

Введение. Влияние функции почек на результаты через 3 года после имплантации непокрытых металлических стентов у больных с ишемической болезнью сердца и хроническим заболеванием.

Материал и методы. В исследование были включены 727 больных, перенесших имплантацию одного или нескольких стандартных стентов в 2004 году. В зависимости от исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ по формуле MDRD): группа 1 — 466 больных с СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м², группа 2 — 233 больных с СКФ от 30 до 60 мл/мин/1.73 м², и группа 3 — 38 больных с СКФ менее 30 мл/мин/1.73 м². Во всех случаях принимались меры по предупреждению контраст-индуцированной нефропатии (КИН): гидратация до и после ангиографического исследования, ограничение введения нефротоксичных препаратов, N-ацетилцистеин 600 мг 2Х день перорально за 2 дня до и в течение 2 дней после ангиографии. Во всех случаях применялись только контрастные вещества с Йодиксанолом. Общий объем контраста не превышал 350 мл при СКФ от 45 до 59 мл/мин/1.73 м², и 250 мл при СКФ ниже 45 мл/мин/1.73 м². При СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м² объем контрастного вещества составил до 600 мл на 1 больного.

Результаты. Показатели немедленного успеха ЧКВ были сопоставимы во всех группах: 99.4%, 98.2% и 97.4%, соответственно. Частота КИН была достоверно выше в группах 2 и 3 и достигала 0.4%, 4.9%, 13.2%, соответственно ($p < 0.001$). В течение 6 месяцев после ЧКВ рестенозы чаще развивались при более низких показателях СКФ — у 11% больных в гр. 1, у 2% в гр. 2 и у 34% в гр. 3 ($p < 0.001$). В первые 3 года инфаркт миокарда (ИМ) развился у 6% больных в гр. 1, у 10% в гр. 2 и у 26% в гр. 3. Летальность в первые 3 года составила 5% в гр. 1, 10% в гр. 2 и 24% в гр. 3. Регрессионный анализ показал, что в целом частота ИМ в первые 3 года повысилась в 1.57 раза в гр. 2 по сравнению с гр. 1 и в 3.91 раза в гр. 3 по сравнению с гр. 1, а частота летальных исходов, по сравнению с гр. 1, была повышена в 1.93 раза в гр. 2 и в 4.52 раза в гр. 3.

Выводы. Наличие исходно сниженной СКФ повышает риск развития КИН после рутинной имплантации стандартных стентов, приводит к повышению частоты рестеноза в первые 6 месяцев и повышению частоты летальных исходов и нефатальных ИМ в первые 3 года.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК НА ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Омаров А., Шульженко Л., Батыралиев Т.,
Першуков И., Фетцер Д., Рамазанов Д.,
Кадыров Б., Бебезов И., Карбен З., Сидоренко Б.

РГП ННЦХ им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Областная Клиническая больница №1,
Краснодар, Россия;
МЦ им Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция;
ФГУ УНМЦ УД Президента РФ,
Москва, Россия
Областная Клиническая больница,
Липецк, Россия

Введение. Мы оценивали влияние исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на результаты имплантации стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца и хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Методы и результаты. В исследование были включены 432 последовательных больных, которые перенесли чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантацией одного или нескольких стентов с лекарственным покрытием в 2005 году. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от величины СКФ: группа 1 — 271 больной с СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м², группа 2 — 132 больных с СКФ от 30 до 60 мл/мин/1.73 м², и группа 3 — 29 больных с СКФ < 30 мл/мин/1.73 м². В качестве контрастного вещества применялся только Йодиксанол, во всех случаях проводились мероприятия по профилактике контраст-индуцированной нефропатии (КИН) (гидратация, N-ацетилцистеин). Показатель немедленного успеха ЧКВ был высоким и сопоставимым для всех групп. Частота КИН была достоверно выше в группах 2 и 3 (6.8% и 17.2% против 0.7% в группе 1, $p < 0.001$). Через 12 месяцев частота рестенозов была выше в группах 2 и 3: 15.9% и 27.6% против 6.6% в группе 1 ($p < 0.001$). Исходно сниженная СКФ была предиктором летальности в отдаленные сроки (до 3 лет) среди больных с ХПН, тогда как относительный риск (ОР) смерти в группе 2 по сравнению с группой 1 составил 1.77 (95% ДИ 1.19 ÷ 3.74; $p = 0.001$), а в группе 3 по сравнению с группой 1 ОР смерти = 3.69 (95% ДИ 1.58 ÷ 6.87; $p = 0.001$). Кроме того, снижение СКФ было предиктором развития нефатального инфаркта миокарда (ИМ) в первые три года: для группы 2 по сравнению с группой 1 ОР = 1.69 (95% ДИ 1.12 ÷ 3.07; $p = 0.009$) и для группы 3 по сравнению с группой 1 ОР = 3.44 (95% ДИ 1.37 ÷ 6.19; $p = 0.001$).

Выводы. Исследование показало, что исходно сниженная СКФ у больных с ХПН, перенесших стентирование коронарных артерий, повышает риск КИН, приводит к повышению частоты рестенозов и повторных реваскуляризований в течение 12 месяцев, а также является мощным предиктором летального исхода в отдаленные сроки и нефатального ИМ в сроки до 3 лет.