

болизации ИОА целесообразно проводить эндоваскулярные процедуры незамедлительно, т.е. сразу после завершения диагностической КАГ, при наличии таковых – отсроченные ЭВП в сроки от 12 до 24 ч от начала развития заболевания.

### Катетерная баллонная митральная вальвулопластика у беременных. Показания и результаты, техника операции, ведение беременности и родов

Коков Л.С.<sup>1,2</sup>, Немировский В.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" МЗ РФ

<sup>3</sup> ГБУЗ "ГКБ №67 имени Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы"

Для больных с митральным стенозом беременность и роды представляют большую опасность. Наиболее известные осложнения: преждевременные роды, раннее излитие околоплодных вод, быстрое течение родовой деятельности, сердечная недостаточность, отек легких, эмболия сосудов головного мозга, септические послеродовые осложнения.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность малоинвазивной рентгенохирургической операции катетерной баллонной митральной вальвулопластики (КБВ) у беременных.

**Материал и методы.** Начиная с 1990 г. мы располагаем опытом лечения 153 беременных, больных митральным стенозом с выраженной клинической картиной сердечной недостаточности и нарастающего застоя крови в легких, и 85 рентгенохирургических операций у этих больных, страдавших пороком III?IV стадии, на сроках от 19 до 35 нед беременности. Среди оперированных пациенток двое имели беременность двойни.

У всех больных старались минимально использовать рентгеноскопию за счет расширения эхокардиографического обеспечения операции. Это позволило сократить лучевую нагрузку почти в 3 раза по сравнению с остальными больными. Среднее время рентгеноскопии составило 12,5 мин (поглощенная доза рентгеновского излучения 2,3 мЗв), тогда как по всем остальным больным – 30 мин и более (5,8 мЗв).

**Результаты.** У 16 больных операция была произведена в экстренном порядке в состоянии отека легких по жизненным показаниям. Им на операционном столе придавали полусидячее положение. Только на момент выполнения транссептальной пункции левого предсердия укладывали горизонтально.

Большинство из наблюдавшихся нами пациенток (54,5%) до наступления беременности не подозревали о наличии ревматического порока сердца и не состояли на учете у ревматолога. Остальные находились под наблюдением у кардиологов по месту жительства от 3 до 12 лет. При этом у 25,2% больных в анамнезе отмечено неоднократное прерывание беременности. Четверо больных ранее перенесли закрытую митральную комиссуротомию, в том числе трое во время предыдущих беременностей.

Величина систолического давления в легочной артерии (ЛА) составила  $38 \pm 135$  мм рт.ст., в среднем  $81,7 \pm 18,4$  мм рт.ст., что значительно превышало соответствующие величины давления в ЛА в общей совокупности наблюдаемых у больных, страдавших митральным стенозом. У большинства больных, оперированных во время беременности, цифры сердечного индекса (СИ) были снижены до 1,7–5,6 л/мин/м<sup>2</sup>, в среднем 2,5 л/мин/м<sup>2</sup>, что было достоверно ниже величин СИ в контрольных группах больных митральным стенозом.

Почти у всех больных (96,3%) в результате КБВ достигнут хороший анатомический и функциональный результат. После операции площадь митрального отверстия увеличилась от  $1,24 \pm 0,54$  см<sup>2</sup> (предельные значения от 0,6 до 1,75 см<sup>2</sup>) до  $3,2 \pm 0,6$  см<sup>2</sup> (предельные значения от 2,4 до 3,5 см<sup>2</sup>). У всех больных в результате расширения митрального отверстия произошло снижение трансвальвулярного градиента давления до нормальных и субнормальных цифр. В среднем это снижение произошло в 6,2 раза, увеличение площади клапанного отверстия составило 2,4 раза. Ни у одной из больных в результате КБВ не развилась регургитация через митральный клапан.

В послеоперационном периоде у двух пациенток отмечен левосторонний гемипарез, связанный с микроэмболией в бассейн правой средней мозговой артерии. В результате проведенной терапии явления пареза были купированы. У 83 пациенток беременность завершилась в срок, в том числе у 48 больных самопроизвольными родами. У 23 больных потужный период родов выключали путем наложения акушерских щипцов. У 10 пациенток родоразрешение проведено путем операции кесарева сечения. Родились живыми 85 детей, в том числе две двойни, с оценкой по шкале Apgar 8–10 баллов. Только в двух наблюдениях отмечена антенатальная гибель плода в связи с преждевременной отслойкой плаценты.

Все родившиеся дети здоровы, развиваются нормально. Признаков тератогенного пренатального поражения органов и систем у детей, обследованных на разных сроках после рождения, не выявлено. При контрольном обследовании 66 оперированных больных через 12–36 мес после КБВ состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляют. Площадь митрального отверстия и величина трансвальвулярного градиента не изменились.

Данные длительного наблюдения, превышающего десять лет, за детьми, родившимися у пациенток, перенесших катетерную баллонную митральную вальвулопластику во время беременности, демонстрируют нормальное физическое развитие и отсутствие клинически значимых аномалий.

**Заключение.** КБВ является малотравматичной и эффективной операцией, позволяющей у больных митральным стенозом выполнять коррекцию порока с сохранением беременности. Это позволяет успешно завершать беременность и в срок произвести родоразрешение наиболее физиологичными способами.

### Судьба больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии

Комков А.А., Самоحاتов Д.Н., Мазаев В.П., Рязанова С.В., Деев А.Д.

ФГБУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" МЗ РФ, г. Москва

**Цель:** изучить влияние факторов риска на отдаленные результаты у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца. В данной работе представлены клинические результаты нашей работы по изучению больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии (НП ОС ЛКА).

**Материал и методы.** На базе нашего Центра был создан Ретроспективный регистр больных с ишемической болезнью, которым выполнялось коронароангиографическое исследование с 2004 по 2007 г. Был проанализирован 551 пациент. Средний период наблюдения составил  $3,0 \pm 1,8$  года. 40 пациентов со значимым поражением ОС ЛКА ( $\geq 50\%$ ) были исключены из исследования. 37 пациентов имели незначимое поражение ОС ЛКА ( $< 50\%$ ). Были использованы несколько конечных точек заболевания: смерть, повторная реваскуляризация и основные нежелательные кардиальные и цереброваскулярные события. Был проведен статистический анализ с помощью модели пропорциональных рисков (Кокса). Ниже представлены данные относительных рисков и доверительных интервалов 95%.

**Результаты.** Прогностическая ценность НП ОСЛКА имела относительный риск 2,05 (1,70; 2,46). Традиционные факторы риска были следующими: возраст –  $57,82 \pm 9,34$  года; 78% были мужчины. Умерли 7,5% мужчин и 8% женщин ( $p = 0,033$ ). Курение в анамнезе было значимо для смерти от всех причин и повышало риск в 2,56 раза ( $p = 0,0139$ ). Любое стентирование в коронарных артериях, кроме ОС ЛКА, уменьшало риск смертности на 30% ( $p = 0,03$ ), один стент уменьшал риск на 42% ( $p = 0,0001$ ). Риск смертности увеличивался у больных с поражением огибающей ветви на 60% ( $p = 0,0071$ ) с окклюзией коронарных артерий на 80% ( $p = 0,0006$ ), при стенозе передней межжелудочковой ветви – в 2,37 раза ( $p = 0,0003$ ), при стенозе правой коронарной артерии – в 2,4 раза ( $p = 0,0001$ ), при единичном стенозе – в 4,67 раза ( $p = 0,0038$ ), при двух стенозах – в 7,8 раза ( $p = 0,0038$ ), при трех и более стенозах – в 9,84 раз ( $p = 0,0038$ ).