

флуоресцентной и электронной микроскопии. Исследования проведены на 180 аортах человека, взятых на аутопсиях в первые 5-20 часов с момента смерти, а также на крысах линии Wistar (1500 самцов), крысах линии Крушинского-Молодкиной, генетически предрасположенных к развитию эпилепсии на фоне геморрагических инсультов (650 самцов), а также в условиях моделирования инсульта на мозжечке лягушки (190 самцов).

#### **Результаты:**

На основании экспериментальных данных обоснована концепция согласно которой, в основе многочисленных заболеваний (в том числе и сердечно-сосудистых) лежат нарушения в циклах оксида азота и супероксидного анион-радикала. Это происходит на фоне ишемии/гипоксии, воспалительных процессов, когда наряду с кислородным дыханием начинает активироваться эволюционно-древнее нитратно-нитритное дыхание и появляются весьма активные свободные радикалы - NO<sub>2</sub> и пероксинитриты.

#### **Заключение:**

Предложена обобщающая концепция развития атеросклеротических бляшек и повреждения сосудов в результате нарушения регуляторных механизмов, связанных с циклами оксида азота и супероксидного анион-радикала; "конфликтом" кислородного и нитратно-нитритного дыхания и появления весьма активных и агрессивных свободных радикалов - диоксида азота и пероксинитритов, способных распадаться на диоксид азота, ОН-радикалы и повреждать эндотелий и интима сосудов человека.

### **НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

Прилуцкая Ю. А.<sup>1</sup>, Дворецкий Л. И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ "ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ", <sup>2</sup>ГБУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ

#### **Введение (цели/ задачи):**

Планирование инвазивного лечения острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКС без пST) никогда не являлось простой задачей. Трудности диагностики самого синдрома, необходимость медицинской сортировки больных на группы риска, не всегда обоснованные опасения осложнений приводили к частым дефектам ведения таких пациентов на всех этапах стационарного лечения. Тщательное следование изданным рекомендациям по лечению ОКС без пST в сочетании с длительной разъяснительной работой среди врачей позволило изменить ситуацию. Целью исследования было сравнить инвазивную стратегию лечения больных с ОКС без пST в 2014 и 2015 гг. и оценить, насколько успешно были преодолены существующие трудности.

#### **Материал и методы:**

Проанализирована тактика лечения пациентов с диагнозом ОКС без пST, госпитализированных в кардиореанимацию городской больницы в течение месяца по каналу СМП, – 69 человек в январе 2014 г. и 77 человек в ноябре 2015 года. Сравнивали показания, сроки направления на коронароангиографию (КАГ), количество проведенных чрезкожных коро-

нарных вмешательств (ЧКВ) и операций коронарного шунтирования (КШ)

#### **Результаты:**

Основной достигнутый результат – увеличение количества пациентов, получивших хирургическое лечение ОКС без пST. В 2014 г. доля больных, которым выполнено ЧКВ и КШ, составила 26%, в 2015 г. – 42%. Следствием более широкого применения инвазивного подхода стало снижение госпитальной летальности от инфаркта миокарда (ИМ) без пST с 16 до 7 %. В 2015 г. преимущество отдано малоинвазивной хирургии: все 32 первичные операции – это ЧКВ. Их количество возросло за счет появления отсроченных вмешательств (24-72 часа) – 5 ЧКВ, которых не было в 2014 году, а также увеличения количества плановых – с 6 до 16. Стало чаще применяться избирательное стентирование коронарных артерий (КА) при их многососудистом поражении, что повысило доступность хирургической помощи для пациентов старческого возраста (1 ЧКВ в 2014 г., 6 ЧКВ в 2015 г.). Количество повторных операций сократилось с 3 до 1 из-за более частого первичного 2-х сосудистого стентирования у больных с соответствующим поражением коронарного русла. В 2015 г. ожидался рост количества срочных КАГ/ ЧКВ, но его не произошло: по-прежнему проведено 22 исследования/11 вмешательств. Выяснилось, что при первичном осмотре дежурный врач избегал устанавливать диагноз ОКС пациентам с деменцией, кардиогенным отеком легких, тяжелой сопутствующей патологией, а общее количество «проблемных» больных уменьшилось с 25 до 9. Оказалось проще избрать путь наименьшего сопротивления, чем обосновывать преимущество консервативного подхода у таких пациентов. Эта ситуация сложилась в связи с отсутствием в методических рекомендациях по лечению ОКС без пST противопоказаний к КАГ. В 2015 году выявлена новая неблагоприятная тенденция диагностики ОКС без пST при отсутствии признаков спонтанной или стресс-индуцированной ишемии миокарда. Так, острая коронарная патология диагностирована у 14 больных без значимых стенозов коронарных артерий, у 6 пациентов – с ИМ неизвестной давности без рецидивов ишемии. Направление 18 больных на плановую КАГ было необоснованным, как и проведение 6 ЧКВ. Гипердиагностика ОКС искусственно улучшала исходы заболевания и увеличивала количество реваскуляризации. Количество операций КШ, выполненных в текущую госпитализацию, сократилось с 3 до 1, хотя показания выявлены по-прежнему у 3-х человек. У 6 пациентов с многососудистым поражением коронарного русла не представлено заключение Кардиокоманды по реваскуляризации, в результате этот вопрос так и не был решен. По сравнению с 2014 г. здесь не выявлено позитивных изменений.

#### **Заключение:**

Более широкое внедрение рентгенэндоваскулярного лечения ОКС без пST способствовало снижению госпитальной смертности от этого заболевания. При многососудистом поражении коронарных артерий, когда применение интервенционного метода лечения невозможно или не приводит к полной реваскуляризации, взаимодействие кардиологических специалистов разного профиля недостаточно скоординировано.