

чагового инфаркта миокарда в первые 6 часов от начала заболевания. По экстренным показаниям интракоронарные вмешательства выполнены 1128 больным: баллонная коронарная ангиопластика и стентирование проведены 461 пациенту с нестабильной стенокардией (НС) и 667 больным острым инфарктом миокарда (ОИМ). Возраст $65 \pm 0,2$ лет (мужчин — 876).

Результаты. У большинства больных НС достижение первичного эффекта от вмешательства (восстановление адекватного антеградного кровотока в симпом зависимой коронарной артерии с применением интервенционных вмешательств) соответствовало клиническим результатам — 84% пациентов выписаны из стационара без клиники стенокардии. Летальность — 1,5%. В группе пациентов с ОИМ показатели летальности были ниже 5%.

Заключение. Совершенствование лечебной инфраструктуры медицинского учреждения в сочетании с целевым финансированием дорогостоящих высокотехнологичных методов лечения больных с острыми расстройствами коронарного кровообращения позволяет радикально увеличить доступность экстренной эффективной помощи населению, направленной на снижение смертности и инвалидизации от коронарной патологии.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Проваторов С.И., Потехина А.В., Казначеева Е.И., Масенко В.П., Самко. А.Н.
РКНПК им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия.

Обоснование. Воспалительный ответ сосудистой стенки после коронарного стентирования играет важную роль в развитии ранних и отдаленных осложнений процедуры. В настоящее время продемонстрирован подъем маркеров воспалительной реакции в крови пациентов в ранние (24-48 часов) сроки после коронарного стентирования, однако, данные о более отсроченных изменениях носят противоречивый характер.

Материал и методы. В исследование включены 69 пациентов, страдавших стабильной стенокардией 2-3 ф.к. и отобранные для проведения коронарного стентирования. Каждому пациенту были имплантированы от 1 до 3 сиролимус-содержащих стентов. Уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вч СРБ) определяли перед проведением процедуры, спустя 24, 48 часов, а также 7 суток, 1, 3 и 6 месяцев после проведения вмешательства.

Результаты. Через 24, 48 часов и через 7 суток после процедуры в крови пациентов отмечалось

достоверное повышение концентрации вч СРБ. Через месяц после процедуры концентрация вч СРБ не отличалась от исходной, а через 3 и 6 месяцев отмечалось достоверное снижение концентрации вч СРБ в сравнении с исходным уровнем. Заключение. В ранние сроки после имплантации сиролимус-содержащих коронарных стентов отмечается достоверный подъем концентрации в крови вч СРБ, а в более отдаленные сроки — снижение этого показателя в сравнении с исходным уровнем.

Таблица: концентрация вч СРБ (мг/л) в различные сроки после коронарного стентирования. Приведены значения медианы, 5-го и 95-го перцентилей.

Исходно	24 ч	48ч	7 сут	1 мес	3 мес	6 мес.
1,94 (0,24- 13,11)	4,55 (0,65- 16,1)*	6,11 (0,96- 25,73)*	3,52 (0,37- 19,28)*	1,89 (0,47- 14,62)	1,47 (0,26- 8,88)*	1,85 (0,37- 4,76)*

* $p < 0,05$ в сравнении с исходным уровнем

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ И КАТЕТЕРНАЯ РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Рамазанов Д.М., Омаров А.А., Батыралиев Т.А., Кадыров Б.К., Лазарев И.А., Абдраманов К.А., Фетцер Д.В., Сальников Д.В., Першуков И.В., Сидоренко Б.А.

Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии (cardio.ru@gmail.com):

Медицинский центр им. Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция,
РГП ННЦХ им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Центральный госпиталь нефтяников ГНК, Баку, Азербайджан;
ФГУ УНМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение. К диффузным болезням соединительной ткани (ДБСТ) относят: системную красную волчанку (СКВ), системную склеродермию (ССД), ревматоидный артрит (РА). Лечение атеротромбоза при ДБСТ представляет определенные сложности. Описаны единичные случаи ведения больных с ИМ и ДБСТ зачастую с неблагоприятным исходом. Поэтому до настоящего времени остается актуальной тактика лечения острого ИМ при ДБСТ — насколько часты осложнения, и каково их распределение после тромболитической терапии (ТЛТ) и после ЧКВ?

Материал и методы. С 2000 года по 2004 год в 5 клиниках России, Азербайджана, Турции пролечены 11640 больных с острым ИМ с подъемом ST. Им проводились ТЛТ или ЧКВ (баллонная ангиопластика, коронарное стентирование, реоли-

тическая тромбэкстракция). Из 11640 пациентов у 111 больных ИМ протекал на фоне различных ДБСТ (0,95%). В группе ТЛТ СКВ была у 8 больных, РА — у 33 больных, а ССД — у 1 больного. В группе ЧКВ СКВ была у 21 больного, РА — у 46, а ССД — у 2 больных. В момент развития ИМ или в течение предшествующих 7 суток 65% перенесших ЧКВ и 60% получивших ТЛТ находились на терапии стероидами. ТЛТ проводилась только на догоспитальном этапе. ТЛТ был строго системным и выполнялся при невозможности быстрого (в течение 150 минут) поступления больного в катетерную лабораторию. ЧКВ выполнялись первично, если больной не получал ТЛТ до поступления в стационар. Кроме первичных ЧКВ, проводились при неэффективности ТЛТ. Во все поражения имплантировались стандартные металлические стенты.

Результаты. Доля непосредственного успеха при ТЛТ оказалась чрезвычайно низкой — 38% (против 57% при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Частота госпитальных осложнений ТЛТ у больных с ДБСТ превысила все ожидания и составила 72%, в том числе летальность — 21% (против 8% летальности при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Доля успеха ЧКВ при ИМ на фоне ДБСТ была сопоставимо высокой (96%) с частотой ЧКВ при ИМ у больных без ДБСТ (97-99%). Частота госпитальных осложнений ЧКВ у больных ДБСТ оказалась значительно ниже таковой после ТЛТ, составив 22% против 72%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ на фоне терапии стероидами составила 100%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ без стероидов (29%) оказалась сопоставимой с частотой осложнений после ЧКВ на фоне терапии стероидами (31%). Минимальная частота госпитальных осложнений была после ЧКВ, когда больные не получали стероиды (4%).

Заключение. ЧКВ являются методом выбора при лечении острого ИМ у больных с ДБСТ. ТЛТ у больных острым ИМ, протекающим на фоне ДБСТ, имеет низкую эффективность и большое количество выраженных осложнений. У пациентов с ДБСТ на рост частоты госпитальных осложнений при любом методе лечения ИМ существенно влияет назначенная до развития ИМ терапия стероидами.

ДИАГНОСТИКА КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ИСХОДЫ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Рамазанов Д.М., Омаров А.А., Батыралиев Т.А.,
Кадыров Б.К., Абдраманов К.А., Лазарев И.А.,
Фетцер Д.В., Преображенский Д.В., Першуков
И.В., Сидоренко Б.А.

Международная исследовательская группа по
клинической и интервенционной кардиологии
(cardio.ru@gmail.com): РГП ННЦХ
им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Медицинский центр им. Сани Конукоглы,
Газиантеп, Турция,
Центральный госпиталь нефтяников ГНК, Баку,
Азербайджан;
ФГУ УНМЦ Управления делами Президента РФ,
Москва, Россия

Введение. При диффузных болезнях соединительной ткани (ДБСТ) имеет место множественное поражение соединительной ткани и сосудов. Обычно при ДБСТ поражение сердечно-сосудистой системы развивается в виде перикардита, к которому присоединяется миокардит. При системной красной волчанке (СКВ) сравнительно часто наблюдается бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса с поражением митрального, аортального и трикуспидального клапанов. Признаки поражения сосудов входят в картину поражения отдельных органов. Известно, что кроме перечисленных поражений сердечно-сосудистой системы, ДБСТ ускоряют развитие атеросклероза. Проявления атеросклероза наблюдают у молодых пациентов с ДБСТ в возрасте 20-30 лет. По разным данным при аутопсии больных с ДБСТ атеросклеротические поражения или тромбоз коронарных артерий находят в 8-35%.

Материал и методы. Мы решили оценить частоту и выраженность коронарного кальциноза при СКВ у пациентов, не имевших клиники и анамнеза ИБС. Также мы хотели проанализировать исходы операций коронарного шунтирования (КШ) у больных с ДБСТ. Для выявления коронарного кальциноза 130 асимптомным в отношении ИБС пациентам с СКВ и 138 пациентам без СКВ в 2003-2005 годах была проведена электронно-лучевая компьютерная томография (ЭЛКТ). Анализ исходов операций КШ проводился у 8244 больных, оперированных в 2001-2005 годах по поводу хронической ИБС.

Результаты. При лучевом исследовании коронарных артерий 130 пациентов с СКВ (40±12 лет) и 138 пациентов без СКВ (43±13 лет) кальциноз значимо чаще обнаруживался в группе больных СКВ (40 из 130 против 12 из 138, $p=0.002$). Кальциевый индекс был существенно выше при СКВ (68.9 ± 244.2 против 8.8 ± 41.8 в контроле $p=0.001$). При проведении 8244 операций коронарного шунтирования больным хронической ИБС у 66 пациентов (0,8%) были различные ДБСТ: 53 имели ревматоидный артрит, 12 имели СКВ, а 1 страдал системной склеродермией. Пациенты с ДБСТ были чаще женского пола, чаще получали иммуномодуляторы, имели более высокий функциональный класс (ФК) стенокардии, требовали инотропной поддержки во время и после операции, чаще получали гемотрансфузии. Применение стероидов по поводу ДБСТ было значимо связано с повышенной частотой послеоперационных