

## Глава 1

# РОЛЬ КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

---

За последние 30 лет эффективность коронарной хирургии изучалась более критично, чем результаты любых других вмешательств за всю историю существования хирургии. Начало столь пристальному вниманию положила крайне высокая периоперационная летальность на ранних этапах развития направления (Бураковский В. и др., 1973). По мере накопления хирургического опыта, колоссального совершенствования технологического и анестезиологического обеспечения операций в 70-х гг. XX в. удалось добиться значительного прогресса в коронарной хирургии, а летальность снизилась до уровня таковой при рутинных хирургических вмешательствах (Князев М. и др., 1977).

В 1970-х гг. проведено большое количество различных исследований, обосновывавших технику и тактику операций, разрабатывались показания. Под пристальным вниманием и при непосредственном участии кардиологов проведено три крупнейших, практически беспрецедентных рандомизированных исследования по сравнению результатов медикаментозного и хирургического лечения коронарной болезни — Veterans Administration Study (VA) (Murphy M. et al., 1977), European Cooperative Study (European Coronary Surgery Study Group, 1982), Coronary Artery Surgery Study (CASS Principal Investigators and their Associates, 1983). Несмотря на ряд ограничений и различий в интерпретации данных, эти исследования на долгие годы определили судьбу коронарной хирургии, показания к операциям и стандарты хирургической техники и поэтому заслуживают детального анализа.

В наиболее раннем из контрольных исследований (VA) была рандомизирована группа относительно молодых мужчин без четкой выборки по тяжести болезни. Первое сообщение о результатах (Murphy M. et al., 1977) существенно охладило энтузиазм коронарных хирургов, так как продемонстрировало, что через 21 мес после операции различий по количеству выживших между медикаментозной и хирургической группой не было. Несмотря на то что базовые данные исследования были подвергнуты серьезной критике, исследователи проследили

контрольные группы в течение 11 лет. Отмечено, что в течение первых 7 лет после операции результаты хирургического лечения больных с тяжелым поражением коронарных артерий и нарушениями сократительной функции сердца лучше, чем консервативного, однако к 11 годам эти различия нивелировались. У пациентов с умеренной тяжестью ИБС различий в продолжительности жизни не выявлено.

В Европейском сравнительном исследовании не анализировали результаты лечения при однососудистых поражениях и в целом обследовали больных с относительно хорошей функцией сердца. В противоположность VA данные Европейского исследования показали, что результаты хирургического лечения больных с поражениями двух или трех коронарных сосудов лучше, чем медикаментозного (через 8 лет выжило 73% в медикаментозной и 91% в хирургической группе больных с трехсосудистыми поражениями, 79 и 90% соответственно в группе больных с двухсосудистыми поражениями). Европейское исследование показало также, что у пациентов с проксимальным поражением передней нисходящей артерии, электрокардиографической динамикой при нагрузочных тестах и поражением периферических сосудов прогноз хирургического лечения более благоприятен, чем медикаментозного.

В наиболее крупном исследовании Coronary Artery Surgery Study (CASS) основное внимание было уделено больным с умеренной клиникой ИБС и пациентам с асимптомным течением после инфаркта миокарда. Через 5 лет после начала теста процент выживших в контрольных группах не только статистически не отличался, но и соответствовал уровню смертности в нормальной популяции (Loop F., 1985). Основываясь на опубликованных в 1983 г. данных, авторы CASS сделали вывод о возможности длительного медикаментозного лечения у указанного контингента больных, несмотря на стенокардию, если качество жизни удовлетворяет пациентов. Нельзя не учитывать, что этот вывод сделан на основании суперселективной выборки: из более 15 000 пациентов с ИБС. Были исключены все больные с тяжелой стенокардией, поражениями ствола ЛКА, сердечной недостаточностью, старше 65 лет, таким образом, было выбрано около 2100 наблюдений, причем только 780 больных (5%) согласились на рандомизацию. Несмотря на относительную однородность выбранной популяции, у отказавшихся от рандомизации 1300 больных ангиографические данные отличались от рандомизированной группы: чаще встречались поражения ствола ЛКА, проксимальные поражения ПНА и всех трех сосудов, что могло повлиять на результаты (Gunnar R. et al., 1985). Кроме того, при углубленном

анализе динамики результатов выясняется, что среди пациентов с трехсосудистыми поражениями, получавших консервативное лечение, 51% умерли, перенесли инфаркты миокарда или операцию по поводу ИБС в течение 5 лет после включения в исследование по сравнению с 22% в хирургической группе. А в целом около четверти пациентов медикаментозной группы были направлены на оперативное лечение в течение 5 лет. Однако по статистическим соображениям все эти пациенты анализировались в группе медикаментозного лечения. В небольшой группе больных с трехсосудистыми поражениями и умеренным снижением функции миокарда значительные различия отмечены через 7 лет после операции, свидетельствующие в пользу оперативного лечения (Gunnar R. et al., 1985). Указанные методологические неточности, а также ряд других соображений ставят под сомнение правомочность вышеприведенного постулата авторов CASS. Учитывая возможность развития инфаркта миокарда и внезапной смерти без предшествующего прогрессирования клиники, многие хирурги настаивают на решении вопроса об операции и у этой категории больных. В отношении продолжительности жизни у пациентов с тяжелой клиникой и значительным поражением коронарных артерий CASS убедительно продемонстрировало преимущества хирургии (Kaiser G. et al., 1985; Chaitman B. et al., 1986). Помимо решения основных проспективных задач CASS выявило ряд чрезвычайно важных особенностей коронарной хирургии. Выяснено, что основным фактором операционного риска является хирургическая бригада, что при хирургических вмешательствах по срочным показаниям летальность в 2 раза выше, а по экстренным — в 6 раз выше, чем при плановых операциях (Loop F. et al., 1989).

В отношении клинического течения болезни эффективность хирургического лечения пациентов убедительно доказана. В проспективных рандомизированных исследованиях положительные результаты оперативного лечения отмечались в 75–90% наблюдений, из них в 33–55% случаев стенокардия отсутствовала и в 5–6% наступало ухудшение симптоматики (Mathur V. et al., 1979; Varnauskas E. et al., 1982; Takaro T., 1983). Особенно наглядно улучшение клинического течения болезни при сравнении с группами больных, леченных консервативно. Так, при медикаментозном лечении только у 10–14% пациентов не отмечалось ангиального синдрома, а более чем у 50% пациентов сохранялись приступы стенокардии с частыми нестабильными состояниями, существенно снижающие качество жизни.

В последнее время данные крупных рандомизированных исследований несколько утратили свое значение, так как изменилась тактика

и медикаментозного и хирургического лечения. Если в 1970-х гг. для медикаментозной терапии использовались в основном бета-блокаторы и нитраты, то в последнее время стали широко применяться дезагреганты, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, статины. В ранних работах недостаточно учитывалась роль аутоартериального коронарного шунтирования и агрессивного лечения атеросклероза в послеоперационном периоде (ACC/AHA Guidelines, 1999).

В нерандомизированных исследованиях количество больных с отсутствием симптоматики или улучшением клинического течения ИБС после операций в среднем еще выше, в частности с асимптомным течением — до 75%, улучшением состояния — до 97%, ухудшением — в 2–5% наблюдений (Berndt T. et al., 1975; Lawrie G. et al., 1977; Compean L. et al., 1979).

В целом нерандомизированные ретроспективные исследования по сравнению результатов медикаментозного и хирургического лечения ИБС, проведенные в ведущих клиниках США, выявили преимущества хирургии не только в отношении клиники, но и продолжительности жизни, причем при любых поражениях коронарного русла. Для наглядности целесообразно провести сравнение отдаленных результатов Veterans Administration Study (VA) и Cleveland Clinic Foundation Study (CCF) (Cosgrove D. et al., 1984) (табл. 1.1).

Таблица 1.1

**Сравнение отдаленных результатов медикаментозного и хирургического лечения ИБС (% выживших)**

Поражение	VA (11 лет)		CCF (10 лет)		
	Мед.	Хир.	Мед.	Хир. (АКШ)*	Хир. (ВГАКШ)**
1 артерия	65%	70%	74%	88%	93%
2 артерии	69%	55%	53%	80%	90%
3 артерии	50%	56%	32%	71%	83%
Всего	57%	58%	50%	76%	87%

\* АКШ — аутовенозное коронарное шунтирование.

\*\* ВГАКШ — коронарное шунтирование с использованием ВГА.

Дальнейшее совершенствование реанимационной службы, защиты миокарда, хирургической техники, использование аутоартериального коронарного шунтирования привело к тому, что с 1984 г. результаты хирургического лечения любых поражений коронарных артерий в большинстве клиник США и Европы стали лучше, чем результаты медикаментозной терапии (при первичных операциях) (Loop F. et al.,