

Л.Б. Содномова, Е.П. Глызина, Е.П. Александрова

ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ
Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

С развитием сердечно-сосудистой хирургии, эндоваскулярной терапии в значительной мере возросли возможности лечения коронарной болезни сердца, улучшения качества жизни пациентов с данной патологией. Обратной стороной «медали» является безосновательное расширение объема инвазивного лечения, что в определенной мере компрометирует конечные результаты — высокая летальность, необходимость повторных вмешательств, отсутствие динамики относительно исходного состояния. Проанализировано на предмет отсроченных последствий (через 1,5 г) 30 клинических случаев пациентов с ИБС, перенесших открытые и эндоваскулярные операции. Анализ показывает только у 1/3 больных — положительный результат. Причины неутешительного прогноза у 2/3 больных после проведенного хирургического лечения наиболее вероятные — отсутствие адекватного послеоперационного ведения больных, неудовлетворительная коррекция факторов риска.

Ключевые слова: инвазивное лечение, коронарная баллонная ангиопластика, стентирование

THE DEFERRED RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ISCHEMIC ILLNESS OF HEART

L.B. Sodnomova, E.P. Glyzina, E.P. Aleksandrova

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
The Buryat State University, Ulan-Ude

The development of cardiac surgery, endovascular therapy allowed to increase the possibilities of treatment of ischemic heart disease, improvement life quality of patients with that pathology. Another side of this medal is not proving expansion of the volume of invasive treatment, which compromises final results — high mortality, necessary for repeat operations, absence of positive dynamic. Assessed distance consequences of 30 clinical cases of patients with ischemic heart disease, enduring open and endovascular operations were studied. The analysis show positive dynamics in only 1/3 patients. The reasons for bad results at 2/3 of patients after making up surgery treatment are absence of right postoperative conducting of patients, not satisfactory correction for risk factors.

Key words: invasive treatment, coronary balloon angioplasty

Хирургическая реваскуляризация коронарного русла — эффективный метод лечения коронарной недостаточности при выраженном стенозировании коронарных сосудов вплоть до окклюзии. Клинические эквиваленты выраженного коронаросклероза — стенокардия напряжения высокого ФК — III, IV; более частые осложнения «поврежденной бляшки» в виде ОКС — нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, ранней постинфарктной стенокардии.

Виды хирургической реваскуляризации — коронарная баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование (АКШ) и маммарокоронарное шунтирование (МКШ) [1, 2].

Шунтирование коронарных сосудов предпочтительно при стабильной ИБС, при ОКС данный вид оперативного вмешательства сопровождается высокой летальностью. Показания — многососудистое поражение, поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Проведение КБА и стентирования коронарных сосудов предпочтительно при ОКС, при ОКСпST инвазивная реваскуляризация проводится после фармакологической реваскуляризации тромболитиками (альтеплаза).

В стабильном состоянии КБА и стентирование коронарных сосудов проводится при локальном

выраженном стенозе, однососудистом (двухсосудистом) поражении коронарного русла.

Хирургическая реваскуляризация — лишь метод улучшения качества жизни больных ИБС, увеличения толерантности к физической нагрузке. Лечение больных пожизненное — после оперативного вмешательства это обязательная профилактика стеноза шунтов, тромбоза стентов — статины, дорогостоящие антиагреганты (клопидогрель), антиишемические препараты.

Ежегодно в ОССХ РКБ производится около 100 операций АКШ (МКШ); в РХМДИЛ — КБА, стентирований, в том числе при ОКС за 1 полугодие 2010 г. — 12.

Проведен анализ отсроченных последствий (1,5 г) хирургического лечения 30 больных ИБС за 2 полугодие 2008 г. в ОССХ РКБ.

Половая структура больных: мужчины — 80 %, женщины — 20 %.

ФК стенокардии: II — 9 человек, II — III — 9 человек, III — 1 человек, у 40 % в анамнезе перенесенный ИМ.

Факторы риска: АГ — у 26 %, гиперлипидемия — у 9 %, СД — 2 %, курение — у 23 %.

КАГ-картина: однососудистое поражение — 6 чел., двухсосудистое поражение — 14, трехсосудистое поражение — 10 человек.

Виды оперативной активности: 34 % — стентирование, 10 % — КБА + стентирование, 36 % — АКШ, 30 % — КБА.

Виды инвазивного лечения в зависимости от КАГ-картины:

- КБА — 2 больных с двухсосудистым поражением;
- КБА + стентирование: 1 больной с двухсосудистым, 4 больных с трехсосудистым коронаросклерозом.

МКШ — 4 больных с трехсосудистым и 5 больных с двухсосудистым коронаросклерозом.

АКШ + МКШ — 4 больных с двухсосудистым поражением.

Продолжительность приема плавикса 75 мг/сут после оперативного лечения: 1 год — 10 %, 6 мес. — 30 %, менее 6 мес. — 60 %.

Липидснижающие препараты: принимают в течение всего послеоперационного периода 7 % больных.

Исходы оперативного вмешательства:

- 1) летальность — 15 %;
- 2) реваскуляризация — 15 %;
- 3) ФК без изменений — 35 %;
- 4) снижение ФК — 30 %;
- 5) повышение ФК — 5 %.

Структура летальности: острый инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть.

Анализ 30 случаев отсроченных последствий оперативного вмешательства на коронарных сосудах показывает только у 1/3 больных положительный результат.

Причины неутешительного прогноза у 2/3 больных после проведенного хирургического лечения наиболее вероятные — отсутствие

адекватного послеоперационного ведения больных — короткий курс антиагрегантной терапии плавиксом больных со стентами коронарных сосудов, отсутствие терапии статинами, неудовлетворительная коррекция факторов риска — АГ, гликемии, курения.

Обращает на себя внимание отсутствие в амбулаторных картах больных нагрузочных проб для оценки динамики ФК стенокардии, ФК выставляется по клиническим критериям, редкая оценка липидного спектра крови.

Следующий важный аспект — показания к хирургическому лечению: КБА и стентирование — предпочтительно использовать при ОКС.

Предложения — введение регистра больных после оперативного вмешательства на коронарном русле, ежегодная отчетность исходов лечения оперированных больных с результатами нагрузочных проб, ЭхоКГ-показателей, лабораторных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А. Оценка эффективности методов реваскуляризации миокарда в рандомизированных исследованиях / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Бюллетень НЦССХ Сердечно-сосудистые заболевания — Общие вопросы сердечно-сосудистой хирургии. — 2001. — Т. 2, № 5. — С. 16—50.
2. Ступаков И.Н. Планирование, возможности и ограничения различных типов исследований при оценке эффективности лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Под ред. Л.А. Бокерия / И.Н. Ступаков, И.В. Самородская. — НЦССХ им. А.Н. Бакулева. — 2001.

Сведения об авторах

Содномова Лариса Балдановна — Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, кардиологическое отделение, врач-ординатор, с.т. 89834379992

Глызина Екатерина Павловна — студентка 6 курса медицинского факультета БГУ

Александрова Елена Петровна — студентка 6 курса медицинского факультета БГУ