

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  $71 \pm 23$  мм рт.ст, максимальный градиент –  $110 \pm 24$  мм.рт.ст., площадь отверстия АК 0,  $73 \pm 23$  мм. Риск хирургического вмешательства составил по EuroScore > 18% , по STS > 10%.

Результаты. Имплантация аортального клапана была успешно выполнена у 8 больных. Средняя продолжительность процедуры –  $120 \pm 28$  мин, время скопии –  $29 \pm 14$  мин. Интраоперационная летальность составила 0%. По данным ЭхоКГ максимальный систолический градиент на аортальном клапане после операции составил  $22 \pm 7$  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-