

шунтирования. В сроки наблюдения до 18 мес рестеноз развился еще у 8,6% больных. Таким образом, проходимость зоны реконструкции в сроки до 18 мес составила 78,5%. В 17,3% наблюдений операция БА осложнилась диссекцией интимы, что потребовало дополнительного стентирования. Рестеноз у двух больных и реокклюзия у одного больного в ранние сроки наблюдения развились именно у этих больных. У больных 2-й группы результаты распределились следующим образом: в сроки наблюдения до 6 мес в 29,1% наблюдений развился рестеноз, в 20,8% – реокклюзия, потребовавшая выполнения бедренно-подколенного шунтирования у 8,3% больных, а в 12,5% – ампутации бедра. В сроки наблюдения до 18 мес еще у 16,6% больных развился рестеноз. Таким образом, у больных 2-й группы проходимость зоны солевой ангиопластики в сроки до 18 мес составила 33,4%.

Выводы. Ангиопластика с помощью баллонов с лекарственным покрытием при окклюзионно-стенотическом поражении бедренно-подколенного сегмента позволяет существенно улучшить результаты лечения за счет предупреждения рестеноза зоны ангиопластики в ранние и среднесрочные периоды наблюдения.

Отбор пациентов для проведения ренальной денервации: опыт ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова”

Зверев Д.А., Звартау Н.Э., Емельянов И.В., Авдоница Н.Г., Панарина С.А., Юдина Ю.С., Конради А.О.

ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова” МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. В настоящее время ренальную денервацию рекомендовано проводить у больных с подтвержденной истинной резистентностью к антигипертензивной терапии. Однако еще одним условием является приемлемая для технического выполнения процедуры анатомия почечных артерий. Целью настоящего исследования было оценить встречаемость потенциальных кандидатов среди пациентов, обратившихся в связи с неконтролируемой АГ.

Материал и методы. Для подтверждения истинной резистентности к антигипертензивной терапии всем больным проводился суточный мониторинг АД (SpaceLabs 90207, США), определение уровней креатинина (с расчетом СКФ), калия, глюкозы, кортизола, метанефринов, альдостерона, ренина плазмы (с расчетом альдостерон-ренинового соотношения), проверка приверженности к лечению, полисомнография, коррекция/подбор антигипертензивной терапии. Больным с подтвержденной резистентностью предлагалось проведение процедуры ренальной денервации. После подписания информированного согласия проводилась мультиспиральная компьютерная томография в сосудистом режиме (МСКТ).

Результаты. За 11 мес обследовано 502 пациента с неконтролируемой АГ (149 мужчин и 353 женщины) в возрасте от 30 до 74 лет (средний возраст – 54 ± 9,6 года). Резистентная АГ подтверждена у 70 пациентов (12,6%), однако у 32 выявлены противопоказания (тяжелые сопутствующие заболевания – 18 (56%)), близкий к целевому уровень АД – 14 (44%). Из оставшихся 38 пациентов на проведение процедуры согласились 25 человек (66%). По результатам МСКТ “нормальная анатомия” почечных артерий наблюдалась лишь у 16% больных, в остальных случаях отмечались те или иные анатомические варианты или заболевания (добавочные артерии – 17 (68%), проксимальное деление – 3 (12%), фибромускулярная дисплазия – 1 (4%)). Техническая возможность проведения процедуры была подтверждена у 15 (60%) из 25 больных резистентной АГ.

Выводы. Таким образом, истинная резистентность к антигипертензивной терапии подтверждается у 12,6% больных неконтролируемой АГ. Соглашаются на проведение процедуры в среднем 66% пациентов, однако техническая возможность ее выполнения подтверждается лишь в 60% случаев.

Первые результаты проведения процедуры ренальной денервации в ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова”: антигипертензивная эффективность и безопасность в течение 6 мес наблюдения

Зверев Д.А., Звартау Н.Э., Емельянов И.В., Авдоница Н.Г., Панарина С.А., Юдина Ю.С., Конради А.О.

ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова” МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить антигипертензивную эффективность и безопасность процедуры ренальной денервации у больных резистентной артериальной гипертензией (АГ) в течение 6 мес наблюдения.

Материал и методы. Процедура ренальной денервации (Ardian, Medtronic) по стандартному протоколу была выполнена на 12 пациентам (5 мужчинам и 7 женщинам, средний возраст – 59,6 ± 8,4 года). Всем больным до процедуры и через 6 мес после вмешательства проводилось измерение “офисного” уровня артериального давления (АД), суточный мониторинг АД (СМАД, SpaceLabs 90207), аппланационная тонометрия с расчетом центрального аортального давления (Sphigmocor, Artcor), а также измерялся уровень метанефринов в плазме крови (исходно, через 24 ч, 1, 3 и 6 мес). Исходно и через 6 мес после процедуры проводилась доплерография почечных артерий.

Результаты. В течение 6 мес наблюдения после процедуры уровень “офисного” АД уменьшился со 182 ± 6/107 ± 6 мм рт.ст. до 158 ± 5/89 ± 9 мм рт.ст. Схожие данные наблюдались и при оценке изменения уровня центрального аортального давления: отмечалось снижение со 179 ± 6/97 ± 8 мм рт.ст. до 153 ± 2/86 ± 5 мм рт.ст. При этом у 4 больных было достигнуто целевое АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) как по уровню периферического, так и центрального АД. Полученные результаты подтверждались и данными СМАД – отмечалось снижение как среднедневных со 185 ± 11/112 ± 8 до 160 ± 11/85 ± 17 мм рт.ст.), так и средненочных показателей (со 166 ± 9/89 ± 5 до 143 ± 15/84 ± 11 мм рт.ст.). У всех больных в течение 24 ч после процедуры отмечалось снижение концентрации метанефринов в плазме крови (0,76 ± 0,09 против 0,36 ± 0,10 нмоль/л; $p < 0,05$), которое сохранялось через 6 мес наблюдения (0,38 ± 0,3 нмоль/л). Нежелательных явлений во время или после процедуры зарегистрировано не было, так же как и значимых изменений гемодинамики по результатам доплерографии.

Выводы. Таким образом, первые результаты проведения ренальной денервации в нашем Центре показали хорошую эффективность и профиль безопасности у больных резистентной АГ.

Чрескожные коронарные вмешательства у пациентов с острым коронарным синдромом после догоспитального тромболизиса

Зырянов И.П., Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Сапожников С.С., Горбатенко Е.А.

Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, г. Тюмень

Цель: оценить результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) после догоспитального тромболизиса в реальной клинической практике.

Материал и методы. Из 5688 пациентов, включенных в Регистр проведенных операций транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики® было отобрано 565 пациентов, которым в период с 2006 по 2011 г. выполнялись первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) по поводу ОКС с подъемом сегмента ST. Тромболитическая терапия препаратом Метализе® на догоспитальном этапе проводилась 73 пациентам (основная группа). Группу сравнения составили 492 больных, которым проводились ЧКВ без предшествующей тромболитической терапии.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($55,2 \pm 8,7$ и $55,5 \pm 9,5$ года, $p > 0,05$). При анализе исходных клинических и ангиографических характеристик не было выявлено статистически значимых межгрупповых различий. По локализации инфаркт-зависимой артерии в сравниваемых группах также не было выявлено статистически значимых различий. Медиана времени от начала болевого синдрома до введения тромболитического препарата (время “боль–игла”) составила 73 минуты. В группе сравнения медиана времени от поступления в стационар до открытия артерии (время “дверь–баллон”) составила 82 мин. Полная окклюзия инфаркт-связанной артерии чаще встречалась в контрольной группе – 75,4 и 49,3% ($p < 0,001$). При анализе госпитальных результатов в сравниваемых группах не было выявлено различий по частоте смерти – 2,7 vs 4,0% ($p = 0,612$), повторного инфаркта миокарда – 2,7 и 1,5% ($p = 0,421$), тромбоза стента – 4,1 и 3,1% ($p = 0,659$). Частота достижения комбинированной конечной точки MACE (смерть, повторный ИМ, повторная реваскуляризация) не отличалась в сравниваемых группах – 6,8 vs 6,8% ($p = 0,996$).

Заключение. При оценке эффективности проведения ЧКВ у пациентов с ОКС в реальной клинической практике было показано, что проведение догоспитального тромболитика не сопровождалось улучшением госпитальных результатов по сравнению с пациентами без догоспитального тромболитика. Несмотря на то что тромболитическая терапия выполнялась в более короткие сроки, у половины пациентов после догоспитального тромболитика сохранялась полная окклюзия инфаркт-связанной артерии.

Чрескожные коронарные вмешательства у пациентов с острым коронарным синдромом в различных возрастных группах

Зырянов И.П., Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Сапожников С.С., Горбатенко Е.А.

Филиал ФГБУ НИИИ СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, г. Тюмень

Цель: оценить госпитальные результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в различных возрастных группах.

Материал и методы. Из 5688 пациентов, включенных в Регистр проведенных операций транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики® было отобрано 565 пациентов, которым в период с 2006 по 2011 г. выполнялись первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) по поводу ОКС с подъемом сегмента ST. Пациенты были разделены на три возрастные группы. В первую возрастную группу (≤ 60 лет) вошли 319 пациентов, вторую возрастную группу (61–74 года) составили 219 пациентов, третью возрастную группу (≥ 75 лет) – 27 пациентов.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу. Во всех возрастных группах не было выявлено различий по локализации инфаркт-зависимой артерии. Многососудистое поражение коронарного русла определялось с одинаковой частотой – 28,8, 39,7 и 48,1% соответственно ($p > 0,05$). Догоспитальная тромболитическая терапия одинаково часто проводилась во всех возрастных группах – 14,1, 12,3, 3,7% соответственно ($p > 0,05$). Среднее время от начала болевого синдрома до поступления в стационар было больше во второй группе пациентов по сравнению с первой возрастной группой – $215,6 \pm 25,4$ и $148 \pm 7,9$ соответственно ($p = 0,021$). В то же время аналогичный показатель не отличался между первой и третьей группами – $191,4 \pm 30$ и второй и третьей группами. Время “дверь–баллон” не отличалось в трех возрастных группах – $90,4 \pm 3,1$, $89,8 \pm 2,9$ и $95,9 \pm 10,5$ мин. При проведении ЧКВ имплантировались три типа стентов: голометаллические с антипролиферативным покрытием и биоинженерные стенты (GENOUS, OrbusNeich). Непосредственный ангиографический успех одинаково часто был достигнут во всех возрастных группах – 96,6, 93,6 и 92,6% соответственно ($p > 0,05$). Частота основных неблагоприятных кардиальных событий MACE не различалась на госпитальном этапе во всех возрастных груп-

пах – 4,1, 7,8 и 11,1% ($p > 0,05$). Также не было выявлено статистически значимых различий по частоте острого тромбоза стента – 3,1, 3,2 и 3,7% ($p > 0,05$). Однако госпитальная летальность была больше среди пациентов третьей возрастной группы по сравнению с пациентами первой возрастной группы – 11,1 и 1,9% ($p = 0,004$) и второй возрастной группы – 11,1 и 5,5% ($p = 0,017$).

Заключение. Частота основных неблагоприятных кардиальных событий (MACE) у пациентов с ОКС с подъемом ST после первичных чрескожных коронарных вмешательств не отличалась в различных возрастных группах. Однако для пациентов старшей возрастной группы (≥ 75 лет) было характерно увеличение частоты госпитальной летальности.

Операция прямой реваскуляризации миокарда и рентгенэндоваскулярные ангиопластики коронарных артерий – взаимодополняющие методы лечения ИБС на разных стадиях заболевания

Исаева И.В., Асадов Д.А., Попова Л.М., Арабаджян И.С., Попов Р.Ю., Клейман С.П.

ФБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”

Своевременная и полная реваскуляризация миокарда является приоритетным направлением лечения ИБС, которое снижает частоту осложнений и летальность. Однако при использовании только одного вида вмешательства на коронарных артериях (эндоваскулярного или хирургического) полная реваскуляризация миокарда не всегда возможна, так как оба метода имеют ограничения. Большое значение приобретает также проблема поддержания проходимости коронарных артерий, стентов и шунтов в отдаленном послеоперационном периоде, что зачастую требует повторных вмешательств.

В связи со сказанным выше целью данного исследования послужило определение эффективности сочетания двух методов реваскуляризации миокарда – хирургического и эндоваскулярного – на разных этапах лечения ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены 517 пациентов с КШ в анамнезе, прошедших обследование в НПЦ Кардиоангиологии с 2001 по 2011 г., из них 66,5% были исходно оперированы в нашем центре. Сроки наблюдения после КШ составили от 6 мес до 22 лет. По очередности проведения ЭВП и КШ выделены 3 группы: 1-я группа – ЭВП + КШ (78 пациентов), 2-я группа – изолированное КШ (298 пациентов) и 3-я группа – КШ + ЭВП (141 пациент).

Результаты исследования. Эндоваскулярные процедуры в 1-й группе были инициирующим методом лечения ИБС, что составляло 15% от всех обследованных больных. Причем в 48,7% случаев процедуры проводились на фоне ОИМ, а у 16,6% на фоне нестабильной стенокардии. 45% пациентов были направлены на КШ после ЭВП в связи с многососудистым поражением коронарного русла. 2-я группа представлена пациентами после проведенного изолированного КШ. Сравнительный анализ результатов КШ в 1-й и 2-й группах не выявил достоверного различия по таким основным показателям, как выживаемость и частота развития серьезных кардиальных осложнений (летального исхода и инфаркта миокарда). Достоверной разницы между группами по ФВ мы также не получили, несмотря на то, что большинству пациентов 1-й группы ЭВП проводили по поводу острого коронарного синдрома. Это может свидетельствовать о своевременности проведения ЭВП, способствующей сохранению сократительной функции миокарда. В 3-ю группу вошли пациенты, которым в разные сроки после КШ проводили ЭВП на шунтах или нативном коронарном русле. Выявлена различная потребность в проведении ЭВП после КШ с течением времени (до года и более 5 лет). В разные сроки наблюдения выявлялись стенозы анастомозов (8,3%) и тела шунта (5,7%), редукции шунтов (8,9%), прогрессирование атеросклероза (8,8%), окклюзии шунтов (20,5%) и дегенеративные изменения в них (5,9%). 78% процедур выполняли на нативном коронарном русле и только 22% – на шунтах. Отмечено снижение класса стенокардии. Летальных исхо-