

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), геморрагические 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 генераций DES при ОИМ истораживающие

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.