

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-

болизации ИОА целесообразно проводить эндоваскулярные процедуры незамедлительно, т.е. сразу после завершения диагностической КАГ, при наличии таковых – отсроченные ЭВП в сроки от 12 до 24 ч от начала развития заболевания.

Катетерная баллонная митральная вальвулопластика у беременных. Показания и результаты, техника операции, ведение беременности и родов

Коков Л.С.^{1,2}, Немировский В.Б.³

¹ ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"

² ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" МЗ РФ

³ ГБУЗ "ГКБ №67 имени Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы"

Для больных с митральным стенозом беременность и роды представляют большую опасность. Наиболее известные осложнения: преждевременные роды, раннее излитие околоплодных вод, быстрое течение родовой деятельности, сердечная недостаточность, отек легких, эмболия сосудов головного мозга, септические послеродовые осложнения.

Цель: оценить эффективность и безопасность малоинвазивной рентгенохирургической операции катетерной баллонной митральной вальвулопластики (КБВ) у беременных.

Материал и методы. Начиная с 1990 г. мы располагаем опытом лечения 153 беременных, больных митральным стенозом с выраженной клинической картиной сердечной недостаточности и нарастающего застоя крови в легких, и 85 рентгенохирургических операций у этих больных, страдавших пороком III?IV стадии, на сроках от 19 до 35 нед беременности. Среди оперированных пациенток двое имели беременность двойни.

У всех больных старались минимально использовать рентгеноскопию за счет расширения эхокардиографического обеспечения операции. Это позволило сократить лучевую нагрузку почти в 3 раза по сравнению с остальными больными. Среднее время рентгеноскопии составило 12,5 мин (поглощенная доза рентгеновского излучения 2,3 мЗв), тогда как по всем остальным больным – 30 мин и более (5,8 мЗв).

Результаты. У 16 больных операция была произведена в экстренном порядке в состоянии отека легких по жизненным показаниям. Им на операционном столе придавали полусидячее положение. Только на момент выполнения транссептальной пункции левого предсердия укладывали горизонтально.

Большинство из наблюдавшихся нами пациенток (54,5%) до наступления беременности не подозревали о наличии ревматического порока сердца и не состояли на учете у ревматолога. Остальные находились под наблюдением у кардиологов по месту жительства от 3 до 12 лет. При этом у 25,2% больных в анамнезе отмечено неоднократное прерывание беременности. Четверо больных ранее перенесли закрытую митральную комиссуротомию, в том числе трое во время предыдущих беременностей.

Величина систолического давления в легочной артерии (ЛА) составила 38 ± 135 мм рт.ст., в среднем $81,7 \pm 18,4$ мм рт.ст., что значительно превышало соответствующие величины давления в ЛА в общей совокупности наблюдаемых у больных, страдавших митральным стенозом. У большинства больных, оперированных во время беременности, цифры сердечного индекса (СИ) были снижены до $1,7-5,6$ л/мин/м², в среднем $2,5$ л/мин/м², что было достоверно ниже величин СИ в контрольных группах больных митральным стенозом.

Почти у всех больных (96,3%) в результате КБВ достигнут хороший анатомический и функциональный результат. После операции площадь митрального отверстия увеличилась от $1,24 \pm 0,54$ см² (предельные значения от 0,6 до 1,75 см²) до $3,2 \pm 0,6$ см² (предельные значения от 2,4 до 3,5 см²). У всех больных в результате расширения митрального отверстия произошло снижение трансвальвулярного градиента давления до нормальных и субнормальных цифр. В среднем это снижение произошло в 6,2 раза, увеличение площади клапанного отверстия составило 2,4 раза. Ни у одной из больных в результате КБВ не развилась регургитация через митральный клапан.

В послеоперационном периоде у двух пациенток отмечен левосторонний гемипарез, связанный с микроэмболией в бассейн правой средней мозговой артерии. В результате проведенной терапии явления пареза были купированы. У 83 пациенток беременность завершилась в срок, в том числе у 48 больных самопроизвольными родами. У 23 больных потужный период родов выключали путем наложения акушерских щипцов. У 10 пациенток родоразрешение проведено путем операции кесарева сечения. Родились живыми 85 детей, в том числе две двойни, с оценкой по шкале Apgar 8–10 баллов. Только в двух наблюдениях отмечена антенатальная гибель плода в связи с преждевременной отслойкой плаценты.

Все родившиеся дети здоровы, развиваются нормально. Признаков тератогенного пренатального поражения органов и систем у детей, обследованных на разных сроках после рождения, не выявлено. При контрольном обследовании 66 оперированных больных через 12–36 мес после КБВ состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляют. Площадь митрального отверстия и величина трансвальвулярного градиента не изменились.

Данные длительного наблюдения, превышающего десять лет, за детьми, родившимися у пациенток, перенесших катетерную баллонную митральную вальвулопластику во время беременности, демонстрируют нормальное физическое развитие и отсутствие клинически значимых аномалий.

Заключение. КБВ является малотравматичной и эффективной операцией, позволяющей у больных митральным стенозом выполнять коррекцию порока с сохранением беременности. Это позволяет успешно завершать беременность и в срок произвести родоразрешение наиболее физиологичными способами.

Судьба больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии

Комков А.А., Самоحاتов Д.Н., Мазаев В.П., Рязанова С.В., Деев А.Д.

ФГБУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" МЗ РФ, г. Москва

Цель: изучить влияние факторов риска на отдаленные результаты у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца. В данной работе представлены клинические результаты нашей работы по изучению больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии (НП ОС ЛКА).

Материал и методы. На базе нашего Центра был создан Ретроспективный регистр больных с ишемической болезнью, которым выполнялось коронароангиографическое исследование с 2004 по 2007 г. Был проанализирован 551 пациент. Средний период наблюдения составил $3,0 \pm 1,8$ года. 40 пациентов со значимым поражением ОС ЛКА ($\geq 50\%$) были исключены из исследования. 37 пациентов имели незначимое поражение ОС ЛКА ($< 50\%$). Были использованы несколько конечных точек заболевания: смерть, повторная реваскуляризация и основные нежелательные кардиальные и цереброваскулярные события. Был проведен статистический анализ с помощью модели пропорциональных рисков (Кокса). Ниже представлены данные относительных рисков и доверительных интервалов 95%.

Результаты. Прогностическая ценность НП ОСЛКА имела относительный риск 2,05 (1,70; 2,46). Традиционные факторы риска были следующими: возраст – $57,82 \pm 9,34$ года; 78% были мужчины. Умерли 7,5% мужчин и 8% женщин ($p = 0,033$). Курение в анамнезе было значимо для смерти от всех причин и повышало риск в 2,56 раза ($p = 0,0139$). Любое стентирование в коронарных артериях, кроме ОС ЛКА, уменьшало риск смертности на 30% ($p = 0,03$), один стент уменьшал риск на 42% ($p = 0,0001$). Риск смертности увеличивался у больных с поражением огибающей ветви на 60% ($p = 0,0071$) с окклюзией коронарных артерий на 80% ($p = 0,0006$), при стенозе передней межжелудочковой ветви – в 2,37 раза ($p = 0,0003$), при стенозе правой коронарной артерии – в 2,4 раза ($p = 0,0001$), при единичном стенозе – в 4,67 раза ($p = 0,0038$), при двух стенозах – в 7,8 раза ($p = 0,0038$), при трех и более стенозах – в 9,84 раз ($p = 0,0038$).