

Результаты проведения интервенционных вмешательств через локтевой и лучевой артериальные доступы (n = 3635)

Показатель	ЛоАД (n = 697)	ЛуАД (n = 2938)	p
Количество КАГ	546 (78%)	2192 (76,7%)	0,5
Количество ЧКВ	249 (35,6%)	1096 (37,3%)	0,4
Амбулаторные процедуры	392 (56%)	1733 (59%)	0,2
Успех выполнения доступа	675 (96,4%)	2841 (96,7%)	0,8
Переход к альтернативному доступу	25 (3,6%)	98 (3,3%)	0,8
Время пункции, мин	2,2 ± 1,2	2,3 ± 1,5	0,1
Время процедуры, мин	26,5 ± 15,4	26,9 ± 16,8	0,6
Время рентгеновского облучения (мин)	5,5 ± 4,2	5,8 ± 4,6	0,1
Диаметр интродьюсера:			
* 5Fr	425 (60,7%)	1819 (61,9%)	0,6
* 6Fr	275 (39,3%)	1119 (38,1%)	0,6

в группе ЛоАД подобного осложнения не было (p = 0,4). Окклюзия локтевой артерии развилась всего у 2 (0,29%) пациентов, окклюзия ЛуА – у 14 (0,48%) пациентов (p = 0,7). Спазм ЛоА возникал значительно реже, чем спазм ЛуА – у 21 (3%) пациента против 373 (12,7%) соответственно (p < 0,0001). По остальным показателям достоверной разницы между группами не было.

Выводы. Методика проведения интервенционных вмешательств через локтевую артерию является безопасной и эффективной, не уступает лучевому доступу по показателю успеха процедуры и небольшому количеству осложнений. Локтевой доступ может применяться как оперативный доступ первого выбора у определенной категории пациентов: с доминантной локтевой артерией, аномалиями лучевой артерии, у больных с высокой вероятностью “хирургического” поражения коронарного русла, для сохранения лучевой артерии и последующего использования в качестве аутоартериального шунта при операции АКШ.

Роль и место методики ретроградного доступа в программе реканализации хронических окклюзий коронарных артерии в катетеризационной лаборатории

Бабунашвили А.М.

Центр эндохирургии и литотрипсии, г. Москва

Введение. Результаты лечения хронических окклюзий коронарных артерий (ХОКА) были значительно улучшены с накопленным опытом, внедрением нового инструментария и методов реканализации.

Цель работы: анализ роли ретроградной реканализации в общих результатах лечения пациентов с ХОКА.

Материал. В клинике ЦЭЛТ первую ретроградную реканализацию (РЕРОКА) ХОКА выполнили в 2006 году. Анализу были подвергнуты результаты лечения ХОКА у 351 пациента (антеградная реканализация у 289 (82,3%) пациентов и РЕРОКА у 62 (17,7%) пациентов в период с 2006 по 2009 г., в среднем 88 процедур в год. Данные проспективно вносились в специализированную базу данных ХОКА.

Результаты исследования. Непосредственный успех был достигнут в 82,6% случаев, МАСЕ – в 2,6%. Технический успех и частота МАСЕ были в 86,9 и 1,4% в группе антеградной реканализации и 62,9 и 6,5% в группе РЕРОКА соответственно (p < 0,0012). У 31 пациента с предварительной неудачей антеградной реканализации РЕРОКА была эффективна в 12 (38,7%) случаях. Если исключим пациентов с первичными показаниями к РЕРОКА (31 пациент, 50%), то роль РЕРОКА в успешном исходе после технической неудачи антеградной реканализации (31 пациент) составила лишь 12 (4,8%) из 251 успешного антеградного вмешательства. У 21 пациента из 23 неудача РЕРОКА была обусловлена морфологией коллатеральных каналов (степень коллатералей СС0-I, угол соединения >90°, невидимое соединение “реципиентных” и “донорских” коллатеральных каналов) и лишь в 2 случаях из-за строения окклюзии (кальци-

ноз, извитость артерии). С другой стороны, у 38 пациентов с неудачной антеградной реканализации имелись и предикторы для неудачной РЕРОКА: 16 – коллатерали СС0, 2 – чрезмерная извитость коллатерального канала, 10 – эпикардальные коллатерали СС2, 3 – угол соединения >90°. Частота применения РЕРОКА возросла значительно (в 7 раз) с 2006 (3,9%) по 2009 (27,8%) г. Однако общая роль “эффективного помощника” при неудачной антеградной реканализации остается незначительной. Кроме того, при РЕРОКА увеличивается расход контрастного вещества (489 ± 148,8 мл и 427,7 ± 171 мл, соответственно, p < 0,0024) и время операции (104,1 ± 25,8 мин и 87,8 ± 10,2 мин соответственно, p < 0,0001).

Заключение. Поскольку первичные показания для РЕРОКА остаются неясными, роль РЕРОКА как “эффективного помощника” при неудачной антеградной реканализации остается неясной и незначительной из-за высокой частоты МАСЕ и низкого процента успеха. В дополнение РЕРОКА существенно не меняет общую картину результатов лечения ХОКА в отдельно взятом клиническом центре с активностью реканализации ХОКА в среднем более 80 случаев в год. Кроме того, РЕРОКА достоверно увеличивает расход контрастного вещества (риск контрастной нефропатии) и время операции (дозу облучения пациента и врача). Показания к РЕРОКА должны ставиться с осторожностью в каждом конкретном случае с учетом баланса “риск–польза”.

Реканализация поздней окклюзии лучевой артерии после трансрадиальных интервенционных процедур: новая техника для интервенционных кардиологов, практикующих лучевой доступ

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С.

Центр эндохирургии и литотрипсии, г. Москва

Проблема. Несмотря на преимущества трансрадиального доступа (уменьшение койко-дней, достоверное снижение осложнений со стороны артерии-доступа, комфорт для пациента), в 9–20% случаев наблюдается поздняя окклюзия радиальной артерии, что делает повторное использование этой артерии проблематичным.

Цель: применить в клинической практике весь известный инструментарий для реканализации (как для коронарных, так и для периферических артерий) для восстановления проходимости окклюзированной артерии и использования для повторных внутрисосудистых процедур.

Клинический материал. Методика реканализации была применена нами у 37 пациентов с поздней окклюзией лучевой артерии в различные сроки после первичных процедур (2 дня – 32 мес). Было 34 мужчины и 3 женщины в возрасте 42–67 лет. У 28 – отмечалась окклюзия артерии на всем протяжении, у 9 – сегментарная окклюзия разной протяженности. В 3 случаях была выполнена реканализация подострого тромбоза лучевой артерии через 2–8 дней после первичной процедуры.

Методика и инструментарий, примененный для реканализации. Наличие коллатерального пульса дистальнее окклюзии (через локтевую артерию и ладонную дугу) является обязательным условием для проведения процедуры. После пункции тонкой иглой 21G культи артерии была катетеризирована проводником 0,021 дюйма, и затем была выполнена реканализация по методу Доттера с применением бужей 4–6F длиной 11 и 23 см. В 7 случаях для адекватного расширения просвета артерии после реканализации применили баллонную дилатацию длинными баллонами (30 см) диаметром 3–4,5 мм. Для реканализации применяли как гидрофильные проводники Shinobi, Pilot (150–200), так и негидрофильные проводники различной жесткости диаметром 0,018–0,021 дюйма. По завершении реканализации в лучевую артерию вводили длинный (23 см) интродьюсер, кончик которого выходил в плечевую артерию. По окончании интервенционной процедуры выполняли контрольную ангиографию и доплеровское исследование в сроки 2–7 дней. Контрольная ангиография реканализированной лучевой артерии во время повторных интервенционных вмешательств была выполнена у 18 пациентов (48,6%).