

Возможные пути совершенствования лечебной тактики острого инфаркта миокарда

Д.Г. Иоселиани

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, которому в текущем году исполняется 10 лет, располагает опытом стационарного лечения более чем шести тысяч больных острым инфарктом миокарда, из них 4958 пациентам была выполнена селективная коронарография и левая вентрикулография, и 4757 из них произведена ангиопластика инфарктотвержденной артерии, в части случаев с вмешательством и на других венечных артериях. У 1987 больных процедура выполнялась в первые шесть часов от начала заболевания. Интра- и периперационная летальность составила < 1%.

Госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда в последние несколько лет в центре не превышает 4%. Такое снижение летальности мы в первую очередь связываем с широким внедрением в лечебную практику эндоваскулярных методов диагностики и лечения.

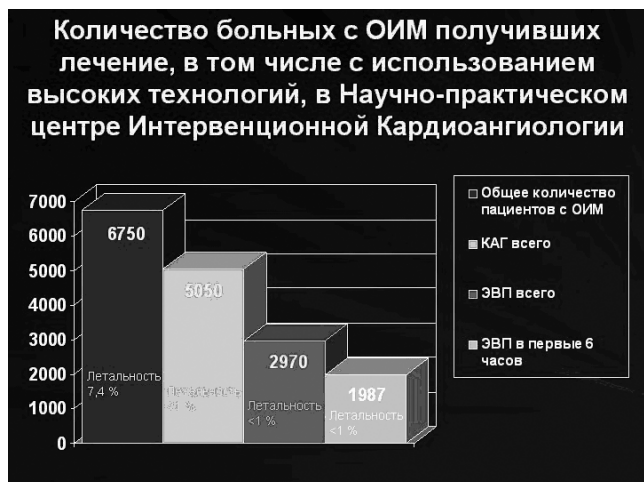
Накопленный за эти годы опыт позволяет представить аудитории наше видение возможных путей совершенствования лечения острого инфаркта миокарда. Далее вкратце будет представлена тактика диагностических и лечебных мероприятий у больных острым инфарктом миокарда на догоспитальном и стационарном этапах.

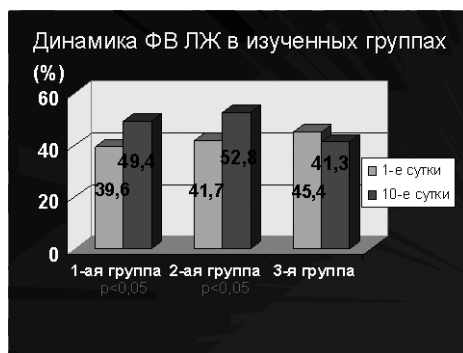
Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении острого инфаркта миокарда, остается множество нерешенных и нереализованных задач. В особенности это касается методов лечения, доказавших свою эффективность, но не получивших у нас в стране до настоящего вре-

мени широкого повсеместного применения при остром инфаркте миокарда.

Приступая к поэтапному рассмотрению вопросов диагностики и лечения острого инфаркта миокарда, в первую очередь следует коснуться догоспитального периода. Говоря о догоспитальном этапе лечения больных ОИМ, следует особо отметить, что **необходим переход от симптоматического к патогенетическому лечению этого заболевания**. Что греха таить, в течение долгого времени основной задачей врачей скорой помощи было обезболить пациента и как можно быстрее доставить его в ближайший стационар. Ни в коей мере не умаляя важности решения данных задач, считаем, что, наряду с этим, врачи должны начинать патогенетическое лечение уже на догоспитальном этапе. При ОИМ оно должно быть направлено на сохранение ишемизированного, но жизнеспособного миокарда перинфарктной зоны. Эти области могут сохранять жизнеспособность в течение часов и даже суток, что и позволяет проводить эффективные реперфузионные мероприятия как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара. В первую очередь сказанное подразумевает проведение мероприятий по восстановлению нарушенного кровообращения сердца, то есть речь идет о тромболитической терапии и о ее роли и месте в лечении ОИМ на самом раннем этапе заболевания.

Не один десяток лет известно, что тромболитическая терапия, выполненная как системно, так и внутрикороноарно, позволяет, по меньшей мере, частично восстановить кровоток в инфарктотвержденной артерии (ИОА), что, в свою очередь, улучшает прогноз заболевания и функциональную способность левого желудочка за счет сохранения жизнеспособности миокарда перинфарктной области. Между тем процедура тромболиза в нашей стране не является стандартом лечения и используется эпизодически. К примеру, частота тромболиза в Москве у пациентов с ОИМ не превышает 12 %, еще меньше этот показатель в других регионах страны. Подавляющее количество этих лечебных процедур выполняется после поступления пациента в стационар, то есть с определенной задержкой во времени между началом ангинозного статуса и началом лечебного мероприятия. Между тем хорошо известно, что чем раньше с момента ангинозного статуса начата тромболитическая терапия, тем выше вероятность открытия сосуда и





улучшения ближайшего и отдаленного прогноза заболевания. **Следовательно, возникает вопрос о необходимости начала тромболиза на догоспитальном этапе.** Об эффективности такого способа лечения говорят работы многих авторов, которые с успехом проводили догоспитальный тромболизис, с высокой частотой успеха и низкими показателями осложнений. Проведенное нами совместно со скорой помощью Москвы пилотное исследование по использованию догоспитального системного тромболиза еще раз подтвердило эффективность восстановления кровотока в ИОА у значительной части больных ОИМ и безопасность этого метода лечения. Эффективность тромболиза была подтверждена в результате ургентной селективной коронарографии, выполненной непосредственно после поступления пациентов в стационар. Все сказанное позволяет нам с уверенностью рекомендовать догоспитальный системный тромболизис для широкого использования у всех пациентов с ОИМ, за исключением тех, у которых имеются четкие и конкретные **противопоказания**:

- активное кровотечение;
- инсульт или другого типа тяжелая травма головного мозга в анамнезе;
- хирургическое вмешательство или тяжелая травма в ближайшие три месяца;
- неконтролируемая артериальная гипертензия;
- длительные (более 10 минут) реанимационные мероприятия;
- выраженные нарушения свертывающей системы крови;
- лечение варфарином в течение длительного времени;
- лечение гликопротеином IIb/IIIa в течение последней недели;
- беременность.

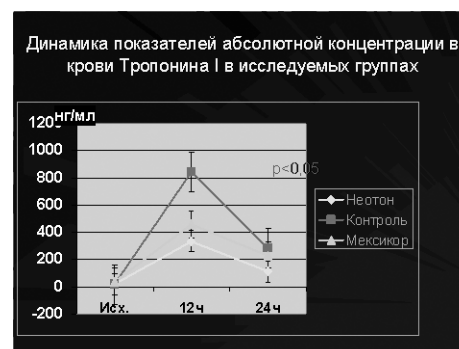
Конечно, системный тромболизис должен проводиться параллельно с общепринятыми мероприятиями, о которых будет рассказано позже.

Еще одним примером перспективности лечения острого инфаркта миокарда как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара является применение кардиоцитопротекторов. Сегодня на вооружении у кардиологов имеются достаточно эффективные кардиопротекторы, которые могут служить для защиты миокарда от гибели как по-

сле реперфузии миокарда, так и в целом при ишемии перинфарктной и инфарктированной областей. В течение последних двух лет мы достаточно серьезно занимались этой проблемой, что привело нас к проведению исследований с внутрикоронарным введением этих препаратов у больных с ОИМ. **У нас имеется патент на эти исследования, так как до нас никто в мире не проводил такие исследования.** Проведенное нами исследование убедительно доказало, что введение внутрикоронарно одномоментно с восстановлением антеградного кровотока в ИОА кардиоцитопротекторов Мексикора или Неотона благотворно влияет на сохранение жизнеспособности миокарда перинфарктной области и тем самым поддерживает функциональную способность левого желудочка в лучшем состоянии, чем у аналогичных больных, не получивших терапии кардиоцитопротекторами.

Подтверждением сказанному служит тот факт, что уровень кардиоспецифических ферментов в крови у пациентов, получивших терапию кардиоцитопротекторами, был достоверно ниже, нежели у пациентов, не получивших аналогичное лечение. Между тем исходные показатели уровня ферментов, то есть до начала лечения кардиоцитопротекторами, в изученных группах достоверно не отличались.

Еще одним подтверждением сказанному служит и тот факт, что у пациентов, получавших внутрикоронарно кардиоцитопротекторы, после проведенного лечения имелись достоверно более высокие показатели фракции выброса левого желудочка, чем у аналогичных больных, не получавших подобную терапию, тогда как исходные показатели фракции выброса ЛЖ в этих группах не отличались. На основании полученных данных можно предполагать, что цитопротекторы способствуют сохранению жизнеспособности ишемизированных кардиомиоцитов после реперфузии миокарда у больных ОИМ. **Следовательно, открывается заманчивая перспектива широкого использования кардиоцитопротекторов как внутрикоронарно, непосредственно после реканализации ИОА, так и, что особенно важно, внутривенно на догоспитальном этапе, непосредственно после проведения системного тромболиза.** Внутривенное использование кардиоцитопротекторов



на догоспитальном этапе у пациентов с ОИМ считаем целесообразным даже без тромболитической терапии, то есть без признаков реперфузии миокарда, так как считаем, что препарат может попасть в периинфарктную область левого желудочка за счет существующих меж- и внутрисистемных коронарных анастомозов.

Следующий вопрос, на котором также следует особо остановиться, это urgentная селективная коронарография и левая вентрикулография, а также те эндоваскулярные методы лечения, которые могут последовать вслед за диагностикой. Это касается всех больных с трансмуральным ОИМ, в том числе – и после догоспитального системного тромболизиса, так как после этой процедуры не всегда наблюдается восстановление кровотока в ИОА. Но, даже если тромболизис был успешным, в подавляющем большинстве случаев в rekanализированной артерии наблюдается так называемый резидуальный стеноз, существенно нарушающий гемодинамику сосуда, тем более что, как известно, примерно в 22% случаев на госпитальном этапе происходит реокклюзия сосуда, в результате которой в 10-12% наблюдается рецидив ОИМ. Это стало тем более закономерным после внедрения в клиническую практику стентирования венечных артерий. Таким образом, системный тромболизис следует рассматривать как первый этап восстановления кровотока в ИОА, который позволяет в ближайшие сроки после начала заболевания частично восстановить антеградный кровоток в ИОА. Однако для более полноценного и длительного восстановления кровотока в ИОА следующим этапом целесообразно выполнять, по возможности быстро, селективную коронарографию и левую вентрикулографию и при показаниях – ангиопластику ИОА, а также по возможности других стенозированных коронарных артерий. Как мы уже отмечали, эти процедуры следует выполнять как можно быстрее. Таким образом, системный тромболизис и ангиопластику ИОА следует рассматривать не как альтернативные методы лечения, а как взаимодополняющие на разных этапах лечения.

В связи с вышеизложенным особую важность приобретает вопрос о выборе стационара для госпитализации пациентов с трансмуральным ОИМ. Говоря о Москве, можно с полной ответственностью сказать, что здесь имеется достаточное количество стационаров, которые оснащены рентгенохирургическими отделениями и в которых могут осуществлять urgentную или полуurgentную эндоваскулярную помощь больным с ОИМ. Аналогичная ситуация во многих крупных городах страны. Следовательно, при определенных организационных мероприятиях и финансовых вложениях во многих регионах страны можно наладить urgentную эндоваскулярную помощь больным с ОИМ.

Смысл всего сказанного в том, что пациен-

тов с трансмуральным ОИМ следует госпитализировать в те стационары, которые оснащены круглосуточной, так называемой. NON-STOP рентгеноэндоваскулярной службой, и только в отсутствие таких возможностей, больных следует госпитализировать в другие стационары.

Итак, после размещения пациента в стационаре, наряду с проводимыми диагностическими и лечебными процедурами, все пациенты с трансмуральным ОИМ, поступившие в первые шесть часов от начала заболевания либо поступившие и в более поздние сроки, но с сохраняющимися ангинозными приступами, должны быть направлены на urgentную селективную коронарографию и левую вентрикулографию, и в зависимости от результатов исследования следует выполнять эндоваскулярные лечебные процедуры или при отсутствии показаний к таковым продолжать медикаментозную терапию. **Здесь особо следует отметить, что процедуру восстановления кровотока в ИОА целесообразно сочетать с внутрисосудистым введением кардиоцитопротекторов.** Также хотелось бы отметить, что при проведении процедуры эндоваскулярного восстановления кровотока в ИОА следует стремиться к коррекции нарушенного кровотока и в других венечных артериях, то есть к полной реваскуляризации миокарда. В случаях, если больной поступает в стационар в более поздние, нежели шесть часов сроки и ангинозные приступы отсутствуют, следует воздержаться от urgentной селективной коронарографии и придерживаться тактики консервативного лечения.

В дальнейшем, в зависимости от клинического течения, которое может быть либо “гладким”, либо осложненным, тактика диагностических и лечебных мероприятий несколько отличается.

Следует также помнить, что существует тот минимум исследований, без проведения которых больной с ОИМ не должен быть выписан из стационара.

При гладком течении заболевания на вторые

Рабочая классификация острого инфаркта миокарда по клиническому течению		
■ Гладкое течение заболевания		
– отсутствует стенокардия	выраженные нарушения	
– отсутствуют	внутрисердечной гемодинамики	
– отсутствуют сложные нарушения ритма (остро возникшая впервые мерцательная аритмия, атриовентрикулярная блокада II-III ст., желудочковая экстрасистолия: парная, типа R на Т и т.д.)		
– отсутствуют тяжёлые сопутствующие заболевания, возникшие как осложнение острого инфаркта миокарда		
■ Осложнённое течение заболевания		

сутки следует перевести больного в обычную палату, активизировать его и продолжать таблетированную медикаментозную терапию. При этом необходимым условием является проведение больному за время пребывания в стационаре (8-10 дней) суточного мониторингирования ЭКГ и пробы с

физической нагрузкой. В результате полученных совокупных данных и вырабатывается дальнейшая тактика лечебных мероприятий у каждого конкретного больного. В случае отсутствия признаков транзиторных эпизодов ишемии миокарда и других тревожных признаков при суточном мониторинге ЭКГ и высокой толерантности к физической нагрузке, так же как и при отрицательной нагрузочной пробе, больного следует на 10-12 дни заболевания переводить в реабилитационное отделение или кардиологический санаторий. При этом больному четко следует рекомендовать, что при появлении приступов стенокардии или их эквивалентов пациент должен обратиться в специализированное учреждение для проведения обследования, включающего селективную коронарографию с вытекающими из этого последствиями. В случаях, когда у пациента в период стационарного лечения выявляются признаки транзиторной ишемии миокарда при суточном мониторинге ЭКГ или у него имеется низкая толерантность к физической нагрузке, так же как и положительная проба, ему, не выписывая из стационара, следует выполнять селективную коронарографию и левую вентрикулографию и при показаниях проводить эндоваскулярные лечебные процедуры, операцию прямой реваскуляризации миокарда или продолжить медикаментозную терапию.

При осложненном течении заболевания, заключающемся в появлении признаков ранней постинфарктной стенокардии или других эквивалентов транзиторной или постоянной ишемии миокарда на любом этапе стационарного лечения, но в особенности в период нахождения в палате интенсивной терапии, больным следует выполнять "полуургентную" селективную коронарографию и, в зависимости от результатов исследования, им следует проводить либо эндоваскулярную процедуру восстановления нарушенного коронарного кровообращения, либо операцию прямой реваскуляризации миокарда либо продолжать медикаментозную терапию.

Такова вкратце тактика диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном и стационарном этапах у больных с трансмуральным острым инфарктом миокарда.