

го сердца (БКАПС). В большинстве случаев (17 человек) БКАПС проявлялась локальным одно или многососудистым стенозированием («А» тип), которое корригировали с помощью коронарной ангиопластики (выполнено 27 процедур). У 6 пациентов наблюдали прогрессирование «С» типа БКАПС, который характеризуется диффузным, облитерирующим поражением преимущественно дистальных отделов коронарного русла. Выполнение адекватной реваскуляризации в такой ситуации представляется малореальной, и в одном случае «С» тип БКАПС послужил показанием к ретрансплантации сердца.

Коронарной ангиопластике подвергли 42 артерии и имплантировали 18 стентов, преимущественно с лекарственным покрытием. Анализ результатов эндоваскулярных вмешательств показал, что у большинства пациентов в возрасте более 40 лет наблюдается высокая частота стойкого эффекта баллонной дилатации и практическое отсутствие осложняющих ангиопластику диссекций. У большинства молодых пациентов (22-29 лет) преимущественно женского пола отмечается рецидивирующее рестенозирование даже при использовании стентов с антипролиферативным покрытием.

КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

В.И. Шумаков, В.В. Честухин, А.Б. МIRONKOV, Б.Л. МIRONKOV, Н.А. Томилина, И.Г. Ким, И.Г. Рядовой (Москва)

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одна из актуальных проблем посттрансплантационного периода, являющаяся основной причиной смерти пациентов после трансплантации почки (ТП). Ее частота у реципиентов аллогенной почки в 3-5 раз выше, чем в общей популяции и составляет 14-20 %, причем в 10,5% случаев ИБС возникает впервые после ТП.

Цель исследования: оценить результаты и особенности эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных с ишемической болезнью сердца после ТП.

Методы: Исследование включало 35 реципиентов почечного трансплантата (29 мужчин и 6 женщин), которым было выполнено 47 чрескожных коронарных ангиопластик (ЧКА) за период с 1999 по 2007 год. Средний возраст больных составил $39,3 \pm 10,4$ лет. К моменту ЧКА средний срок после ТП составил $81,1 \pm 44,3$ месяца. 54% пациентов имели трехсосудистое поражение коронарного русла. Всем больным выполнялась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в максимально возможном объеме. Средний срок наблюдения после ЧКА составил 45 месяцев.

Результаты: Всего было имплантировано 56 стентов, 8 из них с лекарственным покрытием.

В связи с высоким риском вмешательства в двух случаях использовалась превентивная внутриаортальная баллонная контрпульсация. Госпитальная летальность составила 0%. После ангиопластики у всех больных отмечался положительный клинический эффект, который в 82% случаях сохранялся более 12 мес. Повторные вмешательства были выполнены у 7 пациентов (20%) в связи с рестенозом в стентированных сегментах коронарного русла, и у 5 (14,2%) пациентов на сроках более 12 месяцев после первого ЧКА в связи с прогрессированием атеросклеротического процесса. После ЧКА не было выявлено достоверного повышения уровня креатинина ($0,22 \pm 0,19$ vs $0,24 \pm 0,16$, $p=0,9$) и дисфункции почечного трансплантата. Однако было отмечено относительно высокое количество осложнений во время проведения ЧКА, что связано, по видимому, с изменениями сосудистой стенки вследствие основного заболевания – диссекция коронарной артерии потребовавшая дополнительного стентирования у 4-х больных (11,4%), острый тромбоз стента у 2-х пациентов (5,7%), осложнения в области пункции в виде крупных гематом и ложных аневризм у 9-ти пациентов (25,7%).

Заключение: ЧКА является достаточно безопасным и эффективным методом лечения ИБС у пациентов после ТП. Однако пациенты данной категории требуют повышенного внимания в плане профилактики осложнений как в процессе ЧКА, так и в процессе гемостаза после удаления инструментов из сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ И РАННЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА ST ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ ВЫСОКОГО РИСКА

В.Б. Ярош, В.Б. Яковлев, В.Т. Карпалов, И.А. Ерошкин, А.В. Ерошенко, А.Р. Бубнов (Одинцово)

Цели: изучение эффективности ранней интервенционной и ранней консервативной тактики лечения у пациентов с ОКС без подъема ST при наличии признаков высокого риска при поступлении в госпиталь. Из исследования исключались пациенты с ранней постинфарктной стенокардией на фоне течения Q инфаркта миокарда.

Под наблюдением состояло 62 пациента 48 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 41 до 77 лет, которые поступили в госпиталь по неотложным показаниям с ОКС. Всем пациентам проводилась стандартная терапия: гепарином в/в с последующим переходом на п/к введение гепарина или НМГ, аспирин 100-325 мг в сутки, нитроглицерин в/в с последующим переходом на пероральные формы, иАПФ, В-блокаторы, блокаторы Са-каналов и статины по показаниям. Перед

интервенционным вмешательством пациентам назначался клопидогрель 300 мг нагрузочная доза с последующим переходом на 75 мг в сут в случаях, если PCI выполнялась в ближайшие часы или предполагалось вмешательство в ближайшие сутки. Интегрилин или другие препараты из группы блокаторов IIb/IIIa не использовались ни у одного пациента. Стенты использовались у 61 пациента различных фирм производителей, имевшихся в наличии.

Распределение пациентов по группам: 1-я группа пациентов с ранней интервенционной тактикой лечения (коронарография и стентирование выполнены в первые сутки) у 31 пациента, 2-я группа 31 пациент КАГ и стентирование проводились в сроки более суток со 2-х по 24 сут, они же относятся к ранней консервативной тактике. В 1-й группе наблюдалось 9 пациентов с впервые возникшей стенокардией, 10 с прогрессирующей стенокардией, 12 с инфарктом миокарда без Q. Во 2-й – пациентов с впервые возникшей стенокардией – 9 пациентов, с прогрессирующей стенокардией – 19, с инфарктом без Q – 3.

Окклюзии выявлены в 1-й группе у 10 пациентов, из них были окклюзированы причинно связанные артерии у 8 пациентов, при этом инфаркт миокарда в анамнезе был только у трех больных. Во 2-й группе окклюзии выявлены у 12 пациентов, причинно связанных из них было 7, инфаркт в анамнезе у больных с выявленной окклюзией выявлен у 7 больных. Инфаркт в анамнезе у больных 1-й группы был у 9, во 2-й группе у 8. Поражение 1-й артерии было в 1-й группе у 7 пациентов, во 2-й группе у 13, 2-х артерий в 1-й группе у 9, во 2-й группе у 5, 3-х и более в 1-й группе у 16, во 2-й группе у 12. У всех пациентов достигнут хороший ангиографический результат с реваскуляризацией на уровне TIMI -3 у 58 пациентов, TIMI – 2 у 4 пациентов (из-за более дистальных стенозов не подвергавшихся стентированию из-за отсутствия показаний). В группе ранней интервенционной тактики у 4-х пациентов развился инфаркт миокарда, из них у 3-х Q ИМ до проведения интервенционного вмешательства, и у 1-го ИМ без Q после баллонной ангиопластики и стентирования, из-за развития тромбоза в артерии, в которой не проводилась PCI. В группе ранней консервативной тактики инфаркт миокарда развился у 8 пациентов, в связи с чем, во всех случаях выполнялось экстренное интервенционное вмешательство, из них в ходе лечения выставлен диагноз Q ИМ 1 пациенту, и 7 ИМ без Q. Увеличение ФВ в 1-й группе отмечено на 11,75% в 8 случаях, во 2-й группе на 10,37% также в 8 случаях. Стенокардия после интервенционного вмешательства отмечалась в 2-х случаях, у обоих пациентов отмечалось многососудистое поражение. Летальных исходов у пациентов перенесших интервенционное вмешательство по поводу ИС/ИМ без Q не было. Из осложнений

также в 1-х случае развилась большая гематома бедра потребовавшая переливания крови или хирургического вмешательства.

Таким образом, у пациентов относящихся к группе консервативной стратегии отмечалось значительно большее количество инфарктов, которые потребовали как выполнения тромболитической терапии, так и экстренной реваскуляризации. Повышение фракции выброса после интервенционного вмешательства отмечалось в сумме у 16 пациентов, в 8 случаях из которых были пациенты с ранней интервенционной стратегией, в 5 случаях, когда имелись ангиографические признаки коллатерального кровотока на фоне имевшейся окклюзии.