

Материал и методы: С ноября 2003г по ноябрь 2006г стентирование СЛКА с помощью СЛП было выполнено у 158 пациентов в возрасте 47-72года (средний возраст $55\pm 2,4$ г). По локализации поражения распределились так: устье СЛКА – 15 пациентов (9,5%), средний сегмент – 21 (13,3%), бифуркация – 91 (57,6%), устье передней межжелудочковой (ПМЖА) или огибающей (ОА) артерии – 31 пациентов (19,6%). У 143 пациентов отмечали хроническую стабильную стенокардию III-IV функционального класса по CCS, у 15 нестабильную стенокардию. Сопутствующий диабет имели 32 пациента (20,2%). Сниженная сократительная функция ЛЖ наблюдалась в 23 случаях (14,5%). Имплантировали один стент у 68 пациентов (43,1%) и два и более стента у 90 (57,0%). При бифуркационном стентировании применяли технику “Cullotte” – 80 пациентов (50,6%) и “crush” – у 78 (49,4%). Во всех случаях бифуркационных и/или устьевых поражений ПМЖА и ОА вмешательство заканчивали методикой «целующихся баллонов». Ингибиторы рецепторов IIb/IIIa применяли у 25 пациентов (15,8%).

Результаты: Непосредственный клинический и ангиографический успех был достигнут у всех пациентов. В отдаленном периоде (6-34 месяцев) рестеноз (рецидив стенокардии) отметили у 19 пациентов (12,1%). Всем этим пациентам была выполнена повторная реваскуляризация (ПРМ) миокарда с помощью баллонной дилатации (10 пациента) или имплантации дополнительного СЛП (4 пациента). Еще 5 пациентов были направлены на АКШ. 3-х летняя выживаемость пациентов без стенокардии и сердечно-сосудистых происшествий составило – 94,9%. При сравнении групп с применением техники “Cullotte” и “crush” достоверных различий в отдаленных результатах не обнаружено.

Заключение: Стентирование поражений ствола ЛКА с помощью СЛП является эффективной процедурой с точки зрения отдаленных результатов и низкой частотой рецидива стенокардии и ПРМ. Полученные результаты показывают, что применение СЛП может являться альтернативой хирургической реваскуляризации миокарда при поражениях СЛКА, однако, для более достоверной оценки необходимы рандомизированные исследования и увеличение количества наблюдений.

ГЛЮКОЗО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Х. А. Бацигов, С. В. Жернаков, В. В. Коробов,
А. З. Шарафеев (Альметьевск, Казань)

Глюкозо-лейкоцитарный индекс (ГЛИ) – расчетный показатель, представляющий собой отношение произведения глюкозы крови и лейкоцитов, в абсолютных числах, к 100 – $\text{ГЛИ} = (\text{лейкоциты} \times \text{глюкоза}) / 100$, выраженный в условных единицах (у.е.).

Цель и задачи исследования: изучить течение острого инфаркта миокарда (ОИМ), развитие осложнений и летальности в зависимости от значения ГЛИ при поступлении.

Материал и методы. Обследовано 164 пациента с ОИМ в первые сутки заболевания. Средний возраст – $55,7\pm 0,95$ лет. Мужчин – 130 человек, женщин – 34. Общая летальность в выборке – 17%. Диагноз верифицирован клинически, электрокардиографически, определялись ранние и поздние маркеры некроза миокарда (тропонин Т, КФК, МВ-КФК, ЛДГ). Первичные чрескожные коронарные вмешательства (коронарография, ЧТКА, стентирование) проведены 51 больному (30%), фибринолитическая терапия – 41 больному (25%). Кровь на сывороточную глюкозу и клинический анализ забиралась сразу же при поступлении пациента.

Полученные результаты и обсуждение. Анализ дисперсии средних значений ГЛИ при осложнениях ОИМ показал, что у умерших больных его значение выше ($1,3\pm 0,18$ у.е. против $0,85\pm 0,04$ у.е. у выживших, $p<0,001$). При кардиогенном шоке, фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии, отеке легких дисперсия ГЛИ была значительно выше ($p<0,0001$). При феномене невосстановления кровотока (no-reflow) во время ангиопластики дисперсия ГЛИ оказалась статистически значимой ($1,3\pm 0,31$ у.е. при no-reflow, против $0,97\pm 0,06$ у.е. тех, у кого удалось восстановить кровоток в дистальном сосудистом русле, $p<0,05$). Также отмечена сопряженность дисперсии средних величин ГЛИ у пациентов с исходно высокой степенью стеноза коронарной артерии ($p<0,05$) и при большей степени остаточного стеноза после вмешательства на коронарной артерии ($p<0,05$).

Из клинико-лабораторных данных получена дисперсия средних величин ГЛИ в зависимости от степени элевации сегмента ST на ЭКГ ($p<0,05$), по показателям коагуляционного гемостаза ($p<0,05$), КФК ($p<0,05$), систолического и диастолического АД ($p<0,05$).

Анализ корреляции ГЛИ с осложнениями ОИМ показал его умеренную взаимосвязь с летальностью ($r=-0,29$, $p<0,001$), кардиогенным шоком ($r=-0,42$, $p<0,0001$), отеком легких ($r=-0,33$, $p<0,001$), желудочковой тахикардией ($r=-0,42$, $p<0,0001$), фибрилляцией желудочков ($r=-0,41$, $p<0,0001$). Феномен невосстановления кровотока (no-reflow) после операции реваскуляризации и ГЛИ коррелировали с умеренной степенью ($r=0,29$, $p<0,05$), преимущественным поражением левой коронарной артерии ($r=0,34$, $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, ГЛИ, глюкоза крови и лейкоциты при ОИМ могут быть включены в шкалы стратификации риска с большей степенью предсказуемости неблагоприятного течения заболевания, чем используемые в некоторых шкалах гемоглобин и креатинин крови.

Рассчитанный при поступлении, в течение 20 мин., показатель ГЛИ, наряду с анамнезом, физикальным осмотром и данными ЭКГ, может стать наиболее ранним критерием риск-стратификации больного с острым коронарным синдромом. Его значение выше 0,9 у.е. с большой вероятностью предсказывает риск таких осложнений ОИМ как кардиогенный шок, отек легких, фатальные нарушения ритма сердца, летальность, что должно мотивировать врача к более активной и агрессивной тактике наблюдения и лечения пациентов. Высокие значения ГЛИ при поступлении сопряжены с большим объемом и тяжестью поражения симптом-связанной артерии при ОИМ и характеризуются худшими результатами тромболитической терапии и операций по реваскуляризации миокарда интервенционными методами.

СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Х. А. Бацигов, С. В. Жернаков, С. В. Козлов, В. В. Коробов, А. З. Шарафеев (Екатеринбург, Казань)

Нарастание нарушений углеводного обмена в популяции обусловило интенсивное его изучение в последнее десятилетие при острой коронарной патологии.

Цель работы и задачи. Изучить параметры гипергликемии как фактора риска и прогноза течения при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Обследовано 164 пациента с ОИМ в первые сутки заболевания без сахарного диабета в анамнезе. Возраст от 22 до 84 лет, в среднем $55,7 \pm 0,95$ лет. Удельный вес мужчин составил 79% (130 человек), женщин – 21% (34 человека). У 70% больных регистрировался инфаркт миокарда с зубцом Q, а в 29% случаев он имел характер повторного поражения. В 60% (99 пациентов) зона локализации инфаркта была по передней стенке. Первичные чрескожные коронарные вмешательства (коронарография, ЧТКА, стентирование) проведены 51 больному (30%), фибринолитическая терапия – 41 больному (25%). Общая летальность в выборке – 17%.

Диагноз верифицирован клинически, электрокардиографически, определялись ранние и поздние маркеры некроза миокарда (тропонин Т, КФК, МВ-КФК, ЛДГ). Сывороточная глюкоза определялась при поступлении, на вторые и третьи сутки.

Полученные результаты и обсуждение. Содержание глюкозы крови при остром инфаркте миокарда по времени имеет фазовый характер, принимая максимальные значения в период пика действия стрессовых факторов, снижаясь к норме по мере их модификации или изменения амплитуды воздействующих факторов (лечение, течение заболевания).

Дисперсионный анализ с высокой степенью достоверности выявил большие значения глюкозы крови в первые сутки ОИМ у умерших пациентов ($9,03 \pm 0,54$ ммоль/л у умерших, против $7,3 \pm 0,22$ ммоль/л у выживших, $p=0,0032$), с кардиогенным шоком ($9,05 \pm 0,5$ ммоль/л с шоком, против $7,0 \pm 0,22$ ммоль/л без него, $p=0,00003$), отеком легких ($8,9 \pm 0,52$ ммоль/л, против $7,2 \pm 0,22$ ммоль/л без отека, $p=0,0011$) и пациентов с 3-й и 4-й степенями острой сердечной недостаточности по Killip ($p=0,00015$ $p=0,00012$, соответственно). Более высокий уровень гликемии регистрировался также у пациентов с желудочковой тахикардией (ЖТ) ($9,6 \pm 0,64$ ммоль/л с ЖТ, против $7,2 \pm 0,21$ ммоль/л без ЖТ, $p=0,00002$), фибрилляцией желудочков (ФЖ) ($9,64 \pm 0,70$ ммоль/л с ФЖ, против $7,24 \pm 0,22$ ммоль/л без ФЖ, $p=0,00003$). При анализе ангиографических данных отмечены большие значения глюкозы крови у пациентов с феноменом невосстановления кровотока (no-reflow) ($9,7 \pm 0,40$ ммоль/л при no-reflow, против $8,4 \pm 0,41$ ммоль/л без нее, $p<0,05$). Впервые выявлено, что значения глюкозы нарастают параллельно количеству пораженных сосудов. Так, при однососудистом поражении уровень глюкозы крови составил в среднем $7,7 \pm 0,40$ ммоль/л, при двухсосудистом поражении – $8,3 \pm 0,60$ ммоль/л, трехсосудистом – $9,3 \pm 0,60$ ммоль/л ($p1-3<0,05$). При большей степени исходного стеноза коронарных артерий регистрировались и большие значения глюкозы крови ($p<0,05$). Достоверно высокие значения гликемии регистрировались и у больных, которым была проведена срочная реваскуляризация миокарда интервенционными методами ($p=0,005$).

При корреляционном анализе выявлены умеренные и средние уровни взаимосвязи глюкозы крови с фибрилляцией желудочков ($r=-0,53$ при $p<0,0001$), кардиогенным шоком ($r=-0,4$, $p<0,0001$), отеком легких ($r=-0,4$, $p<0,0001$), с третьей и четвертой степенью ОСН ($r=0,45$ и $r=0,46$, $p<0,0001$ и $p<0,001$, соответственно), желудочковой тахикардией и формированием аневризмы ЛЖ ($r=-0,41$, $r=0,30$ при $p<0,0001$ и $p<0,01$, соответственно), летальностью ($r=0,31$, при $p<0,01$).

Выводы:

1. Тяжесть течения инфаркта миокарда, частота развития тех или иных осложнений статистически достоверно связаны с уровнем концентрации глюкозы крови при поступлении.
2. При значениях глюкозы крови в первые сутки более 8,0 ммоль/л наблюдается статистически достоверное увеличение случаев кардиогенного шока, отека легких, желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков и летальности.
3. Концентрация глюкозы крови при поступлении коррелирует с исходно большей степенью стеноза симптом-связанной артерии и меньшим ангиографическим успехом при проведении реваскуляризации миокарда интервенционными методами.