

случаях (28,6%) проводилась баллонная ангиопластика венечных артерий, у 5 больных (71,4%) выполнено ЧКВ со стентированием. Всего было имплантировано 7 стентов, средний диаметр стента равнялся $3,2 \pm 0,4$ мм, средняя длина стента составила $28 \pm 4,8$ мм. Всем больным назначалась нагрузочная доза плавикса (300 мг) непосредственно перед оперативным лечением (85,7%) либо сразу после эндоваскулярного вмешательства (1 больной 14,3%). Количество гепарина, вводимого во время ЧКВ, в среднем равнялось $21,7 \pm 1,3$ тысяч единиц. В 2 случаях (28,6%) проводился внутривенный тромболитический. Учитывались как госпитальный этап, так и отдаленные Результаты: Клинический успех оценивался на основании клиники заболевания (уменьшение как минимум на 2 ФК стенокардии или ее отсутствие), положительной динамики ЭКГ и кардиоспецифических ферментов, отсутствия осложнений.

Результаты: Непосредственный ангиографический успех не зафиксирован ни в одном из случаев, учитывая среднюю степень кровотока по классификации TIMI после ЧКВ ($0,8 \pm 0,7$). Осложнения во время эндоваскулярного вмешательства не зарегистрированы. Средний диаметр целевого сосуда после ЧКВ составил $3,25 \pm 0,38$ мм. Остаточный стеноз после эндоваскулярного вмешательства во всех случаях равнялся менее 5%. Несмотря на развитие синдрома «no-reflow» клинический успех отмечен у всех больных на госпитальном этапе. У трех больных на госпитальном этапе выполнялась эхокардиография, которая выявила у 2 пациентов снижение фракции выброса (ФВ) в среднем на 14% и у 1 больного прирост ФВ на 15%. Отдаленные результаты прослежены у 5 больных. У 2 больных (40%) развилась клиника нестабильной стенокардии. У 3 пациентов (60%) сохранялся клинический эффект от проведенного ЧКВ. Контрольная коронарография выполнена у 4 (80%) больных. В 2 наблюдениях (40%) отмечался тромбоз целевой артерии, причем у тех больных, у которых отмечалось в динамике снижение ФВ по эхокардиографии. У 2 больных (40%) ангиографический рестеноз отсутствовал, антеградный кровоток 3 градации по классификации TIMI. Повторная реваскуляризация (коронарное шунтирование) выполнена 2 больным (40%).

Выводы:

1. Среди лиц с ЧКВ осложненным синдромом «no-reflow» преобладали мужчины с локализацией острой тромботической окклюзии в инфаркт - зависимой передненисходящей артерии.
2. Снижение фракции выброса по эхокардиографии в динамике после развития синдрома «no-reflow», возможно, обусловлено сохраняющейся окклюзией инфаркт-зависимой артерии;

3. Развитие синдрома «no-reflow» не ухудшает клинический успех процедуры и достаточно часто (50% случаев) антеградный кровоток восстанавливается в течение госпитализации.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПЕРВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СТЕНТА СИНУС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Евтушенко С.А., Моисеенков Г.В., Барбараш Л.С.

НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: оценить непосредственную клиническую и ангиографическую эффективность и безопасность первых отечественных стентов СИНУС у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: двадцати больным с клиникой ОКС и гемодинамически значимым поражением коронарного русла единомоментно выполнялась коронарография и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием инфаркт-зависимого сосуда (ИЗС). В качестве непосредственных результатов стентирования оценивались такие ангиографические показатели, как остаточный стеноз в области имплантации стента и кровотока в ИЗС по шкале TIMI. Учитывались такие осложнения на протяжении периода госпитализации, как смерть, повторный ИМ и коронарное шунтирование (КШ). Средний возраст в исследуемой выборке составил $55,31 \pm 7,1$ лет. Превалировали больные мужского пола – 18 пациентов (90%). У 14 больных (70%) был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, четверо пациентов (20%) были отнесены в подгруппу с ОИМ без подъема ST, тогда как 2 больных (10%) страдали нестабильной стенокардией. Однососудистое поражение коронарного русла имело место в 30% случаев ($n=6$), двухсосудистое - в 45% ($n=9$), тогда как трехсосудистое - в 25% ($n=5$). Окклюзия ИЗС диагностирована в 9 случаях (45%). В 55% случаев ИЗС являлась передней межжелудочковая артерия, в 30% - правая коронарная, в 15% - огибающая артерия. Средняя длина стентированного сегмента составила $16,7 \pm 2,24$ мм, средний диаметр стентов – $3,26 \pm 0,25$ мм.

Результаты: Непосредственный успех ЧКВ со стентированием отмечен в 100% случаев (успешная реваскуляризация 100%. ИЗС с сохранением кровотока на уровне TIMI III). Среднее значение остаточного стеноза в области имплантации стентов составило $8,8 \pm 9,15\%$. Таких осложнений как смерть, инфаркт миокарда или КШ на протяжении периода госпитализации не было ни в одном случае. Имелись следующие особенности ЧКВ: в двух случаях (10%) отмечались сложности с удалением баллона системы доставки из стента после его имплантации, в одном случае (5%)

отмечен интракоронарный тромбоз в области имплантированного стента, произошедший на фоне выраженных нарушений в системе гемостаза. В двух случаях (10%) после стентирования ИЗС диагностирована диссекция сосуда, что потребовало дополнительной имплантации стентов «СИНУС».

Заключение: Применение первых российских стентов «СИНУС» при чрескожных коронарных вмешательствах на фоне острого коронарного синдрома является безопасным и эффективным методом реваскуляризации миокарда.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Ганюков В.И., Азаров А.А., Ануфриев А.И., Моисеенков Г.В., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно – сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Введение: до настоящего времени не определена последовательность оперативного лечения при сочетанном поражении коронарных и сонных артерий, так же как и безопасный временной интервал между вмешательствами.

Цель: оценить госпитальные результаты последовательных операций коронарного стентирования (КС) и каротидной эндартерэктомии (КЭЭ).

Материал и методы: Ретроспективному анализу были подвергнуты 10 пациентов с патологией коронарного и брахиоцефального русла. Все больные определены к эндоваскулярной коррекции коронарных артерий и КЭЭ. В связи с гемодинамически значимым поражением обоих указанных сосудистых бассейнов решено провести вмешательства в течение одной госпитализации. С учетом более критического уровня стенозирования коронарных артерий (средний процент целевого стеноза венечной артерии составил $81 \pm 8.4\%$, в то время как средний процент стеноза внутренней сонной артерии по NASCET - $74 \pm 5.2\%$.) КС выполнялось первым этапом, за которым (в среднем через $3,0 \pm 1,5$ дней) следовала КЭЭ. Средний возраст пациентов составил $61,3 \pm 12,3$ лет. Постинфарктный кардиосклероз выявлен у 3 (30%) пациентов. Асимптомное течение болезни при стенозе внутренней сонной артерии (ВСА) наблюдалось в 60% случаев. По данным коронарографии трехсосудистое поражение выявлено у 1 (10%), двухсосудистое - у 2 (20%), однососудистое - у 7 (70%) пациентов, соответственно. У 8 (80%) пациентов целевым стенозом для КС являлась передняя нисходящая артерия. Больные, вошедшие в исследование, были разделены на 2 группы: 1 группа (n=7; 70%) пациентов до и после стентирования коронарных артерий получали прямые антикоагулянты в стандартных дозировках; 2 группа (n=3; 30%) пациентов до и после КС получали клопидогрель в стан-

дартных дозировках. Анализировались конечные точки в течение госпитализации – смерть, тромбоз стента, инфаркт миокарда, повторное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), геморагические осложнения при КЭЭ.

Результаты: Летальных случаев, острых нарушений мозгового кровообращения не было ни в одной из групп. Тромбоз стента и инфаркт миокарда произошли в 2-х случаях (28,6%), у пациентов, не принимающих клопидогрель (1 группа). Этим больным повторно проведено чрескожное коронарное вмешательство в экстренном порядке. КЭЭ у этих больных выполнена через 3 месяца. Во 2 группе у 1 (33%) пациента в месте операционной раны образовалась гематома, разрешившаяся консервативно.

Выводы: Ограниченный опыт лечения больных мультифокальным атеросклерозом путем последовательных операций коронарного стентирования и каротидной эндартерэктомии в течение одной госпитализации выявил безопасность данной стратегии. Для снижения риска атеротромботических осложнений у такого рода пациентов необходимо следование стандартам двойной антиагрегантной терапии.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ганюков В.И.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно – сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Введение: Условно нерешенные вопросы первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) можно разделить на две группы: научного и организационного характера. Если первые связаны с недостатком объективных научных анализов, то цели для решения вопросов организационного характера ясны, непонятен только способ решения этих проблем, особенно в условиях отдельно взятой национальной или даже региональной системы здравоохранения.

Литературные данные: Одной из ведущих тем дискуссий на международных форумах является эффективность и безопасность применения стентов с лекарственным покрытием (DES) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Несмотря на то, что показания для использования DES при наличии тромба в целевом стенозе относятся в разряд неодобренных (off-label), ряд рандомизированных исследований провели испытания DES первого поколения с положительными заключениями по эффективности и безопасности применения DES при ОИМ. Тем не менее, селективный характер критериев включения/исключения в рандомизированные исследования, отсутствие данных использования последних поколений DES при ОИМ истораживающие