

97% больных имели показания к хирургической реваскуляризации миокарда, в группе без стенокардии в хирургическом лечении нуждалось 75% пациентов ($p=0,0001$).

Выводы:

- 1 Оценка поражения коронарных артерий по шкале SYNTAX выявила сопоставимый характер в группах больных с наличием и отсутствием ПС.
- 2 В структуре больных перенесших ИМ, имеющих показания к хирургической реваскуляризации миокарда, преобладают пациенты с ПС.
- 3 Количество больных с показаниями к хирургическому лечению с наличием и отсутствием ПС сопоставимо.
- 4 Всем больным, перенесшим ИМ, для определения дальнейшей тактики лечения абсолютно показано проведение КГ, независимо от наличия или отсутствия ПС.

КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Д.П. Дундуа, А.М. Бабунашвили,
З.А. Кавтеладзе, Д.С. Карташов, Г.Ю. Травин,
Ю.В. Артамонова, В.Э. Глаголев (Москва)

Чрескожная коронарная ангиопластика при остром коронарном синдроме (ОКС) – наиболее эффективный метод лечения заболевания. К группе ОКС относятся больные с нестабильной стенокардией, в том числе и ранней постинфарктной стенокардией, а также больные с острым инфарктом миокарда без элевации сегмента ST на ЭКГ. У разнородной по клиническим характеристикам группы больных ОКС морфологический субстрат один – т.н. нестабильная, осложненная атеросклеротическая бляшка. Цель лечения ОКС – это достижение «пассивизации» атеросклеротической бляшки и улучшение кровоснабжения миокарда. Коронарная ангиопластика со стентированием на фоне оптимальной медикаментозной терапии снижает смертность, улучшает качество жизни и сокращает сроки госпитализации. По разным данным, от 20 до 40% больных ОКС, у которых имплантированы стенты, нуждаются в повторных вмешательствах в течение 1 года после первой ангиопластики из-за развития рестеноза внутри стента. Применение стентов с лекарственным покрытием уменьшает риск рестеноза в несколько раз и значительно снижает потребность в повторных вмешательствах. Но, подавляя механизм рестеноза, стенты с лекарственным покрытием замедляют и процесс эндотелизации, а в редких случаях приводят к острому тромбозу стента в отдаленном периоде. Теоретически, применение стента, замедляющего процесс эндотелизации в месте осложненной, тромбогенной атеросклеротической бляшки при ОКС, потенциально более опасно, чем

использование обычного металлического стента. Вопрос этот недостаточно изучен. Неясно также, оправдана ли тактика полной реваскуляризации у больных с многососудистым поражением коронарных артерий или правильнее ограничиться ангиопластикой симптом-связанной коронарной артерии.

Цель данной работы: оценить непосредственные и отдаленные результаты применения стентов с лекарственным покрытием (СЛП) у больных ОКС. При этом оценивалась также безопасность и эффективность тактики полной реваскуляризации у больных ОКС и с многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы: С марта 2003 г. по сентябрь 2007 г. в отделение сердечно-сосудистой хирургии многопрофильной клиники ЦЭЛТ госпитализировано 425 пациента с диагнозом ОКС. В исследование включены 396 больных, данные которых отслежены от 30 суток до 3 лет. Отдаленные результаты до 1 года прослежены у 310 больных, контрольная коронарография выполнена у 290 пациентов. Мужчин было большинство – 320. Средний возраст 67 ± 15 лет. Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1.

Табл. 1

Общее количество	396
Средний возраст	67 ± 15 лет
Муж/жен	320/76
ЧТКА только симптом-связанной КА	50 (12,6%)
Полная реваскуляризация	346 (87,4%)
ТЛТ во время вмешательства	5 (1,3%)
Ингибиторы ГП рецепторов IIb/IIIa	79 (20%)

В подавляющем большинстве случаев (87,4%) выполнялась полная реваскуляризация. Ангиопластика во всех случаях предполагала стентирование. Из 346 у 321 больного (93%) применялись исключительно стенты с лекарственным покрытием (сиролимус, паклитаксель или эверолимус). Стентирование только симптом-связанной коронарной артерии выполнялась преимущественно при однососудистом поражении. Всем больным назначали клопидогрель, аспирин, гепарин. Для больных, не получавших антиагрегантную терапию, нагрузочная доза клопидогреля составляла 300 мг (в течение последнего года – 600 мг). Ингибиторы гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов IIb/IIIa применяли по усмотрению интервенционного кардиолога у 75 (20%) больных.

Результаты: Ангиопластика была технически успешной у 392 пациентов (99%). В одном случае реканализация окклюзии правой коронарной артерии не удалась. Во время вмешательства умерли 3 пациента, операционная летальность составила 0,8%. В двух случаях вмешательство

проводилось у больных с рецидивирующим течением ИМ, с острой сердечной недостаточностью, в одном случае при тяжелой стенокардии покоя и напряжения. В сроки от 1 до 30 суток умерло 4 пациента. В 1-ом случае на 5-е сутки после повторного вмешательства документирован острый тромбоз в зоне бифуркации ПМЖА, с развитием кардиогенного шока, во втором случае смерть от сердечно-сосудистых причин наступила после выписки из стационара на 7 сутки, в третьем случае – на 12 сутки. В двух последних случаях смерть наступила на фоне отмены ангиагрегантных препаратов.

В течение одного года наблюдения из 310 прослеженных больных умерли четверо (1,0%). В двух случаях смерть была внезапной (в обоих случаях у больных со сниженной сократительной функцией ЛЖ после перенесенного переднего ИМ), в третьем случае смерть, возможно, наступила от сердечно-сосудистых причин. В одном случае причина смерти точно не установлена. Общая летальность (госпитальная и внегоспитальная) в течение 1 года составила 2,8 %.

Рестеноз в зоне стентирования отмечался у 12 из 290 больных (3,9%), в 5 случаях рестеноз отмечался внутри стента, у 7 пациентов отмечался краевой рестеноз. Повторные вмешательства в течение 1 года выполнены у 11 пациентов.

Заключение: Мы включали в исследование всех больных, поступивших в стационар с ОКС. Благодаря этому группа достаточно репрезентативна. Несмотря на отсутствие контрольной группы, процент летальности и осложнений весьма низкий.

Непосредственные и средне-отдаленные результаты ангиопластики у больных с ОКС с применением стентов с лекарственным покрытием демонстрирует эффективность данной тактики лечения. Подобный подход позволяет снизить летальность, уменьшить частоту повторных реваскуляризаций. Необходимы дальнейшие наблюдения в сроки 2-х и более лет для оценки отдаленных результатов.

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ: МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Д.П. Дундуа, З.А. Кавтеладзе, А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов, Г.Ю. Травин, Ю.В. Артамонова, С.А. Дроздов, К.В. Былов (Москва)

Введение: Для адекватной оценки, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний огромное значение имеет качественная и точная визуализация сосудов. Внутривенное или внутриаартериальное введение рентгеноконтрастных веществ (или просто контрастных веществ) позволяет визуализировать просвет сосудов, позволяет точно определить характер и локализацию поражения. Ионные или неион-

ные йодсодержащие контрастные вещества (КВ), применяемые в ангиографии и компьютерной томографии, различаются не только по химической структуре и молекулярной массе, но и по своим физико-химическим свойствам. Различия в химической структуре определяют и различные физико-химические свойства КВ, такие как осмолярность и вязкость. Ионные КВ обладают значительно большей осмолярностью, чем неионные. Токсическое действие на почки выше у ионных высокоосмолярных и более вязких КВ. Соответственно, идеальным КВ могло быть изосмолярное вещество с низкой вязкостью.

Хотя клинические последствия КИН хорошо известны, многое в патогенезе КИН остается неясным. Небольшое повышение уровня сывороточного креатинина (в среднем 0,2 мг/дл или 18 мкмоль/л) после рентгеноконтрастных исследований отмечается почти всегда. Повышение уровня сывороточного креатинина более чем на 50% от исходного уровня или более чем на 1 мг/дл (88 мкмоль/л) встречается относительно редко. КИН значительно чаще развивается при имеющейся почечной дисфункции. Факторами риска развития КИН является сахарный диабет, хронические заболевания почек, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, обезвоживание, применение нефротоксичных препаратов. Некоторые риск-факторы КИН, такие как обезвоживание, легко устранимы до введения контрастного вещества. При сочетании нескольких риск-факторов, угроза развития КИН значительно возрастает.

Гидратация – общепринятая мера профилактики КИН. Показано, что внутривенная гидратация в среднем снижала гломерулярную фильтрацию в меньшей степени, чем прием воды внутрь.

Ощелачивание мочи может нейтрализовать свободные радикалы в почечных канальцах. Благотворный эффект ощелачивания для предотвращения КИН отмечен в двух исследованиях и пока рано рекомендовать его повсеместно.

N-ацетилцистеин (АЦЦ) обладая антиоксидантным и сосудорасширяющим действием, уменьшает риск развития КИН. Есть данные о том, что высокие дозы АЦЦ значительно более эффективны, чем те которые применялись в ранее проведенных рандомизированных исследованиях (1800 мг в сутки). В целом, в клинических исследованиях с высокими общими дозами АЦЦ (>4000 мг в сутки) было отмечено значимое уменьшение частоты КИН.

Аскорбиновая кислота благодаря своему антиоксидантному действию также была изучена как средство профилактики КИН, однако убедительных данных, доказывающих ее эффективность, не получено.

Теofilлин и эуфиллин также использовались для снижения риска КИН. Мета-анализ исследований, посвященных данному вопросу показал, что антагонисты аденозиновых рецепторов сни-