



Инфаркт миокарда. Статистика.



Сегодня для лечения ССЗ существуют различные виды хирургических вмешательств:

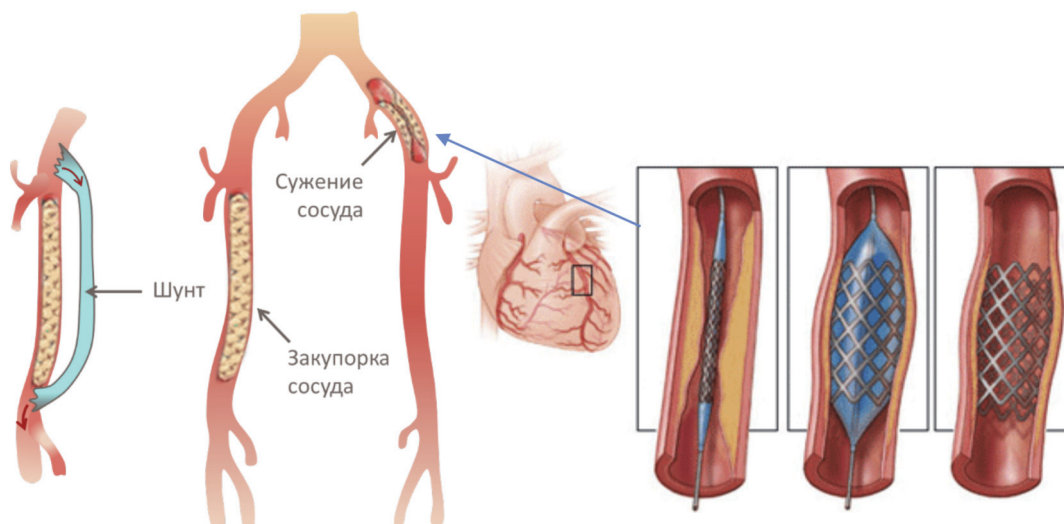
- аортокоронарное шунтирование
- баллонная ангиопластика (при которой через артерию вводится небольшой баллонный катетер для восстановления просвета закупоренного сосуда)
- пластика и замена клапана
- пересадка сердца
- операции с использованием искусственного сердца и др.



Коронарное шунтирование. Реабилитация и вторичная профилактика [9]

Коронарное шунтирование (КШ) – создание дополнительного пути для тока крови в обход участка сосуда с помощью системы шунтов для восстановления нормального кровотока в сосудах.

Стентирование – расширение участка сосуда, где произошло сужение с помощью установки специального устройства.



Количество процедур КШ, выполняемых в нашей стране за последние несколько лет, увеличилось более чем в 5 раз. КШ – приоритетно при поражении ствола левой коронарной артерии, при наличии у больного сахарного диабета (СД) и при поражении трех и более коронарных артерий.

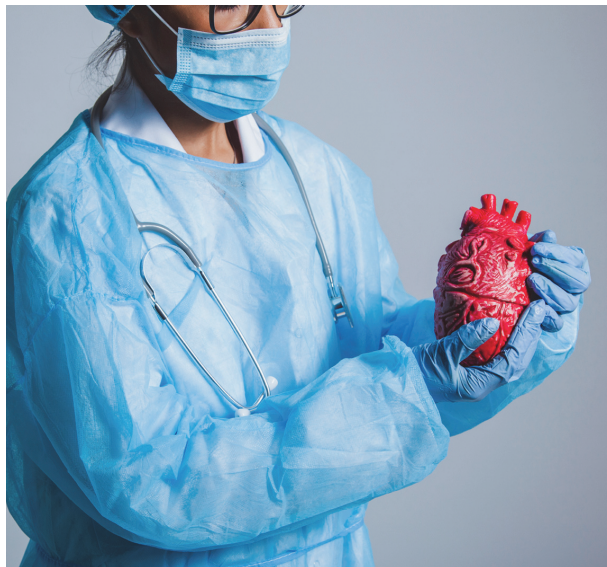
Прогноз пациента, перенесшего КШ, зависит от:

1. Особенности оперативного вмешательства (аутоартериальное шунтирование по сравнению с аутовенозным характеризуется лучшей проходимостью шунтов и меньшим риском повторных обострений ИБС)
2. Наличия сопутствующих заболеваний до проведения операции
3. Активность пациента и лечащего врача, направленная на профилактику ранних осложнений КШ

Возможные ранние осложнения:

- нарушения ритма сердца
- сердечная недостаточность (СН)
- венозные тромбозы и тромбоэмболии
- медиастенит, инфекции

С целью профилактики дальнейшего прогрессирования атеросклероза необходимо проведение медикаментозной терапии, физической и психологической реабилитации, направленной на скорейший возврат пациента к привычному образу жизни.



Кардиологическая реабилитация

Подготовка пациента к эффективному восстановлению после операции должна начинаться в предоперационном периоде:

- Обучение методике дыхательной гимнастики
- Занятия ЛФК
- Индивидуальная и групповая психотерапия
- Занятия в «Школе предоперационной подготовки больных к операции КШ».

Реабилитация после КШ показана большинству пациентов после КШ (уровень доказательности А)

- Образовательная программа и систематические физические тренировки 3 раза в неделю на протяжении 4-х месяцев
- Контроль концентрации холестерина (ХС)
- Контроль липопротеидов высокой плотности (ЛВП)
- Ограничение количества жиров и общей калорийности пищи

Прием ацетилсалициловой кислоты (АСК) после КШ чрезвычайно важен для пациента, АСК значительно улучшает проходимость аутовенозных шунтов, особенно в первый год после операции.



Mangano D.T. (2002) Многоцентровое исследование

Результат: АСК при раннем (в первые 48 часов) назначении в послеоперационном периоде при сравнении с назначением препарата в более поздние сроки, способно снижать:

- госпитальную смертность на 68% ($p < 0,001$),
- риск периоперационных ИМ – на 48% ($p < 0,001$),
- риск инсультов – на 50% ($p = 0,01$),
- риск некрозов кишечника – на 62% ($p = 0,01$)
- риск недостаточности кишечника на 74% ($p < 0,001$).

Раннее назначение АСК у пациентов не повышало риск гастроинтестинальных кровотечений, напротив, их частота оказалась существенно ниже, чем у больных, не получавших АСК в первые 48 часов после КШ. АСК показывает свою эффективность в диапазоне доз от 100 мг до 325 мг в сутки.

АСК в низкой дозе <100 мг в сутки могут быть менее эффективной для улучшения проходимости артериовенозных шунтов, чем более высокие дозы [Lim E. et al., 2003].

АСК после операции КШ – рекомендации:	
Классы рекомендаций	
Класс I	Доказательства и/или общее мнение, что процедура или лечение полезны и эффективны (рекомендуются/обозначены)
Класс II	Противоречивые доказательства, и/или расхождение мнений о пользе/ эффективности процедуры или лечения
Класс IIa	Имеющиеся данные свидетельствуют в пользу эффективности процедуры или лечения (должны быть рассмотрены)
Класс IIb	Польза/эффективность процедуры или лечения менее убедительны (могут быть рассмотрены)
Уровни доказательства	
A	Результаты нескольких рандомизированных клинических исследований или мета-анализа
B	Результаты одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований
C	Общее мнение экспертов или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры

Класс I

- A** Прием АСК должен быть возобновлен в дозах от 100 до 325 мг/сутки, как в первые 6 часов после КШ, так и в дальнейшем неопределенно долго [Рекомендации ACCF/AHA, 2011; Согласованная позиция экспертов АНА, 2015].
- B** Прием АСК в дозе 75-160 мг/сутки должен быть возобновлен в первые 24 часа, а лучше в первые 6 часов после КШ и приниматься в течение жизни [Консенсус рабочих групп ESC, 2014].

Класс IIa

- A** Если АСК после КШ назначается в качестве моноантиагрегационной терапии, то, в первую очередь, должно быть рассмотрено применение ее высокой дозы (325 мг), чем низкой дозы (81 мг), для вероятной профилактики аспиринорезистентности [Согласованная позиция экспертов АНА, 2015].

Двойная антиагрегационная терапия АСК + клопидогрел

Может быть рассмотрена у пациентов после КШ [Консенсус рабочих групп ESC по управлению антиагрегационной терапией у пациентов, подвергнутых КШ, 2014; Рекомендации по длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов КБС обществ ACC/AHA, 2016]:

Класс I

- C** со стабильной ИБС, ранее подвергнутых стентированию другой (не связанной с шунтом) коронарной артерии
- A** после КШ на работающем сердце [Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015];

Класс IIa

- B** подвергнутых КШ в пределах 1 года после ОКС при контролируемом риске кровотечений

Класс IIb

- B** со стабильной ИБС при ее безопасности
- A** после КШ с искусственным кровообращением без недавно перенесенного острого коронарного события [Согласованная позиция экспертов АНА по вторичной профилактике после КШ, 2015].

Длительность двойной антиагрегационной терапии после КШ (АСК + клопидогрел) - 1 год. Обратите внимание! Ежедневная доза АСК в составе двойной антиагрегационной терапии - 81 мг (75-100 мг) (Класс IIa/B).

Аспирин®Кардио снова в России!

Кишечнорастворимая форма Аспирина (Аспирин®Кардио) покрыта оболочкой, в состав которой входят целлюлоза, силикон и другие компоненты, позволяющие препарату растворяться в щелочной среде 12-перстной кишки, минуя желудок. Таким образом, устраняется местный повреждающий эффект АСК на слизистую желудка [10]

Литература

1. Анализ динамики заболеваемости и смертности от острого инфаркта миокарда за период с 2007 г. По 2019 г. Радионов С.Н. Региональный вестник. 2019. № 14 (29). С. 4-6.
2. Пациент после инфаркта миокарда: факторы риска новых сердечно-сосудистых катастроф. Новикова И.А., Некрутенко Л.А., Лебедева Т.М., Хлынова О.В., Шишкина Е.А. Анализ риска здоровью. 2019. № 1. С. 135-143.
3. Стрельченко О.В. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2012 году: сб. статистических и аналитических материалов. – Новосибирск: Офсет, 2013. – Вып. 12. – С. 332.
4. The 60 minutes myocardial infarction project: characteristics on admission and clinical outcome in patients with reinfarction compared to patients with a first infarction / S. Wagner, U. Buczyk, R. Schiele [et al.] // Eur. Heart J. – 1998. – № 19. – P. 879–884.
5. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non-diabetic subjects with and without prior myocardial infarction / A. Natali, S. Vichi, P. Landi [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1998. – № 339. – P. 229–234.
6. A prior myocardial infarction: how does it affect management and outcomes in recurrent acute coronary syndromes? / A.A. Motivala, U. Tamhane, V.S. Ramanath [et al.] // Clin. Cardiol. – 2008. – № 31. – P. 590–596.
7. Волкова Э.Г., Малыгина О.П., Левашов С.Ю. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда (исследования «случай – контроль») // Кардиология. – 2007. – № 7. – С. 26–28.
8. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry / K.A. Eagle, M.J. Lim, O.H. Dabbous [et al.] // JAMA. – 2004. – Vol. 291, № 22. – P. 2727–2733.
9. Коронарное шунтирование больных ибс: реабилитация и вторичная профилактика. Российские клинические рекомендации. Министерство Здравоохранения Российской Федерации «Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики», «Ассоциация сердечно - сосудистых хирургов России», «Российское кардиологическое общество», «Союз реабилитологов России», 2016 г.
10. Пациенты высокого риска: современная стратегия лечения. Небиеридзе Д.В., Мелия А. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. Т. 9. № 6. С. 97-101.