

и 11 (31%) в 1-й и 2-й группах соответственно, артериальной гипертензии: в 1-й группе – 17 (60%), во 2-й – 19 (54%) и инфаркта миокарда в анамнезе в двух группах – 10 (36%) и 14 (40%) соответственно. При выборе пациентов учитывались средний диаметр основной и боковой ветвей, выбор тактики стентирования осуществляли с учетом классификации Medina.

Результаты. Были оценены непосредственные результаты и наблюдения пациентов через год. В непосредственных результатах был оценен кровоток в боковой ветви по классификации TIMI, в 1-й группе наблюдали кровоток TIMI II в 2 (7,6%) случаях и 4 (13,3%) случая – во 2-й. В остальных случаях был достигнут оптимальный результат с кровотоком TIMI III в обеих группах. Наличие остаточного стеноза более 30% в 3 (11,5%) случаях в 1-й группе и в 3 (10%) – во 2-й, диссекции артерии в группе с использованием бифуркационных стентов не наблюдали, в группе Т-стентирования – в 4 (13,3%) случаях. Через год всем больным проведена неинвазивная диагностика проходимость с использованием нагрузочных проб, особо обращали внимание на возврат стенокардии и потребность в повторной госпитализации.

Заключение. Стенты, предназначенные для лечения бифуркационных поражений, позволяют достичь удовлетворительных ангиографических и клинических результатов.

Имплантация указанных стентов требует меньшего количества контрастного вещества и меньшей длительности времени рентгенографии, а также уменьшает финансовые затраты.

Повторное использование локтевого доступа для проведения интервенционных вмешательств на коронарных артериях

Атанесян Р.В., Шамрина Н.С., Данилушкин Ю.В., Матчин Ю.Г.

*Лаборатория рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова
ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ, г. Москва*

В настоящее время для выполнения интервенционных вмешательств широко используется лучевой доступ. Однако у 15–20% больных процедуру не удается проводить через лучевую артерию в силу ряда анатомических и технических особенностей. В 2001 г. Terashima M. впервые использовал доступ через локтевую артерию (ЛоА) для проведения коронарографии, который впоследствии стал применяться как альтернатива лучевому доступу. В последние годы значительно возросло количество выполняемых интервенционных вмешательств, в том числе проводимых доступом через артерии предплечья. В связи с этим все чаще возникает необходимость повторного использования в качестве оперативного доступа лучевой и локтевой артерии, через которую интервенционное вмешательство уже проводилось ранее.

Цель исследования: оценить возможности безопасности и эффективности повторного использования локтевого артериального доступа для проведения интервенционных вмешательств.

Материал и методы. В исследование были включены 50 пациентов – 38 (76%) мужчин и 12 женщин (24%) в возрасте $57,8 \pm 9,7$ года, которым с декабря 2010 по декабрь 2013 г. в лаборатории рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ были выполнены коронарография и эндоваскулярное лечение коронарных артерий с повторным использованием локтевого артериального доступа. Всего за этот период через локтевой доступ выполнено 649 вмешательств. У 48 (96%) больных присутствовала стенокардия напряжения, 37 (74%) больных страдали артериальной гипертензией, у 22 (44%) больных в анамнезе – инфаркт миокарда, у 8 (16%) – эндоваскулярное вмешательство, у 2 (4%) – АКШ.

Результаты. Успех повторного использования ЛоА в качестве оперативного доступа составил 96%. Причиной безуспешности пункции ЛоА в 2 (4%) случаях стал выраженный

спазм. Процедуры у этих больных успешно завершены через контралатеральный лучевой доступ в одном случае и контралатеральный локтевой доступ во втором случае. Средний интервал между первичным и повторным использованием ЛоА в качестве оперативного доступа в нашем исследовании составил $28,3 \pm 56,8$ дня (от 1 дня до 6 мес). На второй день и через 3 мес после процедуры всем пациентам выполнялся УЗДС-контроль артерии доступа, не выявивший патологии. Спазм ЛоА развился у 3 (6%) пациентов, у 4 (8%) пациентов отмечалось онемение IV–V пальцев кисти, прошедшее в течение 2 ч после процедуры. Один пациент предъявлял жалобы на выраженную боль в предплечье (при контрольном УЗДС – без патологии). Время повторной пункции ЛоА составило $2,4 \pm 1,7$ мин, что существенно не отличалось от времени первичной пункции – $2,2 \pm 1,2$ мин ($p = 0,3$).

Выводы. Локтевой доступ может успешно применяться как альтернатива лучевому доступу в случаях, когда его использование невозможно или нежелательно. Повторное использование локтевого доступа для проведения интервенционных вмешательств на коронарных артериях является безопасным и эффективным. Успешность повторной пункции локтевой артерии, количество осложнений и успех процедуры не отличаются от показателей при первичном использовании локтевого доступа.

Локтевой артериальный доступ: вынужденная альтернатива лучевому доступу или самостоятельный оперативный доступ для проведения интервенционных вмешательств

Атанесян Р.В., Матчин Ю.Г.

*Лаборатория рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова
ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ, г. Москва*

В последние годы в клинической практике для проведения эндоваскулярных вмешательств широко используется лучевой артериальный доступ (ЛуАД). Однако у 15–20% больных процедуру не удается проводить через ЛуАД ввиду ряда анатомических и технических особенностей. Альтернативой в таких случаях может стать локтевой артериальный доступ (ЛоАД).

Цель исследования: оценить возможности, безопасности и эффективности проведения диагностических и лечебных эндоваскулярных вмешательств с использованием в качестве оперативного доступа локтевой артерии (ЛоА).

Материал и методы. В исследование были включены 3635 пациентов в возрасте $58,1 \pm 9,3$ года, которым с июля 2009 по июль 2013 г. на базе лаборатории рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в амбулаторных условиях НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ были выполнены диагностическая КАГ и эндоваскулярное лечение коронарных артерий. 697 больным вмешательство проводилось через ЛоАД, 2938 больным – ЛуАД. Выбор доступа осуществлялся на основании данных УЗДС: пунктировалась артерия предплечья большего диаметра и превосходящая вторую более чем на 0,33 мм (1Fr). Распределение основных факторов риска ИБС по группам достоверно не отличалось. Пункция артерий предплечья выполнялась по общепринятой методике.

Результаты. КАГ проводилась 546 (78%) пациентам в группе ЛоАД и 2192 (76,7%) в группе ЛуАД, ТБКА – 249 (35,6%) и 1096 (37,3%) пациентам соответственно. В обеих группах отмечался высокий успех выполнения доступа: 96,4% – в группе ЛоАД и 96,7% – в группе ЛуАД, $p = 0,8$. В структуре причин безуспешности преобладал спазм артерии доступа, на втором месте – невозможность пунктировать артерию. Время пункции, время флюороскопии и общее время исследования между группами достоверно не отличались (таблица).

У одного (0,1%) пациента после пункции ЛоА, и у троих (0,1%) после пункции ЛуА развилась пульсирующая гематома, устраненная мануальной компрессией под контролем УЗДС ($p = 0,7$). У одного (0,03%) пациента после ЛуАД развилась артериовенозная фистула, устраненная хирургическим путем;