

---

---

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

ГРИГОРЬЕВ В.С.<sup>1</sup>, ГОЛУХОВА Е.З.<sup>1</sup>, БУЗИАШВИЛИ Ю.И.<sup>1</sup>, ПЕТРОСЯН К.В.<sup>1</sup>, АБРОСИМОВ А.В.<sup>1</sup>,  
АЛЕКЯН Б.Г.<sup>2</sup>, БОКЕРИЯ О.Л.<sup>1</sup>, БОКЕРИЯ Л.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ;

<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦХ им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва. Россия

**Введение (цели/задачи).** Ишемическая болезнь сердца часто сочетается с сопутствующей патологией, требующей хирургической или эндоваскулярной коррекции. Целью нашего исследования являлась оценка отдаленных результатов выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и возможность разделения вмешательств на этапы в качестве «моста» к коррекции сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

**Материал и методы.** В исследование включены 267 пациентов со стабильной стенокардией, которым ранее не выполнялась прямая реваскуляризация миокарда и операции в условиях ИК. Все этапы лечения выполнялись в ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием второго поколения. Включались случаи как трехсосудистого поражения, так и вовлечения ствола левой коронарной артерии с доступностью оценки отдаленных результатов с повторным обследованием. Длительность наблюдения составила  $2,67 \pm 1,66$  лет. Средний возраст пациентов –  $63,9 \pm 9,9$  лет. Из них 71,9% пациентов были мужчины, 28,1% пациентов – женщины. ЧКВ выполнялись в один этап (65,2%), два этапа (31,5%) или три этапа (3,3%). Этапная коррекция сопутствующей сердечно-сосудистой патологии выполнена 32 (12,0%) больным. В отдаленном периоде данные вмешательства выполнены 47 (17,6%) пациентам. Проведен анализ частоты развития неблагоприятных исходов на различных этапах лечения.

**Результаты.** Исходно были запланированы и выполнены следующие виды этапных вмешательств: радиочастотная абляция (РЧА) аритмий (n=9), имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС)(n=6), каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) (n=3), хирургия аорты и артерий нижних конечностей

(n=4), эндоваскулярное лечение патологии брахиоцефальных, почечных и артерий нижних конечностей (n=12). Госпитальная летальность при выполнении первичной коррекции имела место в 1 (0,37%) случае. Повторная реваскуляризация миокарда выполнена в 19,8% случаев. В 78,4% (n=40) случаев выполнялись повторные ЧКВ, в 21,6% (n=11) случаев выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ). В отдаленном периоде выполнены эндоваскулярные вмешательства (n=11), имплантация ЭКС (n=5), РЧА аритмий (n=13), КЭЭ (n=6), хирургия аорты и артерий нижних конечностей (n=7), протезирование клапанов сердца (n=8), реконструкция грудной аорты (n=2) реконструкция ЛЖ (n=2), в сочетании с АКШ в двух случаях. Отдаленная госпитальная летальность составила 3 (1,12%) случая.

**Выводы.** ЧКВ является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с тяжелым поражением коронарного русла и различной коморбидностью, сопровождается низкой частотой развития неблагоприятных событий при оценке непосредственных и отдаленных результатов. Выполнение ЧКВ позволяет эффективно осуществлять этапную реваскуляризацию миокарда, сочетая этапы с запланированной коррекцией сопутствующей сердечно-сосудистой патологии как в рамках малоинвазивных эндоваскулярных, так и открытых хирургических вмешательств. Достижение оптимального объема реваскуляризации миокарда, в том числе с учетом повторных вмешательств, позволяет ЧКВ служить эффективным «мостом» к хирургической коррекции сочетанной сердечно-сосудистой патологии, снижая потенциальные риски кардиальных осложнений и операционной летальности в данной когорте больных.