

СТРАТЕГИЯ «ОТКРЫТОЙ АРТЕРИИ» ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

*Хасан Актулаевич Бацигов, Рафик Галимзянович Сайфутдинов,
Диляра Раисовна Тагирова, Гульназ Рафиковна Муртазина*

*Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главврач — канд. мед. наук М.Х. Закирзянов),
г. Альметьевск, e-mail: bacigov@rambler.ru*

Реферат

Проанализирован собственный опыт при реваскуляризации инфарктсвязанной артерии. У 162 пациентов с инфарктом миокарда статистическими методами доказано преимущество ранней реваскуляризации тромболитической терапией и первичными чрескожными коронарными вмешательствами. Применительно к российской действительности ранний системный тромболитизис остается методом выбора.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, системный тромболитизис, первичные чрескожные коронарные вмешательства, инфарктсвязанная артерия.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на достигнутые впечатляющие успехи в профилактике и лечении, по-прежнему занимает ведущую позицию в структуре заболеваемости и смертности населения индустриальных стран мира. Теория «открытой артерии» при остром инфаркте миокарда (ИМ), сформулированная Браунвальдом в 80-е годы прошлого столетия, длительное время базировалась на единственной стратегии «фармакологической» реваскуляризации (тромболитизис, ТЛТ) и начала сдавать свои позиции в связи с бурным развитием и внедрением в клиническую практику методов «механической», интервенционной реваскуляризации — чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) [1, 2, 3, 5, 8, 9]. В настоящее время активно дебатированы вопросы роли и соотношения этих двух методов при острой коронарной патологии [12, 13]. В пользу одного и другого методов приводится масса аргументов, основанных на данных целевых исследований [14, 15]. При этом в каждой новой редакции международных рекомендаций по диагностике и лечению наблюдается тенденция к смещению этих эффективных технологий в наиболее ранний период заболевания (время «дверь-игла», «дверь-баллон»). В нашем исследовании представлены исходы и течение ИМ в зависимости от выбранной тактики лечения.

В базу данных ретроспективного ана-

лиза вошли сведения о 162 пациентах с ИМ, госпитализированных в первые сутки заболевания. Средний возраст — $55,7 \pm 0,95$ года. Мужчин было 128 (79%), женщин — 34 (21%). Общая летальность в выборке — 17%. Ангиографическое исследование (коронарография) проводилось у 51 (32%) пациента, первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) — у 39 (24%), фибринолитическая терапия (стрептокиназа, актилизе) — у 41 (25%). Анализировались отдельно и в совокупности группы с консервативной терапией (1-я), с тромболитической (2-я) и с интервенционными вмешательствами — ЧКВ (3-я).

Несмотря на отсутствие строгой рандомизации, группы в целом были однородными по многим лабораторным, клиническим и гемодинамическим показателям (табл. 1).

Как показано в табл. 1, пациенты 1-й группы были старше по возрасту, у них чаще наблюдалась передняя локализация зоны поражения и большая продолжительность ангинозного статуса ($p < 0,05$). В 3-й группе пациенты были моложе по возрасту и имели более высокие показатели ФВ и глюкозы в крови при поступлении ($p < 0,05$).

Анализ осложнений заболевания в трех группах показал, что частота их развития была одинаковой во всех группах, за исключением шока, отека легких. При этом значимо различались показатели летальности (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия, нарушения проводимости и тромбоз желудочка встречались с примерно одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Известно, что основной стратегией лечения больных острым ИМ является достижение максимально быстрой реперфузии инфарктсвязанной артерии, улучшающей

Таблица 1

Клинико-лабораторная характеристика пациентов по группам

Критерии/значение	1-я группа (n=82)	2-я (n=41)	3-я (n=39)
ИМ с Q , %	71	90	78
Средний возраст, лет	59,6±1,2	51,2±0,9*	50,5±1,0*
Фракция выброса, %	53,7±2,01	56,0±1,59	56,6±1,92
Продолжит. боли, ч	7,1±0,21	2,3±0,33*	2,8±0,31*
ИМ передней стенки, %	69	44	55
ИМ нижней стенки, %	31	56	45
АДс, мм Нг	122±2,6	111,3±3,1	112,7±2,9
Лейкоциты, •109 /л	11,7±0,40	12,6±0,37	11,9±0,26
КФК, ед/л	475±68	708±89	726±67
Глюкоза крови, ммоль/л	7,3±0,09	7,7±0,12	8,6±0,12*
ЛДГ, ед/л	747±253	893±189	673±195
Элевация ST, мм	2,6±0,05	5,1±0,07*	2,9±0,04
ОСН по Killip	1,8±0,02	1,8±0,04	1,6±0,02

* р<0,0, в сравнении с данными 1-й группы. То же в табл. 2.

непосредственные и отдаленные результаты [4, 6, 7, 10, 11]. В ранее проведенных исследованиях фактически признано первенство ЧКВ перед ТЛТ как метода реперфузионной терапии при ИМ [10, 11, 13]. Но в условиях нашей страны, где нет возможности проводить первичное ЧКВ вовремя и всем нуждающимся пациентам, ТЛТ остается ведущей стратегией реперфузии.

способом (ЧКВ). Роль и значение каждого из них в настоящее время уточняется в ходе многоцентровых исследований. Применительно к российской действительности ранний системный тромболизис еще длительное время останется методом выбора при реваскуляризации миокарда, и это необходимо учитывать при адаптации международных рекомендаций к нашим условиям.

Таблица 2

Осложнения ИМ по группам

Осложнения, %	1-я группа	2-я	3-я
Кардиогенный шок	29	21	14*
Фибрилляция желудочков	18	14	10
Отек легких	28	11*	12*
Тромбоз желудочка	9	13	14
Аневризма желудочка	17	17	10
Желудочковая тахикардия	16	15	14
АВ-блокада 3 ст.	7	16	10
П/и стенокардия	30	29	24
Перикардит	7	5	0
Летальность	26	7*	4*

При этом в изолированном виде успешная ТЛТ часто возвращает инфарктсвязанный сосуд в «первоначальное» состояние, что является предпосылкой для повторных эпизодов острой ишемии.

Таким образом, очевидно преимущество ранней реваскуляризации миокарда как традиционным тромболизисом, так и активно развивающимся «механическим»

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыргалиев Т.А., Першуков И.В. Обзор клинических исследований по ишемической болезни сердца и ее инвазивного лечения // Кардиология. — 2006. — № 5. — С.68—70.

2. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Бузиашвили Ю.И. и др. Эндovasкулярная хирургия при остром коронарном синдроме. Тез. докл. научно-практ. конф.: «Современные возможности лучевой диагностики и интервенционной радиологии в клинической практике». — М., 2003. — С.110—149.

3. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Коломбо А. и др. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда — современное состояние вопроса. /Мат. XII ежегод. науч. сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева. — М., 2006. —С . 75.

4. Иоселиани Д.Г., Элькис И.С., Соловьев С.П. и др. Комбинация эндоваскулярных процедур и догоспитальной системной тромболитической терапии при лечении больных острым инфарктом миокарда // Кардиология. — 2005. — Т.45. — № 3. — С. 4—10.

5. Першуков И.В., Батыргалиев Т.А., Самко Т.А. и др. Достижения инвазивной кардиологии // Кардиология. — 2004. — № 12. — С. 66—74.

6. Сергиенко И.В., Семёнова А.Е., Масенко В.П. и др. Влияние реваскуляризации миокарда на динамику сосудистого эндотелиального и трансформирующе-

го факторов роста у больных ишемической болезнью сердца // Кардиоваск. тер. и профилактик. — М., 2007. — № 5. — С. 25—27.

7. Явлов И.С. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST / И.С. Явлов, Н.А. Грацианский // Кардиология. — 2004. — Т. 44. — № 4. — С. 4—14.

8. Явлов И.С. Клинические аспекты тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда // Фарматека. — 2003. — № 6. — С. 14—24.

9. Braunwald E., Kloner R.A. The stunned myocardium: prolonged, postischemic ventricular dysfunction // Circulation. — 1982. — Vol. 66. — P. 1146—1149.

10. Macin S.M., Perna E.R., Augier N. et al. Heterogeneity in the management and outcomes of patients with acute myocardial infarction complicated by heart failure: the National Registry of Myocardial Infarction // Circulation. — 2002. — Vol. 4 (105). — P. 2605—2610.

11. Sabatine M.S. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation, for the CLARITY-TIMI 28 investigators // Am. J. Cardiol. — 2003. — Vol. 92. — P. 368—372.

12. Stone G.W., Grines C.L., Browne K.F. et al. Predictors of in-hospital and 6-month outcome after acute myocardial infarction in the reperfusion era: the primary angioplasty in myocardial infarction (PAMI) trial // J. Am. Coll Cardiol. — 1995. — Vol. 25. — P. 370—377.

13. The thrombolysis in myocardial infarction (TIMI)

trial. Phase I findings. TIMI study group. / N. Engl. J. Med. — 1985. — Vol. 312. — P. 932—936.

14. Mortality within 24 hours of thrombolysis for myocardial infarction. The importance of early reperfusion. // Circulation. — 1994. — Vol. 90. — P. 2658—2665.

15. Immediate vs delayed catheterization and angioplasty following thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. TIMI II A results / The TIMI Research Group // JAMA. — 1988. — Vol. 260. — P. 2849—2858.

THE “OPEN ARTERY” STRATEGY IN MYOCARDIAL INFARCTION

Kh.A. Batsigov, R.G. Saifutdinov, D.R. Tagirova, G.R. Murtazina

Summary

Analyzed was the personal experience in revascularization of the infarct artery. In 162 patients with myocardial infarction using a statistical method proven was the advantage of early revascularization by thrombolytic therapy and primary percutaneous coronary interventions. With regard to the Russian reality early systemic thrombolysis remains the method of choice.

Key words: myocardial infarction, systemic thrombolysis, primary percutaneous coronary intervention, infarct artery.

УДК 616.132+616.132.2] — 004.6—073.756.8:681.31

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Нур Гасымович Сибгатуллин¹, Мунир Хаяфович Закирзянов¹,
Чулпан Фариховна Ахмадуллина¹, Марат Гайратович Хатыпов¹,
Ильдус Римович Ягафаров¹, Илшат Рифович Закиров¹, Лена Нуровна Сибгатуллина²,
Марс Максумзянович Зиганишин¹, Зимфира Шамильевна Ишмуратова¹,
Ильнур Ильгизарович Галиуллин¹, Иван Алексеевич Кувин³

¹ Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска (главврач — канд. мед. наук М.Х. Закирзянов),
г. Альметьевск, ² кафедра терапии ИПО (зав. — зав. проф. А.Б. Бакиров), ³ кафедра факультетской
хирургии (зав. — проф. М.В. Тимербулатов) Башкирского государственного медицинского университета,
г. Уфа

Реферат

Скрининговые исследования с использованием мультиспиральной компьютерной томографии показали, что среди взрослого населения кальциноз аорты и коронарных артерий обнаруживается в 61,6% случаев. В 73,9% случаях обызвествление венечных артерий сердца сочетается с кальцинозом аорты. Прямой зависимости развития кальциноза аорты и коронарных артерий от сопутствующих заболеваний не выявлено.

Ключевые слова: аорта, венечные артерии, кальциноз, мультиспиральная компьютерная томография.

Лидирующее положение в структуре смертности населения заболеваний, вызванных атеросклерозом, объясняется тем, что значительная часть данного контингента продолжает оставаться вне диагностического поля. Это диктует необходимость поиска новых методов скрининга населения. В то же время общеизвестный метод рентгеноконтрастного исследования сосудов в силу инвазивности и высокой стоимости не может быть