

СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Е. В. ГРАКОВА, А. Т. ТЕПЛЯКОВ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»*

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Актуальность. Существующее сегодня разделение патологии единой сердечно-сосудистой системы на церебральную, коронарную и патологию периферических сосудов является общепринятым, но в то же время приводит к недооценке тяжести поражения и снижает эффективность комплексной терапии и вторичной профилактики.

Цель. Оценить клинико-ангиографическую эффективность и приверженность к терапии статинами после стентирования коронарных артерий (КА) у больных ИБС с сосудистой коморбидностью, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включены 215 больных ИБС (ср. возраст $54,09 \pm 7,4$ года), перенесших ИМ, с многососудистым поражением коронарного русла и коморбидной сосудистой патологией: артериальной гипертензией (АГ) и/или ее осложнением – ОНМК, стенозами периферических (брахиоцефальных и/или бедренных) артерий, нарушением обмена углеводов (СД 2-го типа, нарушение толерантности к глюкозе). Всего в $2,4 \pm 1,3$ КА имплантировали 336 ($1,6 \pm 0,8$) стентов. Всем пациентам сразу после стентирования назначался аторвастатин в дозе 20 мг/сут. В ходе 12-месячного наблюдения у 76 (35,3 %) пациентов возник рецидив стенокардии; при контрольной коронарографии (КВГ) у 44 (20,5 %) из них был диагностирован рестеноз/тромбоз/окклюзия стента. При анализе эти пациенты были включены в 1-ю группу ($n=44$), которая сравнивалась с группой (2-я группа, $n=171$) без неблагоприятного результата эндоваскулярной реваскуляризации (ЭР).

Результаты. Исходные данные демонстрировали сопоставимость в группах клинико-демографических и ангиографических показателей, тяжести стенокардии, ФК ХСН (NYHA) и модифицируемых факторов риска (курение, ожирение, повышение уровня ХС ЛПНП $>2,5$ и уменьшение ХС ЛПВП $<1,0$ ммоль/л). Содержание в крови провоспалительного цитокина ИЛ-1 в 1-й группе в 4 раза превышало ($p=0,011$) таковое во 2-й группе. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й значительно чаще отмечалось сочетание АГ с на-

рушением толерантности к глюкозе (в 1,5 раза, $p=0,017$), ОНМК+СД (в 2,9 раза, $p=0,0009$), стенозы периферических артерий + АГ + нарушение обмена углеводов (в 3,9 раза, $p=0,017$); при этом ИБС без фоновой сосудистой патологии в 1-й группе диагностировали в 2 раза реже ($p=0,00001$), чем во 2-й группе.

Через 12 месяцев после ЭР стенокардия рецидивировала у 32 (18,7 %) больных 2-й группы и у всех пациентов 1-й группы ($p=0,034$), нестабильную стенокардию диагностировали у 11,4 и 8,8 % ($p=0,016$), повторные ИМ – у 11,4 и 1,8 % обследованных ($p=0,014$). Приверженность к регулярному приему статинов (аторвастатин в средней дозе 15 мг/сут) в обеих группах оказалась невысокой – 16,2 % в 1-й группе и 21,9 % случаев во 2-й группе. В среднем уровень ХС ЛПНП в 1-й и 2-й группах значимо не различался – $3,76 \pm 1,09$ и $3,58 \pm 0,95$ ммоль/л; при этом целевые его значения ($2,2 \pm 0,14$ и $2,15 \pm 0,27$ ммоль/л) достигали соответственно 25,1 и 15,9 % больных. По данным контрольной КВГ, прогрессирование коронарного атеросклероза, потребовавшее выполнения повторной реваскуляризации миокарда, выявлено в 1-й и 2-й группах в 64 и 8,4 % случаев ($p=0,00001$) соответственно. Статистически значимых различий по выживаемости не отмечено: в 1-й группе – 97,73 % и во 2-й группе – 97,66 % случаев.

Выводы. У больных ИБС с гемодинамически значимым многососудистым стенозированием КА и нарастающей органной ишемией при сосудистой коморбидности отмечается повышенная экспрессия провоспалительного цитокина ИЛ-1, что после первичной эндоваскулярной реваскуляризации на фоне невысокой приверженности пациентов к приему патогенетической терапии статинами приводит к повышению частоты рестенозирования коронарных стентов и потребности в повторных реваскуляризациях миокарда. Следует более широко использовать «агрессивную» тактику назначения статинов, что позволит повысить эффективность вторичной профилактики коронарного атеросклероза и тем самым достичь снижения частоты рестенозирования стентов КА.