

«Острый коронарный синдром с позиций кардио-ренальных взаимодействий (клинические аспекты)»

Шалаев Сергей Васильевич,

член-корреспондент РАН, зав. кафедрой кардиологии и кардиохирургии с курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «ТюмГМУ» МЗ РФ, руководитель Центра сердца и сосудов ГБУЗ Тюменской области «ОКБ № 1»

Материал исследования: результаты работы основаны на наблюдении 1108 больных острым коронарным синдромом (ОКС); из них 662 – ОКС с подъемами сегмента ST ЭКГ (ОКС_нST), 446 – без подъемов ST (ОКС_{бн}ST). Подавляющему большинству проведено инвазивное лечение (чрескожные коронарные вмешательства – ЧКВ) в период индексной госпитализации: 94,9% больных инфарктом миокарда с подъемами ST (ИМ_нST), 87,2% больных ОКС_{бн}ST. 722 пациента с ОКС были включены в годовое проспективное наблюдение, «конечной точкой» которого было наступление случаев смерти вследствие сердечно-сосудистых причин (49 случаев из 722 больных ИБС, включенных в наблюдение; 6,8%). Диагностику острого повреждения почек (ОПП) проводили в соответствии с международными критериями KDIGO (KDIGO Clinical Practice Guidelines, 2012).

Основные результаты: у больных ОКС при инвазивной стратегии лечения частота ОПП в период госпитализации составляет около 20%, при этом 1 стадия ОПП является преобладающей. Более тяжелые стадии (2-3) составляют соответственно 20% и 10% от числа случаев ОПП среди больных ИМ_нST и ОКС_{бн}ST. Потребность в почечной заместительной терапии развивается крайне редко.

Независимо от тяжести клинических проявлений развитие ОПП сопровождается повышением риска госпитальной смерти вследствие сердечных причин; среди больных ИМ_нST - в 8 раз (3,37-18,5; $p < 0,001$). В то же время отсутствие ОПП через 48 часов наблюдения является предиктором дальнейшего благоприятного прогноза.

Среди инвазивных параметров ангиографический феномен «отсутствия/замедления коронарного кровотока после восстановления проходимости инфарктсвязанной коронарной артерии» («no/slow-reflow») ассоциирован с повышением риска ОПП (ОШ – 6,0; 1,25-28,9; $p = 0,043$) и может быть использован в качестве раннего маркера его развития.

Нефротоксичность рентгенконтрастных средств (РКС) зависит от исходной функции почек и прогрессивно возрастает при значениях коэффициента « $\text{РКС}_{\text{объем в мл}} : \text{СКФ}_{\text{исх.}}$ » $> 2,5$.

У больных ОКС контраст-ассоциированное ОПП не относится к числу ведущих факторов повреждения почек. Наиболее значимый вклад в развитие ОПП у больных ИМ_нST вносит острая сердечная недостаточность; при этом

его частота возрастает пропорционально тяжести сердечной недостаточности – от 18,7% (Killip I) до 71,4% (Killip IV) ($p=0,001$).

Независимыми предикторами ОПП у больных ОКС(ИМ)*n*ST являются: тяжелые клинические проявления сердечной недостаточности (Killip IV) в остром периоде ИМ (9,14; 1,28-65,43, $p=0,028$), сопутствующая АГ (3,78; 1,10-13,07, $p=0,035$), возраст ≥ 75 лет (2,83; 1,20-6,67, $p=0,018$), женский пол (2,45; 1,21-4,96, $p=0,013$). У больных ОКС*bn*ST независимым предиктором развития случаев госпитального ОПП является возраст ≥ 65 лет (1,86; 1,15-3,00, $p=0,012$).

В значительной части случаев (около 90%) развившееся ОПП не «разрешается» ко времени окончания стационарного пребывания больных ИМ и нестабильной стенокардией.

Развитие госпитального ОПП у больных ИМ*n*ST сопровождается существенным увеличением риска смерти вследствие сердечно-сосудистых причин при последующем наблюдении больных в течение 12 месяцев (4,7; 2,31-9,70; $p<0,001$), который возрастает с утяжелением стадии госпитального ОПП. При годовом наблюдении больных, перенесших ОКС*bn*ST, развитие госпитального ОПП повышает риск последующей сердечно-сосудистой смерти среди больных с сочетанием ОПП и сердечной недостаточностью в остром периоде заболевания (Killip $>I$) - 11,7; 2,07-65,96, $p=0,005$.

В контексте безотлагательности ЧКВ при ОКС*n*ST оправданы ограничения относительно предлагаемых немногочисленных мер профилактики ОПП – предоперационная гидратация, уменьшение объема РКВ при исходно скомпрометированной функции почек. В клинической практике представляются привлекательными возможности нефропротекции статинами в высокой дозе, связываемые с их плеiotропными эффектами. Показано, что в условиях инвазивной стратегии лечения ИМ*n*ST более раннее (сразу при госпитализации перед выполнением ЧКВ) назначение аторвастатина в нагрузочной дозе 80 мг в сравнении с более отсроченным (в палате реанимации и интенсивной терапии) сопровождается снижением риска развития ОПП (на 64%; ОШ - 0,36; 016-0,85; $p=0,016$), менее выраженными нарушениями функции почек и большей вероятностью возвращения сывороточного креатинина к исходному уровню («разрешения» ОПП) к 7 суткам заболевания.