

На правах рукописи

Чахая Георгий Отариевич

**Отдаленные результаты коронарного стентирования
у больных острым коронарным синдромом**

(14.00.06 – кардиология)

**автореферат диссертации на соискание степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2010 г.

Диссертационная работа выполнена в Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН.

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ

Академик РАМН, профессор, доктор медицинский наук
Лео Антонович Бокерия

Доктор медицинский наук, профессор
Симон Теймуразович Мацкеплишвили

Официальные оппоненты:

Доктор медицинский наук, профессор **Кассирский Генрих Иосифович**,
Руководитель отделения реабилитации врожденных пороков сердца Научно-го Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва.

Доктор медицинский наук, профессор **Абугов Сергей Александрович**,
Руководитель лаборатории ангиографии и рентгенохирургии Государственного учреждения Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского РАМН, г. Москва.

ВЕДУЩЕЕ УЧРЕЖДЕНИЕ: Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.В. Владимирского (МОНИКИ).

Защита диссертации состоится «_29» __01_____ 2010 года в «14-00» часов на заседании диссертационного совета Д 001.015.01 при Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН (121552, Москва, Рублевское шоссе 135).
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН.

Автореферат разослан «_25_» _____12_____ 2009 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

Д. Ш. Газизова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), как и всякое хроническое заболевание, протекает с периодами стабильного течения и обострений. Период обострения ИБС обозначают как острый коронарный синдром (ОКС). Этим термином объединяют такие клинические состояния как инфаркт миокарда (с подъемом ST, без подъема ST) и нестабильная стенокардия.

Термин ОКС введен в связи с необходимостью начала лечения до установления окончательного диагноза и подразумевает необходимость ведения пациентов как больных с инфарктом миокарда. Поскольку на предварительном этапе диагностики не всегда можно дифференцировать нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда, а также другие заболевания, имеющие сходную клинику, целесообразно выделять вероятный ОКС, как предварительный диагноз при неотложной госпитализации пациента, и предполагаемый ОКС, как вторичный диагноз в случае, если более вероятной причиной обращения выступает другое заболевание, но ОКС пока не исключен.

На сегодняшний день стентирования коронарных артерий является высокоэффективным методом выбора в лечении пациентов с ОКС (Бокерия Л.А. 2004, Бузиашвили Ю.И. 2005), поскольку при дальнейшем развитии интервенционной кардиологии преимущество внедрения в общую клиническую практику стентирования коронарных артерий стало очевидным. В настоящее время при лечении ОКС вопросы оптимизации выбора стента, факторы риска неблагоприятного течения ИБС у пациентов с ОКС и оценка качества жизни в отдаленном периоде после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) со стентированием являются важными и не до конца решенными вопросами. Актуальность изучения

отдаленных результатов вызвана возможно более высокой вероятностью поздних тромбозов в стентах, в т.ч. с лекарственным покрытием, что диктует необходимость оптимизации в выборе стента.

В НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН академик В.И. Бураковский, объединив в 1981 году кардиологов, кардиохирургов и интервенционных кардиологов на базе 15 городской клинической больницы, создал структуру по оказанию помощи больным с ОКС. Впервые в 1980 году профессором Работниковым В.С. была выполнена успешная операция аорто-коронарного шунтирования больному с кардиогенным шоком. В настоящее время в клинической практике все большее распространение получают эндоваскулярные методы, в том числе и транслюминальная ангиопластика, позволяющие восстановить адекватный кровоток в пораженной атеросклеротическим процессом артерии (Бабунашвили А.М., Рабкин И.Х.1996г; Иоселиани Д. Г. 1995; Gruentzig A.R. 1977,79; Meyer J. 1990; De Feyter P.J.1989).

Цель исследования - Изучить отдаленные результаты коронарного стентирования и качество жизни у больных с острым коронарным синдромом.

Задачи исследования:

1. Оценить клинико-функциональное состояние больных, перенесших коронарное стентирование по поводу острого коронарного синдрома в отдаленные сроки после реваскуляризации.
2. Определить частоту и причину повторных вмешательств у больных с ОКС после коронарного стентирования.
3. Изучить факторы риска неблагоприятного течения ИБС у пациентов с ОКС.

4. Оценить качество жизни больных с ОКС, перенесших коронарное стентирование.

Научная новизна исследования. Впервые в отечественной медицинской науке представлены результаты по эффективности эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома в отдаленном периоде. Показано, что у больных с острым коронарным синдромом в отдаленные сроки возврат стенокардии и потребность в повторных ЧКВ и АКШ встречается чаще при имплантации непокрытых металлических стентов, чем при использовании стентов с лекарственным покрытием. Факторами риска неблагоприятного течения заболевания в отдаленном послеоперационном периоде являются некорректируемая дислипидемия, возраст старше 60 лет, количество имплантированных стентов и курение. Качество жизни больных с ОКС, перенесших ЧКВ со стентированием, зависит от наличия возврата стенокардии. У больных с благоприятным течением заболевания в отдаленные сроки после реваскуляризации миокарда показатели качества жизни значительно улучшаются по сравнению с исходным уровнем и по сравнению со значениями показателей КЖ в ближайшем послеоперационном периоде.

Практическая значимость. В отдаленном периоде после стентирования у больных ОКС при однососудистом поражении и использовании стентов с лекарственным покрытием сохраняется положительный клинический эффект, достигнутый непосредственно после операции. При использовании обычных стентов в сравнении со стентами “Cypher”, отмечена большая частота рестенозирования, но при этом предполагаемая имплантация 3 и более стентов ухудшает прогноз в отдаленном периоде независимо

от типа стента. Через 12 месяцев после выполнения эндоваскулярных вмешательств или появлении клинических признаков рецидива стенокардии необходима госпитализация пациентов и проведение всего комплекса неинвазивных и инвазивных методов обследования с целью выявления возможного рестенозирования.

Положения, выносимые на защиту: ЧКВ со стентированием клинико-зависимой артерии является эффективным методом лечения больных острым коронарным синдромом, у большинства пациентов в отдаленном периоде сохраняется благоприятный клинический и ангиографический результат процедуры.

Благоприятными предикторами клинического результата ЧКВ со стентированием являются возраст до 55 лет, однососудистое поражение, высокий показатель фракции выброса, отсутствие Q-зубца на ЭКГ до вмешательства, удовлетворительный результат коронарографии непосредственно после вмешательства, восстановление сократительной функции миокарда непосредственно после вмешательства, отрицательная проба стресс-Эхо-КГ с физической нагрузкой через неделю после вмешательства. Проведение ЧКВ со стентированием оказывает благоприятное влияние на качество жизни больных с острым коронарным синдромом. Количество имплантируемых стентов влияет на возврат стенокардии после стентирования независимо от типа стентов.

Реализация результатов работы. Результаты исследования внедрены и находят применение в клинической практике ряда отделений НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, а также могут быть рекомендованы использованию в кардиологических центрах и многопрофильных клинических больницах Российской Федерации.

Апробация диссертационного материала. Основные положения диссертации изложены на XI и XII ежегодных сессиях НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых (2007, 2008), на XII и XIII съездах сердечно-сосудистых хирургов (2007, 2008), на объединенной научной конференции НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН (Москва 18.06.2008).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 тезисов и 4 статьи.

Объем и структура работы. Работа состоит из введения, 4-х глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация изложена на 129 страницах машинописного текста, иллюстрирована 9 диаграммами и 10 таблицами. Библиография включает 15 отечественных и 126 иностранных источников, среди которых большое количество работ последних лет.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клиническая характеристика больных и методы исследования.

В исследование вошли 100 больных, которым было выполнено ЧКВ со стентированием в клинко-диагностическом отделение НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН за период с 2003 по 2004 годы. Все пациенты были разделены на 2 группы – 1 группу составили 46 больных, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, во 2 группу вошли 54 пациента, у которых использовались стенты без покрытия (непокрытые металлические стенты – НМС). Средний возраст больных 1 и 2 групп составил соответственно $54,7 \pm 9,7$ лет и $56,3 \pm 9,5$ лет ($p=0,42$).

Пациентам, вошедшим в исследование, проводились общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования: электрокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, стресс-эхокардиография, ультразвуковое исследование сосудов. Общеклиническое состояние больных оценивалось на основании наличия жалоб и данных анамнеза. Для оценки качества жизни применялся анкета-опросник SF-36. Статистический анализ проводился при помощи пакета STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001). Для сравнения независимых выборок использовался критерий Стьюдента (t) для независимых выборок. Связь между показателями оценивали при помощи однофакторного корреляционного анализа с определением коэффициента корреляции (r). Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Все пациенты, перенесшие ЧКВ со стентированием были разделены на 2 группы – 1 группу составили 46 больных, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, во 2 группу вошли 54 пациента, у которых использовались стенты без покрытия (непокрытые металлические стенты – НМС). В таблице 1 представлена сравнительная клиническая характеристика пациентов 2-х групп.

Таблица №1. Сравнительная характеристика больных в 1 и 2 группах до стентирования.

	Группа 1 (n=46)	Группа 2 (n=54)	P
Средний возраст, лет	54,7 ± 9,7	56,3 ± 9,5	0,42
Нестабильная стенокардия	16 (34,8%)	16 (29,6%)	0,58
ОИМ	30 (65,2%)	38 (70,3%)	0,34
АГ	13 (28,3%)	13 (24,1%)	0,63
Однососудистое поражение КА	15 (32,6%)	19 (35,2%)	0,79
Двухсосудистое поражение КА	19 (41,3%)	21 (38,9%)	0,81
Многососудистое поражение КА	12 (26,1%)	14 (25,9%)	0,58

Как видно из представленной выше таблицы, достоверных различий между группами по частоте нестабильной стенокардии, ОИМ, АГ выявлено не было. В 1 группе соотношение ОИМ/нестабильная стенокардия составила 1,9, тогда как во 2 группе данное соотношение было 2,4. Группы также значимо не различались по возрасту. Средний возраст больных 1 и 2 групп составил соответственно 54,7 ± 9,7 лет и 56,3 ± 9,5 лет (p=0,42).

Распределение пациентов 1 и 2 групп по количеству пораженных коронарных артерий представлено на рисунке 1.

Как видно из рисунка, статистически значимого различия между группами по распространенности коронарного атеросклероза не было.

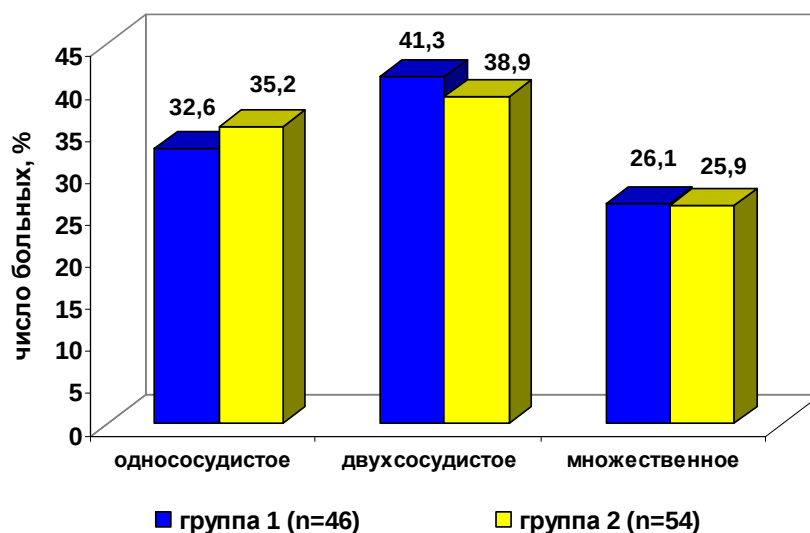


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от количества пораженных коронарных артерий.

Для решения вопроса об эффективности ЧКВ со стентированием коронарной артерии в отдаленном периоде использовались следующие критерии: симптомы, указывающие на наличие у пациента стенокардии, после проведения ЧКВ со стентированием коронарной артерии, результаты стресс-ЭхоКГ после реваскуляризации, данные коронарографии до и после проведения ЧКВ со стентированием коронарной артерии.

Через $5 \pm 0,7$ лет после ЧКВ со стентированием у 100 пациентов с острым коронарным синдромом оценивалось наличие следующих симптомов: приступы стенокардии, одышка и снижение толерантности к физическим нагрузкам. Стенокардия напряжения имела место у 35 больных из 100 обследованных. Смерть от сердечно-сосудистой патологии за время наблюдения имела место в 5 случаях, в одном случае – смерть от другой причины. Инфаркт миокарда имел место у 6 из 100 пациентов. Распределение больных, перенесших большое сердечно-сосудистое осложнение за

время наблюдения, в зависимости от вида имплантированного стента, показало существенную разницу между группами. Сравнительная характеристика больных 1 и 2 групп представлена в таблице 2.

Таблица №2. Клиническая характеристика больных после реваскуляризации миокарда

	Группа 1 (n=46)	Группа 2 (n=54)	p
Возврат стенокардии*	10 (21,8%)	25 (46,3%)	0,010
Инфаркт миокарда	2 (2,17%)	4 (7,4%)	0,59
Кардиальная смерть	3 (6,5%)	2 (3,7%)	0,27
Некардиальная смерть	0	1 (1,9%)	0,36
Повторное стентирование*	5 (10,9%)	16 (29,6%)	0,019
АКШ	3 (6,5%)	7 (12,9%)	0,23

При анализе отдаленных результатов после стентирования выявлено, что возврат стенокардии в 1-й группе наблюдался у 10 больных (21,6%), из них у 5 пациентов наблюдался рестеноз стента, а у 5 пациентов – прогрессирование атеросклероза в других бассейнах коронарных артерий. Во 2 группе возврат стенокардии наблюдался у 25 больных, что составило 46,3%, и было достоверно больше, чем в 1 группе ($p=0,01$). Причиной возврата стенокардии во 2 группе в большинстве случаев было развитие рестенозирования. Повторная реваскуляризация миокарда наблюдалась в 1 группе в 17,4% случаев, во 2 группе – 42,5%. В 1 группе не всем пациентам с возвратом стенокардии потребовалось агрессивное лечение, так как была эффективна медикаментозная терапия. Частота повторного стентирования в 1 группе была достоверно

меньше, чем во 2 группе ($p=0,019$). Достоверных различий между группами по частоте инфаркта миокарда, смерти и проведения АКШ выявлено не было ($p>0,05$).

Таким образом, в отдаленные сроки наблюдения большое значение имел вид применяемого стента. Применение стентов с лекарственным покрытием сопровождалось существенно меньшим развитием стенокардии, чем использование НМС, соответственно меньше наблюдалось повторное стентирование коронарных артерий. По частоте встречаемости значимых сердечно-сосудистых осложнений вид имплантированного стента не имел значения, так как и смертность, и развитие инфарктов миокарда, и необходимость аортокоронарного шунтирования статистически достоверно между группами не различалась.

Учитывая большое число пациентов с возвратом стенокардии (35 человек) мы решили целесообразным подробнее проанализировать причину, предрасполагающие к этому факторы и т.д. Для этого все больные были разделены на две подгруппы в зависимости от наличия в отдаленный период возврата стенокардии группа А ($n=35$) и группа Б ($n=65$) без возврата стенокардии в отдаленном периоде.

Сравнительная характеристика больных в зависимости от возврата стенокардии представлена в таблице 3.

Таблица №3. Клинико-функциональная характеристика больных групп А и Б.

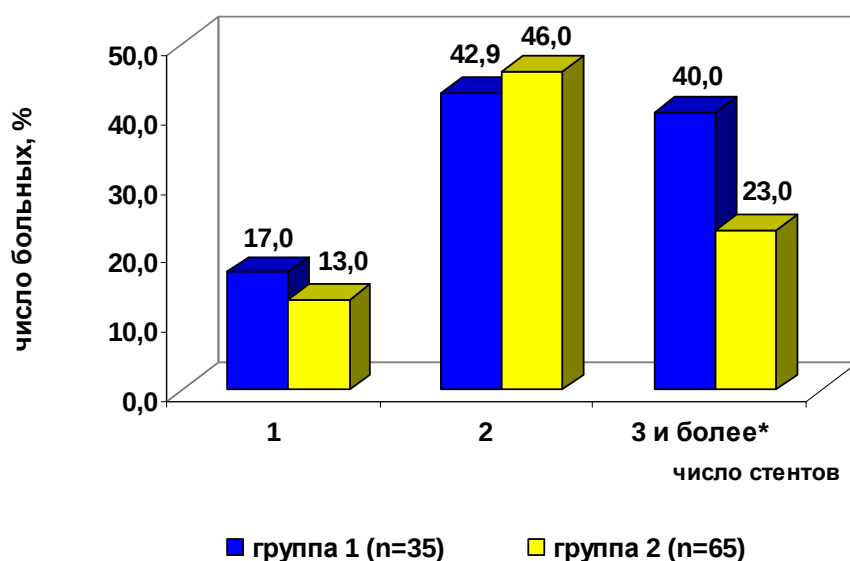
	Группа А (n=35)	Группа Б (n=65)	Уровень значимости, р
Возраст >60 лет*	16 (45,7%)	16 (24,6%)	0,027
Курение*	25 (71,4%)	32 (49,2%)	0,026
Некорригируемая дислипидемия*	21 (60,0%)	5 (7,7%)	0,0012
Многососудистое поражение КА	9 (25,7%)	17 (26,2%)	0,69
Прием статинов	22 (62,9%)	47 (72,3%)	0,33
Прием антиагрегантов	23 (65,7%)	50 (76,9%)	0,23
Поражение другого артериального русла (брахиоцефальные артерии)	6 (17,1%)	10 (15,4%)	0,82
Количество стентов			
1	6 (17,0%)	15 (23,1%)	0,49
2	15 (42,9%)	36 (55,4%)	0,23
3 и более*	14 (40,0%)	14 (21,5%)	0,031
Тип стента			
С лекарственным покрытием*	10 (21,6%)	36 (55,4%)	0,0103
Без лекарственного покрытия*	25 (71,4%)	29 (44,6%)	0,0103

Как видно из таблицы, у достоверно большего числа больных с возвратом стенокардии были имплантированы стенты без лекарственного покрытия, чем у больных без возврата стенокардии. При сравнительном анализе выявлено, что в группе с возвра-

том стенокардии после стентирования частота встречаемости больных в возрасте старше 60 лет достоверно выше, чем в группе Б (45,7% против 24,6%, $p < 0,05$). 71,4% пациентов в группе с возвратом стенокардии курили, что было достоверно больше, чем в группе без возврата стенокардии (49,2%) ($p = 0,026$). Также исследуемые группы достоверно различались по частоте встречаемости некорректируемой дислипидемии (60% и 7,7%, $p = 0,0012$). Одинаково часто встречались в группе А и группе Б больных с многосудистым поражением коронарных артерий (соответственно 25,7% и 26,2%) и с атеросклерозом других артериальных бассейнов. Медикаментозное лечение, в частности прием антиагрегантов и статинов, существенно между группами не различалось.

Следовательно, основными факторами, предрасполагающими к возврату стенокардии в отдаленные сроки после стентирования у больных ОКС являются возраст, курение, некорректируемая дислипидемия. Множественность поражения коронарных артерий при ОКС не оказывает существенного влияния на эффективность коронарного стентирования в отдаленные сроки.

Имплантация от 1 до 2 стентов встречалась примерно у одинакового числа пациентов и в группе А, и в группе Б. В группе с возвратом стенокардии число больных с 3-мя и более стентами было достоверно больше, чем в группе без возврата стенокардии в отдаленном периоде (40% против 21,5%, $p = 0,0028$) (рисунок 3).



Фракция выброса левого желудочка является основным показателем, характеризующим его функцию. Снижение фракции выброса менее 35-40% многими авторами рассматривается как один из факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений в отдаленный период после ЧКВ (F.Marsico, 2003; S.Simek, 2003). Проведенное нами исследование показало, что у больных с острым коронарным синдромом независимо от полноты реваскуляризации улучшалась функция ЛЖ. После эндоваскулярных процедур фракция выброса левого желудочка достоверно возросла в среднем с $51,8 \pm 2,6\%$ до $58,1 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$). До выполнения эндоваскулярных вмешательств ФВ ЛЖ $< 40\%$ имела место у 5 (3,2%) пациентов, после выполнения вмешательств ФВ ЛЖ $< 40\%$ осталась в 1 (0,6%) случае. Улучшение сократимости в большинстве случаев сохранялось даже при рестенозировании. В среднем прирост ФВ у обследованных больных составил 6,5% по сравнению с исходной ФВ. Наибольший прирост ФВ отмечался у больных, имевших окклюзирующее поражение – +8,5%.

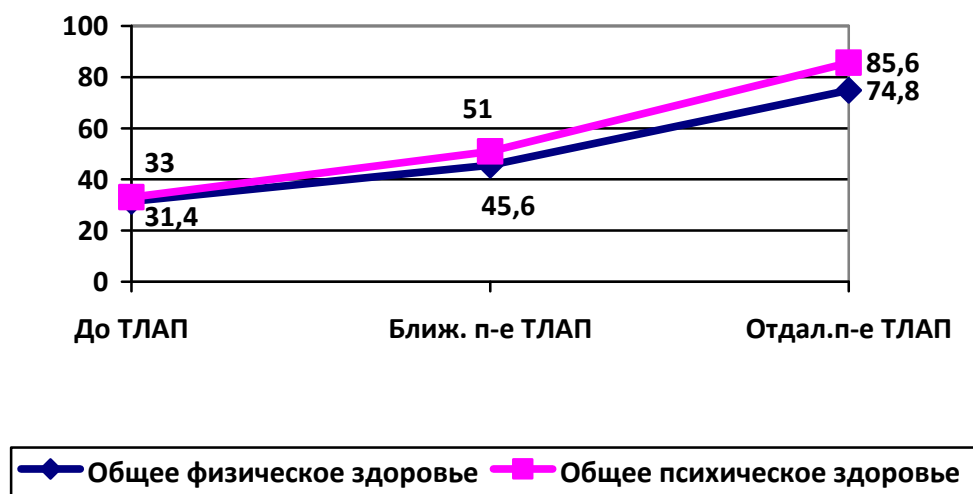
По результатам стресс-теста практически у всех больных с возвратом стенокардии была индуцирована ишемия миокарда. У

пациентов без возврата стенокардии (группа Б) основным критерием прекращения пробы явилось достижение субмаксимальной ЧСС для данной возрастной группы. Следует отметить, что у пациентов с возвратом стенокардии порог толерантности к физической нагрузке был снижен по сравнению с группой Б, но был выше, чем до операции (больным с нестабильной стенокардией до ЧКВ и стентирования проводилась нагрузочная проба для определения клинико-определяющей артерии).

Результаты неинвазивного исследования были подтверждены данными коронароангиографии. Большинство ангиографических исследований выполнялись в сроки от 11 месяцев до 4 лет (в среднем $16,4 \pm 7,3$ месяцев). Из всех обследованных больных 63% больным была выполнена КАГ. Остальные 32% больных обследовались неинвазивными методами, по результатам которых показаний к проведению КАГ не было отмечено (отрицательный стресс-тест).

Для оценки качества жизни пациентов, которым была проведена ЧКВ со стентированием, анализировались данные стандартной опросной карты SF-36, дополненной и модифицированной в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Пациентами заполнялись по две карты, на момент осмотра при контрольном обследовании и в первую госпитализацию (при проведении первичного ЧКВ и стентирования).

Рисунок 4. Динамика изменений показателей КЖ до, сразу после и в отдаленном периоде после ЧКВ и стентирования в группе Б.



Из представленного рисунка видно, что в отдаленные сроки общее физическое здоровье и психического здоровья значительно отличаются от их значений сразу после стентирования и до реваскуляризации миокарда. В группе больных с возвратом стенокардии выше приведенные показатели КЖ имеют совершенно иную динамику изменений. Сразу после стентирования отмечается статистически достоверное улучшение показателей общего физического здоровья и психического здоровья, их значения преодолевают 50% рубеж сразу после реваскуляризации. В отдаленные сроки после стентирования из-за клиники коронарной недостаточности, качество жизни пациентов группы А резко ухудшается (рисунок 5). Возникновение и возобновление клинического проявления болезни сопровождаются негативной реакцией со стороны пациента. Потеря надежды и веры в излечение, предстоящие инвазивные вмешательства приводят к тяжелой психологической травме, а последнее отражается не только на показателях психического здоровья, но и физического здоровья тоже.

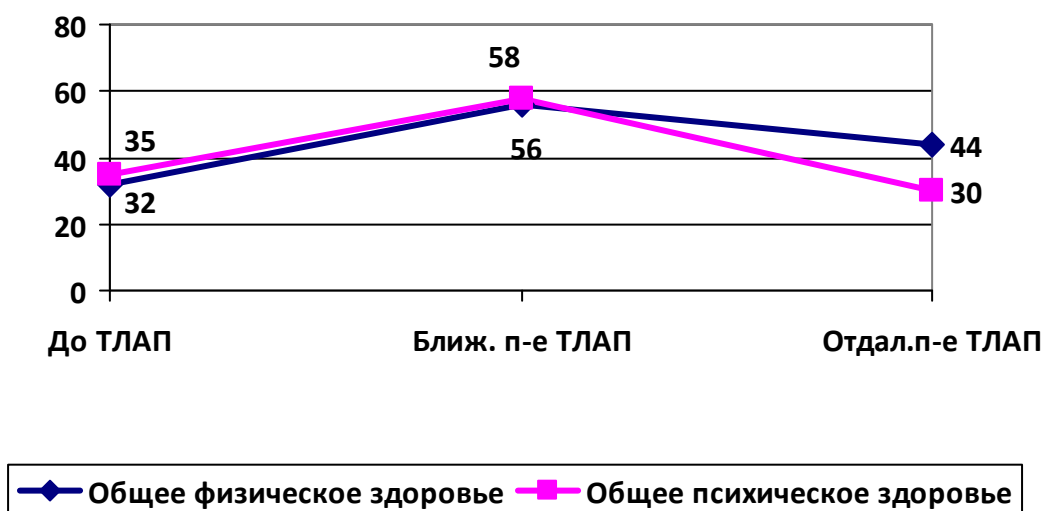


Рисунок 5. Показатели КЖ у больных группы А.

В отдаленные сроки после коронарного стентирования в группе больных с ОКС и возвратом стенокардии все показатели КЖ практически достигают прежнего дооперационного уровня.

Показатели качества жизни пациентов с ОКС и благоприятным течением заболевания значительно улучшаются практически в 2 раза по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, показатели качества жизни пациентов с острым коронарным синдромом напрямую связаны с течением основного заболевания – имеется ли возврат стенокардии или нет.

Более подробная характеристика качества жизни представлена в таблицах 4 и 5, соответственно в группе А и группе Б. Для улучшения восприятия показателей КЖ приводим дооперационные данные и показатели в отдаленные сроки.

**Таблица №4. Показатели качества жизни до и после ЧКВ в
отдаленные сроки в группе А.**

Показатели	До ЧКВ	После ЧКВ
ФФ	41,6±1,9	45,2±3,4
РФОФС	29,1±5,2	30,1±9,6
ИБ	31,5±2,2	45,2±3,7
ОСЗ	45,2±4,5	51,9±2,3
ЖА	33,6±4,5	65,4±4,9
СФ	39,2±3,8	42,9±2,9
РФОЭС	29,9±2,9	43,5±6,7
ПЗ	36,8±3,4	30,8±5,3

Примечание – ФФ – физическое функционирование, РФОФС – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ИБ – интенсивность боли, ОСЗ – общее социальное здоровье, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РФОЭС – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ – психическое здоровье.

Как видно из представленной таблицы, в отдаленные сроки после коронарного стентирования в группе больных с ОКС и возвратом стенокардии все показатели КЖ практически достигают прежнего дооперационного уровня.

**Таблица №5 Показатели качества жизни до и после ЧКВ в
отдаленные сроки в группе Б.**

Показатели	До ЧКВ	После ЧКВ
ФФ	39,9±5,1	85,5±14,1
РФОФС	34,3±3,4	85 ±5,5
ИБ	41,6±4,3	75,7 ±4,5
ОСЗ	55,2±3,6	85,5 ± 5,
ЖА	49,8±3,9	95 ± 5,5
СФ	48,6±6,1	81,8 ± 4,5
РФОЭС	39,8±4,3	80,5 ± 3,5
ПЗ	38,9±5,5	85,7 ± 5,8

В таблице 5 представлены данные показателей качества жизни пациентов с ОКС и с благоприятным течением заболевания. Как видно из таблицы в отдаленные сроки после реваскуляризации отмечается значительный прирост всех показателей КЖ практически в 2 раза по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, качество жизни у больных, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием, претерпевает значительные изменения после реваскуляризации миокарда в сторону улучшения как физического так и психического компонентов здоровья. Показатели качества жизни напрямую зависят от течения заболевания, в случае прогрессирования атеросклероза и рестенозирования, выражающиеся в возврате стенокардии после ангиопластики, они резко ухудшаются, достигая при этом исходных дооперационных значений.

ВЫВОДЫ

1. Стентирование коронарных артерий является высокоэффективным методом лечения пациентов с ОКС, а в некоторых случаях – единственно возможным методом стабилизации состояния. В отдаленные сроки после реваскуляризации миокарда у 65% больных ОКС положительная клиническая и ангиографическая эффективность сохраняются.

2. Применение стентов с лекарственным покрытием у больных ОКС сопровождается меньшим числом возврата стенокардии и необходимости в повторной реваскуляризации по сравнению с непокрытыми металлическими стентами.

3. Кардиальная и некардиальная смертность больных ОКС, перенесших стентирование коронарных артерий, а также частота повторных инфарктов миокарда не зависят от вида имплантированных стентов.

4. Предикторами возврата стенокардии в отдаленные сроки после стентирования у больных ОКС являются возраст старше 60 лет ($r=0,3$), некорректируемая дислипидемия ($r=0,5$), количество имплантированных стентов ($r=0,3$), курение ($r=0,2$).

5. Качество жизни пациентов с ОКС в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий напрямую зависит от течения заболевания – имеет место возврат стенокардии или нет. При возврате стенокардии все показатели (и физическое, и психическое здоровье) резко снижаются, приближаясь к исходному дооперационному уровню.

6. При благоприятном течении заболевания общее физическое и психическое здоровье в отдаленные сроки после

ЧКВ со стентированием лучше, чем сразу после вмешательства.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. При остром коронарном синдроме необходимо обязательное проведение коронарографии и решение вопроса об эндоваскулярном вмешательстве. Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов стентирования необходимо сокращение до минимума временного интервала от начала ангинозного приступа до начала процедуры стентирования.

2. Имплантация 3 и более стентов у больных ОКС ухудшает прогноз в отдаленном периоде независимо от типа стента, поэтому при множественном поражении коронарных артерии следует применять стентирование клинко-зависимой артерии с последующим аортокоронарным шунтированием.

3. Через 12 месяцев после выполнения эндоваскулярных вмешательств или появлении клинических признаков рецидива стенокардии необходима госпитализация пациентов и проведение всего комплекса неинвазивных и инвазивных методов обследования с целью выявления возможного рестенозирования.

4. Для профилактики возврата стенокардии после стентирования обязательно достижение целевых значений содержания холестерина в крови, отказ от курения и регулярное наблюдение кардиолога.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Мацкеплишвили С.Т., Амплитуда движения фиброзного кольца митрального клапана у больных ИБС с сохраненной и сниженной глобальной систолической функцией левого желудка/ Мацкеплишвили С.Т., Гунджуа Ц.А Шахназарян Л.С., Чахая Г.О Бузиашвили Ю.И. // Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.- 2006.-Т.7.-№6. – С. 258.
2. Гукасян В.А., Диагностика и прогностическая значимость метода стресс-эхокардиографии у больных с острым коронарным синдромом/ Гукасян В.А., Мацкеплишвили С.Т., Арипов М.А., Асымбекова Э.У., Мадоян С.В., Жертовская Е.В., Чахая Г.О., Алпенидзе В.А., Шерстяникова О.М., Тугеева Э.Ф.//Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.-2007.-Т.7.-№6 – С 286.
3. Бузиашвили Ю.И. Влияние коронарного стентирования на динамику показателей С реактивного белка и функцию эндотелия у больных ИБС/ Бузиашвили Ю.И. Самсонова Н.Н., Церетели Н.В., Рахимов А.З., Плющ М.Г., Мацкеплишвили С.Т., Климович Л.Г., Лобжанидзе Т.Г., Ахмедярова Л.Б., Шамлиди Х.С., Рахматов Х.Д., Чахая Г.О.//Бюлл НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.-2007.-Т.9.-№3.-С 285
4. Бузиашвили Ю.И. Возможности внутрисосудистого ультразвукового исследования в количественной и качественной оценке атеросклеротического поражения коронарных артерий/ Бузиашвили Ю.И., Чигогидзе Н.А., Мацкеплишвили С.Т., Арипов М.А., Тугеева Э.Ф., Шуваев И.П., Рахматов Х.Д., Чахая Г.О., Сандухадзе Б.Р.//Бюлл НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.-2007.-Т.8.-№ 6.-С 285.

5. Мацкеплишвили С.Т. 5-Летные результаты стентирования коронарных артерий у больных острым коронарным синдромом/ Мацкеплишвили С.Т., Арипов М.А., Чахая Г.О., Закарян Н.В., Сандухадзе Б.Р., Рахматов Х.Д., Гукасян В.А.//Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.-2008. –Т.9.- №3.- С.163.
6. Бокерия Л.А. Влияние кардиосинхронизированной электромиостимуляции на клинико-функциональное состояние больных ИБС и хронической сердечной недостаточностью/ Бокерия Л.А., Бузиашвили Ю.И., Лапанашвили Л.В., Сандухадзе Б.Р., Мацкеплишвили С.Т., Чахая Г.О., Мадалимов Р.Р.//Бюлл НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.-2008. Т.9.-№3.- С. 166
7. Чахая Г.О. Принципы этапности при стратификации риска у больных с острым коронарным синдромом (обзор)/ Чахая Г.О., Мацкеплишвили С.Т. //Бюлл НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН (приложение).-2009.- Т.10.-№1.-С 214-220.
8. Мацкеплишвили С.Т. Качество жизни в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий у больных острым коронарным синдромом/ Мацкеплишвили С.Т., Чахая Г.О., Арипов М.А., Тугеева Э.Ф., Нерсисянц Л.Г., Степанов М.М./Мацкеплишвили С.Т., Сандухадзе Б.Р., Рахматов Х.Д., Бузиашвили Ю.И.//Бюлл НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН (приложение). - 2009.- Т.10.- №1.-С. 253-258
9. Мацкеплишвили С.Т. Отдаленные результаты коронарного стентирования у больных с острым коронарным синдромом/ Мацкеплишвили С.Т., Чахая Г.О., Арипов М.А., Стаферов А.В., Закарян Н.В., Степанов М.М., Сандухадзе Б.Р., Рахматов Х.Д., Тугеева Э.Ф., Бузиашвили Ю.И. //Бюлл. НЦССХ им

А.Н.Бакулева РАМН (приложение). - 2009.-Т.10.-№1.- С.258-263

10. Бузиашвили Ю.И. Прогностическая значимость метода стресс эхокар-диографии у больных с острым инфарктом миокарда/Бузиашвили Ю.И., Мацкеплишвили С.Т., Гукасян В.А., Арипов М.А., Жертовская Е.В., Алпенидзе В.А., Чахая Г.О.//Бюллетень НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН (приложение). –2009. – Т.10. - №1 -С 309-314