

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 эверолимусом 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, АКШ – 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 ± 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 ± 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.