

стендов составило 640, из них 124 (19,4%) стента с лекарственным покрытием.

За этот же период была проведена экстренная ЧТКА ствола ЛКА 17 больным с ОИМ по жизненным показаниям. Было имплантировано 24 стента, 21 (87,5%) стент с лекарственным покрытием и 3 (12,5%) металлических стента.

**Результаты:** Ангиографический успех процедуры составил 96,9 % при выполнении ЧТКА пациентам с ОИМ. Летальность при ОИМ у больных, подвергнутых ЧТКА, составила 3,2 % (19 пациентов, из них два пациента после ЧТКА ствола ЛКА на фоне отека легких). Тромбоз стента мы встретили в 7 (1,2%) случаях при КАГ (1 из которых стент с лекарственным покрытием), что потребовало баллонной дилатации стента, в большинстве случаев с использованием ВСУЗИ. Все пациенты после ЧТКА наблюдались у кардиолога, и при рецидиве клиники стенокардии в 78 (13,4%) случаях выполнялась контрольная КАГ. Рестеноз был выявлен у 21 пациента (27%, от общего количества – 3,6%), 19-ти из которых ранее были имплантированы металлические стенты. 12 больных по различным причинам воздерживались от приема клопидогреля.

**Выводы:** Экстренная коронарография и ЧТКА являются методом выбора у больных с ОИМ и позволяют значительно улучшить прогноз дальнейшего течения инфаркта, качество жизни больных и их выживаемость. При многососудистом поражении коронарных артерий и наличии ОИМ предпочтительней выполнение ЧТКА одной инфаркт – связанной артерии.

Помощь должна оказываться круглосуточно в специализированных лечебных учреждениях кардиохирургического профиля, обеспеченных необходимыми инструментами и расходным материалом.

Для улучшения отдаленных результатов у больных, перенесших ОИМ и подвергшихся коронарной ангиопластике, во время экстренной ЧТКА целесообразна имплантация стентов с лекарственным покрытием и необходима адекватная антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, как в раннем послеоперационном периоде, так и на этапах реабилитации.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ОАП-ЗАВИСИМЫМИ ПОРОКАМИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, АЛЬТЕРНАТИВА!**

А.Н. Федорченко, Д.А. Корж, М.Г. Шматков, Р.С. Тупикин, К.О. Лясковский, А.А. Усачев, О.С. Волколуп, А.Ю. Бухтояров, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина, М.В. Борисков, Г.А. Ефимочкин (Краснодар)

**Цель:** оценить результаты экстренных вмешательств у новорожденных в критическом состоя-

нии при пороках сердца с дуктус-зависимой легочной циркуляцией.

**Методы:** с января 2003 года по декабрь 2007 года выполнено всего 31 вмешательство у новорожденных при пороках с дуктус-зависимой легочной циркуляцией. Возраст пациентов от 1 до 4-х суток, вес – от 1,9 кг до 3,7 кг, критическая гипоксия (сатурация в пределах 56 – 70%) была у 12 пациентов, инфузию простагландина E1 получал 21 пациент. Процедура стентирования открытого артериального протока (ОАП) выполнена у 14 пациентов. Операция наложения системно-легочного анастомоза проводилась в 17 случаях. Процедура Рашкинда при рестриктивном открытом овальном окне (ООО) выполнялась в 2 случаях. Вмешательства выполнялись при пороках сердца с дуктус-зависимой легочной циркуляцией (атрезия легочной артерии (ЛА) с ДМЖП, единый желудочек сердца со стенозом или атрезией ЛА и др.).

**Результаты:** Всего после вышеперечисленных видов вмешательств умерло 12 пациентов (общая летальность составила 38,7%). После процедуры стентирования ОАП умерло 5 пациентов (летальность-35,7%): 1 (7,1%) пациент умер на вторые сутки от разрыва бедренной артерии, забрюшинного кровотечения и геморрагического шока; у 1 (7,1%) пациента – тромбоз стента в ОАП; у 3 (21,4%) пациентов через двое суток развилась миокардиальная слабость. После операции наложения системно-легочного анастомоза умерло 7 пациентов (летальность- 41,1%): 3 (17,6%) пациента умерло от миокардиальной слабости, 2 (11,7%) пациента от полиорганной недостаточности, у 2 (11,7%) пациентов через 15-18 дней развился сепсис, повлекший за собой летальный исход. Группа осложнений после операции наложения системно-легочного анастомоза представлена тромбозом шунта в 2-х случаях (11,7%), что потребовало повторной операции – тромбэктомии. Группа осложнений после процедуры стентирования ОАП представлена одним случаем (7,1%) тромбозом стента, что потребовало повторной операции стентирования ОАП. Длительность госпитализации пациентов варьировала от 1 суток до 40 дней и в среднем составила 12,5 дней.

**Выводы:**

1. Рентгенхирургическая процедура стентирования ОАП и операция наложения системно-легочного анастомоза являются эффективными методами экстренных вмешательств при пороках с дуктус-зависимой легочной циркуляцией.
2. Высокая летальность вышеперечисленных методов обусловлена критическим состоянием пациентов.
3. Каждая группа вмешательств имеет характерные осложнения: повреждение бедренных артерий при стентировании ОАП; осложнения септического характера у больных после операции наложения системно-легочного анастомоза.

4. Процедура стентирования ОАП является методом выбора у критических пациентов. Применение данной процедуры позволяет стабилизировать пациента, что улучшает результаты последующего хирургического лечения.

#### **ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

А.Н. Федорченко, А.В. Протопопов, А.Г. Осиев, Р.С. Тупикин, А.Ю. Бухтояров, М.Г. Шматов, К.О. Лясковский, Д.А. Корж, О.С. Волколуп, А.А. Усачев, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина (Краснодар, Красноярск, Новосибирск).

**Цель исследования:** изучение влияния пола пациентов на частоту развития рестенозов после стентирования коронарных артерий.

**Материалы и методы:** в исследование вошли 4374 пациента, 1025 женщин и 3349 мужчин, подвергнутых стентированию коронарных артерий. Вмешательства выполнялись по стандартной методике с необходимой сопутствующей антиагрегантной терапией. Всем больным, по возможности, выполняли контрольную коронарографию в течение 6 месяцев после вмешательства. Клиническое наблюдение пациентов включало амбулаторный поликлинический прием через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после вмешательства. По сравнению с мужчинами, женщины были ~ на 5 лет старше и имели худшие клинические показатели, но меньшую частоту инфарктов миокарда и коронарного шунтирования в анамнезе. У женщин отмечали достоверное увеличение частоты сахарного диабета, чаще встречалось поражение передней межжелудочковой артерии. Мужчинам и женщинам имплантировали стенты одинаковых типов. В обеих группах стентирование заканчивалось успехом в 98,9% случаев.

**Результаты.** 30-тидневный сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и ОИМ составил 3,2% у женщин и 1,8% у мужчин. У пациентов женского пола чаще выполнялись экстренные повторные ЧКВ (3,0% у женщин и 2,2% у мужчин).

Риск развития рестенозов у пациентов женского пола был ниже, чем у мужчин (28,9% и 33,9%, соответственно). Критическая степень рестенозирования (>75%) была менее присуща женщинам (17,2% у женщин и 21,1% у мужчин). Обнаружены различия по частоте развития рестенозов у женщин и мужчин только среди пациентов без сахарного диабета. В подгруппе сахарного диабета частота рестенозов составила 36,8% у женщин и 36,1% у мужчин, тогда как без диабета рестенозы зарегистрированы у 26% женщин и 33,5% мужчин.

Смертность по итогам года у женщин составила 5,2%, у мужчин – 4,5%. Сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и инфаркт миокарда был 7,2% у женщин и 6,0% у мужчин. Клинически частота рестенозов была ниже у женщин (14,8% и 17,5% у мужчин). Жалобы на стенокардию предъявляли 15,4% женщин и 17,9% мужчин. У больных не подвергавшихся контрольной коронарографии годовая смертность составила 10,0% у женщин и 12,3% у мужчин, а частота повторных реваскуляризации 1,7% и 3,7%, соответственно.

**Заключение.** Пациенты женского пола имеют более низкий риск развития рестенозов после ЧКВ. Женщины имеют более высокий риск развития осложнений в течение первых 30-ти дней после вмешательства и для них более характерны тромботические осложнения. После 30-ти дневного периода, результаты лечения у женщин становятся лучше, чем у мужчин, вследствие более низкой частоты развития рестенозов.

Показано отрицательное влияние диабета на возникновение рестеноза, в большей степени у женщин. Именно пациенты женского пола больные ИБС с сопутствующим сахарным диабетом должны получать оптимизированную, персонализированную антиагрегантную терапию для улучшения общих результатов применения инвазивных коронарных методик в целом.

#### **ТАКТИКА ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

А.А. Хачатуров, С.А. Капранов, В.Ф. Кузнецова, А.Г. Златовратский (Москва)

**Цель.** Оценка рациональности различных протоколов чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой опухолевой этиологии.

**Материал.** За период с 01.01.2003 по 20.09.2007 год чреспеченочные эндобилиарные вмешательства были произведены 84 больным с механической желтухой опухолевой этиологии. Возраст пациентов составлял от 33 до 91 (в среднем 60,7) лет. Длительность механической желтухи колебалась от 7 до 30 (в среднем 18,5) дней. Уровень билирубинемии составлял от 32,9 до 547,7 (в среднем 255,1) мкмоль/л.

В 47 (55,95%) случаев завершающим вмешательством явилось паллиативное стентирование желчных протоков, у 37 (44,05%) – наружно-внутреннее дренирование, из которых в 26 (70,3%) наблюдениях оно избрано в качестве окончательного этапа лечения, а в 11 (29,7%) – в качестве меры предоперационной подготовки больных.

У 8 (17,02%) из 47 больных, перенесших стентирование желчных протоков, было применено