

# Острый инфаркт миокарда: подходы к лечению, спасающие жизни

Острый инфаркт миокарда — это заболевание, которое ежегодно уносит жизни не одной тысячи украинских граждан. О том, как правильно организовать систему оказания помощи пациентам с этим заболеванием и снизить инвалидизацию и смертность до европейского уровня, идет речь в этой публикации.



Глобальное бремя неинфекционных болезней, одной из которых является острый инфаркт миокарда (ОИМ), — это один из основных вызовов человечеству в XXI в. Оно негативно влияет на социально-

экономическое развитие во всем мире и отражается на демографической ситуации во всех странах, в том числе и в Украине. За последние 15 лет численность населения Украины сократилась на 7 млн человек, ежегодно наше государство теряет 700 тыс. своих граждан, 1/3 из которых составляют люди трудоспособного и репродуктивного возраста. Такая демографическая ситуация обусловлена высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, которая составляет 66% в структуре общей смертности. Так, от атеросклероза в нашем государстве ежегодно умирают 500 тыс. человек, 310 тыс. (62%) из них — от коронарной болезни. Летальность при ОИМ в Украине составляет 16,8%, в то время как в странах Евросоюза — не более 4%. Эта ситуация не осталась без внимания ученых Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, и 13 сентября 2012 г. на заседании президиума Академии был заслушан доклад о состоянии оказания медицинской помощи больным ОИМ.

Чем обусловлен такой высокий уровень летальности в нашей стране, и что необходимо сделать, чтобы исправить существующую ситуацию, привели к показателям к уровню европейских, мы попросили рассказать **Юрия Соколова**, члена-корреспондента НАМН Украины, руководителя отдела интервенционной кардиологии ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско» НАМН Украины».

— Дело в том, что все страны Евросоюза, которые достигли таких низких показателей летальности при ОИМ, в свое время прошли через реализацию государственных программ по развитию системы интервенционной кардиологии, создания сети реперфузионных центров и подчинения их одной административной вертикали. Когда эта система заработала, летальность существенно снизилась. Если посмотреть на проблему в историческом аспекте, она будет выглядеть следующим образом: с 50-х по 60-е годы XX ст. 25% пациентов с ОИМ с элевацией сегмента ST просто умирали. Тогда было принято решение организовать в отделениях кардиологии палаты интенсивной терапии и начали применять антикоагулянты. Летальность

сразу снизилась на 10%. С 1980 по 1990 г. появилась тромболитическая терапия, снизившая летальность с 15 до 10%. Возможность внутрисосудистой реконструкции пораженной артерии выявлена Ch. Dotter случайно. Во время выполнения очередной ангиографии артерий нижней конечности проводник, а затем и диагностический катетер проводили через окклюзированный сегмент подвздошной артерии. Неожиданный клинический эффект «случайной» реканализации окклюзированной артерии обусловил появление первого инструмента для выполнения транслюминальных вмешательств — набор коаксиальных катетеров с увеличивающимся диаметром. Набор представлял собой комплект жестких бужей различного диаметра. Их проводили в сосудистое русло по направляющему проводнику и поочередно бужировали место поражения. В 1964 г. американские врачи Ch. Dotter и M. Judkins предложили новый транслюминальный метод восстановления просвета атеросклеротически суженных артерий, названный чреспросветным бужированием сосуда. Предложенный метод заключался в проведении проводочного проводника через зону обструкции. Затем по проводнику через окклюзию поочередно проводили специальные бужи различного диаметра, которые увеличивали просвет артерии. На контрольной ангиограмме восстановленный кровоток определяли по ранее окклюзированной артерии.

В марте 1986 г. U. Sigwart и J. Puel, опираясь на результаты опытов чрескожной имплантации металлических стентов в сосудах животных (которые проводил еще Ch. Dotter) и затем в периферических артериях человека, произвели первую перкутанную имплантацию постоянного металлического стента в коронарную артерию (КА) человека. С этого вмешательства началась новая эра дистанционной имплантации постоянных коронарных эндопротезов (стентов) в рентгенооперационной с использованием техники коронарной ангиопластики.

В 1986–1990 гг. в клиническую практику внедрены новые технологии коронарной ангиопластики — лазерная реканализация эксимерным лазерным излучением (G. Lee), прямая атерэктомия из просвета КА с помощью оригинального катетера-ножа (J. Simpson), ротаблация (K. Kensey).

В 2010 г. перкутанное коронарное вмешательство (ПКВ) во всем мире нашло системное применение, и летальность сразу снизилась до 5%. Таким образом, своевременное механическое разрушение тромба (реканализация) КА позволяет снизить летальность при ОИМ до 4–5%, при условии, что все пациенты, которым будет установлен диагноз ОИМ, будут своевременно доставлены в соответствующим образом оборудованные и укомплектованные пер-

соналом реперфузионные центры. Такой путь предстоит пройти и Украине.

— В какой степени интервенционная кардиология развита в Украине сегодня?

— Украина по количеству населения занимает 5-е место в Европе. В стране регистрируется 57 тыс. ОИМ в год. При этом всего в год проводится около 5 тыс. интервенционных вмешательств на КА, из них при инфаркте — 1700 первичных коронарных вмешательств. Мы занимаем 24-е место в Европе, проводя 25 реканализаций на 1 млн населения в год, хотя их должно быть 600. У нас на сегодня 77% больных ОИМ, которым не проводится ни тромболитическая терапия, ни первичное ПКВ.

— Какие первые шаги необходимо сделать, чтобы улучшить ситуацию в Украине?

— Предотвратить или свести к минимуму развитие осложнений ОИМ позволяет ранняя диагностика и правильно выбранная тактика лечения этих больных. Главный принцип патогенетически обоснованной терапии у больных ОИМ заключается в как можно более раннем и полноценном восстановлении кровоснабжения в зоне острой ишемии миокарда. Теоретически восстановить просвет тромбированной КА можно тремя способами: медикаментозным, интервенционным и хирургическим. Однако не все перечисленные методы могут обеспечить два условия — быстроту и полноценность восстановления. Коронарное шунтирование обеспечивает полную реваскуляризацию ишемизированного участка миокарда, однако, даже в случае срочного проведения операции, такой способ восстановления кровоснабжения не является максимально быстрым.

Тромболитическая терапия (системное введение тромболитиков) может быть начата во время первичного осмотра больного до начала его транспортировки в стационар, продолжаться во время транспортировки и госпитализации. Такое раннее начало лечения, направленное на восстановление просвета пострадавшей артерии, является неоспоримым преимуществом этого метода восстановления перфузии миокарда. С другой стороны, системный тромболизис не обеспечивает полного восстановления просвета сосуда. Даже в том случае, когда лизирование тромба произошло успешно, в сосуде остается незажившая разрушенная атеросклеротическая бляшка, и пациент не избавлен от риска повторного тромбообразования в этом месте.

ПКВ (коронарное стентирование) наиболее точно соответствует условиям, необходимым для минимизации негативных последствий ОИМ с элевацией сегмента ST. Стентирование обеспечивает максимально полное восстановление просвета тромбированной артерии, что подтверждается

ангиографічним контролем. Применение стентов, которое исключает развитие диссекции, а также современное медикаментозное сопровождение ПКВ сводят к минимуму вероятность тромботических осложнений. Выполнение стентирования при ОИМ, как правило, не требует большого количества времени. Если пациент может быть быстро доставлен в реперфузионный центр, работающий в режиме постоянной ургенции (24 ч 7 дней в неделю), результаты такой тактики лечения ОИМ наилучшие.

В настоящее время применяют две тактики лечения при ОИМ с элевацией сегмента ST: системную тромболитическую терапию и ПКВ. В некоторых случаях (например при наличии симптоматики после тромболитизиса) ПКВ может быть проведено в дополнение к тромболитизису. Тромболитическая терапия максимально эффективна в первые 3 ч от начала инфаркта, и в этом случае ее эффективность сопоставима с эффективностью ПКВ. В более поздние сроки (3–12 ч от начала симптоматики) результаты ПКВ лучше результатов тромболитизиса, и поэтому в подобных ситуациях по возможности необходимо выполнять первичное ПКВ. Это доказано в исследованиях PAMI, GUSTO IIB, C-PORT, PRAGUE-1, PRAGUE-2, DANAMY-2. При долгосрочном наблюдении выявлено, что количество смертей при применении тромболитической терапии и первичного ПКВ составляет соответственно 12,8 и 9,65%, количество инфарктов — 10,0 и 4,8%, комбинированная конечная точка (общее количество смертей, повторных инфарктов, инсультов) — 19 и 12%. Особенно хорошо видно различие в результатах по уровням возвратных ишемий при краткосрочном и долгосрочном наблюдении (соответственно 21 и 6% ( $p < 0,0001$ ), 39 и 22% ( $p < 0,0001$ )).

В рекомендациях Европейского общества кардиологов (2008) предложена следующая схема лечения пациентов с ОИМ с элевацией сегмента ST в первые 12 ч от начала симптоматики. Если диагноз установлен в этот промежуток времени и есть возможность доставить больного в центр, где проводятся urgentные ПКВ, пациенту показано выполнение первичного ПКВ без какой-либо другой предварительной реперфузионной терапии. Если диагноз установлен в течение первых 3 ч, и нет возможности в течение ближайших 12 ч выполнить urgentную ПКВ, необходимо немедленно начинать тромболитическую терапию. Если тромболитическая терапия в этом случае была безуспешной, требуется выполнять спасующее ПКВ. После успешной тромболитической терапии ПКВ следует выполнять в тех случаях, когда есть возможность провести эту процедуру в первые 24 ч от начала симптоматики (ПКВ после тромболитической терапии), или тогда, когда перед выпиской имеется симптоматика стенокардии (ПКВ, обусловленное ишемией). Итак, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, тромболитическая терапия как самостоятельный вид восстановления перфузии допускается только в том случае, когда тромболитизис проведен успешно, не было возможности выполнить ПКВ после тромболитизиса в первые 24 ч от начала симп-

томатики, и у больного при выписке из стационара нет симптомов стенокардии. Во всех других случаях показано ПКВ. Таким образом, из всех лечебных процедур, направленных на восстановление перфузии миокарда при ОИМ с элевацией сегмента ST, предпочтение следует отдавать не системным, а инвазивным методам лечения.

Для того чтобы эти рекомендации в полной мере выполнялись в Украине, в первую очередь должна быть разработана и утверждена на уровне Администрации Президента государственная программа по интервенционной кардиологии, как это было сделано во всех европейских странах при их вступлении в Евросоюз. Эта программа должна включать целый ряд преобразований в организации оказания медицинской помощи пациентам с ОИМ. Необходимо в масштабах государства изменить технологию лечения таких больных и систематизировать процесс оказания им медицинской помощи. Требуется создать систему реперфузионных центров по всей стране, обеспечить их соответствующим оборудованием и укомплектовать квалифицированным медицинским персоналом. Важнейшее значение в оказании медицинской помощи таким пациентам имеет правильно организованная система доставки.

Следует отметить, что необходимость развития такой системы находит поддержку и понимание со стороны высшего руководства государства и отрасли. Так, 11 октября 2012 г. в Херсоне на открытии Городского центра сердца, в составе которого будет функционировать и отделение интервенционной кардиологии, Президент Украины Виктор Янукович отметил важность этого события. «Мы должны строить современные кардиологические центры, чтобы значительно снизить смертность людей», — сказал Президент, напоминая, что сегодня именно сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности в Украине.

В разных странах мира, отметил В. Янукович, во время реформирования систем здравоохранения первоочередное внимание уделялось именно вопросу профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

По мнению Президента, при кардиоцентрах также обязательно должны работать современные станции скорой помощи. «Экстренная помощь при кардиологических болезнях — зачастую самое главное», — подчеркнул он. Глава Государства также отметил, что кардиологические учреждения, безусловно, должны оснащаться новейшим медицинским оборудованием и обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными средствами.

О необходимости разработки и реализации под патронатом Президента государственной программы по интервенционной кардиологии высказалась и вице-премьер-министр Украины — министр здравоохранения Украины Раиса Богатырева. В случае утверждения этой программы на Министерстве здравоохранения Украины ляжет работа по подготовке порядка маршрутизации пациентов с ОИМ, пакета документов, регламентирующих оборудование и штатное расписа-

ние реперфузионных центров и всей системы, квалификационные требования к медицинскому персоналу. В отличие от перинатальных центров, здесь мы имеем дело со взрослыми людьми, на обучение которых государство затратило деньги. И если это не начнет работать, то Украина потеряет по сути работоспособного специалиста, а взамен получит инвалида, которого надо содержать.

— Не усложнит ли внедрение программы по интервенционной кардиологии оказание медицинской помощи больным ОИМ?

— Напротив, такая программа не только не усложнит, но и предельно упростит оказание такой помощи, и сделает ее максимально эффективной. Врачу скорой помощи необходимо будет выявить три признака ОИМ:

- характерные для ишемии миокарда изменения на ЭКГ;
- боль за грудиной;
- повышение концентрации тропонина Т.

При наличии хотя бы двух из них необходимо не рассуждая немедленно везти пациента в Центр интервенционной кардиологии. Тромболитическая терапия показана в первые 2 ч после контакта врача с пациентом. Позднее ее проводить бессмысленно. Она также показана в случае, если известно, что транспортировка пациента займет >2 ч. Тогда надо вводить тромболитики «на дорогу». Следует помнить, что для проведения тромболитической терапии имеются и противопоказания. Поэтому огромное значение для прогноза у больных ОИМ имеет правильно организованная доставка. Если она займет <2 ч, можно везти больного без всяких тромболитиков. Следует отметить, что после стентирования и реканализации пациенты чувствуют себя гораздо лучше практически сразу. На следующий день они могут ходить, не принимают такого количества лекарственных средств, резко снижается инвалидизация, на 5-е сутки их выписывают домой. А без проведения ревааскуляризации человек остается инвалидом минимум полгода.

Если эта система в государстве работает, она даст людям с инфарктом надежду на спасение. Надо сегодня помочь выжить имеющемуся населению. Однако конкретный результат — снижение смертности — будет не раньше чем через 2–3 года. Ведь все центры не смогут сразу заработать. Где-то придется купить оборудование, где то — обучить людей. Готовых центров, которые сразу могут начинать работать, сегодня в Украине 13, но их тоже необходимо обеспечить расходными материалами и медикаментами. Для этого требуется также упорядочить проведение государственных закупок.

Учитывая все вышесказанное, можно сделать вывод, что ситуация, сложившаяся в стране с оказанием медицинской помощи больным ОИМ, катастрофическая. Однако при наличии политической воли в построении соответствующей жесткой административной вертикали ситуацию можно довольно быстро изменить к лучшему, и диагноз ОИМ перестанет быть приговором, что не может не обнадеживать.

*Александр Устинов,  
фото автора*