

стве их использования. На наш взгляд, стент Titan 2 может занять нишу рутинного инструмента для лечения пациентов с ОКС.

Трансрадиальный доступ при чрескожных коронарных вмешательствах. Практические рекомендации и собственные данные

Жамгырчиев Ш.Т., Меркулов Е.В., Миронов В.М., Левицкий И.В., Широков Р.О., Герасимов А.М., Терещенко А.С., Самко А.Н.

ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ, г. Москва

В нашем центре при проведении рутинных диагностических эндоваскулярных процедур радиальным доступом отмечается значительное уменьшение количества местных осложнений. Радиальный доступ может быть методом выбора для проведения ТБКА со стентированием, в том числе и у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Цель исследования: сравнение групп пациентов, оценка безопасности и эффективности радиального и феморального доступов у пациентов с ОИМ.

Материал и методы. В период с ноября 2011 по апрель 2013 г. 668 пациентам с острым инфарктом миокарда (ОИМ) давностью не более 6 ч была проведена ТБКА со стентированием. Радиальный доступ был использован у 576 пациентов, а феморальным доступом было проведено 92 ТБКА. Проводилась оценка успешности процедуры, возникновения местных или системных осложнений у пациентов с радиальным доступом по сравнению с феморальным доступом.

В группу феморального доступа включались пациенты, которым было противопоказано проведение ТБКА радиальным доступом по причине отрицательного теста Аллена или заболеваний, препятствующих проведению трансрадиального доступа.

Группы пациентов практически не отличались. Средний возраст больных – 55 лет в группе радиального доступа и 62 года – в группе феморального доступа. В большинстве случаев (около 70%) пациентами были мужчины.

Результаты. Всем больным после проведения ангиографии коронарных артерий и определения инфаркт-связанной артерии была выполнена ТБКА со стентированием с достижением кровотока в инфаркт-связанной артерии TIMI III (96,2% в группе радиального доступа против 95,8% в группе феморального доступа).

Сразу после и через 30 дней после успешной ТБКА со стентированием инфаркт-связанной артерии мы проанализировали количество осложнений в группах. Оказалось, что при использовании трансрадиального доступа не отмечалось крупных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (МАСЕ) по сравнению с группой трансфеморального доступа, где смерть в период госпитализации и через 30 дней в группе радиального доступа составила 0 и 0%, а в группе феморального доступа – 0,2 и 0,6% соответственно. В группах также была разница по количеству геморрагических осложнений (0,1% в группе радиального доступа в период госпитализации и 0,4% в группе феморального доступа в период госпитализации).

Среднее время флюороскопии (КАГ + ТБКА) в группе радиального доступа составило 12,8 ± 4,2 мин, а в группе феморального доступа 12,56 ± 4,6 мин.

Объем введенного ретгеноконтрастного вещества был 231 ± 60 мл в группе радиального доступа и 200 ± 40 мл в группе феморального доступа.

В представленных группах пациентов с острым инфарктом миокарда, перенесших ТБКА со стентированием, частота успеха процедуры и клиническая безопасность была схожа в обеих группах. Случаев местных осложнений и кровотечений отмечалось меньше в группе пациентов с радиальным доступом.

Заключение. Проведение коронарной ангиографии и ЧКВ со стентированием у больных острым инфарктом миокарда радиальным доступом может быть техникой выбора для проведения ТБКА у пациентов с высоким риском кровотечений.

Ближайшие и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты коронарного эндопротезирования артерий при использовании стентов с различным лекарственным покрытием у пациентов в ранние сроки инфаркта миокарда

Жигалина Л.А., Роган С.В., Колединский А.Г., Сухоруков О.Е., Костянов И.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучить влияние стентирования инфаркт-ответственной артерии (ИОА) стентами с различным лекарственным покрытием на клиническое течение, прогноз и состояние коронарного русла у пациентов с острым инфарктом миокарда в ближайшие и среднеотдаленные сроки после проведения эндоваскулярного вмешательства.

Материал и методы. С 2005 г. у пациентов с ОИМ выполнялись эндоваскулярные процедуры (ЭВП) с использованием стентов с различным лекарственным покрытием (СВЛ) (n = 151) – эти пациенты включены в 1-ю группу исследования. У 771 больного выполнено стентирование ИОА с использованием голометаллических стентов (n = 840) – эти пациенты составили вторую группу исследования. В третью группу вошли 874 пациента с ОИМ, которым реперфузия миокарда ограничивалась только баллонной ангиопластикой. По основным исходным клиническим, анамнестическим и ангиографическим данным больные групп достоверно не различались. Всем больным, поступившим в стационар в пределах первых 6 ч от начала ангинозного приступа, выполнялась экстренная КАГ и при наличии стенозирующего или окклюзирующего поражения ИОА выполнялась эндоваскулярная процедура восстановления кровотока в ней.

Всего 151 пациенту в ИОА было имплантировано 162 стента. При этом наиболее часто использовали модульные стенты: Cypher Select+ (41), Endeavor Resolute (26), Promus Element (84), Xience (10). У всех больных стент полностью покрывал пораженный участок артерии, края сосуда в месте имплантации были ровными, гладкими, без стенозирующих изменений. Результат имплантации стента оценивали визуально, а также рассчитывали диаметр сосуда до и после процедуры.

Результаты исследования и их обсуждение. В целом частота клинического успеха после стентирования (89,6%) была выше, чем после первичной ТБКА ИОА (79,5%). Следует отметить, что острый и подострый тромбоз, тромбоз ИОА в месте выполнения ЭВП чаще наблюдали при проведении ТБКА. В целом анализ госпитальной летальности показал более высокую эффективность ЭВП при ОИМ в сочетании с догоспитальным тромболизисом, позволяющего радикально сократить время реперфузии, что благоприятно влияет на уровень госпитальной летальности.

В среднеотдаленном периоде информация о состоянии здоровья была получена в среднем через 10,1 + 3,1 мес. По данным контрольной КАГ получены достоверные различия между изученными группами по целому ряду показателей: в 1-й группе наблюдали отсутствие случаев рестеноза (0% против 22,5 и 32,6%) и реокклюзии ИОА – 4,7% против 4,2 и 9,0% соответственно. Необходимость в проведении повторных ЭВП – 9,5% против 19,5 и 27,5% случаев и необходимости в АКШ – 9,5% против 7,0 и 14,2% случаев. Отрицательные ангиографические результаты были отмечены у пациентов с непосредственным субоптимальным результатом ТБКА. У этих пациентов достоверно чаще отмечали случаи рестеноза – 41,6% против 30,7 и 22,5% и реокклюзии/тромбоза – 16,7% против 4,0 и 9,5% случаев при стентировании ИОА голометаллическим стентом или при оптимальном результате первичной ТБКА соответственно.

Таким образом, проведенное исследование показало, что стентирование при ОИМ улучшает клиническое течение заболевания как на госпитальном, так и среднеотдаленном этапах наблюдения по сравнению с аналогичными пациентами, получившими лечение при помощи ТБКА. Стентирование ИОА СВЛ у пациентов с ОИМ позволяет снизить процент рестеноза и ре-