

патогенетически целесообразной и необходимой одномоментную септальную спиртовую абляцию и коронарную реваскуляризацию при сочетании обструктивной ГКМП и ИБС. Такой подход к лечению этих пациентов может рассматриваться в качестве альтернативы хирургическому.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМИ БИФУРКАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А.  
НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва  
Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, Москва, Россия.

Проблема эндоваскулярного лечения бифуркационных стенозов коронарных артерий (БСКА) до сих пор остается до конца не решенной. В настоящее время известно более 12 методик бифуркационного стентирования. Наиболее существенными их недостатками являются избыточная локальная «металлизация» стентированной артерии из-за наложения стентов друг на друга, а также нарушение целостности полимерно-лекарственного слоя стентов во время операции. Все это может служить субстратом для развития рестеноза и тромбоза артерий бифуркации, что снижает клиническую эффективность бифуркационного стентирования в отдаленном периоде. Внедрение в практику стентов с лекарственным покрытием у больных с истинными БСКА способствовало снижению частоты рестеноза в стенке магистральной артерии до 3 - 5%, однако частота рестенозов боковой ветви, требующих повторных вмешательств, остается по-прежнему достаточно высокой

**Цель.** Изучить влияние предложенного дифференцированного подхода к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА на отдаленные результаты вмешательства.

**Материал и методы.** В исследование вошли 145 пациентов с истинными бифуркационными стенозами коронарных артерий. Выбор стратегии бифуркационного стентирования обсуждался для каждого пациента индивидуально, на консилиуме, с участием кардиохирурга, кардиолога и эндоваскулярного хирурга и основывался на выявлении факторов риска эндоваскулярного вмешательства и определения степени риска вмешательства по шкале SYNTAX на дооперационном этапе. Таким образом, 86 (59,3%) пациентам было выполнено «provisional T» стентирование, а 59 (40,7%) пациентам полное бифуркационное стентирование по методике «Т-стентирования» (n=32), «V-стентирования» (n=11), «crush» (n=7), «mini-crush» (n=4), «double-kissing crush» (n=5). Средний период наблюдения составил  $16,23 \pm 2,11$  месяцев. Всем пациентам в

область бифуркации были имплантированы стенты с лекарственным покрытием (n=204), среди которых были стенты «CYPHER» (n=106) и «TAXUS» (n=98). Для оценки отдаленных результатов всем пациентам выполняли коронарографию, нагрузочные тесты, стресс-ЭХО КГ с добутамином. Результаты считали удовлетворительными в случае отсутствия: рестеноза в стенке по данным цифровой ангиографии; клинической картины стенокардии напряжения III-IV функционального класса через 12 месяцев после операции; положительных нагрузочных тестов; снижения толерантности к физической нагрузке; кардиальных осложнений (смерть, ИМ, повторные вмешательства).

**Результаты.** Общая выживаемость пациентов в обеих группах составила 100%. У всех пациентов в отдаленном периоде, по сравнению с показателями на госпитальном этапе, отмечено достоверное улучшение кинетики миокарда, а также увеличение толерантности к физической нагрузке и показателей фракции выброса левого желудочка ( $p < 0,0001$ ). Частота рестеноза в боковой ветви бифуркации составила 5,5 и 2,94% соответственно в группах «provisional T» стентирования и полного бифуркационного стентирования ( $p > 0,05$ ), тогда как в магистральной ветви рестеноз отсутствовал. Повторное вмешательство на стентированном сосуде выполнялись у 5,5 и 5,8% пациентов соответственно ( $p = 0,7$ ). Повторные операции на стентированном сегменте — у 5,5 и 3% пациентов соответственно ( $p = 0,2$ ). ИМ наблюдали у 2,7% пациентов из I группы и у 5,8% пациентов из II группы ( $p = 0,3$ ), при этом, у пациента из группы полного бифуркационного стентирования, причиной ИМ послужил тромбоз стента «Taxus Liberte». Выживаемость, свободная от стенокардии, ИМ и повторных вмешательств, составила 83,33% в группе «provisional T» стентирования и 91,18% в группе полного бифуркационного стентирования ( $p = 0,3$ ).

**Заключение.** Дифференцированный подход к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА, основанный на выявлении факторов риска вмешательства и оценки степени риска вмешательства по шкале SYNTAX позволил существенно улучшить отдаленные результаты бифуркационного стентирования коронарных артерий.

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СФЕРИЧЕСКОГО ЭМБОЛИЗАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМ МАТКИ**

Шукуров Б.М., Исаева Л.В.  
Клиника № 1 Волгоградского  
Госмедуниверситета, Волгоград, Россия.

Выполнены эмболизации маточных артерий у 21 женщины в возрасте 30-50 лет. Показанием к операции явилось наличие симптомной миомы матки, или ее бессимптомный быстрый