ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

С.А. Бернс, О.Л. Барбараш, Е.А. Шмидт,
Е.Г. Селезнева, А.В. Клименкова, Л.С. Барбараш
(Кемерово)

Цель: оценка прогноза госпитального этапа лечения с использованием клинических, ангиографических и лабораторных предикторов сердечно-сосудистых исходов у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: обследовано 92 больных ОКС, поступивших в Кемеровский кардиологический центр с февраля по август 2007г. Больные были разделены на две группы: I (n=58 пациентов) – с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ), II (n=34 пациентов) – с депрессией сегмента ST на ЭКГ.

Всем больным в первые сутки от момента поступления проводилась коронароангиография (КАГ), 69 (75,0%) – чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Кроме того, всем больным в первые сутки определялся уровень тромбоцитов, максимальная скорость агрегации тромбоцитов, уровни С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК), sP-селектина.

Результаты: среднее время от момента развития симптомов ОКС до проведения ЧКВ составило в среднем 4,5 часа в I и 6,7 часов во II группе пациентов. Больные существенно не различались по среднему проценту поражения коронарного русла: I группа – 29%, II – 23%. Среди больных I группы у 42 (72,4%) выявлена полная окклюзия инфарктзависимой артерии (ИЗА), что потребовало проведения ангиопластики, при этом у 30 больных (71,4%) – проведено стентирование ИЗА. Во II группе больных у 16 (47,1%) пациентов выявлена окклюзия ИЗА, что потребовало проведения ЧКВ (у 3 (18,8%) – со стентированием). К концу госпитального периода (17-е сутки) в I группе больных отмечалось развитие достоверно ($p<0,01$) большего количества осложнений по сравнению с пациентами II исследуемой группы. Так, в I группе у 15 (20,7%) больных развилась ранняя постинфарктная стенокардия, у 6 (10,3%) – тромбоз стента, который у одного пациента (1,7%) привел к летальному исходу. Во II группе больных у 1 пациента (2,9%) развилась ранняя постинфарктная стенокардия, других осложнений не отмечалось.

Анализ лабораторных параметров показал, что больные I группы уже исходно характеризовались более неблагоприятными показателями тромбоцитарного гомеостаза по сравнению с аналогичными параметрами пациентов II группы. Уровень СРБ также был достоверно ($p<0,05$) выше у больных I группы (8,4 мг/л) по сравнению

с пациентами II группы (4,9 мг/л). Анализ уровня цитокинов продемонстрировал достоверно более высокие величины провоспалительного цитокина ИЛ-6 у больных I группы по сравнению с пациентами II группы (11,7 нг/мл против 4,9 нг/мл, соответственно; $p<0,01$). Уровень РФМК оказался выше в I группе больных по сравнению с пациентами II группы (10,3 и 6,9 мг/100 мл, соответственно; $p<0,05$). Максимальные различия были получены в отношении уровня sP-селектина. В I группе больных величина sP-селектина была достоверно ($p<0,001$) больше (119 нг/мл) по сравнению с больными II группы (63,2 нг/мл).

Вывод: в ходе настоящего исследования установлено, что неблагоприятный прогноз госпитального этапа обусловлен в большей степени нарушением коагуляционного потенциала крови и провоспалительной активностью, в меньшей – клиническими и ангиографическими данными.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ю.А. Бобков, А.Б. Шамес, В.А. Иванов,
С.А. Терехин (Красногорск)

Введение: по данным Руководства по Чрескожным Коронарным Вмешательствам (ЧКВ) (ACC\ANA\SCAI 2005) риск ЧКВ в нативных сосудах после коронарного шунтирования (КШ) довольно высок, вместе с тем на современном этапе частота неблагоприятных исходов при этих вмешательствах вполне сопоставима с частотой осложнений ЧКВ у пациентов без предшествующего КШ. Частота успешных ЧКВ в венозных шунтах превышает 90%, уровень смертности менее 1,2% и инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q менее чем 2,5%. В то же время, ИМ без зубца Q в этой группе может возникать чаще, чем при ЧКВ в нативных сосудах у неоперированных больных. В ACC\ANA\SCAI 2005 при выполнении ЧКВ у больных нестабильной стенокардией (НС) считается целесообразным применение тройной антитромбоцитарной терапии (АТТ): аспирин+клопидогрель+блокатор IIb/IIIa ГП рецепторов.

Цель работы: изучить эффективность ЧКВ у больных ишемической болезнью (ИБС) после КШ и возможность применения двойной АТТ (аспирин+клопидогрель) при НС.

Материал и методы: 126 пациентов, перенесших операцию КШ, средний возраст 59,2±1,1 лет. Средний срок проведения ЧКВ после КШ составил 6,3±0,9 лет. ИБС в форме стабильной стенокардии напряжения (ССН) диагностирована у 84 человек (66,7%), НС – у 42 (33,3%). У 96 больного выявлена гипертоническая болезнь (76,2%), у 27 (21,4%) – сахарный диабет, у 19 (15,1%) – алиментарное ожирение, 82 пациента (65,1%) в про-

шлом переносили ИМ, 47 человек (37,3%) – ЧКВ. Эндovasкулярное лечение нативных коронарных артерий (КА) выполнено у 94 человек (74,6%), которым проведено 101 ЧКВ, из них в 12 случаях – баллонная ангиопластика и 89 – ангиопластика со стентированием (всего имплантировано 106 стентов, в т.ч. – 29 стентов с антипролиферативным покрытием). Рентгенохирургическое лечение аутовенозных шунтов выполнено у 32 больных (25,4%), которым проведено 44 ЧКВ: 10 баллонных ангиопластик и 34 ангиопластики со стентированием (всего имплантировано 34 стента, в т.ч. – 5 стентов с антипролиферативным покрытием); защита от дистальной эмболии использована у 4 больных. Для предупреждения тромботических осложнений при выполнении ЧКВ всем больным проведена антитромботическая терапия по схеме: при НС – нагрузочная пероральная доза клопидогреля (300 или 600 мг) и аспирин (250 мг) не позднее 2-6 часов до операции, парентеральное введение нефракционированного гепарина (НФГ) во время вмешательства на КА под контролем активированного времени свертывания (не менее 250 сек) и продолжение приема внутрь аспирин 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 6 месяцев; при проведении планового рентгенохирургического вмешательства у больных ССН клопидогрель в дозе 75 мг\сут и аспирин в дозе 100 мг\сут. назначался в течение 5-7 дней до операции, при выполнении ЧКВ и послеоперационном периоде объем медикаментозного сопровождения не изменялся по сравнению с НС.

Результаты: в группе эндоваскулярного лечения нативных КА положительный клинико-ангиографический успех достигнут в 98,9% случаев, 1 больной (1,1%) умер в результате тромбоза сосуда, на котором проводилось вмешательство. В группе рентгенохирургического лечения аутовенозных шунтов положительный клинико-ангиографический успех достигнут в 96,9% случаев, у 1 больного (3,1%) развился нефатальный ИМ без зубца Q.

Выводы:

1. ЧКВ в нативном русле и в аутовенозных шунтах у больных, перенесших КШ, обладают высокой клинической эффективностью.
2. Рентгенохирургические вмешательства у больных НС возможны на фоне двухкомпонентной АТТ (аспирин+клопидогрель).

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ЯИЧНИКОВЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НАЛИЧИИ ОСОБЕННОСТЕЙ КРОВосНАБЖЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Б.Ю. Бобров, С.А. Капранов, М.А. Курцер, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: Общеизвестно, что эмболизация маточных артерий (ЭМА) является эффективным

методом лечения миомы матки. Однако в ряде случаев, при наличии особенностей кровоснабжения матки и яичников для достижения полной деваскуляризации миомы необходима дополнительная эмболизация ветвей яичниковых артерий.

Материалы и методы: за период с 2002 по 2007 годы ЭМА была выполнена 1420 пациенткам с миомой матки. У 53% больных имелись маточно-яичниковые анастомозы разного типа. У 86% этих больных имелся первый (А или Б) тип, у 11% – второй тип и у 3% (22 наблюдения) – третий тип.

Результаты: У 40 пациенток с 1-Б и 3 типами анастомозов после ЭМА наблюдалось сохранение кровоснабжения части миоматозных узлов. У 26 из них в связи с этим была выполнена эмболизация яичниковых артерий при помощи микрокатетеров. В 21 наблюдении – односторонняя; и в 5 наблюдениях – двусторонняя. При невозможности проведения микрокатетера ниже уровня отхождения собственно яичниковых ветвей производилась эмболизация от устья яичниковой артерии крупными сферическими частицами. Во всех случаях эмболизация яичниковых артерий была эффективной, как в отношении деваскуляризации миомы, так и клинически. Ни в одном случае не было признаков яичниковой аменореи.

Заключение: при наличии особенностей кровоснабжения матки и яичников ЭМА может потребовать дополнительной эмболизации маточно-яичниковых анастомозов. Эмболизация таких анастомозов через яичниковую артерию является эффективным и безопасным методом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.Ю. Бобров, С.А. Капранов, М.А. Курцер, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: Миома матки является далеко не единственной патологией, при которой целесообразно использование эмболизации ветвей маточных артерий (ЭМА). Помимо гинекологической патологии, такой как амилоидоз сосудов матки, артерио-венозных мальформаций матки и кровотечений при онкологических заболеваниях органов малого таза, ЭМА может использоваться и в акушерстве.

Материалы и методы: За период с 2004 по 2007 год нами было выполнена ЭМА у 14 пациенток с акушерской патологией, что составило примерно один процент от общего количества таких вмешательств, выполненных нами – более 1400 наблюдений с 2002 по 2007 год.

У четырех случаях ЭМА выполнялась по поводу послеродового кровотечения, связанного с атонией матки. В четырех наблюдениях ЭМА