

Черняк А.Л., Подпалов В.В., Рубахов К.О., Козак О.Н., Трошин Е.Д., Шкробнева Э.И., Адашкевич И.М., Лабунец З.В., Островский А.Ю.

ГОДИЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность и цель исследования: Гибридная реваскуляризация миокарда (ГРМ), которая сочетает в себе коронарное шунтирование и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), является обсуждаемой темой в современной кардиохирургии. Согласно Европейским рекомендациям по реваскуляризации миокарда 2018 года, ГРМ не имеет четких показаний к выполнению и имеет класс доказательности IIb. Целью исследования явилась оценка эффективности ГРМ в сравнении с классическим коронарным шунтированием без искусственного кровообращения (КШРС) у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий.

Материалы и методы: Объектом проспективного, одноцентрового, рандомизированного исследования явились 90 пациентов с множественным поражением коронарных артерий, которым была выполнена реваскуляризация миокарда в 2018-2021 годах в условиях ГУ «МНПЦ ХТиГ». Они были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 55 пациентов, которым было выполнено КШРС по классической методике доступом через срединную стернотомию; 2-я группа – 35 пациентов, которым была выполнена ГРМ. ГРМ состояла из двух этапов: маммарокоронарное шунтирование в ПМЖВ через левостороннюю миниторакотомию в 4-ом/5-ом межреберье и ЧКВ с использованием стентов с лекарственным покрытием в бассейнах других коронарных артерий через 48-72 часа.

Результаты: Две исследуемые группы достоверно не различались по основным показателям. Средний возраст пациентов в группе ГРМ составил $63,2 \pm 8,6$ года, а в группе КШРС $64,15 \pm 6,7$ года ($p > 0,05$), доля мужчин была 91,4% и 76,4% соответственно ($p > 0,05$). По тяжести поражения коронарного русла по шкале «SYNTAX Score» ($23,1 \pm 4,4$ в группе ГРМ и $24,4 \pm 6,9$ в группе КШРС, $p > 0,05$), пациенты относились к группе среднего-высокого риска развития МАССЕ. Исследованные пациенты имели низкий кардиохирургический риск (среднее значение по шкале EuroSCORE II в группе ГРМ – $1,19 \pm 0,57\%$, а в группе КШРС – $1,43 \pm 0,82\%$; $p > 0,05$), сохраненную функцию левого желудочка (фракции выброса левого желудочка по данным эхокардиографии в группе ГРМ – $51,9 \pm 6,2\%$, в группе КШРС – $54 \pm 7,4\%$; $p > 0,05$).

На госпитальном этапе в обеих группах летальные исходы отсутствовали. Дозировки интраоперационной вазопрессорной поддержки в группе ГРМ ($0,05 [0,02; 0,07]$) были значительно ниже ($p < 0,05$), чем в группе

КШРС (0,12 [0,05; 0,1мкг/кг/мин). Время операции (174,9 [150; 190] мин и 287,6 [240; 330] мин соответственно), время проведения искусственной вентиляции легких после операции (19,4 [3; 20] мин и 223,8 [170; 270] мин соответственно), объем интраоперационной кровопотери (186 [100; 200] мл и 490,9 [300; 550] мл соответственно) были достоверно ниже в группе ГРМ в сравнении с группой КШРС ($p < 0,05$), равно как и время пребывания в отделении интенсивной терапии ($1,06 \pm 0,24$ дней и $1,44 \pm 1,11$ дней соответственно, $p < 0,05$) и время нахождения в кардиохирургическом стационаре (7,6 [6; 9] и 12,2 [9; 13] дней соответственно, $p < 0,05$). Контроль уровня высокочувствительного тропонина I проводился до операции, через 12, 24 часов. В группе ГРМ уровень тропонина был достоверно ниже, чем в группе КШРС, как через 12 часов (0,09 [0,03; 0,09] и 2,35 [0,24; 1,4]), так и через 24 часа (0,07 [0,02; 0,07] и 2,01 [0,09; 0,9]) соответственно ($p < 0,05$).

Через 12 месяцев после оперативного вмешательства выполнялся клинический контроль результатов реваскуляризации с проведением коронарошунтографии. В группе ГРМ не отмечено смертности, как и возврата стенокардии. 1 пациент в группе КШРС умер в результате повторного инфаркта миокарда через 3 месяца после оперативного вмешательства. В группе ГРМ анастомоз ЛВГА-ПМЖВ был несостоятелен в 1 случае; рестенозирование в области ранее установленного стента наблюдалось также в 1 случае. В группе КШРС дисфункция анастомозов была выявлена в 7 случаях (несостоятельность 1 маммарокоронарного анастомоза и 6 анастомозов с использованием большой подкожной вены), что составило 9% от всех выполненных анастомозов.

Выводы: Метод ГРМ показал преимущество в сравнении с КШРС на основании 1-годичного наблюдения у пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Это выразилось в меньшем уровне высокочувствительного тропонина I, интраоперационной кровопотери, времени операции и проведения послеоперационной искусственной вентиляции легких, времени пребывания в отделении интенсивной терапии и кардиохирургическом стационаре после операции, а также лучшей состоятельности реваскуляризации целевых артерий через 12 месяцев.