

точность (ХСМН) II степени выявлена у 7 (14%) больных, III степень – у 29 (58%) и IV степень – у 14 (28%). Асимптомных больных не было. У 31 пациента выявлен выраженный стеноз (50–69%), у 17 – критический стеноз (70–99%), у 2 пациентов – окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА).

Результаты. 6 пациентам с эмболенными бляшками на сонных артериях, из которых у 4 выявлены гемодинамически значимые поражения коронарного русла, первым этапом была произведена каротидная реконструкция (у 5 пациентов классическая эндартерэктомия, у 1 – эверсионная эндартерэктомия). На 7–10-е сутки после операции вторым этапом 4 пациентам были произведены чрескожные коронарные вмешательства (2 пациентам – стентирование правой коронарной артерии, 2 – стентирование передней межжелудочковой артерии). У 7 пациентов после коронарографии гемодинамически значимых поражений не выявлено, им также первым этапом была произведена каротидная реконструкция (4 пациентам – классическая эндартерэктомия, 3 – эверсионная эндартерэктомия). У 9 пациентов выявлены однососудистые поражения коронарных артерий, им были произведены эндоваскулярные вмешательства (в 2 случаях – стентирование правой коронарной артерии, в 2 – стентирование огибающей артерии, в 5 – стентирование передней межжелудочковой артерии). На 7–10-е сутки выполнены вмешательства на каротидном бассейне (7 пациентам – классическая эндартерэктомия, 4 – эверсионная эндартерэктомия). У 30 пациентов были выявлены многососудистые диффузные поражения коронарных артерий. Эти больные были направлены в кардиохирургический стационар для открытых вмешательств. Все операции на каротидном бассейне и чрескожные коронарные вмешательства были проведены успешно, осложнения и летальность в раннем послеоперационном периоде не наблюдались.

Выводы

1. При эмболенными бляшками сонных артерий и продолжающихся транзиторных ишемических атаках первым этапом предпочтительнее производить реконструкцию на каротидном бассейне, затем, вторым этапом, – вмешательства на коронарном бассейне.

2. При выявлении поражений коронарных артерий и стабильных бляшках сонных артерий предпочтительнее проводить реконструкции первым этапом на коронарном бассейне, далее, в максимально близкие сроки, производить каротидные реконструктивные вмешательства.

3. Определение преобладающего поражения при мультифокальном атеросклерозе, когда в процесс вовлечено несколько артериальных бассейнов, позволяет не только выбрать оптимальный метод оперативного вмешательства, но и использовать современные мининвазивные способы лечения, которые позволяют снизить риск возникновения очаговых ишемических осложнений и летальности.

Эндоваскулярное лечение артериальных аневризм и каротидно-кавернозных соустьев с применением стентов-графтов

Климов А.Б., Рябухин В.Е., Матвеев П.Д., Крылов В.В.

ГБУЗ “НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы”

Цель: оценить результаты эндоваскулярного лечения артериальных аневризм и каротидно-кавернозных соустьев с применением стентов с покрытием.

Материал и методы. За период с 2008 по 2012 г. покрытые стенты были имплантированы 17 пациентам с гигантскими и фузиформными аневризмами головного мозга. У 12 больных аневризмы были расположены в каротидном бассейне, и у 5 – в вертебробазиллярном. Также стенты с покрытием были применены у 5 пациентов для разобщения каротидно-кавернозного соустья.

Результаты. Выключение артериальных аневризм из кровотока было достигнуто во всех случаях. В 2 наблюдениях потребовалась дополнительная имплантация микроспиралей в связи с невозможностью полностью перекрыть шейку аневризмы.

Радикальное разобщение каротидно-кавернозного соустья было достигнуто в 4 из 5 случаев. В одном наблюдении после разобщения собственно каротидно-кавернозного соустья было выявлено артериосинусное соустье между ветвями менинго-гипофизарного ствола и кавернозным синусом. В данном наблюдении радикальное разобщение соустья было достигнуто посредством лучевой терапии. Осложнений отмечено не было. Для профилактики тромбоза стента интраоперационно применялась антикоагулянтная терапия с последующим назначением дезагрегантной терапии в послеоперационном периоде.

Выводы. Применение покрытых стентов является эффективным и безопасным методом лечения артериальных аневризм и каротидно-кавернозных соустьев. Преимущество этой методики – возможность восстановления геометрии артерии и сохранения антеградного кровотока. Также данная методика расширяет возможности лечения аневризм с широкой шейкой. Одноэтапное выключение аневризмы из кровотока может быть затруднено из-за невозможности проведения стента в связи с особенностями анатомии.

Оценка эффективности первичных чрескожных коронарных вмешательств у больных острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST: опыт ГБУЗ ГКБ №20

Климовский С.Д., Крапивин А.А., Захаров И.В., Киреев С.В., Тарабрин А.С.

ГБУЗ “ГКБ №20 ДЗ г. Москвы”

Цель работы: оценить эффективность первичных коронарных вмешательств в лечении больных острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST.

Материал и методы. В течение 11 мес 2013 г. в отделение реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных ГБУЗ “ГКБ № 20” было госпитализировано 365 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST. Первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) были выполнены у 154 больных (43%). Возраст больных колебался от 35 до 88 лет.

Результаты. Применение первичных ЧКВ в кабинете рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ “ГКБ № 20” можно разделить на два этапа. На первом этапе (с января по июнь) было выполнено 56 первичных ЧКВ, на втором этапе (с июля по ноябрь) их количество увеличилось почти в два раза – до 98 ЧКВ.

На первом этапе из 222 больных ОИМ первичные ЧКВ были выполнены в 56 (25%) случаях. Госпитальная летальность больных ОИМ составила 29%.

На втором этапе из 143 больных ОИМ первичные ЧКВ выполнены у 98 (68%) пациентов. Госпитальная летальность в данной группе значительно уменьшилась – до 10%. С сентября 2013 г. выполнение первичных ЧКВ в кабинете рентгенохирургических методов диагностики и лечения стало доступно 24 ч в сутки 7 дней в неделю. Это позволило увеличить процент выполнения первичных ЧКВ до 75%, что привело к снижению летальности до 6,7%. Снижение летальности было обусловлено как увеличением процента выполнения ЧКВ при ОИМ вследствие функционирования круглосуточной ангиографической службы, так и улучшением ангиографических результатов.

Так, на первом этапе ангиографический успех, включая достижение кровотока TIMI III в инфаркт-связанной артерии, составил 73%, на втором этапе ангиографический успех уже 90%.

На втором этапе по сравнению с первым почти в 4 раза увеличилась частота использования препарата бивалирудина – с 18 до 69% при выполнении первичных ЧКВ. Также увеличилась частота использования катетеров для мануальной тромбэкстракции – с 4 до 11%. Отмечено также значительное уменьшение времени “дверь–баллон” на втором этапе – до 33 мин в среднем с 52 мин на первом этапе.

Заключение. Используя организационные методы, современный инструментальный и медикаментозные средства, основываясь на современных рекомендациях лечения ОИМ с эле-

вацией сегмента ST, в ГБУЗ "ГКБ № 20" удалось значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Гендерные различия в исходах госпитализации у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Клыков Л.Л., Филатов А.А., Лебедева А.Ю.

ГБУЗ "ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москвы"

Частота сердечно-сосудистых заболеваний в течение последних 20 лет у мужчин снижается, а у женщин устойчиво повышается. По данным Американской ассоциации сердца, число женщин, страдающих ИБС в возрасте до 50 лет, за последнее десятилетие удвоилось.

Цель исследования: выявить связи между полом и исходами госпитализации у пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST, получивших первичное ЧКВ в течение 24 ч от момента возникновения боли в грудной клетке.

Материал и методы. С 2004 по 2011 г. в ГБУЗ "ГКБ № 15" 1676 пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST и длительностью от начала болевого приступа, менее 24 ч получили первичное ЧКВ, из них 21,9% (366) женщин и 78,1% (1310) мужчин. Оценивали частоту таких внутрибольничных осложнений, как смерть, рецидивирующий инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, нарушения ритма и проводимости, повторное экстренное ЧКВ в том же локусе артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, развитие контраст-индуцированной нефропатии (КИН), сосудистые осложнения, требующие оперативного вмешательства или переливания компонентов крови. Кроме того, оценивались такие показатели, как время от начала болевого синдрома до вызова скорой помощи "боль-звонок" и время от поступления пациента до первого раздувания баллона в целевом поражении "дверь-баллон".

Результаты. При оценке осложнений неблагоприятный исход госпитализации был отмечен более высоким процентом смертности у женщин: 9,8 против 4,3%. Острая левожелудочковая недостаточность достоверно чаще осложняла инфаркт миокарда у женщин. Нарушения ритма и проводимости регистрировались с одинаковой частотой в обеих группах. Острые нарушения мозгового кровообращения достоверно чаще встречались у женщин. Такое фатальное осложнение, как разрыв миокарда левого желудочка, также достоверно чаще наблюдалось у пациентов женского пола.

Заключение. Анализ данных пациентов, получивших в качестве реперфузионной терапии первичную ЧКВ, продемонстрировал, что, несмотря на сравнимую успешность вмешательства у мужчин и женщин, женский пол остается до сих пор независимым прогностическим фактором внутрибольничной смертности после инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Первый опыт трансфеморальной и транспикальной имплантации протеза аортального клапана

Ковалев С.А., Сарычев П.В., Тимошин И.С., Ястребов Я.Я., Дубаев А.А.

БУЗ ВО "Воронежская областная клиническая больница №1, г. Воронеж"

Цель работы. Оценка эффективности и безопасности эндоваскулярной коррекции критического стеноза аортального клапана у больных высокого хирургического риска в условиях межрегионального кардиоцентра.

Материал и методы. За период с октября 2012 по ноябрь 2013 г. нами выполнена эндоваскулярная имплантация протеза аортального клапана трансфеморальным доступом у 7 пациентов (5 женщин и 2 мужчин) и у одной женщины транспикальным доступом из-за выраженной извитости подвздошных артерий. Биологический клапан CoreValve system размером 26 мм(3) и 29 мм имплантировали 4 больным, биологический клапан Edwards Sapiens XT размером 23 мм – 4 больным, в одном случае транспикальным доступом 26 мм. Средний возраст больных составил 79,2 (68–94) года. У всех пациентов был диагностирован стеноз устья аорты тяжелой степени и установлен II–III функциональный класс НК по NYHA. По данным

исходной ЭхоКГ средний градиент систолического давления на аортальном клапане: составил 71 ± 23 мм рт.ст, максимальный градиент – 110 ± 24 мм.рт.ст., площадь отверстия АК 0, 73 ± 23 мм. Риск хирургического вмешательства составил по EuroScore > 18% , по STS > 10%.

Результаты. Имплантация аортального клапана была успешно выполнена у 8 больных. Средняя продолжительность процедуры – 120 ± 28 мин, время скопии – 29 ± 14 мин. Интраоперационная летальность составила 0%. По данным ЭхоКГ максимальный систолический градиент на аортальном клапане после операции составил 22 ± 7 мм рт.ст. Продолжительность госпитализации в среднем не превышала 8 дней.

Выводы. Трансфеморальная и транспикальная (на работающем сердце) имплантация биологического протеза аортального клапана является операцией выбора для коррекции тяжелого стеноза аортального клапана у пациентов с высоким периоперационным риском операции на открытом сердце.

Сочетание догоспитального тромболизиса и эндоваскулярной ангиопластики инфаркт-ответственной артерии в лечении острого инфаркта миокарда

Ковальчук И.А., Громов Д.Г., Колединский А.Г., Сухоруков О.Е., Васильев П.С., Чернышева И.Е., Иоселиани Д.Г.

ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: определить оптимальную тактику эндоваскулярного лечения больных ОИМ после эффективной догоспитальной тромболитической терапии.

Материал и методы. В исследование включены данные 443 пациентов с ОИМ и эффективной догоспитальной ТЛТ, которым в разные сроки стационарного лечения выполнено стентирование ИОА. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составил 281 пациент с экстренными ЭВП на ИОА – до 12 ч от начала заболевания, во 2-ю группу включены 162 пациента с отсроченными ЭВП – от 12 ч до 14 суток. В 1-й группе во всех 100% случаев диагностическая КАГ была выполнена в экстренном порядке, во 2-й – у 47 (29%) пациентов в экстренном порядке, у остальных 115 (71%) – отсроченно. По основным исходным клинико-ангиографическим характеристикам изученные группы достоверно не различались.

Результаты исследования. На момент проведения ЭВП в группе больных с отсроченными ЭВП достоверно реже (чем с экстренными) отмечали признаки массивного внутрипросветного тромба (ТТГ 3, 4) и дистальной эмболизации: 12,3 против 32,4% и 6,2 против 14,6% ($p < 0,05$), а после процедуры стентирования достоверно чаще отмечали TIMI III кровоток в ИОА: 91,4 и 83,6% соответственно ($p < 0,05$). На госпитальном этапе неосложненное течение заболевания было отмечено у 238 (84,7%) пациентов в 1-й группе и у 120 (74,1%) во 2-й ($p = 0,009$). Достоверные различия по данному показателю были связаны преимущественно за счет увеличения частоты развития рецидива стенокардии во 2-й группе (во всех случаях до проведения ЭВП) по сравнению с 1-й группой – 23 (14,2%) и 4 (1,4%) соответственно ($p < 0,001$). В среднеотдаленном периоде ($8,6 \pm 2,7$ мес) контрольное обследование прошли 152 (54,7%) пациента из 1-й группы и 92 (57,5%) – из 2-й ($p > 0,05$). По клиническому течению (выживаемость, стенокардия, повторный ИМ) изученные группы больных достоверно не различались. В подавляющем большинстве случаев отмечался хороший результат ЭВП: у 107 (70,4%) больных 1-й группы и у 71 (77,2%) – 2-й группы рестеноз составил 26,3% в 1-й группе, 21,7% – во 2-й, окклюзия в стенке – 3,3 и 1,1% случаев соответственно ($p > 0,05$). По частоте повторной реваскуляризации группы также достоверно не различались. При этом в подавляющем большинстве случаев неудовлетворительный результат ранее выполненных вмешательств был устранен эндоваскулярно – в 86,7% случаев в 1-й группе и в 85,7% случаев во 2-й ($p > 0,05$).

Выводы. При эффективном догоспитальном тромболизисе, отсутствии признаков массивного тромбоза и дистальной эм-