более 1 стента, %	27,9
Имплантировано коронарных стентграфтов, %	0,4
Тромбэкстракции при ИМ, %	5,2
Осложнения	
Смерть, %	0,6
Перфорации, %	1,2
Экстренное АКШ, %	0,6



Пациент А., 56 лет, поступил с ОКС с подъемом сегмента ST. На коронарограмме определяется тромбоз ОА. Выполнена аспирационная тромбэкстракция, удален тромб. На контрольной коронарограмме кровоток по ОА восстановлен до TIMI III.

Выводы

1. Пациентам с ОКС показано раннее выполнение диагностической коронарографии и реваскуляризации миокарда.

2. Коллегиальное принятие решения позволяет достичь наилучшего клинического результата и существенно снизить риск осложнений.

3. В экстренных ситуациях ЧКВ является «золотым стандартом», в первую очередь при подтвержденном ИМ.

Список литературы

1. 2011 ACCF/AHA Focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 – Guidelines for management of patients with unstable angina/Non ST-elevation myocardial infarction: A Report of American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2011, 123, e426–e579.
2. Kushner F.G., Hand M. et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009, 54, 2205–2241.
3. Mehran R., Pocock S.J., Nikolsky E. et al. A risk score to predict bleeding in patients with acute coronary syndromes. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010, 55, 2556–2566.
4. Svilaas T., Vlaar P.J., van der Horst I.C. et al. Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention. *N. Engl. J. Med.* 2008, 358, 557–567.
5. Vlaar P.J., Svilaas T., van der Horst I.C. et al. Cardiac death and reinfarction after 1 year in the Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study (TAPAS): a 1-year follow-up study. *Lancet*. 2008, 371, 1915–1920.
6. Stone G.W., Ware J.H., Bertrand M.E. et al. Antithrombotic strategies in patient with acute coronary syndrome undergoing early invasive management: One-year results from the ACUITY trial. *J.A.M.A.* 2007, 298, 21, 2497–2506.
7. Дундуа Д.П., Бабунашвили А.М., Кавтеладзе З.А. и др. Коронарная ангиопластика при остром коронарном синдроме. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. 2008, 14, 37–41.
8. Соловьева Н.В., Бурова Н.Н., Глебовская Т.Д., Михальчикова Н.А. Оценка вероятности однососудистого поражения коронарного русла у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. *Межд. журн. интервенц. кардиоангиол.* 2012, 28, 48–53.
9. Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Работников В.С. и соавт. Острый коронарный синдром. Возможности диагностики и лечения. М., 2004, 78–99.
10. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации. *Кардиология*. 2001, 1, 8–11.