

Редакционная статья

© Е.З. Голухова, 2017

УДК 616.132.2-089.168:616.132.2-073.755.4

Е.З. Голухова

НУЖДАЮТСЯ ЛИ БОЛЬНЫЕ, ПЕРЕНЕСШИЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, В РУТИННОЙ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ НАБЛЮДЕНИИ?

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) Минздрава России, Рублевское шоссе, 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Голухова Елена Зеликовна, академик РАН, профессор, доктор мед. наук, заведующий отделением, заместитель главного редактора журнала

Для цитирования: Голухова Е.З. Нуждаются ли больные, перенесшие чрескожное коронарное вмешательство, в рутинной плановой коронарографии при последующем наблюдении? *Креативная кардиология*. 2017; 11 (2): 95–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.24022/1997-3187-2017-11-2-95-97>

Для корреспонденции: Голухова Елена Зеликовна, e-mail: egolukhova@yahoo.com

E.Z. Golukhova

DO PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION NEED PLANNED CONTROL ANGIOGRAPHY IN FOLLOW-UP PERIOD?

Bakoulev National Scientific and Practical Center for Cardiovascular Surgery of Ministry of Health of the Russian Federation, Rublevskoe shosse, 135, Moscow, 121552, Russian Federation

Golukhova Elena Zelikovna, Academician of Russian Academy of Sciences, Professor, Dr Med. Sc., Head of Department, Deputy Chief Editor of the Journal

For citation: Golukhova E.Z. Do patients after percutaneous coronary intervention need planned control angiography in follow-up period? *Kreativnaya kardiologiya (Creative Cardiology, Russian journal)*. 2017; 11 (2): 95–7 (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.24022/1997-3187-2017-11-2-95-97>

For correspondence: Golukhova Elena Zelikovna, e-mail: egolukhova@yahoo.com

Information about authors:

Golukhova E.Z., <http://orcid.org/0000-0002-6252-0322>

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received June 01, 2017

Accepted June 08, 2017

Обычно на этот вопрос кардиологи и интервенционисты дают разные ответы. Так, в нескольких исследованиях показано, что рутинная плановая коронарография (КГ) в отдаленные сроки после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ)

увеличивает частоту повторных реваскуляризации, но *не улучшает* клинические исходы. Вот почему современные американские клинические рекомендации игнорируют необходимость повторной контрольной плановой коронарографии, даже

если ЧКВ было выполнено по поводу поражения ствола левой коронарной артерии (ЛКА) [1]. Европейские рекомендации рассматривают контрольную плановую КГ после ЧКВ высокого риска как IIb класс показаний [2]. Таким образом, *рутинное* выполнение ангиографии при отдаленном наблюдении может быть показано только в некоторых специальных случаях. Этот вывод был сделан, в частности, японскими авторами, выполнившими проспективное мультицентровое рандомизированное исследование The ReACT [3], в котором пациенты после успешного ЧКВ были случайным образом разделены на 2 группы: с выполнением плановой контрольной коронарографии в ходе последующего наблюдения (через 8–12 мес) или без данной процедуры. Первичная конечная точка заключалась в кумулятивной частоте летальных исходов, инфарктов миокарда, инсультов, экстренных госпитализаций по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) или сердечной недостаточности в течение не менее чем 1,5 года наблюдения после ЧКВ. Вторичная конечная точка учитывала также развитие тромбоза стента, больших кровотечений, повторных реваскуляризации, в том числе и таргетного сосуда, а также частоту любых реваскуляризации. Всего в исследование было включено 700 больных, отражающих ситуацию в реальной клинической практике (существенное превалирование больных пожилого возраста, с сахарным диабетом, многососудистым поражением, ранее выполненным ЧКВ и перенесенным острым инфарктом миокарда (ОИМ)); в группу с плановой КГ в отдаленном периоде включили 349 больных, в контрольную группу – 351 пациента. Сроки наблюдения составили от 3,1 до 5,2 года, медиана – 4,6 года. Кумулятивная частота развития первичной конечной точки в течение 5-летнего периода наблюдения составила 22,4% в группе с повторной КГ и 24,7% – в контрольной группе; эти различия оказались статистически недостоверными.

Не было обнаружено достоверных различий и в частоте наступления отдельных компонент первичной конечной точки между обеими группами (в том числе по частоте ИМ, общей смертности, инсульта, неотложным госпитализациям по поводу ОКС и повторных госпитализаций по поводу сердечной недостаточности); не обнаружено существенных различий и по частоте кровотечений. Любые коронарные вмешательства в течение года после ЧКВ чаще выполнялись в 1-й группе, чем в контрольной (12,8% против 3,8), однако с увеличением сроков наблюдения до 5 лет эти различия стирались и к завершению указанного периода были практически сопоставимы (19,6 и 18,1% соответственно).

Таким образом, авторы сделали два важных вывода:

1. Рутинная плановая КГ после ЧКВ не улучшает клинические результаты отдаленного наблюдения по сравнению с традиционными вариантами клинико-инструментального контроля (не исключая возможность выполнения инвазивных процедур при наличии показаний), а также не позволяет снизить летальность и частоту развития ОИМ.

2. Увеличение частоты повторных реваскуляризации в группе больных с плановой КГ нивелируется в течение последующего длительного наблюдения. Анализируя причины увеличения частоты повторных реваскуляризации при плановой контрольной коронарографии, выполненной через 8–12 мес после ЧКВ, авторы останавливаются на так называемом околостенотическом рефлексе, – феномене, когда реваскуляризация выполняется только по причине наличия ангиографических признаков стеноза, без объективных признаков наличия ишемии. Последний является негативным аспектом рутинной практики выполнения повторной КГ после ЧКВ, приводящим к двукратному увеличению числа повторных реваскуляризации при отсутствии значимых признаков ишемии по сравнению с группой клинико-инструментального

контроля. Вместе с тем повторная поздняя таргетная реваскуляризация ранее стентированного сосуда остается важной проблемой современной интервенционной кардиологии и определяет дальнейшую эволюцию новых лекарственных средств и технологий стентирования.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Fihn S.D., Blankenship J.C., Alexander K.P., Bittl J.A., Byrne J.G., Fletcher B.J. et al. ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS Focused Update of the Guideline for the Diagnosis and Management of Patients with Stable Ischemic Heart Disease. *Circulation*. 2014; 130: 1749–67. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000095.
2. Windecker S., Kolh P., Alfonso F., Collet J.P., Cremer J., Falk V. et al. ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur. Heart J.* 2014; 35: 2541–619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu278.
3. Shiomi H., Morimoto T., Kitaguchi S., Nakagawa Y., Ishii K., Haruna Y. et al. The ReACT Trial: Randomized Evaluation of Routine Follow-up Coronary Angiography after Percutaneous Coronary Intervention Trial. *JACC Cardiovasc. Interv.* 2017; 10 (2): 109–17. DOI: 10.1016/j.jcin.2016.10.018.

Поступила 01.06.2017
Принята к печати 08.06.2017