

СТРОГОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ И НАТРИЯ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРО РАЗВИВШЕЙСЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Источник: *Aliti GB, Rabelo ER, Clausell N, et al. Aggressive Fluid and Sodium Restriction in Acute Decompensated Heart Failure: A Randomized Clinical Trial // JAMA Intern Med. – 2013. – Vol. 173, N. 12. – P. 1058–1064.*

Результаты рандомизированного клинического исследования, включавшего 75 больных, госпитализированных с остро развившейся декомпенсацией сердечной недостаточности, которые находились в стационаре в течение 36 ч или менее, свидетельствовали о том, что выраженное ограничение потребления жидкости (до 800 мл/сут) и натрия (до 800 мг/сут) по сравнению с отсутствием таких ограничений не приводило к более выраженному снижению массы тела или более выраженному снижению индекса застоя в течение 3 дней наблюдения. Более того, в группе ограничения потребления жидкости и натрия по сравнению с группой стандартной тактики к концу

исследования было отмечено статистически значимое увеличение выраженности жажды, но не отмечалось снижения частоты госпитализаций в течение 30 дней наблюдения. Полученные данные позволили авторам исследования сделать вывод о том, что выраженное ограничение потребления жидкости и натрия не оказывает влияния на степень снижения массы тела или стабильность клинического состояния больных, но сопровождается статистически значимым увеличением жажды. По мнению авторов, ограничение потребления натрия и воды необязательно у больных, госпитализированных по поводу остро развившейся сердечной недостаточности.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛХИЦИНА МОЖЕТ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Источник: *Deftereos S., Giannopoulos G., Raisakis K., et al. Colchicine Treatment for the Prevention of Bare-Metal Stent Restenosis in Diabetic Patients. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013. – Vol. 61. – P. 1679–1685.*

Предпосылки к проведению исследования

Имплантация коронарных стентов после ангиопластики коронарных артерий (КА) по сравнению с изолированной ангиопластикой КА привела к существенному снижению частоты развития неблагоприятных исходов. Однако развитие рестенозов становилось существенной проблемой при имплантации голометаллических стентов (ГМС), что стало основанием для внедрения в клиническую практику стентов с лекарственным покрытием (СЛП). Основной эффект использования СЛП проявляется в подавлении образования неоинтимы, что приводит к снижению частоты развития рестенозов.

Проблема развития рестенозов увеличивается у больных с ишемической болезнью сердца, имеющих определенные характеристики, включая больных с сахарным диабетом (СД), у которых в ходе выполнения первого клинического испытания ГМС частота развития рестенозов превышала 50%. Вследствие этого применение СЛП у таких больных имело преимущества по влиянию на ангиографические показатели эффективности и частоту выполнения повторной реваскуляризации в определенном участке КА. Однако у некоторых больных с СД, которым выполняют чрескожные вмешательства на коронарных артериях (ЧВКА), имеются существенные противопоказания к имплантации СЛП, включая наличие показаний к хирургическому вмешательству, а также потребность в длительном применении антикоагулянтов, т.е. в случаях, когда применение трехкомпонентной антитромботической терапии (прием двух антиагрегантов в сочетании с

антикоагулянтом) сопровождается увеличением риска развития кровотечения, в связи с чем продолжительность использования такой терапии должна быть как можно меньшей. Колхицин относится к известным препаратам с установленным противовоспалительным и антипролиферативным действием. Оба свойства предположительно могут обуславливать влияние колхицина на образование неоинтимы в стентированных участках КА и за счет этого снижать частоту развития рестеноза в стентированных участках КА. Кроме того, имеются данные о безопасности применения колхицина у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования

Оценить влияние приема колхицина в течение 6 мес на образование неоинтимы и развитие рестенозов в стентированных участках КА у больных СД, которым выполняли ЧВКА с имплантацией ГМС.

Структура исследования

Проспективное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование; продолжительность наблюдения 6 мес.

Больные

В исследование включали больных с СД 40–80 лет, которым выполняли ЧВКА с имплантацией ГМС в КА, диаметр которых был не менее 2,5 мм. Приемлемыми основаниями для отказа от имплантации СЛП считали: наличие противопоказаний к длительному применению трехкомпонентной антитромботической терапии; показания к хирургическому вмешательству или

высокая вероятность такого вмешательства в течение 12 мес; а также желание больного, которое было отражено в информированном согласии, подписанном перед выполнением ЧВКА. Если ЧВКА выполняли более чем в одном участке КА, учитывали участок КА с большим диаметром просвета.

Вмешательство

Все больным до включения в исследование выполняли коронарографию и ЧВКА с оценкой результатов имплантации ГМС с помощью внутрисосудистого УЗИ (ВСУЗИ). Во всех случаях после установки стента КА дилатировали с использованием неподатливого баллона соответствующего размера. Непосредственно после имплантации стентов во всех случаях с помощью ВСУЗИ выполняли исходные измерения. Сразу после имплантации стента изображения, полученные с помощью ВСУЗИ, использовали для оптимизации раскрытия и расположения стентов, а также для выявления значимых краевых диссекций или остаточного стеноза, обусловленного атеросклеротической бляшкой в области края стента. При необходимости, по усмотрению врача, выполняющего вмешательство, дополнительно корригировали выявленные дефекты (например, выполняли дополнительную дилатацию КА в стентированном участке или дополнительное стентирование). Через 6 мес после первого ЧВКА выполняли ангиографию и ВСУЗИ для повторной оценки изучаемых показателей.

Ангиографические характеристики КА и участков поражения КА оценивали с помощью пакета программ для количественной коронарографии (*Xcelera, Philips Healthcare*, Эйндховен, Нидерланды). Уменьшение просвета КА в отдаленные сроки после ЧВКА выражали как изменение минимального диаметра просвета КА по данным первой и повторной коронарографии. Рестеноз в стентированном участке КА определяли как стенозирование просвета соответствующего участка КА более чем на 50% по данным коронарографии, выполненной через 6 мес после ЧВКА. ВСУЗИ выполняли после внутрикоронарного введения 0,3–0,5 мг нитроглицерина. Катетер с электронным датчиком для ВСУЗИ (*Eagle Eye Gold, Volcano Corporation*, Ранчо Кордова, Калифорния, США) вводили в пораженную КА и затем выполняли исследование при обратном движении датчика через стентированный участок КА с постоянной скоростью 0,5 мм/с с применением снабженного электроприводом приспособления для обратного движения датчика (*Track Back II, Volcano Corporation*). Дополнительное обратное движение датчика повторяли для обеспечения достаточного качества полученных изображений. В последующем анализировали запись изображений ВСУЗИ, которые идентифицировали только по порядковому номеру. Каждая запись изображения, полученная при обратном движении датчика, проверялась специально обученными специалистами по выполнению ВСУЗИ, которые при необходимости корректировали автоматически обозначенные с помощью компьютерной программы границы. После этого автоматически рассчитывались объемные показатели. Объем неоинтимы определяли как разницу между объемом стента и просвета КА, которую для учета различий в длине стентов делили на длину стента в миллиметрах для учета различной длины стентов (нормализованный объем неоинтимы). Объем неоинтимы в процентах определяли как частное от деления объема неоинтимы внутри стента и объема стента. Кроме того,

измеряли и регистрировали минимальную площадь просвета коронарной артерии в стентированном участке (МПКАСУ). Рестеноз КА в стентированном участке (по данным ВСУЗИ) определяли как уменьшение МПКАСУ в ходе наблюдения менее чем до 4 мм² (точка деления, которую использовали в последних исследованиях). Уменьшение площади просвета КА в стентированном участке рассчитывали как разницу между МПКАСУ непосредственно после ЧВКА и МПКАСУ в ходе наблюдения.

Больные начинали прием колхицина в день выполнения исходного ЧВКА (в течение 24 ч) по 0,5 мг 2 раза в сутки. Больных периодически обследовали во время посещения исследовательского центра вплоть до выполнения контрольной коронарографии через 6 мес наблюдения. В ходе наблюдения за частотой развития побочных эффектов в первую очередь обращали внимание на симптомы нарушения функции желудочно-кишечного тракта, токсические влияния на печень, костный мозг и (или) кровь, а также мышцы и на развитие алопеции. Через 2, 4, 8, 16 и 24 нед после исходного ЧВКА выполняли развернутый клинический анализ крови и стандартный биохимический анализ крови, включая определение концентрации в крови глюкозы, мочевины, креатинина, печеночных трансаминаз, креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы.

Критерии оценки. Клинические исходы

Основной показатель: частота развития рестеноза в стентированном участке КА по данным ангиографии и ВСУЗИ. Дополнительные показатели: степень уменьшения просвета КА и увеличения неоинтимы в стентированном участке, включая уменьшение просвета в стентированном участке КА в отдаленные сроки наблюдения (по данным ангиографии), уменьшение площади просвета КА в стентированном участке, объем неоинтимы в процентах и нормализованный объем неоинтимы (по данным ВСУЗИ).

Основные результаты

Из 222 больных, которые согласились участвовать в исследовании, у 26 больных невозможно было выполнить повторную ангиографию. Таким образом, все процедуры исследования были полностью выполнены у 196 больных (в группе колхицина и группе плацебо у 100 и 96 больных соответственно), и данные о них были доступны для анализа.

Группы существенно не различались по исходным характеристикам.

В целом в течение 6 мес наблюдения частота развития ангиографических признаков рестеноза в стентированном участке КА достигала 24%: в группе колхицина и группе плацебо у 16% и 33% соответственно. Снижение частоты развития ангиографических признаков рестеноза в стентированном участке КА в группе колхицина по сравнению с группой плацебо достигало 52%. В целом выраженность ангиографических признаков рестеноза была умеренной, у большинства больных тяжесть рестеноза находилась в диапазоне от 50 до 70%). Результаты анализа свидетельствовали о статистически значимых различиях между группами по этому показателю: в группе колхицина по сравнению с группой плацебо отмечалось статистически значимое снижение частоты развития рестеноза в стентированном участке КА (ОШ=0,38 при 95% ДИ от 0,18 до 0,79; $p=0,007$); ЧБНЛ=6 (при 95% ДИ от 3,4 до 18,7), т.е. для предотвращения одного случая разви-

тия ангиографических признаков рестеноза в течение 6 мес 6 больных должны были принимать колхицин.

Результаты анализа данных, полученных с помощью ВСУЗИ, были сходными. В целом в течение 6 мес наблюдения частота развития ВСУЗИ-признаков рестеноза в стентированном участке КА достигала 33%: в группе колхицина и группе плацебо у 24% и 43% больных соответственно. Снижение частоты развития ВСУЗИ-признаков рестеноза в стентированном участке КА в группе колхицина по сравнению с группой плацебо достигало 44% (ОШ=0,42 при 95% ДИ от 0,22 до 0,81; $p=0,006$). ЧБНЛ=5 (при 95% ДИ от 3,2 до 18,1), т.е. для предотвращения одного случая развития рестеноза по данным ВСУЗИ в течение 6 мес 5 больных должны были принимать колхицин.

Результаты анализа развития как ангиографических, так и ВСУЗИ-признаков образования неоинтимы свидетельствовали об уменьшении гиперплазии неоинтимы в группе колхицина по сравнению с группой плацебо. Результаты анализа ангиографических данных свидетельствовали о том, что выраженность уменьшения просвета КА в группе контроля была почти в 2 раза больше, чем в группе колхицина, что приводило к статистически значимому уменьшению МПКАСУ в группе колхицина по сравнению с группой плацебо. Сходные данные были получены и в ходе

анализа площади и объемов, измеренных с помощью ВСУЗИ. Уменьшение площади просвета КА в стентированном участке в группе колхицина составляло 1,6 мм² (МКД от 1,0 до 2,9 мм²), в то время как в группе плацебо этот показатель достигал 2,9 мм² (МКД от 1,4 до 4,8 мм²); $p=0,002$. В соответствии с такими данными, объем неоинтимы и нормализованный объем неоинтимы в группе плацебо по сравнению с группой колхицина были больше на 63% и 70% соответственно.

Ни у одного больного не было отмечено токсического влияния приема исследуемого препарата на печень или кровь. Двое больных (по одному больному в каждой группе) сообщили о выпадении волос. В целом в группе колхицина и группе плацебо преждевременно прекратили прием исследуемого препарата 17% и 9% больных соответственно ($p=0,116$).

Выводы

У больных СД прием колхицина по сравнению с плацебо после выполнения ЧВКА с имплантацией ГМС сопровождается менее выраженным развитием гиперплазии неоинтимы и снижением частоты развития рестеноза в стентированном участке КА. Полученные данные могут свидетельствовать о пользе применения колхицина у больных, которым выполняют ЧВКА, если имеют место противопоказания к имплантации СЛП или имплантация такого стента нежелательна.

НАСКОЛЬКО (БЕС)ПОЛЕЗНА ФИЗИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА В ДИАГНОСТИКЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ?

Источник: *Shlamovitz G.Z., Mower W.R., Bergman J., et al.* How (Un)Useful is the Pelvic Ring Stability Examination in Diagnosing Mechanically Unstable Pelvic Fractures in Blunt Trauma Patients? // *J. Trauma.* – 2009. – Vol. 66, N. 3. – P. 815.

Актуальность

Известно, что одним из методов диагностики повреждений и нестабильности тазового кольца, наряду с рентгенографией и компьютерной томографией, являются физические методы обследования. Считается, что данные методы помогают выявить нестабильные переломы тазового кольца, что помогает максимально быстро определить тактику обследования и лечения пациентов с травмой таза.

Авторы предположили, что применение нагрузочных тестов для выявления нестабильности тазового кольца имеет низкую чувствительность. Кроме того, существует риск усугубления имеющихся повреждений.

При подтверждении данной гипотезы предлагается рассмотреть вопрос об исключении физических методов из первичного осмотра больных в отделении экстренной реанимации.

Цель исследования

Оценка ценности физических методов при исследовании стабильности тазового кольца у пациентов с закрытой травмой таза.

Материалы и методы

Выполнено ретроспективное исследование, в котором изучены 115 пациентов с закрытой травмой таза. У 34 из них подтверждены нестабильные переломы костей таза типа В и С.

Результаты

В результате исследования оказалось, что физическая проверка стабильности тазового кольца имеет чувствительность 8%, специфичность 99,9% как метод выявления перелома костей таза вообще и чувствительность 26%, специфичность 99,9% для выявления нестабильности тазового кольца. При этом существует вероятность усугубления имеющихся повреждений.

Выводы

Учитывая полученные данные, целесообразно исключить физические методы обследования из первичного осмотра при поступлении пострадавших в отделение экстренной реанимации.