

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 наблюдаемой 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 ($p = 0,0038$).

Заключение. Результаты интервенционных процедур имели наибольшее влияние на прогноз. Традиционные факторы риска, за исключением курения, не играли существенной роли в выживаемости больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии.

Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных с разными формами ИБС: ближайшие и среднеотдаленные результаты

Кононов А.В., Костянов И.Ю., Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Громов Д.Г., Иселиани Д.Г.
ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель: оценить непосредственные и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты стентирования ствола ЛКА у больных с ИБС.

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 134 пациента с разными формами ИБС и стентированием ствола ЛКА. Превалировал мужской пол – 64,2% (n = 86), средний возраст составил 62,4 ± 10,1 года. У 47,8% (n = 64) больных наблюдалась стенокардия напряжения и у 52,2% (n = 70) – острый коронарный синдром, в том числе у 8,2% (n = 11) – ОИМ. У 10,5% (n = 4) пациентов присутствовали клинические признаки острой сердечной недостаточности, в том числе у 4,5% – клиническая картина кардиогенного шока, что потребовало применения внутриартериальной баллонной контрпульсации. Степень стеноза ствола ЛКА составила в среднем 79,4 ± 4,8%, острая окклюзия наблюдалась у 8,2% пациентов (n = 11). В 35,8% (n = 48) случаев было поражение устья ствола ЛКА, в 21,6% (n = 29) – тела ствола ЛКА и в 42,6% (n = 57) – поражение его бифуркации. У 86,4% больных отмечалось многососудистое поражение коронарного русла. Стенты с покрытием были имплантированы в ствол ЛКА у 58,3% пациентов (n = 81). Техника бифуркационного стентирования была использована более чем в 40% случаев.

Результаты исследования. В 100% случаев удалось достичь оптимального непосредственного ангиографического результата. В 96,3% (n = 129) случаев госпитальный период протекал без осложнений. Летальность составила 3,7% (n = 5). Через 8,01 ± 2,1 мес после ЭВП известна судьба 97 (72,4%) пациентов. Среди них выживаемость составила 99% (один пациент скончался от рака). В 40,2% случаев (n = 39) клинические признаки стенокардии отсутствовали, у 16 пациентов (16,4% случаев) наблюдалась нестабильная стенокардия и у 2 пациентов (2,1% случаев) – ОИМ. Общий рестеноз составил 37,5% (n = 42): в стентах с лекарственным покрытием – 21,1% (n = 12), в голометаллических стентах – 54,5% (n = 30). Окклюзий в стентах не выявлено. Консервативное лечение было рекомендовано в 23,8% (n = 10) случаев, повторное эндоваскулярное вмешательство – в 47,6% (n = 20) и операция АКШ – в 28,6% (n = 12).

Заключение. Процедура стентирования ствола ЛКА является клинически эффективной и безопасной в подавляющем большинстве случаев, и более чем у 50% пациентов ее клинический эффект сохраняется в среднеотдаленные сроки. Ангиографический рестеноз в среднеотдаленном периоде наблюдается существенно реже в стентах с лекарственным покрытием, чем в голометаллических вне зависимости от техники стентирования – в 21 и 54,5% случаев соответственно.

Первичная фибрилляция желудочков у больных ОИМ: возможные механизмы возникновения и госпитальный исход заболевания

Костянов И.Ю., Рогатова А.Н., Асадов Д.А., Чернышева И.Е., Васильев П.С., Иселиани Д.Г.
ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучить состояние коронарного кровотока, ближайшие и среднеотдаленные клинические и ангиографические результаты эндоваскулярного лечения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным ранней первичной фибрилляцией желудочков (ФЖ).

Материал и методы. В настоящее исследование в ретроспективном порядке с января 2001 по декабрь 2013 г. были включены 350 пациентов с ОИМ. 1-ю группу пациентов (n = 170) составили пациенты с ОИМ, перенесшие в первые часы заболевания первичную ФЖ. Во 2-ю группу (n = 180) были включены выбранные методом случайной рандомизации, пациенты с ОИМ без ФЖ. Нами оценивались следующие показатели: антеградный кровоток в ИОА по классификации TIMI, оценка выраженности тромбоза по TBS, показатели перфузии миокарда по MBG, локализация ОИМ, левожелудочковая функция, эффективность ЭВП, частота MACE (сердечная смерть, повторный ИМ и повторная реваскуляризация ИОА) в госпитальном и среднеотдаленном периодах заболевания.

Результаты. При сравнительном анализе оцениваемых показателей у больных ОИМ с рецидивирующей фибрилляцией (два и более эпизодов ФЖ) достоверно чаще выявлялся кровоток TIMI-1–2, чем у пациентов с однократной ФЖ или без ФЖ: 21,6 vs 13,2% (p < 0,05). Также достоверно чаще в этой подгруппе пациентов выявлялись признаки массивного внутрисосудистого тромбоза (TBS ≥ 3): 29,7 vs 18,2% (p < 0,05). После проведения у исследуемых больных ОИМ экстренных эндоваскулярных процедур кровотока TIMI-3 был достигнут в 92,4% случаев. Достоверных различий по этому показателю между группами получено не было. В ряде случаев оптимальный ангиографический результат достигался сочетанием ангиопластики или стентирования с процедурой мануальной вакуумной тромбэкстракции. На госпитальном этапе частота MACE составила 3,6% случаев в 1-й группе пациентов и 2,8% – во 2-й (p > 0,05). В среднеотдаленном периоде (8,4 ± 1,2 мес) частота MACE составила в 1-й группе 6,9% случаев и 7,2% – во 2-й группе (p > 0,05).

Выводы. Ургентное эндоваскулярное вмешательство у больных ОИМ с ранней первичной ФЖ является эффективным и безопасным методом лечения. Развитие рецидивирования ранней первичной ФЖ обусловлено наличием кровотока в ИОА TIMI-1–2 и/или наличием массивного внутрисосудистого тромба (TBS ≥ 3).

Лечение синдрома диабетической стопы в многопрофильном стационаре

Крапивин А.А., Тарабрин А.С., Климовский С.Д., Иванов А.П.
ГБУЗ "ГКБ №20 ДЗ г. Москвы"

Бурное развитие эндоваскулярной хирургии за последнее десятилетие позволило сделать ангиопластику артерий голени ключевым звеном многокомпонентного лечения синдрома диабетической стопы (СДС). Восстановление кровоснабжения является наиважнейшим фактором санации гнойно-некротического очага. Успех реканализации окклюзированных артерий голени составляет, по данным разных авторов, от 65 до 90%.

Лечение СДС требует мультидисциплинарного подхода. Наличие в ГКБ № 20 отделений гнойной хирургии, эндокринологии, сосудистой хирургии, РХМДиЛ позволяет осуществлять весь спектр диагностических и лечебных процедур и операций пациентам с СДС.

Цель: оценить ближайшие результаты выполнения ангиопластики артерий голени у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы. С марта 2013 по ноябрь 2013 г. нами прооперировано 24 пациента с СДС. Все пациенты имели трофические нарушения различной степени, которая оценивалась по Wagner. 13 пациентов имели II степень, 4 пациента – I степень, 2 пациента – III степень и 5 пациентов – IV степень. Перед операцией обязательным было выполнение УЗДГ и ангиографии. Особого внимания требуют пациенты с той или иной степенью нарушения функции почек. При выявлении таких пациентов обязательным является предварительная подготовка – гидратация как перед ангиографией, так и перед последующей ангиопластикой. Для решения вопроса о целевом сосуде мы пользовались ангосомной теорией. Успешным считалось выполнение ангиопластики с восстановлением магистрального кровотока по дорзальной или подошвенной артерии.