

тическая тромбэкстракция). Из 11640 пациентов у 111 больных ИМ протекал на фоне различных ДБСТ (0,95%). В группе ТЛТ СКВ была у 8 больных, РА — у 33 больных, а ССД — у 1 больного. В группе ЧКВ СКВ была у 21 больного, РА — у 46, а ССД — у 2 больных. В момент развития ИМ или в течение предшествующих 7 суток 65% перенесших ЧКВ и 60% получивших ТЛТ находились на терапии стероидами. ТЛТ проводилась только на догоспитальном этапе. ТЛТ был строго системным и выполнялся при невозможности быстрого (в течение 150 минут) поступления больного в катетерную лабораторию. ЧКВ выполнялись первично, если больной не получал ТЛТ до поступления в стационар. Кроме первичных ЧКВ, проводились при неэффективности ТЛТ. Во все поражения имплантировались стандартные металлические стенты.

Результаты. Доля непосредственного успеха при ТЛТ оказалась чрезвычайно низкой — 38% (против 57% при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Частота госпитальных осложнений ТЛТ у больных с ДБСТ превысила все ожидания и составила 72%, в том числе летальность — 21% (против 8% летальности при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Доля успеха ЧКВ при ИМ на фоне ДБСТ была сопоставимо высокой (96%) с частотой ЧКВ при ИМ у больных без ДБСТ (97-99%). Частота госпитальных осложнений ЧКВ у больных ДБСТ оказалась значительно ниже таковой после ТЛТ, составив 22% против 72%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ на фоне терапии стероидами составила 100%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ без стероидов (29%) оказалась сопоставимой с частотой осложнений после ЧКВ на фоне терапии стероидами (31%). Минимальная частота госпитальных осложнений была после ЧКВ, когда больные не получали стероиды (4%).

Заключение. ЧКВ являются методом выбора при лечении острого ИМ у больных с ДБСТ. ТЛТ у больных острым ИМ, протекающим на фоне ДБСТ, имеет низкую эффективность и большое количество выраженных осложнений. У пациентов с ДБСТ на рост частоты госпитальных осложнений при любом методе лечения ИМ существенно влияет назначенная до развития ИМ терапия стероидами.

ДИАГНОСТИКА КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ИСХОДЫ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Рамазанов Д.М., Омаров А.А., Батыралиев Т.А.,
Кадыров Б.К., Абдраманов К.А., Лазарев И.А.,
Фетцер Д.В., Преображенский Д.В., Першуков
И.В., Сидоренко Б.А.

Международная исследовательская группа по
клинической и интервенционной кардиологии
(cardio.ru@gmail.com): РГП ННЦХ
им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Медицинский центр им. Сани Конукоглы,
Газиантеп, Турция,
Центральный госпиталь нефтяников ГНК, Баку,
Азербайджан;
ФГУ УНМЦ Управления делами Президента РФ,
Москва, Россия

Введение. При диффузных болезнях соединительной ткани (ДБСТ) имеет место множественное поражение соединительной ткани и сосудов. Обычно при ДБСТ поражение сердечно-сосудистой системы развивается в виде перикардита, к которому присоединяется миокардит. При системной красной волчанке (СКВ) сравнительно часто наблюдается бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса с поражением митрального, аортального и трикуспидального клапанов. Признаки поражения сосудов входят в картину поражения отдельных органов. Известно, что кроме перечисленных поражений сердечно-сосудистой системы, ДБСТ ускоряют развитие атеросклероза. Проявления атеросклероза наблюдают у молодых пациентов с ДБСТ в возрасте 20-30 лет. По разным данным при аутопсии больных с ДБСТ атеросклеротические поражения или тромбоз коронарных артерий находят в 8-35%.

Материал и методы. Мы решили оценить частоту и выраженность коронарного кальциноза при СКВ у пациентов, не имевших клиники и анамнеза ИБС. Также мы хотели проанализировать исходы операций коронарного шунтирования (КШ) у больных с ДБСТ. Для выявления коронарного кальциноза 130 асимптомным в отношении ИБС пациентам с СКВ и 138 пациентам без СКВ в 2003-2005 годах была проведена электронно-лучевая компьютерная томография (ЭЛКТ). Анализ исходов операций КШ проводился у 8244 больных, оперированных в 2001-2005 годах по поводу хронической ИБС.

Результаты. При лучевом исследовании коронарных артерий 130 пациентов с СКВ (40±12 лет) и 138 пациентов без СКВ (43±13 лет) кальциноз значимо чаще обнаруживался в группе больных СКВ (40 из 130 против 12 из 138, $p=0.002$). Кальциевый индекс был существенно выше при СКВ (68.9 ± 244.2 против 8.8 ± 41.8 в контроле $p=0.001$). При проведении 8244 операций коронарного шунтирования больным хронической ИБС у 66 пациентов (0,8%) были различные ДБСТ: 53 имели ревматоидный артрит, 12 имели СКВ, а 1 страдал системной склеродермией. Пациенты с ДБСТ были чаще женского пола, чаще получали иммуномодуляторы, имели более высокий функциональный класс (ФК) стенокардии, требовали инотропной поддержки во время и после операции, чаще получали гемотрансфузии. Применение стероидов по поводу ДБСТ было значимо связано с повышенной частотой послеоперационных

осложнений. Выживаемость при ДБСТ за 35 мес. (2 года 11 мес.) составила 89%, а выживаемость без повторных реваскуляризаций при ДБСТ — 75%.

Заключение. Коронарный кальциноз при ДБСТ (СКВ) развивается быстрее и более выражен по сравнению с пациентами, не страдающими ДБСТ. Выполнение операций коронарного шунтирования по поводу коронарного атеросклероза на фоне ДБСТ связано с повышенной частотой госпитальных осложнений и событий, а также со снижением отдаленной до 3 лет выживаемости и доли пациентов без повторных реваскуляризаций.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И АНГИОПЛАСТИКИ

Садыков Т.Т., Самко А.Н., Меркулов Е.В.,
Миронов В.М., Жамгырчиев Ш.Т., Староверов И.И.
РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия.

Стратегия «облегченной ЧКВ» при остром инфаркте миокарда (ОИМ) до настоящего времени используется во многих странах мира. К ее потенциальным преимуществам относится ранняя по времени реперфузия (если она начата на догоспитальном этапе или сразу при поступлении в клинику), меньшая площадь инфаркта, меньший объем тромбоза в инфаркт-связанной артерии и нередко более высокая частота успешных процедур ангиопластики (ТКА).

Поэтому **целью** данного **исследования** было оценить непосредственные клинко-ангиографические результаты ТКА у больных с ОИМ с подъемом сегмента S-T после успешной или безуспешной тромболитической терапии (ТЛТ).

В исследование включено на проспективной основе 68 больных (ср. возраст 58 ± 8 лет) с ОИМ, которым была выполнена ТКА в первые 6 часов от начала заболевания: в 1-ю группу вошли 37 больных с успешной ТЛТ, во 2-ю группу — 31 больной после безуспешной ТЛТ по данным коронарографии. Достоверных различий по возрасту, полу, гиперхолестеринемии, сахарному диабету и фракции выброса левого желудочка между группами не было. В обеих группах успех ТКА (достижение кровотока не менее TIMI 3) составил 100%, количество имплантируемых стентов на пациента составило 1.4 (от 1 до 3). Серьезных сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах не было отмечено в госпитальный период, геморрагические осложнения не потребовавшие трансфузии — в 1 гр. было у 3-х больных, во 2-й — у 2.

Таким образом, ТКА у больных с ОИМ в первые 6 часов применялась безопасно и с высоким процентом успеха вне зависимости от результатов

ТЛТ. Отдаленные результаты наблюдения через 3 и 6 месяцев в этих группах будут доложены на съезде.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ УСТАНОВКИ ОККЛЮДЕРОВ БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ДМПП И ОАП)

Сарычев П.В., Тимошин И.С., Булынин А.В.,
Афанасьев А.В., Виноградская В.В., Лаптиев Р.В.
ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия.

Цель работы. Представить пятилетний опыт эндоваскулярного лечения ДМПП и ОАП с помощью окклюдеров.

Материал и методы. В ГУЗ ВОКБ №1 с 2005 г. используется метод закрытия врожденных пороков сердца с помощью окклюдеров. За пятилетний период были установлены 35 устройств: 24 при ДМПП и 11 при ОАП. Операции проводились под местной анестезией, у детей моложе 9 лет выполнялся внутривенный наркоз. До 2007 г. на стадии обследования пациентов с ДМПП, мы выполняли ЭхоКГ сердца трансторакальным методом, зондирование полостей сердца с измерением дефекта «измерительным» баллоном. Полученные данные измерения дефекта инвазивными и УЗ методиками в большинстве случаев отличались. В течение последних трех лет для лучшей верификации размера дефекта, на диагностическом этапе мы используем транспищеводный датчик для ЭхоКГ, что привело к более точному определению размера дефекта, оценке его краев и структуры. С использованием данного подхода к диагностике ошибок в подборе окклюдеров стало меньше, но единичные случаи все же наблюдались. Что бы их исключить, мы стали производить измерение дефекта «sizing» баллоном под УЗ контролем транспищеводным датчиком до прекращения сброса.

Результаты. В 23 случаях лечения ДМПП наблюдалось полное закрытие дефекта, в одном — резидуальный сброс сохранялся в течение 6 месяцев. При лечении всех ОАП в 100% случаях наблюдалось полное закрытие дефекта. Таких осложнений как смерть или случаев, требующих открытых оперативных коррекций в нашей практике не наблюдалось. Используя для измерения ДМПП ЭхоКГ транспищеводным датчиком, количество диагностических ошибок стало значительно меньше.

Выводы. Соблюдение правил постановки окклюдеров, тщательный диагностический отбор пациентов с ДМПП и ОАП позволяет эффективно выполнять эндоваскулярные методы их закрытия окклюдерами. Использование транспищеводного датчика при ЭхоКГ у больных с ДМПП на догоспитальном этапе, позволяет более точно определить размер дефекта, а использование УЗ контроля во время измерения