

С.Д. Чернышев, Ю.В. Шилко, Л.В. Кардопольцев, Н.Л. Бабак

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Областной Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского, ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург

В структуре смертности населения на заболевания сердечно-сосудистой системы приходится 60%, из них на ишемическую болезнь сердца (ИБС) около 70% случаев. В Свердловской области в 2003 г. зарегистрировано 108026 больных с диагнозом ИБС. Диагноз острого инфаркта миокарда был выставлен 7083 больным, при этом госпитальная летальность при остром инфаркте миокарда достигает 19%. Этот факт является поводом для постоянных поисков более эффективных методов диагностики и лечения ИБС, в особенности ее острых форм. Наряду со значительным расширением выбора фармакологических средств, включающих и тромболитическую терапию, все большее распространение получает хирургическое и эндоваскулярное восстановление кровоснабжения миокарда.

В Областном Центре сердца и сосудов Свердловской областной клинической больницы № 1 в течение 7 лет проводится лечение больных с хроническими формами ИБС с использованием эндоваскулярных методов реканализации коронарных артерий. За этот период выполнено более 700 ангиопластик и стентирований коронарных артерий. В марте 2004 г. на базе кардиохирургического корпуса было открыто отделение неотложной кардиологии, основной задачей которого является лечение больных с острыми формами ИБС (острым коронарным синдромом - ОКС). На базе данного отделения установлен рентгено-хирургический комплекс Integris Al lura (Phillips), что позволило внедрить в клиническую практику ангиопластику и стентирование коронарных артерий для лечения больных с ОКС. Благодаря этому удалось сократить время от момента госпитализации пациента в отделение неотложной кардиологии до начала эндоваскулярного вмешательства до 30 минут. К настоящему периоду через отделение неотложной кардиологии СОКБ № 1 прошло 43 пациента с диагнозом ОКС. Из них мужчин – 27, женщин – 16. Средний возраст больных – 55 лет (36-72 года). Среднее время от начала болевого приступа – 14,5 часов (2-24 часа). Большинство пациентов доставлено из населенных пунктов, расположенных в пределах 60-и километровой

зоны г. Екатеринбурга. Всем больным проведена коронарография. В 9-и случаях от эндоваскулярного лечения решено воздержаться, так как выявлено многососудистое поражение без четко выраженной инфаркт-зависимой артерии. Данные пациенты впоследствии получали консервативную медикаментозную терапию. Тридцати трем больным выполнена реканализация коронарных артерий. В одном случае была неудачная попытка реканализации в связи с тотальным тромбозом правой коронарной артерии (ПКА) Клиническая характеристика больных

Все пациенты были госпитализированы с подозрением на первичный инфаркт миокарда. Длительность коронарного анамнеза варьировала: от 6 часов до 11 лет. У всех больных к моменту госпитализации сохранялся болевой синдром.

В 23-х случаях имелась сопутствующая артериальная гипертония. Умеренно выраженные нарушения липидного обмена диагностировались у 25 человек; избыточная масса тела была у 4-х пациентов. Многолетними курильщиками являлись 22 человека. Сахарным диабетом 2-го типа страдало 2 человека.

Следует отметить, что у шести человек отсутствовали изменения на ЭКГ. Подъем сегмента ST наблюдался у 14-и пациентов; депрессия сегмента ST – у 6-и; отрицательный зубец T – у 8-ми.

Тропониновый (качественный) тест однократно исследован у 18-и пациентов, из них у 11-и результат отрицательный, у 7-ми – положительный.

**Характеристика поражения коронарных артерий**

Однососудистое поражение выявлено у 22-х больных, многососудистое – у 12-и.

Во всех случаях вмешательство проводилось только на одной «инфаркт-зависимой» артерии, определяемой по ЭКГ и ангиографическим критериям. Перечень стентированных артерий представлен в табл.1.

Двум пациентам проведена ангиопластика коронарных артерий. Тридцати одному пациенту – ангиопластика с последующим стентированием. Во всех случаях восстановлен просвет коронарной артерии и адекватный кровоток (TIMI 3).

**Выполненные вмешательства**

Установлено 39 стентов 31-му больному.

Из них

- 26-и больным – 1 стент,

- 3-м больным – 2 стента,

- 1-му больному – 3 стента,

- 1-му больному – 4 стента в инфаркт-зависимую артерию.

Показаниями к стентированию являлись: резидуальный стеноз (более 30% диаметра артерии), диссекция интимы, наличие значимого стеноза дистальнее места окклюзии.

Таблица 1

Передняя нисходящая артерия n=20		Огибающая артерия n=6		Правая коронарная артерия n=8	
Окклюзия	Стеноз	Окклюзия	Стеноз	Окклюзия	Стеноз
9	11	5	1	5	3

\*Стеноз – это сужение более 85% диаметра артерии

В двух случаях при невозможности реканализации тромба в дополнение к эндоваскулярному вмешательству был применен интракоронарный и системный тромболитизис (оба случая при атеротромбозе ПКА). Больным вводилось 15 мг актилизе интракоронарно, затем 50 мг актилизе – внутривенно в течение 30 мин и 35 мг – за последующие 60 мин. Это позволило «открыть» артерию и выполнить ангиопластику со стентированием.

#### Лекарственная терапия

Непосредственно перед экстренным вмешательством пациенты получали клопидогрель в «ударной дозе» 300 мг per os, аспирин в дозе 125 мг, во время вмешательства внутривенно гепарин 5-10 тыс. ЕД.

В послеоперационном периоде проводилась терапия низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин) до 7-10 суток. Пациенты принимали аспирин-кардио – 300 мг/сут.; плавикс – 75 мг/сут. с рекомендациями продолжения приема данного препарата до 6-12-и месяцев. Проводилась стандартная терапия статинами, ингибиторами АПФ, а также β-блокаторами при отсутствии противопоказаний к ним. Потребности в назначении нитратов не было.

#### Результаты лечения

1. Болевой синдром купировался у всех больных.
2. Показатели гемодинамики сохранялись стабильными также у всех больных.
3. В большинстве случаев появлялась возможность ранней активизации больных (2-3-й день с момента эндоваскулярного лечения).
4. Отмечена положительная динамика электрокардиографических показателей. Так, (ЭКГ) без ишемических изменений была у 7-и пациентов. В то же время формирование зубца Q выявлено у 16-и больных. Сохранялся отрицательный зубец Т у 10-ти человек.
5. Данные ЭХО-КГ диагностики перед выпиской показали, что у 16 больных сформировалась зона гипокинезии левого желудочка; нормальная кинетика миокарда без зон локальной гипокинезии зарегистрирована у 17 пациентов. У всех больных фракция выброса миокарда оставалась выше 45% (45-76%).

Пребывание в стационаре пациентов с ОКС после стентирования коронарной артерии, в среднем, составило 14 дней (10-28). Все больные продолжили лечение в реабилитационных центрах кардиологического профиля (ОБВЛ «Озеро Чусовское», санаторий «Руш»).

**Осложнений** со стороны «артерии доступа» не было.

Произошла внезапная смерть больной с многососудистым поражением коронарных артерий на 28-ые сутки острого переднего инфаркта миокарда. При аутопсии выставлен диагноз рецидивирующего инфаркта миокарда в бассейне огибающей артерии, стент в передней нисходящей артерии был проходим.

#### Отсроченные результаты

Через 3 и 4 месяца из 33-х больных самостоятельно обратились в лечебное учреждение двое с воз-

вратом клиники стенокардии. При проведении повторной КАГ в обоих случаях был выявлен рестеноз в стенках более 75% диаметра. Учитывая поражение других коронарных артерий, эти больные направлены на хирургическое лечение – маммаро-аортокоронарное шунтирование (МАКШ).

#### Заключение

Эндоваскулярное восстановление коронарного кровотока является эффективным вмешательством при ОКС. При наличии опыта операционной бригады и достаточного инструментального обеспечения процедура является безопасной и действенной. Развитие острого инфаркта миокарда с зубцом Q у половины пациентов, доставленных с диагнозом ОКС в отделение неотложной кардиологии, можно связать с поздней госпитализацией. Запоздывание госпитализации обусловлено затягиванием обращений пациентов в ЛПУ и проблемами транспортировки из удаленных территорий.

Стентирование пораженной артерии даже в поздние сроки (более 8-и часов от начала острого инфаркта миокарда) способствует клинически более благоприятному течению инфаркта миокарда. Свидетельством этому является отсутствие осложненного острого инфаркта миокарда у «стентированных» пациентов, быстрая реабилитация больных, уменьшение сроков пребывания в стационаре.

**А.И. Щинов, В.М. Борзунов,  
Г.И. Донцов, В.Н. Щинова**

### КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИЗЕНТЕРИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ В НАЧАЛЕ 21 ВЕКА

Уральская государственная медицинская академия, Клиническая больница № 40, г. Екатеринбург

В последние 4 года в Российской Федерации отмечена тенденция к снижению заболеваемости дизентерией [5]. Среди военнослужащих заболеваемость острыми кишечными инфекциями продолжала расти [4], причём шигеллёз составил 31%. В этиологической структуре по-прежнему преобладают возбудители вида Флекснер, отличающиеся повышенной вирулентностью и полирезистентностью к антибиотикам [1]. Более половины госпитализированных больных переносят заболевание в тяжёлой форме с высокой летальностью<sup>3</sup>. У всех реконвалесцентов выявляются отклонения в составе кишечной микрофлоры, более чем у 1/7 переболевших формируется реконвалесцентное бактерионосительство [2]. Недостаточная эффективность терапии шигеллёзов очевидна.

По долгосрочным прогнозам [3] «проблема обеспечения населения доброкачественной питьевой водой и безопасного рекреационного водопользования будет оставаться острой. Показатели бактериального загрязнения воды источников водоснабжения и питьевой воды снижаться будут медленно. Продолжится формирование приобретённой резистентности микроорганизмов к известным антибиотикам».