

результаты патогистологических исследований позволяет оппонентам оставлять вопрос о применении DES при ОИМ в числе открытых.

Продолжается поиск оптимальной антитромботической терапии сопровождающей ЧКВ при ОИМ. Нет объективных доказательств эффективности, но принятым экспертным консенсусом считается нагрузочная доза 600 мг клопидогреля. Новый антиагрегант тиеноперидинового ряда (prasugrel) привлекает своей достоверной эффективностью по сравнению с клопидогрелем, но остаются открытыми вопросы безопасности, обусловленные повышением риска выраженных геморрагических осложнений. Очень интересны данные изучения bivalirudin, подчеркивающие важную роль геморрагических осложнений как одной из причин неблагоприятного исхода при ЧКВ ОИМ. Наконец, дополнительно к доказанной эффективности абциксимаба продолжается тестирование других блокаторов GPIIb/IIIa рецепторов тромбоцитов, как эффективного вспомогательного средства при интервенционном вмешательстве при ОИМ.

Полезными ли являются усилия по извлечению тромбов из инфаркт-зависимого сосуда? Большинство исследований, посвященных применению тромбэкстракционных устройств и систем защиты дистального русла от эмболизации, показали свою эффективность только по показателям, отражающим степень миокардиальной перфузии. Единственным рандомизированным анализом, доказавшим положительное клиническое влияние тромбэктомии (в том числе и на летальность), явилось исследование TAPAS, результаты которого, конечно, требуют воспроизведения.

Сопредседатель европейской программы первичного ЧКВ "Stent for Life" Petr Widimsky в своем выступлении на PCR2009 определил целевые показатели организации помощи больным ОИМ, к которым следует стремиться европейским странам: 1) число первичных ЧКВ > 600 на 1 млн населения в год; 2) первичное ЧКВ в качестве метода реперфузии необходимо использовать у > 70% больных ОИМ с подъемом сегмента ST; 3) центр, выполняющий первичное ЧКВ, должен обслуживать территорию с населением 0,3-1 млн; 4) Все центры, выполняющие первичное ЧКВ, должны работать 24 часа 7 дней в неделю.

Заключение: Отсутствие или ограничение рандомизированных исследований и регистров в совокупности с патогистологическими находками позволяют некоторым экспертам оставлять открытым вопрос о применении DES при первичном ЧКВ. Не определена оптимальная антитромботическая терапия при первичном ЧКВ, также, как эффективное устройство профилактики и лечения острого тромбоза коронарной артерии. Ввиду разнообразия национальных систем здравоохранения нет одинаковых алгоритмов достижения целевых организационных показателей первичного ЧКВ, определенных европейской программой "Stent for Life".

ИМЕЕМ ЛИ МЫ НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ ПРИ УСТЬЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕНИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ?

Ганюков В.И.

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

Введение: У больных ИБС при значимом стенозе устья передненисходящей артерии (ПНА) прогноз менее благоприятный, чем у пациентов без поражения ПНА. ЧКВ устья ПНА является независимым предиктором рестеноза даже при использовании стентов с лекарственным покрытием (DES). Основными характеристиками устьевого стеноза ПНА являются собственно устьевое расположение поражения, бифуркационный характер с нередким вовлечением в стенозированный участок ствола левой коронарной артерии (СтЛКА).

Литературные данные: При использовании стентов без лекарственного покрытия (BMS) коронарное шунтирование имеет преимущество перед ЧКВ у больных с проксимальным стенозом ПНА по числу повторных реваскуляризаций. Лучшие результаты шунтирования зарегистрированы в рандомизированных исследованиях. Данное преимущество нивелируется, если применяются DES, но доказательства этому имеют место лишь в ограниченном количестве правильно спланированных анализов.

Теоретическая целесообразность уменьшения объема атероматозной бляшки с последующим снижением вероятности стенозирования устья ОА, риска рестеноза и неблагоприятных событий не анализировалась рандомизированными исследованиями. Тем не менее, эксперты сходятся во мнении, что debulking технологии могут быть полезными при устьевом поражении ПНА, как этап процедуры перед стентированием у больных с выраженным кальцинозом или рекой-лом.

Сопоставления имплантации DES и BMS выявили достоверное преимущество DES по числу рестенозов, повторных реваскуляризаций целевого сосуда и выраженных неблагоприятных событий в отдаленном периоде после ЧКВ устья ПНА.

Применение режущего баллона при ЧКВ устьевого стеноза ПНА в эру DES может быть обосновано в качестве устройства, «подготавливающего» бляшку к имплантации стента, или в качестве ступени к имплантации BMS при противопоказаниях к использованию DES. В одном нерандомизированном исследовании получены сопоставимые отдаленные ангиографические и клинические результаты применения DES или последовательного использования режущего баллона и BMS.

Более высокая частота рестеноза при устьевом поражении может быть связана с техническими проблемами точного позиционирования стента. Единичные нерандомизированные сообщения о сопоставлении подходов с имплантацией DES из СтЛКА в ПНА и точного позиционирования DES в устье ПНА не выявили достоверных ангиографических и ВСУЗИ преимуществ одного из методов. Тестирование имплантации стента в устье ПНА по методике "V стент-баллон" с незначительным углублением стента в дистальную часть СтЛКА не выполнялось. Оценка влияния угла ПНА/ОА или соотношения диаметров СтЛКА/ПНА/ОА на преимущество одной из тактик ЧКВ при устьевом стенозе ПНА также не анализировалось в рандомизированных исследованиях.

Применение ВСУЗИ при ЧКВ устьевого стеноза ПНА целесообразно для определения истинного диаметра целевой артерии, оценки степени кальциноза, определения распространения поражения на устье СтЛКА. Alfonso Medina в своих докладах на European Bifurcation Club 2008 и PCR2009 подчеркнул определяющую роль карины и симптома «eyebrow sign» в прогнозировании риска сужения устья ОА при прецизионном стентировании ПНА. Разработанный Alfonso Medina подход положен автором в основу определения ВСУЗИ показаний для применения методики позиционирования DES по устью ПНА. Тем не менее, рандомизированных исследований, подчеркивающих преимущество ЧКВ устья ПНА, выполненных под контролем ВСУЗИ, нет.

Заключение: Использование DES при ЧКВ устья ПНА научно обосновано и имеет сопоставимые результаты с коронарным шунтированием. Применение режущего баллона, debulking методов и ВСУЗИ может улучшить результаты вмешательства, но данных, доказывающих преимущество рутинного использования этих технологий, нет. Три техники стентирования устья ПНА могут быть приняты за основополагающие: 1) имплантация DES из СтЛКА в ПНА; 2) точное позиционирование DES в устье ПНА; 3) "V стент-баллон". Научных доказательств преимущества какой-либо техники нет.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Иванов А.С., Осовских В.В., Суворова Ю.В., Жеребцов Ф.К., Корнюшина М.К.
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург, Россия

Цель: Изучить технические аспекты и ближайшие клинические результаты эндоваскулярного протезирования аневризм инфраренального отдела аорты (АИА).

Материал и методы: С мая 2007 по март 2009 г. обследованы 48 мужчин (83%) и 10 женщин (17%), средний возраст – 68,4 лет, с диагнозом АИА. Возможность применения эндопротеза (стент-графта) и подбор необходимых модулей осуществляли по данным спиральной компьютерной томографии с последующей 3D-реконструкцией. Для имплантации использовали коммерческие модульные бифуркационные эндопротезы. Операцию осуществляли под спинномозговой анестезией в рентген-операционной, оснащенной ангиографическим комплексом Angiostar (Siemens, Германия).

Результаты: Из 58 обследованных пациентов, у 11 определялось небольшое увеличение диаметра аорты (менее 35 мм), требующее только динамического наблюдения. В одном случае патологии не выявлено. У остальных 46 больных имелась АИА с наружным диаметром от 41 до 84 мм (в среднем $55,4 \pm 3,6$ мм) и наличием пристеночных тромбов. В 27 (59%) случаях отмечалось асимптомное течение АИА, в 19 (41%) были жалобы на периодические болевые ощущения в животе, наличие округлого пульсирующего образования в животе.

Согласно классификации типов АИА по локализации (А.В.Покровский и соавт., 1978), II тип выявлен у 32 (70%) больных, III тип в 13 (28%) и IV тип в одном (2%) наблюдениях.

Установка эндопротеза была возможна у 29 (63%) из 46 пациентов. Остальным 17 пациентам (37%) было предложено открытое оперативное лечение. Выбор тактики лечения также был продиктован выраженностью сопутствующей патологии, обуславливающей риск развития осложнений в пери- и послеоперационном периодах.

Эндоваскулярное устранение АИА выполнено у 15 пациентов. Использовались следующие модели стент-графтов: Aorfix (Lombard Medical, Великобритания) (n=7), Excluder (W.L.Gore & Associates, США) (n=5), Talent (Medtronic Corp., США) (n=3). В 12 случаях (92%) выполнено бифуркационное протезирование. У одного пациента из-за окклюзии правой общей подвздошной артерии выполнено аортоунилатеральное протезирование АИА с наложением бедренно-бедренного шунта.

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное течение было гладким, пациенты выписывались на 5-7 сут. По данным контрольной спиральной компьютерной томографии эндопротезы проходимы, аневризма не определяется.

На данный момент живы 14 (93%) больных в сроки от 4 до 24 (в среднем $11,6 \pm 2,3$) мес. Погиб один пациент от острого инфаркта миокарда через 3 мес. после эндоваскулярной операции.

Заключение: Применение модульных бифуркационных эндопротезов расширяет возможности лечения пациентов с АИА.