

Коронарне шунтування у пацієнтів з гострим коронарним синдромом

Судус А.В.^{1,2}, Гудзенко Т.Б.^{1,2}, Будзан І.М.², Іванишин В.М.², Грищенко С.А.²,
Гричинюк С.М.², Калин Д.В.², Рогів Н.В.², Нестерак Р.В.^{1,2}, Петровський Т.Р.²,
Курілець Ю.Т.²

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (Івано-Франківськ)

²Клінічний лікувально-діагностичний центр «СІМЕДГРУП» (Івано-Франківськ)

У статті викладено досвід виконання коронарного шунтування у 24 пацієнтів із різними формами гострого коронарного синдрому в строки до 28 днів від початку захворювання. Відсутність летальності, суттєвих післяопераційних ускладнень та задовільні коротко-віддалені результати свідчать про ефективність та безпечність активної хірургічної тактики у даного контингенту хворих.

Ключові слова: коронарне шунтування, гострий коронарний синдром.

Тактика лікування гострого коронарного синдрому (ГКС) на сьогодні є одним із важливих питань сучасної кардіології. Без сумніву, активна інвазивна стратегія у вигляді вчасної первинної ангіопластики та стентування скомпрометованої коронарної артерії є найбільш ефективною. Як наслідок, все більша частина хворих із ГКС скеровується в катетеризаційні лабораторії у якомога коротші терміни. Однак також зростає доля пацієнтів, у яких з різних причин провести повноцінну інвазивну реваскуляризацію не вдається.

Хірургічне коронарне шунтування при ГКС ще донедавна пов'язувалося з невиправдано високим ризиком летальності та ускладнень. Однак останніми роками з'являються дослідження, результати яких свідчать про переваги активної хірургічної тактики [1–4].

Мета роботи – оцінити результати операцій коронарного шунтування у пацієнтів із ГКС, яким з різних причин не вдалося виконати адекватну інвазивну реваскуляризацію.

Матеріал і методи. За період з червня 2012 по січень 2015 року в Івано-Франківському національному медичному університеті на базі клінічного лікувально-діагностичного центру «Сімедгруп» виконано 92 операції ізольованого коронарного шунтування у пацієнтів із коронарною хворобою серця. 24 (26,1%) пацієнти оперовані при різних формах ГКС у терміни до 28 днів від початку захворювання. Розподіл хворих за формами ГКС, віком, статтю та терміном від початку ГКС до операції представлений у таблиці.

У 5 пацієнтів (20,8%) в гострому періоді інфаркту міокарда проведено первинну ангіопластику та стентування інфаркт-залежної коронарної артерії. З них 2 хворих мали інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST, 3 – без підйому сегмента ST. У 4 хворих інфаркт-залежною була права коронарна артерія, а в одного – передня міжшлуночкова гілка (ПМШГ) лівої коронарної артерії. У всіх хворих виявлено багатосудинне ураження коронарних артерій з гемодинамічно значимими стенозами. Після проведення інвазивного втручання у всіх хворих спостерігались явища нестабільної стенокардії, що вимагало більш активних дій у питанні ранньої хірургічної реваскуляризації.

У 6 хворих (25%) при коронарографії виявлено значний стеноз стовбуру лівої коронарної артерії (більше 75%). З них 4 мали нестабільну стенокардію, у двох зафіксовано гос-

Характеристика контингенту хворих із гострим коронарним синдромом (n=24)

	Нестабільна стенокардія	Гострий інфаркт міокарда без підйому сегмента ST	Гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST
Загальна кількість хворих	6	11	7
Стать (чол./жін.)	5/1	8/3	7/0
Вік, роки	70,3±6,9	61,7±8,1	56,3±8,3
Термін від початку ГКС до оперативного втручання, дні	12,7±8,3	17,3±6,0	23,1±6,9
Передопераційна фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка, %	50,0±5,8	50,3±4,4	45,3±3,8

трий інфаркт міокарда без підйому сегмента ST (свідченням пошкодження міокарда слугував підвищений рівень тропоніну).

Показаннями до оперативного втручання були: стеноз стовбуру ЛКА більше 75%, багатосудинне ураження коронарних артерій з ураженням проксимальних відділів ПМШГ більше 75%.

Результати та обговорення. Слід відмітити певну вікову закономірність форм ГКС. У пацієнтів старшого віку частіше спостерігалася нестабільна стенокардія та гострий інфаркт міокарда без підйому сегмента ST, в той час як серед хворих молодого віку домінував гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST.

У всіх хворих коронарне шунтування проводили в умовах штучного кровообігу з використанням для захисту міокарда гіперкалієвої кров'яної кардіоплегії. Для шунтування ПМШГ використовували ліву внутрішню грудну артерію (ЛВГА), а для шунтування інших басейнів – велику підшкірну вену нижніх кінцівок. Середня кількість шунтів на хворого склала 3,6, використання ЛВГА – 100%. В одному випадку ЛВГА використано для шунтування ПМШГ та діагональної артерії у вигляді секвенційного анастомозу. Середній час основного етапу втручання (накладання дистальних анастомозів на перетиснутій аорті) становив 88,7±13,1 хв.

Госпітальної летальності серед оперованих пацієнтів не було. Суттєвих ускладнень післяопераційного періоду не спостерігалось. У середньому періоді після хірургічного втручання (8,1 ліжко-день) пацієнти переведені на реабілітацію в обласний клінічний кардіологічний диспансер.

Коротко-віддалені результати (середній час спостереження – 8,7 місяці, від 1 до 30 місяців) свідчать про ефективність та безпечність активної хірургічної тактики лікування даної категорії хворих: летальності не спостерігалось, більшість хворих мають задовільну якість життя, відсутні клінічні прояви стенокардії. У 1 випадку (4,1%) у пацієнта жіночої статі з інсулін-залежним цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок через 3 місяці після втручання (аортомамарокоронарне шунтування 4 шунта) з'явився рецидив стенокардії. Виконано коронаршунтографію, виявлено оклюзію одного з аутовенозних шунтів до маргінальної гілки огинаючої артерії, проведено стентування цієї артерії.

Висновки

1. Відсутність летальності, суттєвих післяопераційних ускладнень та задовільні коротко-віддалені результати свідчать про ефективність і безпечність активної хірургічної тактики у хворих із гострим коронарним синдромом.
2. У пацієнтів старшого віку серед форм гострого коронарного синдрому домінують нестабільна стенокардія та гострий інфаркт міокарда без підйому сегмента ST.

Література

1. Обобщение 14-летнего опыта выполнения операций коронарного шунтирования на работающем сердце / Руденко А.В., Урсуленко В.И., Купчинский А.В. и др. // Вісник серцево-судинної хірургії. — К., 2014. — Вип. 22. — С. 301–306.
2. Экстренная хирургическая коронарная реваскуляризация у пациентов с острым инфарктом миокарда / Годуров Б.М., Бицадзе А.Г., Глагола М.Д. и др. // Вісник серцево-судинної хірургії. — К., 2014. — Вип. 22. — С. 328–332.
3. Khaladj N., Bobylev D., Peters S. et al. Immediate surgical coronary revascularization in patients presenting with acute myocardial infarction // J. Cardio-thorac Surg. — 2013. — Vol. 8. — P. 167–175.
4. Caceres M., Weiman D.S. Optimal timing of coronary artery bypass grafting in acute myocardial infarction // Ann Thorac Surg. — 2013. — Vol.95. — P. 365–372.

Коронарное шунтирование у пациентов с острым коронарным синдромом

Судус А.В., Гудзенко Т.Б., Будзан И.М., Иванишин В.М., Грищенко С.А., Гричинюк С.М., Калин Д.В., Рогив Н.В., Нестерак Р.В., Петровский Т.Р., Курилец Ю.Т.

В статье изложен опыт выполнения коронарного шунтирования у 24 пациентов с различными формами острого коронарного синдрома в срок до 28 дней от начала заболевания. Отсутствие летальности, существенных послеоперационных осложнений и удовлетворительные краткосрочные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности активной хирургической тактики у данного контингента больных.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, острый коронарный синдром.

Coronary Artery Bypass Grafting in Patients with Acute Coronary Syndrome

Sudus A.V., Gudzenko T.B., Budzan I.M., Ivanyshyn V.M., Gryshchenko S.A., Grychyniuk S.M., Kalyn D.V., Rogiv N.V., Nesterak R.V., Petrovsky T.R., Kurilets J.T.

This article presents the experience of coronary artery bypass grafting performed in 24 patients with different kinds of acute coronary syndrome up to 28 days since the beginning of the disease. The absence of mortality, no significant postoperative complications and satisfactory short-term results show that the active surgical tactics in this group of patients is effective and safe.

Key words: coronary artery bypass grafting, acute coronary syndrome.