

ДИНАМИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА УСТАНОВЛЕННЫХ ИМПЛАНТОВ

ЮЛДАШЕВ Н.П.

*Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии,
г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Изучение взаимосвязи агрегации тромбоцитов с ангиографическими показателями у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различными типами имплантов.

Материал и методы исследования. Из 200 респондентов, включенных в исследование, у 91 (45,5%) на исходном этапе был проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов (АСТ). Всем пациентам была проведена коронароангиография (КАГ) с анализом ангиометрии. Этапы исследования проводились через 3, 6, 12 и 24 месяца после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и имплантации устройств (BVS-каркасов или DES-стентов). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке взаимосвязи спонтанной АСТ с показателями КАГ нами был проведен корреляционный анализ между спонтанной АСТ с одной стороны и длиной атеросклеротического поражения ($p=0,257$; $r=-0,120$; $t=-1,139$); диаметром артерии ($p=0,573$; $r=-0,059$; $t=-0,564$) и количеством сосудистых поражений ($p=0,778$; $r=-0,029$; $t=-0,283$) – с другой, однако рассматриваемые взаимозависимости не достигали уровня достоверности. Тем не менее, был установлен тот факт, что по мере усугубления тяжести ИБС отмечалось увеличение уровня спонтанной АСТ ($p=0,488$; $r=0,074$; $t=0,697$).

К 3 месяцу обсервации после проведения ЧКВ у всех больных имело место достоверное сниже-

ние всех показателей АСТ (спонтанная агрегация, степень и скорость агрегации), которое сохранялось до 12 и 24 месяцев наблюдения. Оценка динамики спонтанной АСТ в зависимости от типа установленных имплантов выявила достоверное снижение уровня АСТ в обеих группах пациентов, на исходном этапе имела статистически достоверная межгрупповая разница по уровню спонтанной агрегации и степени агрегации ($p=0,015$ и $p=0,005$, соответственно), однако к концу первого года наблюдения эта разница нивелировалась, и данная тенденция сохранялась и через 2 года обсервации.

Выводы. Все пациенты (независимо от формы ИБС) на исходном этапе характеризовались повышенной агрегацией тромбоцитов, при этом по мере усугубления тяжести ИБС отмечался рост спонтанной агрегации тромбоцитов, не достигавший уровня достоверности. Выявленная на исходном этапе повышенная агрегация тромбоцитов спустя уже 3 месяца после проведенного ЧКВ нивелировалась, и данная тенденция сохранялась на дальнейших этапах наблюдения. Респондентам с высоким уровнем спонтанной агрегации тромбоцитов были имплантированы BVS-каркасы, однако динамика данного показателя к концу первого года наблюдения оказалась сопоставима с аналогичным показателем пациентов с установленными DES-стентами.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С БИОРАСТВОРИМЫМИ КАРКАСАМИ «ABSORB» И СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ DES

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., МАДРАХИМОВ Н.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Провести оценку динамики качества жизни (КЖ) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после процедуры стентирования при использовании различных типов имплантов (BVS-каркасы или DES-стенты).

Материал и методы исследования. Были обследованы 200 больных ИБС, которым было проведено ЧКВ со стентированием различных типов стентов. Всем проводились: физикальный осмотр, клинично-функциональные и лабораторные общеклинические исследования. Для оценки КЖ использовался международный опросник SF-36, при

этом анализировались: физическое функционирование (ФФ), физическое ролевое функционирование (ФРФ), интенсивность боли (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), эмоционально-ролевое функционирование (ЭРФ) и психическое здоровье (ПЗ). Различия считались достоверными при $p < 0,005$.

Результаты. Оценка показателей КЖ выявила, что на исходном этапе у всех пациентов имелись значительные ограничения со стороны не только физического компонента здоровья [это – ФФ, ФРФ,

ИБ и ОЗ], но и психологического [это ЖА, СФ, ЭРФ и ПЗ]. При этом медиана всех показателей, за исключением ИБ, была ниже 60 баллов. Среднее количество баллов по ИБ составило $82,73 \pm 14,05$. Спустя 7–10 дней после проведенного ЧКВ средние значения показателей КЖ несколько улучшились. А именно, уровень ФФ увеличился на 6,1 балла; ФРФ – на 5,9 балла; ОЗ – на 18,0 баллов; ЖА – на 6,3 балла и СФ – на 0,8 балла (все $p > 0,05$). При этом показатель ИБ уменьшился на 50,5 баллов ($p = 0,000$). Через 6 мес. показатели КЖ также выявили положительные сдвиги в целом у всех обследуемых, однако обращала на себя внимание тенденция к стабилизации со стороны эмоционально-социального статуса пациентов. Динамика КЖ через 12 мес. после стентирования

установила статистически значимое восстановление не только физического компонента КЖ, но и психологического, что сохранялось и через 24 мес. наблюдения, при этом уровень ИБ практически сошел на нет по сравнению с исходными данными.

Выводы. Оценка динамики КЖ в зависимости от типа установленных имплантов не выявила каких-либо существенных различий, все $p > 0,05$. Это, в свою очередь, свидетельствовало о том, что КЖ значительно улучшается после интервенционного вмешательства со стентированием независимо от типа установленных имплантов, и в данном аспекте BVS-каркасы оказались сопоставимыми с DES-стентами.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШОВ Б.А., САБИРОВА Ш.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия (ТКЗ) дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования. С января 2017 г. по февраль 2018 года нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию ДМПП. Средний возраст больных с ДМПП составил $29,3 \pm 6,9$ лет; количество женщин было 9 (56,3%) и мужчин – 7 (43,7%). У всех больных имелся центральный вторичный ДМПП. Клинически у всех 16 пациентов выслушивался систолический шум во II межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 13 больных (81,3%) отмечались признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, на рентгенограмме – расширение дуги легочной артерии (ЛА) по левому контуру сердца и усиление бронхосудистого рисунка за счет гиперволемии малого круга кровообращения. По данным ЭхоКГ, у 6 пациентов (37,5%) среднее давление в ЛА составило в пределах 35–45 мм рт. ст., у 10 пациентов (63,5%) – в пределах 45–50 мм рт. ст.; диастолический градиент давления на ЛА варьировал в пределах от 7 до 19 мм рт. ст. Значения коэффициента $Q_p/Q_s = 1,8–2,7$.

Ангиографические результаты. У всех 16 больных с ДМПП окклюзию проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder (фирма Lifetech, Китай). Путем пункции правой общей бедренной вены выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные

размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ-контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюдировочного устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, затем оценивали положение диска относительно митрального клапана на ЭхоКГ и раскрывали правый диск в правом предсердии. Затем повторно под ЭхоКГ-контролем проверяли адекватность расположения окклюдера, и только после этого отделяли последний от доставочного устройства. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder на операционном столе было констатировано отсутствие сброса крови слева направо на уровне межпредсердной перегородки. При проведении контрольного ЭхоКГ через 3, 12 и 24 часа соответственно, герметичность окклюдера сохранялась. Осложнения при имплантации окклюдера у наших пациентов не отмечались.

Заключение. ТКЗ оказалось высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном подборе больных и скрупулезном соблюдении технологии данная операция является безопасной процедурой. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 3–4 дней) свидетельствуют о неоспоримых преимуществах ТКЗ ДМПП перед традиционной хирургической коррекцией данного порока.