

сочетании с БА), а 3 пациентам (9,8 %) — стентом с лекарственным покрытием (СЛП) (в 66,6 % случаев в сочетании с БА). Количество имплантированных стентов составило от 1 до 2 (в среднем – 1,15), диаметр от 2,5 до 4 мм, длина от 15 до 30 мм. Пациенты получали стандартную терапию, включая двойную антитромбоцитарную и статины (целевой уровень холестерина был достигнут у 14 человек — 45,2%).

Результаты исследования. У 25 (80,6%) пациентов отмечалось прогрессирование атеросклероза нативного сосуда, у 6 (19,4%) значимый стеноз (более 50%) сформировался в раннее леченом сосуде, но не в месте стентирования. 2 пациентам (6,5%) диагностирована стабильная стенокардия, 21 пациенту (67,7%) – нестабильная стенокардия, 6 пациентам (19,3%) – ИМ с ↑ ST, 2 пациентам (6,5%) – ИМ без ↑ ST. Возврат клиники состоялся в сроки до 12 месяцев у 21 человека (67,7%), причем у 13 из них (41,9%) в сроки до 6 месяцев, а у 6 (19,3%) – до 3 месяцев! 24 пациентам (77,4%) проведено повторное ЧКВ, а 6 пациентам (19,3%) рекомендована хирургическая реваскуляризация. Большинству пациентов (14 человек (45,2%)) при индексном событии выполнено ЧКВ на ПМЖА, а повторное вмешательство (13 человек (41,9%)) – на ПКА.

Заключение.

1. У пациентов, подвергнутых ЧКВ, прогрессирование атеросклероза возможно в ранние сроки (от 3 до 6 месяцев). Быстрое прогрессирование стенозирующего АКА у этих пациентов обуславливает необходимость более агрессивной медикаментозной профилактики.
2. В большинстве случаев ВС требуется повторная реваскуляризация, причем каждому пятому – хирургическая.
3. ВС у таких пациентов чаще всего представлена в виде нестабильной стенокардии.

ЧАСТОТА И ПРЕДИКТОРЫ ВЫРАЖЕННЫХ СЕРДЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧКВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ IIb/IIIa ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ

Батыралиев Т.А., Фетцер Д.В., Першуков И.В.,
Беснили Ф., Омаров А.А., Сидоренко Б.А.,
Беленков Ю.Н.

Медицинский центр им. Сани Конукоглы,
Газиантеп, Турция;
Областная клиническая больница, Липецк,
Россия;

Учебно-научный медицинский центр Управления
делами Президента РФ, Москва, Россия;
Московский государственный университет им.
М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить частоту и предикторы выраженных сердечных осложнений и событий у больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которые подверглись спасательным ЧКВ после неэффективного тромболитического и которым вводился ингибитор IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов тирофибан.

Материал и методы. В исследование было включено 167 пациентов, которым выполнялась экстренная коронарография с последующим спасательным ЧКВ в течение 24 часов от начала развития ОКС, когда тромболитический при ОКС с подъемом сегмента ST был неэффективен. Больных рандомизировали в две группы: в I группе было 84 больных, которым выполнялось спасательное ЧКВ с имплантацией стандартного металлического стента, во II группе было 83 больных, которым спасательное ЧКВ с имплантацией стандартного металлического стента выполнялось на фоне введения тирофибана. Неэффективность тромболитического определялась по развитию повторного болевого синдрома в грудной клетке с подъемом сегмента ST на ЭКГ или при продолжении данных симптомов через 90 минут после выполненного тромболитического. На фоне кардиогенного шока ЧКВ выполнялись 11,9% больным в I группе и в 10,8% во II группе. Всем этим больным перед ЧКВ устанавливался внутриаортальный баллонный контрпульсатор (ВАБК). Длительность ЧКВ у больных с ВАБК была несколько больше, чем без ВАБК, и составила в среднем $19,7 \pm 2,5$ минут против $15,2 \pm 2,1$ минут у больных без ВАБК ($p < 0,05$). В 1 случае установка ВАБК была невозможна из-за выраженного кинкинга подвздошных артерий, еще в 2 случаях ВАБК не устанавливался в связи с двухсторонней окклюзией подвздошных артерий.

Результаты. Оценка исходов до 1 мес. наблюдения показала, что по частоте (в I группе – 14,3%, во II группе – 18,1%) и выраженности кровотечений достоверных различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$). В группе тирофибана был отмечен достоверный прирост фракции выброса ЛЖ: $6 \pm 3\%$ против $3 \pm 4\%$ в I группе ($p = 0,005$). При последующем наблюдении до 6 мес. (31–180 дней) выраженные сердечные осложнения и события достоверно реже встречались во II группе пациентов (6,0% против 20,5% соответственно в I группе, $p < 0,05$). Проведенный мультивариантный анализ показал, что развитие кардиогенного шока (ОШ=6,345 при 95% ДИ от 1,5 до 18,2; $p = 0,005$) было независимым фактором риска выраженных сердечных осложнений и событий в течение 6 мес. после ЧКВ. Только использование тирофибана во время ЧКВ достоверно снижало частоту выраженных сердечных осложнений и событий в течение 6 мес. после ЧКВ (ОШ=0,19 при 95% ДИ от 0,06 до 0,67; $p = 0,004$).

Заключение. Терапия ингибиторами IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов во время спасательного ЧКВ не приводит к увеличению ча-

стоты кровотечений у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST после безуспешного тромболитика. Частота выраженных сердечных осложнений и событий до 6 мес. после лечения значительно ниже у больных, получавших ингибиторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов во время ЧКВ. Кардиогенный шок является предиктором выраженных сердечных осложнений и событий в средне-отдаленном периоде после ЧКВ.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ С АНГУЛЯЦИЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ШЕЙКИ 90° БИФУРКАЦИОННЫМ СТЕНТ-ГРАФТОМ «AORFIX»

Белякин С.А., Иванов В.А., Пилипосян Е.А.,
Бобков Ю.А., Иванов А.В., Трунин И.В.,
Майсков В.В., Смирнов В.Л.,
ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого
Минобороны России»
Красногорск Московской обл., Россия

В современной клинической практике эндоваскулярное протезирование аневризм брюшной аорты, внедренное с 1990-х годов, особенно актуально у пожилых больных с тяжелой сопутствующей патологией, высоким хирургическим и анатомическим риском.

На современном рынке представлен ряд бифуркационных стент-графтов с различным дизайном и рядом преимуществ при имплантации, позволяющих в большинстве случаев избежать тяжелой и длительной полостной операции. Но, к сожалению, у большинства современных устройств при подборе существует ряд анатомических критериев, являющихся противопоказанием для эндоваскулярного вмешательства: длина проксимальной шейки не менее 10 мм (у некоторых устройств не менее 15 мм), угол между супраренальной аортой и проксимальной шейкой не более 60°.

В данной статье описан клинический случай эндопротезирования аневризмы брюшной аорты с ангуляцией проксимальной шейки 90°.

Пациент К., 70 лет, поступил в госпиталь с жалобами на дискомфорт в области поясницы, ощущение пульсирующего образования в околопупочной области, усиливающееся при незначительной физической нагрузке. При обследовании поставлен диагноз: аневризма инфраренального отдела аорты, гипертоническая болезнь 2 ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск 3., кризовое течение.

Из анамнеза – во время плановой госпитализации в кардиологическое отделение по поводу гипертонической болезни, по данным УЗИ выявлена аневризма брюшного отдела аорты.

При обследовании на МСКТ: В 10 мм ниже уровня отхождения почечных артерий аорта

имеет изгиб под углом 90 градусов, дистальнее которого определяется мешотчатая аневризма брюшной аорты (68 мм 123 мм.) На уровне бифуркации аорты диаметр составляет 25 мм. Проксимальные отделы общих подвздошных артерий аневризматически расширены (правая – 26x27 мм, левая – 27x32 мм)

Учитывая сопутствующие заболевания, данные клинических исследований и МСКТ было принято решение выполнить эндопротезирование аневризмы бифуркационным стент-графтом «Aorfix», т.к его технические характеристики позволяют имплантировать стент-графт с ангуляцией проксимальной шейки до 90°

Описание операции. Под с.м.а. сосудистым доступом обнажены бедренные артерии и по общепринятой методике под устья почечных артерий последовательно имплантирован основной ствол с контралатеральной ножкой стент-графта «Aorfix». Дилатация эндопротеза по всей длине баллонным катетером (30,0 мм x 30,0 мм). Контрольная ангиография – аневризма выключена из кровотока, проксимальные концы эндопротеза состоятельны, подтекания контрастированной крови нет. Артериотомические отверстия ушиты атравматическим материалом «Пролен 6/0». Послойное ушивание ран, дренажи. Асептические повязки. Больной перенес вмешательство удовлетворительно (АД – 140/70 мм рт.ст., пульс – 63 уд/мин). Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии больной выписан на 7 сутки.

По данным контрольной МСКТ через 6 месяцев – в просвете аорты, распространяясь на подвздошные артерии, от уровня отхождения почечных артерий, определяется аорто-бифеморальный стент. Проксимность его сохранена, подтеканий контрастного вещества за пределы стента не выявлено. Аневризма выключена из кровотока. Окружающая жировая клетчатка структурна.

Обсуждение. Эндоваскулярное стентирование аневризм инфраренального отдела аорты на сегодняшний день является альтернативным методом лечения больных, являясь малотравматичным и эффективным методом лечения, позволяющим существенно снизить операционную травму и сократить послеоперационную реабилитацию. Но главное преимущество перед открытыми вмешательствами (лечение пожилых больных с высоким хирургическим и анестезиологическим риском) существенно ограничивается рядом анатомических противопоказаний при расчете: размер проксимальной шейки, ее угол и т.д.

Таким образом, в данном наблюдении, при ангуляции шейки аневризмы в 90 градусов успешная имплантация стент-графта «AORFIX» сокращает список противопоказаний к эндопротезированию и открывает новые возможности при сложных анатомических вариантах аневризмы брюшной аорты.