

качество жизни больных в послеоперационном периоде и является приоритетным при выполнении РЭО на коронарных артериях у больных ОКС.

### **Эффективная антиагрегантная терапия в лечении больных с острым коронарным синдромом, которым планируется экстренное чрескожное коронарное вмешательство**

*Голощупов-Аксенов Р.С., Воронкина М.В., Ситанов А.С.*

*МАУ "Центральная городская клиническая больница г. Реутова",  
Московская область*

Одной из основных причин развития неблагоприятных интра- и послеоперационных событий при выполнении экстренных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) является внутрисосудистое тромбообразование. Оптимальная антиагрегантная терапия позволяет улучшить результаты лечения больных ОКС. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по лечению больных ОКС, у которых планируется инвазивная тактика лечения, антиагрегантная терапия с использованием тикагрелора является предпочтительнее, чем использование клопидогреля.

**Цель:** оценить эффективность применения антиагреганта тикагрелора у больных ОКС, которым планируется выполнение экстренного ЧКВ.

**Материал и методы.** С 2003 по август 2013 г. ЧКВ выполнили 1586 больным ОКС. Возраст больных варьировал от 27 до 98 лет ( $68 \pm 8,4$  года). Всем больным ЧКВ выполнили в первые сутки госпитализации на фоне назначения аспирина в дозе 100 мг, антиагрегантов – клопидогреля в дозе 300/600 мг ( $n = 1239$ ) или тикагрелора в дозе 180 мг ( $n = 347$ ) и стандартной антикоагулянтной терапии – гепарин 10000 ЕД. Во время выполнения экстренной коронарографии 54 больным, которым в ходе предоперационной подготовки был назначен клопидогрель в дозе 600 мг и 32 больным и назначали брилинту в дозе 180 мг, выявлен "тяжелый" тромбоз коронарных артерий – протяженность тромбированного сегмента коронарной артерии более чем в 2 раза превышает диаметр коронарной артерии. В группе больных, которым назначали клопидогрель, это потребовало назначения ингибитора IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов – интегрилина. Результаты оценивали по ангиографическим и клиническим критериям, частоте интра- и послеоперационных осложнений, госпитальной летальности.

**Результаты.** Непосредственная клиническая эффективность ЧКВ в группе больных, которые получали клопидогрель, составила 98,4% в группе больных, которые получали тикагрелор – 100%. Тикагрелор в ранние сроки после назначения эффективно блокировал агрегацию тромбоцитов, что позволило уверенно контролировать внутрисосудистое тромбообразование и не назначать ингибиторы IIb/IIIa-рецепторов тромбоцитов. Назначение ингибиторов IIb/IIIa-рецепторов тромбоцитов в группе больных, которым назначали клопидогрель, позволило успешно купировать внутрисосудистое тромбообразование и успешно завершить ЧКВ. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения в виде пульсирующей гематомы в месте пункции бедренной артерии мы наблюдали только в группе больных, которым назначали клопидогрель (1,2%). В раннем послеоперационном периоде в группе больных, которые получали клопидогрель, умерли 19 человек (1,6%), в группе больных, которым назначали тикагрелор, – 1 человек (0,2%).

**Заключение.** Быстрое и стойкое блокирование агрегации тромбоцитов позволяет снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений и улучшить результаты лечения больных острым коронарным синдромом. Применение тикагрелора у больных острым коронарным синдромом, у которых планируется выполнение ЧКВ, позволяет снизить нагрузочную предоперационную дозу антиагрегантов по сравнению с клопидогрелем, относительно безопасно выполнить эндоваскулярную операцию без дополнительного назначения дорогостоящего

ингибитора гликопротеиновых IIb/IIIa-рецепторов тромбоцитов и снизить общую стоимость лечения.

### **Лечение больных с критической ишемией нижних конечностей при распространенном атеросклеротическом поражении артериального русла**

*Голощупов-Аксенов Р.С., Курдо С.А., Ситанов А.С.*

*МАУ "Центральная городская клиническая больница г. Реутова",  
Московская область*

**Цель:** оценить результаты лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) при распространенном атеросклеротическом поражении артериального русла.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 17 пациентов с КИНК, у которых выявлено распространенное поражение артериального русла. Средний возраст пациентов составил  $70 \pm 6,1$  года. У 11 пациентов был выявлен сахарный диабет 2-го типа, инсулинопотребный, у 6 – причиной КИНК был облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. У 4 больных выявлены стенокардия напряжения (СН) III–IV функционального класса (ФК) и снижение фракции выброса левого желудочка до 48%; один пациент перенес в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (ОНМК) в результате окклюзии левой внутренней сонной артерии (ВСА); один пациент ранее перенес бедренно-подколенное шунтирование на стороне целевой конечности. Всем больным выполнены УЗДГ и компьютерная томография с болюсным контрастированием артерий нижних конечностей и дуги аорты. Диагностировано стенокклюзирующее поражение артерий пораженной конечности: окклюзия артерий берцово-подошвенного сегмента (БПС) – у всех больных, критический стеноз (КС) поверхностной бедренной артерии (ПБА) – 41,2% ( $n = 7$ ), окклюзия ПБА – 62,5% ( $n = 10$ ), КС общей бедренной артерии – 6,2% ( $n = 1$ ), КС наружной подвздошной артерии НПА – 18,75% ( $n = 3$ ), КС общей подвздошной артерии – 12,5% ( $n = 2$ ). У пациента после перенесенного ОНМК выявлены окклюзия левой ВСА и критический стеноз правой ВСА. Всем больным выполнено стентирование критических стенозов подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегментов (кроме больных с окклюзией ПБА), без вмешательства на артериях голени. У 4 пациентов, у которых выявлены только окклюзия бедренно-подколенного и берцово-подошвенного сегментов, выполнены реканализация и стентирование бедренно-подколенного сегмента. Пациентам со СН III ФК выполнили этапное стентирование коронарных артерий, пациенту после ОНМК – этапное стентирование правой ВСА. Результаты оценивали в течение 10 мес после рентгенэндоваскулярной операции по данным ангиографии и клинической эффективности лечения.

**Результаты.** Рентгенэндоваскулярную операцию успешно выполнили всем больным, осложнений не было. У всех отмечали заживление язвенно-некротических поражений стоп. На 52-е сутки умер один пациент 76 лет, причина – острый инфаркт миокарда. В течение всего срока наблюдения рецидива развития КИНК у больных не было.

**Заключение.** Анализ результатов лечения больных с КИНК, у которых выявлено распространенное поражение артерий нижних конечностей, показал высокую эффективность рентгенэндоваскулярного этапа, который успешно помогает восстановить и сохранить опорную функцию конечности. На первом этапе хирургического лечения больных с КИНК при распространенном поражении артериального русла нижней конечности достаточно восстановления адекватного кровотока в верхних этапах сосудистого русла целевой конечности при критическом его нарушении без вмешательства на артериях голени. Всем больным с КИНК необходимо выполнять исследование кровотока по коронарным и брахиоцефальным артериям и при необходимости проводить хирургическую реваскуляризацию.

### Оценка значимости факторов риска развития рестенозов коронарных артерий после стентирования кобальт-хромовыми стентами с покрытием и без него у пациентов с ИБС

Гончаров А.И., Цыганков В.Н., Сидоров А.А.

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ, г. Москва

**Цель исследования:** сравнительный анализ значимости факторов риска в развитии рестенозов коронарных артерий после операции стентирования.

**Материал и методы.** Представлены данные обследования и лечения 111 пациентов, которым были имплантированы 211 стентов. Критериями включения в исследование являлись наличие стенокардии напряжения II–IV ФК (CSS) и изолированного или бифуркационного атеросклеротического поражения коронарной артерии более 65%. В 1-ю группу вошло 50 пациентов, которым было имплантировано 95 кобальт-хромовых стентов в 68 коронарных артерий. Во 2-ю группу вошел 61 пациент, которым было имплантировано 126 кобальт-хромовых стентов, покрытых эверолимузом в 79 коронарных артерий. Проверка статистических гипотез по всем показателям показала, что группы были сформированы однородно в отношении клинических параметров за исключением сахарного диабета. Во 2-й группе было достоверно больше пациентов с сахарным диабетом по сравнению с 1-й группой, так как перед выполнением вмешательства, основываясь на рекомендации зарубежных авторов, этим пациентам предпочтительно устанавливались стенты с лекарственным покрытием. В обеих группах преобладали пациенты, которым стент был установлен в одну коронарную артерию. Двухсосудистое поражение имели по 14 пациентов в обеих группах, стенты в три коронарные артерии были установлены трем и двум пациентам соответственно. Проведено изучение прогностически значимых факторов для возникновения рестеноза в отдаленные сроки после интервенционных процедур.

**Результаты.** Были выделены категории факторов риска развития рестенозов коронарных артерий в отдаленном периоде: высокая категория – малый диаметр коронарных артерий (в группах пациентов с покрытыми стентами и без покрытия рестеноз выявлен в 5 и 11,7% случаев соответственно), протяженное поражение (рестеноз в группах – 5,1 и 11,8%), неблагоприятная морфология стенозов (4,9 и 7,3% в 1-й и 2-й группах соответственно), и низкая категория – мужской пол, возраст, наличие инфаркта миокарда в анамнезе и курение. (Эти факторы не оказывали существенного влияния на частоту развития рестеноза у пациентов 2-й группы и оказали значимое влияние на результаты стентирования у пациентов 1-й группы.) Гиперлипидемия не оказывала влияния на частоту развития рестеноза в обеих группах.

**Выводы.** Важнейшими неблагоприятными прогностическими факторами развития рестенозов коронарных артерий в отдаленных сроках являются малый диаметр коронарных артерий, протяженное поражение и неблагоприятная морфология стенозов. Курение, мужской пол, возраст, гиперлипидемия и инфаркт миокарда в анамнезе являются вторыми по значимости факторами риска.

### Возможности хирургического лечения обструктивных форм гипертрофической кардиомиопатии

Гордеев М.Л., Гурценков А.В., Сухова И.В., Майстренко А.Д., Пахомов А.В., Крюков Н.А., Новиков В.К.

ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова", г. Санкт-Петербург

**Цель исследования:** представить опыт выполнения разных вариантов операции септальной миозектомии при лечении обструктивных форм ГКМП.

**Материал и методы.** В нашем центре было прооперировано 33 больных с обструктивными формами ГКМП. Из них 19 женщин, 14 мужчин. По данным ЭхоКГ до операции максимальный

градиент давления в ВОЛЖ составляет  $79,5 \pm 22,7$  мм рт.ст., при этом толщина МЖП была  $22,6 \pm 3,7$  мм. У всех пациентов диагностирована МН II–III степени.

Во всех случаях выполнялась септальная миозектомия транс-аортального доступа. Дополнительные хирургические процедуры: ПМК – 1, ПАК + АКШ – 1, ПЛМК + АКШ – 1, ПЛМК – 1, АКШ – 5. Адекватной визуализации МЖП через створ аортального клапана мешает натяжение тканей верхней полой вены и левого предсердия. Таким образом, возникла идея пересечь верхнюю полую вену и рассечь стенку ЛП для мобилизации сердца и обеспечения лучшей визуализации МЖП (приоритетная справка № 2012128874). Из 33 больных 15 были оперированы с использованием методик мобилизации сердца. В 4 случаях оказалось достаточно пересечь только ВПВ (группа 3). У 11 пациентов помимо пересечения ВПВ потребовалось рассечение стенки ЛП (группа 2). Оставшиеся 18 пациентов были оперированы без дополнительной мобилизации сердца (группа 1). В качестве главных критериев оценки были выбраны время ЭКК и пережатия аорты, частота повторных пережатий Ао для выполнения дополнительной миозектомии. При расчете времени ЭКК и пережатия Ао использовались данные пациентов, которым не выполнялись дополнительные хирургические процедуры.

**Результаты.** Летальных исходов на госпитальном этапе не было. На 7-е сутки после операции максимальный градиент давления в ВОЛЖ –  $18,2 \pm 12,0$  мм рт.ст., при этом толщина МЖП составила  $16,8 \pm 2,0$  мм. Ни у кого из пациентов после операции не отмечено SAM-синдрома. Из 18 операций без использования методов мобилизации сердца в 5 случаях (27,8%) потребовалось повторное пережатие аорты для дополнительной коррекции. В одном случае повторное пережатие аорты выполнялось дважды. Среди пациентов, оперированных с использованием методов мобилизации сердца, повторное пережатие аорты не потребовалось ни в одном случае. Время ЭКК в первой группе составило  $88,2 \pm 27$  мин, во второй группе –  $119,4 \pm 41,7$  мин и в третьей группе –  $68,7 \pm 17,5$  мин. Время пережатия аорты составило в первой группе  $64,6 \pm 25$  мин, во второй группе –  $73 \pm 16$  мин и в третьей группе  $43,3 \pm 14,5$  мин.

#### Выводы

1. Хирургическая коррекция обструктивных форм ГКМП позволяет адекватно восстановить внутрисердечную гемодинамику, а также позволяет выполнить дополнительные хирургические процедуры (лечение клапанных пороков и ИБС).

2. Предложенные методы мобилизации сердца при выполнении септальной миозектомии дают возможность лучше визуализировать МЖП, что позволяет избежать повторных пережатий аорты для дополнительной коррекции. При этом не происходит существенного увеличения времени ЭКК и пережатия аорты.

### Бедренный и лучевой варианты сосудистого доступа в эндоваскулярной диагностике и лечении ОКС у больных пожилого возраста: сравнительный анализ ближайших клинико-ангиографических результатов

Громов Д.Г., Ситыко И.Г., Ишевский А.Г., Арфуль Ф.Д., Хайрутдинов Е.Р.

ГБУЗ "ГКБ №36 ДЗ г. Москвы"

**Цель исследования:** поиск оптимального сосудистого доступа в отношении эффективности и безопасности выполнения КАГ и ЧКВ у больных ОКС пожилого возраста.

**Материал и методы.** Ретроспективно изучены данные 134 больных ОКС старше 75 лет: у 41 из них были выполнены диагностические и у 93 – лечебные эндоваскулярные процедуры. У 74 пациентов был использован радиальный доступ (1-я группа) и у 60 – феморальный (2-я группа). По исходным клиническим и ангиографическим данным группы больных достоверно не различались. Возраст пациентов колебался от 75 до 97 лет, средний возраст –  $80 \pm 5$  лет, при этом существенно превалировал женский пол – 61%. У подавляющего большинства больных в обеих группах был диагностирован ОИМ с подъемом сегмента ST, и ЧКВ выполнялось только на синдром-ответственной артерии.