

большинство кардиологов полагают, что повышение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), улучшение функционального класса (ФК) и качества жизни оправдывает проведение операций коронарной ангиопластики и/или стентирования у больных с выявленным жизнеспособным миокардом даже при тяжелой дисфункции ЛЖ (M. Di Carli et al., 1994; G. Stone, 2007). В отдельных работах было получено достоверное уменьшение конечного систолического объема ЛЖ, по данным эхокардиографии, после коронарного стентирования в группе больных без рестеноза, тогда как статистически значимых различий конечного диастолического объема и ФВ до и после стентирования у них выявлено не было (Н. Л. Бабак с соавт., 2008).

**Целью** нашего исследования явилась оценка влияния стентирования коронарной артерии на диастолическую функцию у больных со стабильной стенокардией через 12 месяцев после проведенного вмешательства.

Было обследовано в динамике 22 больных со стабильной стенокардией III ФК с диастолической дисфункцией, перенесших коронарное стентирование по поводу критического стеноза венечной артерии без клинических признаков рестеноза: мужчин — 17 (77%), женщин — 5 (23%), средний возраст —  $60,4 \pm 2,0$  года. Всем больным было проведено общеклиническое, лабораторное, функциональное и ангиографическое обследование. Допплерэхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Унисон-2-03 (Россия). Диастолическая функция ЛЖ определялась по следующим показателям: оценивалась максимальная скорость раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения ЛЖ, их соотношение (Е/А), время изоволюмического расслабления желудочков (IVRT) и время изоволюмического сокращения желудочков (DTE). Больные были обследованы дважды — до проведения стентирования и через 12 месяцев после вмешательства.

Через 12 месяцев после проведенного коронарного стентирования достоверно увеличились Е ( $0,51 \pm 0,05$  м/с vs  $0,71 \pm 0,07$  м/с;  $p < 0,04$ ) и Е/А ( $0,73 \pm 0,08$  vs  $1,11 \pm 0,09$ ;  $p < 0,01$ ). Показатели А, IVRT и DTE статистически значимо не изменились. Обращает на себя внимание положительная тенденция динамики IVRT со снижением этого показателя с 133,6 до 121,1 мс и DTE — с 171,1 до 169,0 мс.

На основании полученных результатов можно сделать вывод о положительном влиянии коронарного стентирования через 12 месяцев после проведенного вмешательства на диастолическую дисфункцию по данным доплерэхокардиографии у больных со стабильной стенокардией.

## МЕСТО ТРАНСЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (TIPS) В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шиповский В.Н., Монахов Д.В.  
ГОУ ВПО Российский государственный  
медицинский университет,  
Кафедра хирургических болезней  
педиатрического факультета,  
Городская клиническая больница №57, Москва,  
Россия.

**Введение.** В решении проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка все большее значение приобретают малоинвазивные хирургические вмешательства, в том числе и эндоваскулярные.

Transjugularis Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) — это эндоваскулярная операция по созданию внутрипеченочного портосистемного шунта для декомпрессии системы воротной вены

**Материал и методы.** В исследование включено 80 пациентов синдромом портальной гипертензии. В первую группу вошли 19 пациентов, которым выполнено TIPS с использованием стент-графтов "Gore Viatorr TIPS Endoprosthesis". Показаниями к TIPS явились: у 16-ти пациентов неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВП, при этом у одного из них был асцит резистентный к диуретической терапии, еще у 3-х больных без эпизода геморрагии в анамнезе, показанием к TIPS явился резистентный асцит.

Во вторую группу вошло 66 пациентов, 61-му из них выполнено TIPS с использованием двух видов голометаллических стентов: матричные и самораскрывающиеся. Неудачные попытки TIPS связаны с невозможностью канюлировать воротную вену. Показаниями к TIPS явились: у 49 пациентов — неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВП, при этом у 17-ти из них был асцит резистентный к диуретической терапии, еще у 12-ми больных без эпизодов геморрагии в анамнезе, показанием к TIPS явился резистентный асцит.

В этой группе мы использовали голометаллические стенты диаметром 7-10 мм (средний — 9,5 мм) и длиной от 58 до 100 мм (средняя — 84,7 мм).

В первые сутки после TIPS всем пациентам выполнялось контрольное дуплексное сканирование портального кровотока с оценкой гемодинамики в воротной, селезеночной и верхней брыжеечной венах и кровотока через стент.

Все пациенты повторно госпитализировались в нашу клинику для проведения курса консервативной терапии и дообследования через определенные промежутки времени (1, 3, 6 и 18 мес.). В случае повторного выявления варикозно-расширенных вен, лигирование повторялось вплоть до полной эрадикации вен.

**Результаты.** Результаты TIPS в первой группе (стент-графт) представлены в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Изменения в первой группе больных после TIPS стент-графтом «Viatorr»**

| Параметры                                   | Количество больных (%) |          |            |       |
|---------------------------------------------|------------------------|----------|------------|-------|
|                                             | 1 месяц                | 3 месяца | 18 месяцев | Всего |
| N                                           | 19                     | 16       | 13         | 19    |
| Рецидив кровотечения из ВРВП                | 0                      | 1        | 1          | 2     |
| Нарастание асцита/гидроторакса              | 1                      | 0        | 0          | 1     |
| Увеличение степени печеночной энцефалопатии | 1                      | 1        | 0          | 2     |
| Тромбоз стента                              | 0                      | 0        | 0          | 0     |
| Летальность                                 | 1                      | 2        | 1          | 4     |

Результаты TIPS во второй группе больных представлены в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Изменения во второй группе больных (после TIPS голометаллическим стентом)**

| Параметры                                   | Количество больных (%) |          |            |       |
|---------------------------------------------|------------------------|----------|------------|-------|
|                                             | 1 месяц                | 3 месяца | 18 месяцев | Всего |
| N                                           | 61                     | 51       | 38         | 61    |
| Рецидив кровотечения из ВРВП                | 3                      | 4        | 5          | 12    |
| Нарастание асцита/гидроторакса              | 3                      | 3        | 3          | 9     |
| Увеличение степени печеночной энцефалопатии | 4                      | 3        | 3          | 10    |
| Тромбоз стента                              | 9                      | 2        | 3          | 14    |
| Летальность                                 | 1                      | 9        | 3          | 13    |

**Заключение.** Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование является малоинвазивным эффективным методом, что позволяет применять его у тяжелого контингента больных, прежде всего у пациентов с циррозом печени класса В и С (по классификации Child-Pugh),

которым традиционные открытые оперативные вмешательства, в большинстве случаев, противопоказаны. TIPS с использованием стент-графта Gore Viatorr TIPS Endoprosthesis значительно улучшает проходимость внутрипеченочного шунта в ближайшем и отдаленном периоде, что снижает вероятность повторных кровотечений из ВРВП, уменьшает количество асцитической жидкости по сравнению с использованием голометаллических стентов. Таким образом, применение стент-графтов Gore Viatorr TIPS Endoprosthesis является принципиально новым этапом совершенствования результатов TIPS.

#### **КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТОВ «EUSATAX» У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

Широков Р.О., Шувалова Ю.С., Самко А.Н., Каминный А.И., Левицкий И.В., Меркулов Е.В., Миронов В.М., Джамгырчиев Ш.Т., Абдулжамалова Н., Наумов В.Г., Сергиенко И.В. ФГУ РКНПК МЗ СР НИИ кардиологии им.А.Л.Мясникова, Москва, Россия.

**Введение.** Развитие ранних и поздних осложнений, таких, как тромбоз и рестеноз остается основной проблемой после проведения транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием (ТКА). Появление стентов с двойным покрытием искусственным гликокаликсом и паклитакселем «EusaTAX» позволяет предположить, что их использование снизит вероятность возникновения осложнений после ТКА.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность применения стентов с двойным покрытием «EusaTAX» у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и коронарным атеросклерозом.

**Материал и методы.** В исследование включались пациенты, имеющие ангиографически документированный стеноз одной или двух магистральных коронарных артерий выраженностью не менее 70%, перенесшие интракоронарное стентирование с использованием стента с лекарственным покрытием. Нашей задачей было через 9 месяцев и через 2 года оценить смертность, частоту ИМ, частоту повторной коронарографии (КАГ), необходимость повторной реваскуляризации целевого сегмента (TLR), тромбоза стента и комбинированную конечную точку — MACE, которая включала в себя смертность, ИМ, необходимость TLR и тромбоз стента.

**Результаты.** В исследование были включены 2 группы пациентов: 320 больных, которым была выполнена имплантация 368 стентов «Cypher» и 282 пациента, которым было имплантировано 344 стента «EusaTAX». Через 9 месяцев достоверные различия