

СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Черняк А.Л., Рубахов К.О., Островский А.Ю.

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

Актуальность. Гибридная реваскуляризация миокарда (ГРМ) определяется как сочетание маммарокоронарного шунтирования из миниторакотомии и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Остаются актуальными такие вопросы, как оптимальное время, последовательность и медикаментозное сопровождение процедур при ГРМ, проблема рестенозов после ЧКВ, в том числе у пациентов с сахарным диабетом, возможность гибридного подхода при сложных поражениях коронарного русла по шкале SYNTAX Score.

Цель. Оценка госпитальных и среднесрочных результатов после выполнения ГРМ в сравнении с традиционным коронарным шунтированием в условиях работающего (КШРС).

Материалы и методы. 180 пациентов с мультифокальным атеросклеротическим поражением коронарного русла (SYNTAX Score 22 и более), которым была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» явились объектом проспективного одноцентрового рандомизированного сравнительного исследования. Группы исследования: группа 1 – пациенты после КШРС (n=98), группа 2 – пациенты после ГРМ (n=82).

Методами исследования явились: инструментальные (эхокардиография (ЭХО-КГ), коронароангиография), лабораторные (биохимические и гематологические исследования, определение уровня тропонина I и др.), оценка качества жизни по шкале SF-36. Точками исследования явились данные до операции, в течении 1 суток после операции, на 5 сутки после операции и через 12 месяцев после оперативного вмешательства. Комбинированная конечная точка исследования включала хотя бы одно из следующих событий: инфаркт миокарда (ИМ), острая недостаточность мозгового кровообращения (ОНМК), рестеноз стента, дисфункция шунта левой внутренней грудной артерии (ЛВГА), дисфункция шунта с использованием большой подкожной вены (БПВ), повторная реваскуляризация, кардиальная летальность.

Результаты. Две группы не имели существенных различий по основным предоперационным параметрам. Пациенты имели низкий риск оперативного вмешательства по шкале EuroScore II и средне-высокую тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX Score. Госпитальной летальности в обеих группах отмечено не было. Дозировка вазопрессорной поддержки в интра- и

раннем послеоперационном периоде была достоверно ниже в группе ГРМ по сравнению с группой КШРС. Уровень послеоперационного высокочувствительного тропонина I, объем интраоперационной кровопотери были достоверно ниже в группе ГРМ по сравнению с группой КШРС. На госпитальном этапе ГРМ и КШРС были сопоставимы по частоте неблагоприятных клинических событий ($4,88 \pm 2,38\%$ и $8,16 \pm 2,77\%$ соответственно, $p=0,422$).

Для пациентов, перенесших как КШРС, так и ГРМ, характерно улучшение ФВ ($p=0,022$ и $p=0,001$ соответственно) к 12-му месяцу наблюдения и снижение значений ИЛС после операции ($p=0,036$ и $p=0,001$ соответственно).

Пациенты после ГРМ характеризовались менее выраженным, чем после КШРС, снижением уровня гемоглобина и количества тромбоцитов ($p<0,001$) в раннем послеоперационном периоде, что обусловлено меньшим объемом кровопотери во время операции. Соответственно, и гемотрансфузия при ГРМ выполнялась реже, чем при КШРС ($p=0,018$).

Пациенты после ГРМ характеризовались более выраженным улучшением физического компонента здоровья ($rw=0,85$ относительно $rw=0,66$ после КШРС). Через 12 месяцев значения физического компонента КЖ были выше после ГРМ (52 (47; 55) по сравнению с 41 (33; 51) после КШРС, $p<0,001$).

Частота кардиоваскулярных исходов в течение 12 месяцев (ИМ, ОНМК, рестеноз в области стентирования или несостоятельность анастомоза с использованием ЛВГА или БПВ, повторная реваскуляризация и/или кардиальная летальность) была меньше среди пациентов после ГРМ ($14,63 \pm 3,9\%$ по сравнению с $31,63 \pm 4,69\%$ после КШРС, $p=0,025$). Со стратегией хирургического лечения ИБС ассоциирован и срок наступления неблагоприятного клинического события: после ГРМ менее интенсивно, чем после КШРС, снижалась кумулятивная бессобытийная выживаемость ($LR=2,15$, $p=0,031$).

Выводы. У пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий (≥ 22 баллов по шкале SYNTAX Score) ГРМ в сравнении с КШРС позволяет уменьшить время операции и интубации ($p<0,001$), дозу вазопрессорных препаратов ($p=0,001$), периоперационную кровопотерю ($p<0,001$) и частоту гемотрансфузии ($p=0,018$), время пребывания в стационаре ($p<0,001$). На госпитальном этапе ГРМ и КШРС были сопоставимы по частоте неблагоприятных клинических событий (ИМ, ОНМК, рестеноз в области стентирования или несостоятельность анастомоза с использованием ЛВГА или БПВ, повторная реваскуляризация и/или кардиальная летальность) ($4,88 \pm 2,48\%$ и $8,16 \pm 2,77\%$ соответственно, $p=0,422$). В течение 12 месяцев после оперативного вмешательства частота неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов была меньше после ГРМ ($14,63 \pm 3,9\%$ по сравнению с $31,63 \pm 4,69\%$ после КШРС, $p=0,025$).