

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-

рии удалось восстановить. Частота кровотечений достоверно не различалась. Методом биномиальной регрессии установлено, что предиктором возникновения стойкой ОЛА являлись сахарный диабет (ОШ – 0,45, 95% ДИ – 0,25–0,83, $P=0,009$) и длительный гемостаз (ОШ – 8,78, 95% ДИ – 4,19–21,5, $P<0,0001$). Предиктором возникновения ранней ОЛА является сахарный диабет (ОШ – 0,6, 95% ДИ – 0,34–1,08, $P=0,0912$) и курение (ОШ – 0,64, 95% ДИ – 0,38–1,08, $P=0,0812$). Эти факторы влияют на уровне статистической тенденции. Взаимодействие обоих факторов повышает вероятность выявления ранней ОЛА (ОШ – 18,1, 95% ДИ – 12,7–26,7, $P<0,0001$). Предикторами кровотечения места пункции являлись проведение ЧКВ

(ОШ – 0,12, 95% ДИ – 0,01–0,67, $P=0,05$) и низкий вес пациента (ОШ – 1,09, 95% ДИ – 1,02–1,18, $P=0,01$).

Заключение. Для снижения частоты возникновения ОЛА после КАГ и ЧКВ необходимо снижать время гемостаза менее 4 часов. Компрессия ипсилатеральной локтевой артерии – простой метод нефармакологической реканализации остро возникшей ОЛА у пациентов с коротким временем гемостаза. Курильщики и пациенты, страдающие сахарным диабетом, больше подвержены риску возникновения ОЛА после интервенционного вмешательства, выполненного радиальным доступом. Пациенты после ЧКВ и с низким весом имеют больший риск кровотечения из места пункции.

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА СТЕНОЗОВ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ПЕТРОСЯН К.В., ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., ПУРСАНОВ М.Г., СОБОЛЕВ А.В., ДАДАБАЕВ Г.М., ЖЕБЛАВИ ИССА, ЛОСЕВ В.В., БОКЕРИЯ Л.А.

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи). Оценить возможности и эффективность транслюминальной баллонной ангиопластики субсегментарных сужений ветвей легочной артерии (ЛА) у больных с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ).

Материал и методы. С июля 2015 по январь 2019 г. в ФГБУ НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева у 55 больных с диагнозом ХТЭЛГ выполнены ТЛБАП 110 пораженных сегментов правого и левого легкого. Возраст больных колебался от 30 до 80 лет (в среднем $52,8 \pm 9,7$ лет). Интервал между первичным эпизодом тромбоэмболии в ЛА и развитием ХТЭЛГ составил от 4 до 36 месяцев (в среднем – $33,8 \pm 25,1$ месяца). У 25 (45,5%) пациентов отмечались признаки сердечной недостаточности в виде отеков нижних конечностей разной степени, а у 26 (47,2%) – снижение насыщения кислородом артериальной крови в среднем $82,4 \pm 3,7\%$ (от 81 до 85%) ($p>0,01$). Во II функциональном классе (ФК) по классификации NYHA были 6 пациентов, в III – 22 и в IV – 27 пациентов. Для ТЛБАП ЛА бедренный доступ был выбран у 52 пациентов, а у 3 – пункционно через правую внутреннюю яремную вену. Применялась система коаксиальных катетеров в виде Mullens sheath проводниковых катетеров для облегчения проведения баллонных катетеров в пораженный сегмент. Использовались различные баллонные катетеры, которые по диаметру не превышали размер непораженного сегмента ЛА. Для оценки анатомо-морфологических особенностей поражений ЛА у 4 пациентов

до эндоваскулярного вмешательства суженных ЛА выполнялась оптическая когерентная томография (ОКТ), а у 1 – внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).

Результаты. У 27 пациентов поражение располагалось в левой ЛА, у 23 – в правой, а у 5 – в обоих легких. В нижней доле правого легкого выполнена ТЛБАП 54 пораженных сегментов ЛА, в средней доле – 4, в верхней доле – 6. В нижней доле левого легкого выполнена ТЛБАП 40 пораженных сегментов ЛА, а верхней доли – у 6. У 22 пациентов ТЛБАП ЛА выполнялась в одном сегменте, у 23 – в двух сегментах, у 9 – в трех сегментах, а у 1 – в четырех. В среднем на одного больного приходилось 2,0 сегмента ЛА, подвергнутых ТЛБАП. Двум пациентам ТЛБАП ЛА выполнялась этапно с интервалом вмешательства 6 и 12 мес. после первой процедуры. Характер и морфология поражения оценены по классификации Kawakami T. Результаты ТЛБАП ЛА оценены как хорошие у 32 пациентов, удовлетворительные – у 18, неудовлетворительные – у 5. У 50 пациентов градиент систолического давления на суженном сегменте ЛА снизился в среднем с $26,7 \pm 12,5$ до $9,6 \pm 4,2$ мм рт.ст. ($P<0,05$), а диаметр пораженного сегмента увеличился в среднем с $3,6 \pm 1,14$ до $6,4 \pm 1,16$ мм и увеличение насыщения артериальной крови кислородом в среднем – с $91,7 \pm 3,4\%$ до $93,8 \pm 1,9\%$ ($p>0,01$). Субъективно у всех больных отмечается улучшение клинического состояния (уменьшение одышки, увеличение физической активности), при этом 32 пациента находились во II