

крытием (11,9 и 7,9%  $p > 0,05$ ). Однофакторный и многофакторный анализ выявили факторы риска развития повторного рестеноза в обеих группах. В группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием это были сахарный диабет, сосуды малого диаметра. Баллонная ангиопластика краевого рестеноза была оценена как независимый фактор риска. В группе с непокрытыми стентами факторами риска являлись сахарный диабет, сосуды малого диаметра, а баллонная ангиопластика как краевого, так и внутрискелетного рестеноза была выявлена как независимый фактор риска.

**Заключение.** Пациенты в группе с рестенозом непокрытых стентов после баллонной ангиопластики имеют более высокий риск повторного рестеноза и чаще подвергаются повторному эндоваскулярному лечению, чем пациенты, которым для лечения рестеноза был использован стент с лекарственным покрытием. В группе пациентов с рестенозом стента с лекарственным покрытием результаты баллонной ангиопластики и повторной имплантации стента с лекарственным покрытием были одинаковыми.

### Роль Программы модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” в организации помощи больным с острым коронарным синдромом на территории Московской области

*Герцев К.Б., Горенков Р.В., Голощапов-Аксенов Р.С.*

*Министерство здравоохранения Московской области*

**Цель исследования:** оценить роль Программы модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” в организации помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС) на территории Московской области.

**Материал и методы.** Эффективную помощь больным ОКС с проведением рентгенэндоваскулярного этапа лечения в муниципальном здравоохранении Московской области в 2013 г. оказывают в Мытищинском, Подольском районах и городе Реутов. Лечение больных финансируется из Фонда обязательного медицинского страхования по утвержденным региональным стандартам. В течение последних 6 лет на базе Мытищинской ГКБ первичную чрескожную коронарную ангиопластику (ПЧКВ) в круглосуточном режиме выполняли более 160 больных в год. Интенсивное развитие рентгенохирургической помощи в муниципальном здравоохранении Московской области связано с реализацией Федеральных программ модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” и организацией региональных сосудистых центров. В 2013–2014 гг. отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения будут функционировать еще в 6 районах Московской области. В каждой из больниц в круглосуточном режиме планируется проводить не менее 300 ПЧКВ в год больным острым коронарным синдромом. Результаты оцениваются по рентгенохирургической активности в группе больных ОКС, снижению госпитальной летальности и заболеваемости.

**Результаты.** Организация отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения в муниципальных больницах Московской области, осуществляемая в рамках Программы модернизации здравоохранения национального проекта “Здоровье”, и комплексный подход к диагностике и раннему лечению больных ОКС позволяют снизить госпитальную летальность. В Мытищинской ГКБ госпитальная летальность больных острым инфарктом миокарда с момента организации рентгенохирургической службы снизилась с 22% в 2007 г. до 13% в 2012 г. Утвержденные в 2013 г. финансово эффективные региональные стандарты лечения больных ОКС позволили сделать рентгенэндоваскулярную помощь пациентам этой группы общедоступной.

**Заключение.** Программа модернизации здравоохранения и национальный проект “Здоровье” обеспечивает эффективное развитие помощи больным ОКС в муниципальном здравоохранении Московской области. Открытие отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения позволяет максимально приблизить эффективную медицинскую помощь

населению Московской области при возникновении жизненно опасного заболевания, а финансово эффективные стандарты лечения – делают ее доступной в рамках лечения за счет средств фонда обязательного медицинского страхования.

### Лучевой артериальный доступ – приоритетный доступ для выполнения чрескожной коронарной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом

*Голощапов-Аксенов Р.С., Ситанов А.С.*

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

Одним из главных преимуществ рентгенэндоваскулярных операций (РЭО) перед традиционной хирургией является малый хирургический доступ, позволяющий сократить количество послеоперационных осложнений. Частота развития осложнений после РЭО у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) варьирует, по данным разных авторов, от 1,6 до 9%. Среди них первое место занимают осложнения в области хирургического доступа – кровотечение, артериовенозное соустье, ложная аневризма, пульсирующая гематома, тромбоз, диссекция или спазм артерии. Уменьшить количество местных осложнений после РЭО у больных ОКС возможно при выборе оптимального хирургического доступа.

**Цель исследования:** оценить приоритетность выполнения лучевого артериального доступа для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных ОКС.

**Материал и методы.** С 2003 по август 2013 г. ЧКА 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 антиагрегантной (клопидогрель 300/600 мг или брилинта 180 мг + аспирина 100 мг) и антикоагулянтной терапии – гепарин 10000 ЕД. Бедренный артериальный доступ использовали у 1063 пациентов, лучевой – у 523. Из них после системной тромболитической терапии (ТЛТ) 164 больным ЧКА выполнили лучевым доступом и 11 – бедренным. Для выполнения коронарографии (КАГ) и ЧКВ использовали инструменты диаметром 6F. Всем пациентам, у которых использовали лучевой доступ, перед РЭО проводили пробу Алена. Операцию заканчивали наложением давящей повязки на место пункции артерии и назначением строго постельного режима в течение 24 ч. Результаты использования различных хирургических доступов оценивали по частоте успеха выполнения ЧКВ, количеству и качеству местных осложнений и комфортности послеоперационного периода для пациента.

**Результаты.** Частота успеха выполнения ЧКВ не зависела от выбранного артериального доступа. Наличие в арсенале рентгенохирурга катетеров для катетеризации коронарных артерий различной модификации позволяет с вероятностью 100% успешно выполнить диагностический и лечебный этапы РЭО на венечных артериях у больных ОКС. По данным субъективного обследования больные более комфортно себя чувствовали после ЧКА, выполненной лучевым доступом. Побочный эффект после РЭО, выполненных через лучевой доступ, в виде выраженного спазма артерии доступа и затруднения извлечения интродьюсера развился у 3 пациентов (0,57%), купировали внутривенным введением сибазона. Осложнений после выполнения лучевого доступа не было. В раннем послеоперационном периоде после ЧКА, выполненной бедренным доступом, осложнения развились у 16 больных (1,5%): внутреннее кровотечение с образованием гематомы забрюшинного пространства диагностировано у 2 больных, и пульсирующая гематома в месте пункции артерии – у 14 больных (из них у 5 после проведенной ТЛТ, предшествующей ЧКА). Устранение гематомы и ушивание пункционного отверстия успешно выполнили больным с забрюшинной гематомой и 4 пациентам с пульсирующей гематомой бедра. В остальных случаях пульсирующую гематому успешно вылечили наложением давящей повязки.

**Выводы.** Лучевой артериальный доступ при выполнении ЧКА не уступает бедренному доступу в частоте успеха выполнения РЭО, снижает частоту местных осложнений, улучшает

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.