

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

Цель. Выявить факторы, ассоциированные с досрочной летальностью больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в кардиологическом центре, выполняющим чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В 2009 году в Кузбасском кардиологическом центре пролечено 1008 больных ОИМ. Общая госпитальная летальность составила 12% (n=121). Был проведен ретроспективный анализ всех случаев летального исхода с верифицированным диагнозом ОИМ (n=121). Пациенты были распределены в две группы: группу 1 (<24) составили больные, умершие в течение суток от поступления в клинику (n=40, 33%), группу 2 (>24) – пациенты с летальным исходом в более поздний период госпитализации (n=81, 67%). Проанализированы основные демографические (пол, возраст) и клинические показатели: число случаев ОИМ с элевацией и без элевации сегмента ST, время поступления в клинику от начала заболевания («симптом-дверь»), тяжесть острой сердечной недостаточности по классификации Killip (ОСН), частота рецидивов ОИМ, наличие в анамнезе постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), сахарного диабета (СД), хронической почечной недостаточности (ХПН), аневризмы левого желудочка (АЛЖ), синдрома Лериша, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), фракция выброса левого желудочка (ФВ), конечный диастолический (КДР) и систолический (КСР) размеры левого желудочка, частота выполнения коронарографии (КГ) и ЧКВ, процент успешного ЧКВ, применение внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК). Выполнен также анализ ангиографических показателей: тяжесть поражения коронарного русла, кровотоков по инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) по шкале TIMI, тромбоз ИЗА, тромбоз стента, частота развития синдрома «no-reflow».

Результаты. Получены статистически достоверные различия между группой 1 (<24) и 2 (>24) по следующим показателям: число случаев ОИМ с элевацией сегмента ST (15% против 32%, соответственно), частота рецидивов ОИМ (23% против 65%, соответственно), число случаев с тяжелой ОСН (43% против 21%, соответственно), ФВ (34,5% против 40,8%, соответственно), частота применения ВАБК (30% против 1,23%), синдром «no-reflow» (27% против 7,7%, соответственно) (p<0.05).

В числе причин, по которым КГ в группе умерших пациентов не выполнена, были следующие:

1. Смерть больного до начала КГ (6%, n=7).
2. Позднее поступление (>12 часов) при отсутствии тяжелой ОСН (6%, n=7).
3. Тяжелая сопутствующая патология (6%, n=7).

4. Возраст старше 75 лет (49,6%, n=60).

5. Отказ больного (0,8%, n=1).

Заключение. По данным проведенного анализа, в качестве факторов, ассоциированных с досрочной летальностью больных ОИМ в кардиологическом центре, выполняющим ЧКВ были определены следующие:

1. Клинические: ОИМ без элевации сегмента ST, тяжелая ОСН (Killip III-IV), ФВ левого желудочка <40%, применение ВАБК.
2. Ангиографические: синдром «no-reflow» после выполнения ЧКВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРИКОРОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧКВ ОСЛОЖНЕННОЕ ЯВЛЕНИЕМ NO-REFLOW

Ганюков В.И., Азаров А.А., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.

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

Цель – проанализировать госпитальные результаты использования внутрикоронарного тромболитика (ВКТ) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМСПССТ) при первичном чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ), осложненном явлением no-reflow.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов первичного ЧКВ с использованием ВКТ за период с января 2007 по декабрь 2009 года. ВКТ выполнен 34 пациентам с ИМСПССТ после имплантации стента в инфаркт-зависимую артерию (ИЗА) осложненного явлением no-reflow. Средний возраст пациентов составил 62,4±7,2 года. Большинство больных были мужского пола – 25 пациентов (73,5%). Постинфарктный кардиосклероз наблюдался у 18 (53%) пациентов. Сахарный диабет 2 типа зафиксирован у 8 больных (23,5%), артериальная гипертензия у 33 (97%). Средняя фракция выброса левого желудочка составила 53,2±9,5%. Степень исходного поражения коронарного русла по SYNTAX составила 21,6±15,4 балла. После реканализации ИЗА и установки стента у всех пациентов (100%) отсутствовал коронарный кровоток (TIMI 0), отсутствовала миокардиальная перфузия (Myocardial blush grade 0 (MBG)). Однососудистое поражение коронарного русла имело место у 19 (55,8%) больных, двухсосудистое – у 7 (20,6%), трехсосудистое у 8 пациентов (23,5%). 33 больным (97%) был имплантирован один стент, одному пациенту (3%) установлено два стента. Через проводниковый катетер внутрикоронарно выполнялась инфузия тромболитика в течение 30 минут. Для ВКТ использовался актилизе у 28 (82%) пациентов, стрептокиназа у 6 (18%) пациентов соответственно. Доза тромболитика во всех случаях составила 25 мг актилизе, либо 250 млн. МЕ стрептокиназы. Оценивались следующие показатели: успех ис-

пользования ВКТ (кровоток по ИЗА TIMI 3, миокардиальная перфузия 3 градации). Под успехом ЧКВ понималось отсутствие осложнений, антеградный кровоток по ИЗА TIMI 3, остаточный стеноз менее 10% после имплантации стента. Все пациенты получали стандартную дезагрегантную терапию аспирином и клопидогрелем до и после ЧКВ.

Результаты. Успех использования ВКТ – восстановление кровотока до уровня TIMI III, улучшение перфузии миокарда до уровня MBG III grade – составил 6% (2 больных). Процент неуспеха первичного ЧКВ составил 94% (один больной (3%) скончался на операционном столе, 91% пациентов по окончании процедуры имели уровень кровотока TIMI 0). Общая госпитальная летальность составила 15%. Рецидивов острого инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации отмечено не было. У всех пациентов с летальными исходами отсутствовали коронарный кровоток (TIMI 0) и миокардиальная перфузия MBG (grade 0). Четырём пациентам (11,7%) для контроля уровня кровотока перед выпиской из стационара выполнена повторная коронарография – во всех случаях коронарный кровоток составил TIMI III, миокардиальная перфузия MBG – III grade.

Выводы.

1. Первичное ЧКВ при ИМСПсСТ, осложненное явлением no-reflow, сопровождается высокой (15%) госпитальной летальностью.
2. Проведение ВКТ при первичном ЧКВ осложненным явлением no-reflow является малоэффективным (лишь у 6% пациентов восстановлен коронарный и миокардиальный кровоток).

СИНДРОМ MAY-THURNER КАК ПРИЧИНА ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Петрушин А.В.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГУ РДКБ Росздрава, Москва, Россия.

Обоснование. Сегодня общепринято выделение трех видов рефлюкса в гроздевидное сплетение при варикоцеле по Coolsaet. Это реносперматический (РС) рефлюкс (ретроградный кровоток по левой внутренней тестикулярной вене), илиосперматический рефлюкс (ретроградный кровоток по притокам бассейна левой подвздошной вены, ИС) и смешанный (РС+ИС). Наложение тестикулоилиакальных (тестикунонижнеэпигастральных) и прочих анастомозов с ветвями общей левой подвздошной вены при ИС и РС+ИС применяются без исследования регионарной гемодинамики и выяснения причин, приводящих к нарушению тестикулярного кровотока, что может отрицательно отразиться на результатах операции.

Материал и методы. Проведено флебографическое и флеботонометрическое исследование у 100 пациентов с 2-3 степенью варикоцеле, с целью

установить частоту ИС и РС+ИС рефлюкса в левое гроздевидное сплетение и определить возможности ультразвукового метода. Проводилась ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной веной и нижней полую веной (ЛПВ-НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева с измерением градиента давления между левой общей подвздошной веной (проксимальнее точки Кокета) и нижней полую веной (ЛОПВ-НПВ). Проведено измерение максимальной скорости рефлюкса в венах гроздевидного сплетения, выборочно проводилось измерение объемного кровотока в общих подвздошных венах.

Результаты. РС рефлюкс выявлен в 92%, РС+ИС 6%, ИС в 2% случаев. Выраженное нарушение оттока из левой почечной вены (мезентерикоаортальное или аортопозвоночное) обнаружено у 7% пациентов, умеренное у 14%. Максимальная скорость кровотока у этой группы, по ультразвуковым данным, не превышала 10 см/с. При отсутствии признаков компрессии левой почечной вены максимальная скорость кровотока составляла более 10 см/с (до 40 см/с). При РС+ИС и ИС рефлюксах, у всех пациентов, выявлена компрессия левой общей подвздошной вены в точке Кокета и коллатеральный кровоток на контралатеральную сторону, то есть синдром May-Thurner. Максимальная скорость рефлюкса при ИС составляла не более 10 см/с, в среднем 6 см/с. При РС+ИС типе, при отсутствии компрессии ЛПВ, более 10 м/с. При синдроме May-Thurner (компрессия ЛОПВ между общей правой подвздошной артерией и телом 5-го поясничного позвонка) сопровождавшегося варикоцеле, объемный кровоток по ЛОПВ был снижен в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Определение типа рефлюкса по ультразвуковым данным с применением пробы с пережатием пахового канала и пробой Вальсальвы отчетливого результата не выявило.

Заключение. Илиотестикулярный рефлюкс при варикоцеле обусловлен наличием синдрома May-Thurner. Предположить о наличии данного синдрома можно при обнаружении снижения объемного кровотока в ЛОПВ вене в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Наложение тестикулярных анастомозов с венами бассейна левой подвздошной вены при ИС рефлюксе не целесообразно, так как не обеспечивает хороший отток от гроздевидного сплетения.

ИМПЛАНТАЦИЯ МОДУЛЬНЫХ СТЕНТ-ГРАФТОВ: МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

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