

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ ДВОЙНОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить клинические возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в планировании комбинированной дезагрегантной терапии у больных ИБС после чрескожного вмешательства.

Материал и методы. В период с февраля 2017 г. по января 2019 г. было выполнено 68 внутрисосудистых исследований с использованием оптической когерентной томографии (ОКТ). По результатам этих исследований было оценено состояние 35 СЛП «Ultimaster» (Terumo) у 31 больного, ранее имплантированных в сроки от 3-х до 20 месяцев.

Результаты. При оценке СЛП у 7 больных выявлены признаки частичной эпителизации балок стентов (имплантированных в сроки до 3 месяцев), пациентам рекомендовано продолжить двойную дезагрегантную терапию. У 9 пациентов по результатам ОКТ была выявлена полная эпителизация СЛП, имплантированных в сроки 6 месяцев, двойная дезагрегантная терапия была отменена, пациентам рекомендовано принимать только ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в дозе 75–100

мг. А также у 11 пациентов была выявлена полная эпителизация балок стента (имплантированных в сроки до 16 месяцев), которым тоже отменена двойная дезагрегантная терапия. У 3 пациентов обнаружился неоатеросклероз (фиброзного характера) ранее имплантированного СЛП, в связи с чем рекомендовано увеличить дозу статинов. Так же у одного пациента после имплантации СЛП до 12 месяцев выявлены неполная эпителизация балок стента и перед плановой операцией стентирования сонной артерии больному рекомендовано продолжать двойную дезагрегантную терапию.

Выводы. ОКТ как метод «тонкой» внутрисосудистой визуализации позволяет определить степень эпителизации стентов, что в свою очередь, определяет тактику дальнейшей эндоваскулярной коррекции объема и необходимости в продолжении двойной дезагрегантной терапии. Исходя из полученных данных следует отметить, что у пациентов без высокого риска кровотечения не рекомендуется отменять двойную дезагрегантную терапию в течение 12 месяцев.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

МУМИНОВ И.А., КОДИРОВА Г.И., УЗБЕКОВА Н.Р., ДУСМУРАТОВА Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Введение. Термин «малые повреждения миокарда» (МПМ) в литературе появился относительно недавно. МПМ встречаются в 8–15% случаев после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и проявляются только повышением уровня кардиоспецифических маркеров, без клинических и электрокардиографических признаков повреждения миокарда.

Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией.

Материал и методы исследования. Исследуемые пациенты были подразделены на группы по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования – 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напря-

жения функциональный классы II–III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения – 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II–III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (групп сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II–III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в первые сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной

у 3,2% пациентов, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p < 0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин – различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы – $10,23 \times 10^9/\text{л}$, у пациентов группы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны – к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (17,1%) после планового ЧКВ ($p < 0,05$). По показателям ЭхоКГ между группами пациентов различий не выявлено. При анализе данных в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p < 0,05$). В первые сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке

крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раза ($p < 0,05$). Нами получены данные о превышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p < 0,05$). На первые сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина Т О – 0,030 нг/мл, КФК-МВ 0,10–4,94 нг/мл, миоглобина 25,0–72,0 нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т 0,030–0,072 нг/мл, КФК-МВ 4,94–5,58 нг/мл, миоглобина 72,0–93,6 нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда.

Заключение. По результатам нами определена связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждений миокарда в первые сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

МЕТОДИКА СОКРАЩЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЛУЧЕВЫМ ДОСТУПОМ

ОГНЕРУБОВ Д.В., ПРОВАТОРОВ С.И., МЕРКУЛОВ Е.В., ТЕРЕЩЕНКО А.С., КРАСНОЩЕКОВ И.В., СИЛИН Н.А., ОСОКИНА А.К., САМКО А.Н.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Радиальный доступ более предпочтителен пациентами в связи с удобством, отсутствием необходимости постельного режима после процедуры и низким уровнем периоперационных осложнений. Однако, использование радиального доступа сопряжено с определенным риском окклюзии лучевой артерии (ОЛА). Это осложнение не приводит к ишемии кисти и легко переносится пациентами, однако ограничивает использование лучевой артерии, тем самым повышая частоту применения феморального доступа в будущем.

Цель работы. Сравнить частоту осложнений места доступа при применении короткого гемостаза (3–5 ч) и традиционного (6–24 ч) после коронароангиографии (КАГ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Изучить механизмы развития окклюзии лучевой артерии при использовании радиального доступа и сравнить успех реканализации окклюзии лучевой артерии (ОЛА) в этих группах пациентов.

Материал и методы. Обследованы 1000 пациентов в возрасте $62,2 \pm 10,1$ лет (81,8% мужчин), с диагнозом хроническая ишемическая болезнь сердца, которым было выполнено КАГ или ЧКВ

радиальным доступом, проспективно включены в исследование и разделены на две группы. В группе 1 (500 пациентов) компрессионная повязка с места пункции удалялась во временном промежутке от 6 до 24 часов после процедуры. В группе 2 (500 пациентов) повязку удаляли через 3–5 часов. Для проверки проходимости лучевой артерии и регистрации ее окклюзии использовался обратный Barbaeu's-тест с пульсоксиметром. При обнаружении окклюзии пациентам выполнялась компрессия ипсилатеральной локтевой артерии устройством дозированной компрессии в течение 60 мин., с последующим повтором Barbaeu's-теста. Через сутки пациентам с окклюзией выполнялось ультразвуковое исследование артерий предплечья.

Результаты. Частота острой окклюзии лучевой артерии в первой и второй группах составила 51 (10,2%) и 16 (3,2%) соответственно ($P < 0,0001$). Частота стойкой окклюзии – 51 (10,2%) и 7 (1,4%) ($P < 0,0001$). В первой группе методикой компрессии ипсилатеральной локтевой артерии не удалось реканализировать ни одну ОЛА, во второй группе у 9 пациентов проходимость лучевой арте-