

НОВЫЕ ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДОПЕРАЦИОННОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ И ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ – НОВЫЕ СТАРЫЕ ПЕСНИ О ГЛАВНОМ?

Дупляков Д. В.

Рецензент перевода рекомендаций ЕОК, заместитель главного врача ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, д.м.н., профессор кафедры кардиологии и кардиохирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ.

e-mail: duplyakov@yahoo.com

8-846-373-70-82

THE NEW EUROPEAN GUIDELINES ON NON-CARDIAC SURGERY: CARDIOVASCULAR ASSESSMENT AND MANAGEMENT — THE MODERN TRADITIONAL SONGS ABOUT THE MAIN?

Duplyakov D. V.



В августе 2014г на Конгрессе Европейского общества кардиологов (ЕОК) в Барселоне была представлена новая редакция Рекомендаций по предоперационному обследованию и ведению пациентов при выполнении внесердечных хирургических вмешательств [1]. Предыдущая версия рекомендаций была опубликована в 2009г [2], но прошедшие пять лет запомнились не только появлением новых исследований и мета-анализов [3-8], но и беспрецедентным для мировой кардиологии скандалом вокруг семейства исследования DECREASE и его руководителя доктора Don Poldermans (Нидерланды) [9-13], вызвавшего большую полемику в прессе, поколебавшую устои бета-блокаторов в предоперационной подготовке пациентов [14, 15].

В рекомендациях сохранен как сам пошаговый алгоритм оценки периоперационного риска кардиальных осложнений, так и количество шагов — семь, который начинается с оценки экстренности хирургического вмешательства. В экстренной ситуации считается, что оценка риска никак не повлияет на течение или исход самой операции, однако может играть роль при выборе тактики ведения больного в интра-

и раннем послеоперационном периоде. В дальнейшем оценивается наличие у пациента нестабильных кардиальных состояний (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность и другие), а также риск некардиальной операции, функциональное состояние пациента и наличие у него кардиальных факторов риска. По степени риска все хирургические вмешательства подразделяются на операции низкого риска кардиальных осложнений (менее 1%), промежуточного (1-5%) и высокого (более 5%), хотя некоторые оперативные вмешательства поменяли “прописку” в столбцах риска. Объяснений, почему это произошло, в рекомендациях найти не удалось, вероятно, это мнение экспертов. Кроме этого, разбираются преимущества и недостатки открытых и эндоваскулярных сосудистых вмешательств, а также открытых и лапароскопических или торакоскопических операций.

В версии рекомендаций ЕОК 2014г пациентам с промежуточным риском кардиальных осложнений и отсутствием клинических факторов риска возможно проведение хирургического вмешательства без предварительного обследования. Однако, если у пациента есть хотя бы один клинический фактор риска, целесообразно зарегистрировать ЭКГ (класс IC) и рассмотреть выполнение нагрузочного теста (класс IIb B). Если пациенту предстоит операция высокого риска, то на 6-м шаге оцениваются кардиальные факторы риска и в зависимости от их числа принимают решение о выполнении неинвазивных нагрузочных тестов, оценке функции левого желудочка (эхокардиография или биомаркеры). Проведение нагрузочного теста считается необходимым, если пациент имеет ≥ 3 -х кардиальных факторов риска (класс IC).

В отношении проведения коронарной ангиографии перед плановыми внесердечными операциями эксперты ЕОК достаточно консервативны. Она рекомендована пациентам с доказанной ишемией мио-

карда и сохраняющейся клиникой стенокардии (III-IV ФК по классификации Канадского Кардиологического общества) на фоне оптимальной медикаментозной терапии (класс IC), т.к. в других группах пациентов пока недостаточно данных, чтобы ее рекомендовать рутинно.

Всем пациентам для периоперационной стратификации риска рекомендуется использование клинических индексов риска (класс IB). В дополнении к индексу Lee из предыдущей версии, в новых рекомендациях предлагается использовать новую модель прогнозирования интра- и послеоперационного риска развития инфаркта миокарда и остановки сердца, созданную на основании базы данных Национальной программы улучшения качества в хирургии (National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)).

Использование модели NSQIP или индекса Lee для периоперационной стратификации риска кардиальных осложнений имеет класс показаний IB.

В разделе, посвященном медикаментозной периоперационной терапии, как и ожидалось, самые спорные суждения вынесены в отношении пользы/риска бета-блокаторов. Однозначно необходимо проведение спланированных исследований, чтобы не бросаться из одной крайности в другую. В отношении аспирина, по результатам исследования POISE-2 [16] рекомендации говорят, что “необходимость и безопасность продолжения терапии аспирином в периоперационном периоде у пациентов, прежде получавших этот препарат, должны определяться индивидуально основываясь на оценке риска периоперационного кровотечения и риска тромботических

осложнений”. Кроме этого, появились разделы, касающиеся ведения пациентов, принимающих новые пероральные антикоагулянты и особенностям устранения их эффекта, если произошло кровотечение. В отношении остальных препаратов, каких-либо революционных изменений не произошло.

Заканчиваются рекомендации разделом “Пробелы в доказательных данных”, в котором эксперты выделяют восемь спорных, на сегодняшний день моментов, которые требуют более детального исследования. Интересно, что они как раз касаются всех основных положений и разделов рекомендаций, которые мы имеем на сегодняшний день. Чем не темы для диссертационных исследований?

В заключении следует отметить, что в конце 2014г появились и новые рекомендации Американского Колледжа Кардиологов/Американской Ассоциации Сердца по предоперационному обследованию и ведению пациентов при выполнении внесердечных хирургических вмешательств [17]. Интересно, что при, в целом, схожем подходе, американские эксперты иногда дают несколько другие трактовки, в сравнении с европейскими коллегами. Всем интересующим проблемой предоперационного ведения пациентов рекомендуем ознакомиться с прекрасной работой из Кемерово в которой подробно сравниваются европейский и американский варианты [18]. Стоит согласиться с мнением авторов, что пришло время пересмотреть Национальные рекомендации по прогнозированию и профилактике кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств [19].

Литература

1. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J 2014; 35: 2383-431.
2. 2009 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J 2009; 30: 2769-812.
3. Monaco M, Stassano P, Di Tommaso L, et al. Systematic strategy of prophylactic coronary angiography improves longterm outcome after major vascular surgery in medium to high-risk patients: a prospective, randomized study. JACC. 2009; 54: 989-96.
4. Illuminati G, Ricco J-B, Greco C, et al. Systematic preoperative coronary angiography and stenting improves postoperative results of carotid endarterectomy in patients with asymptomatic coronary artery disease: a randomised controlled trial. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2010; 39 (2): 139-45.
5. Flynn BC, Vernick WJ, Ellis JE. b-Blockade in the perioperative management of the patient with cardiac disease undergoing non-cardiac surgery British Journal of Anaesthesia 2001; 107 (S1): i3-i15.
6. Baron TH, Kamath PS, McBane RD. Management of Antithrombotic Therapy in Patients Undergoing Invasive Procedures. N Engl J Med 2013; 368: 2113-24.
7. Hawn MT, Graham LA, Richman JS, et al. Risk of Major Adverse Cardiac Events Following Noncardiac Surgery in Patients With Coronary Stents JAMA. 2013; 310(14): 1462-72.
8. Devereaux PJ, Mrkrobada M, Sessler DI, et al. Aspirin in patients undergoing noncardiac surgery. N. Engl. J. Med. 2014; 370: 1494-503.
9. Notice of Concern. J Am Coll Cardiol 2012; 60: 2696-7.
10. Wise J. Extent of Dutch psychologist's trial fraud was unprecedented. BMJ 2011; 343: 969.
11. O'Riordan M. Erasmus MC fires Poldermans; ESC reviews his work. www.theheart.org/article/1315171.do (27 February 2013).
12. Lüscher T. The codex of science: honesty, precision, and truth — and its violations. European Heart Journal 2013; 34: 1018-23.
13. Don Poldermans MD PhD, replies to European Heart Journal Editorial European Heart Journal. Eur Heart J 2013; 34: 1698.
14. Bouri S, Shun-Shin M, Cole G, et al. Meta-analysis of secure randomized controlled trials of beta-blockade to prevent perioperative death in noncardiac surgery. Heart 2014; 100(6): 456-64.
15. Shchukin YuV, Surkova EA, Khokhlov SM, et al. Efficacy and safety of beta-adrenoblocker treatment during postoperative period after extracardiac surgery — a paradigm shift? Russ J Cardiol 2014, 9 (113): 11-5. Russian (Щукин Ю. В., Суркова Е. А., Хохлов С. М., Дупляков Д. В. Эффективность и безопасность терапии бета-адреноблокаторами в периоперационном периоде внесердечных хирургических вмешательств в свете последних событий. Российский кардиологический журнал 2014; 9: 11-5).
16. Devereaux PJ, Mrkrobada M, Sessler DI, et al. Aspirin in patients undergoing noncardiac surgery. N Engl J Med 2014; 370: 1494-503.
17. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J. Am. Coll. Cardiol. 2014; 64 (22): e77-137.
18. Sumin AN, Sumin AD. Assessment and risk reduction cardiology channel when nicardipine operations: are there differences between European and American recommendations 2014? Creative cardiology 2015; 1: 5-14. Russian (Сумин А. Н., Сумин Д. А. Оценка и снижение риска кардиальных осложнений при некардиальных операциях: есть ли различия между европейскими и американскими рекомендациями 2014 года? Креативная кардиология 2015; 1: 5-14).
19. Prediction and prevention of cardiac complications of non-cardiac surgical interventions. National recommendations. Cardiovascular therapy and prevention. 2011; 6 (Suppl. 3): 1-28. Russian (Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств. Национальные рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 6 (прил. 3): 1-28).