

Методика и инструментарий, примененный для реканализации: наличие коллатерально-го 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 23см. В 7 случаях для адекватного расширения просвета артерии после реканализации применили баллонную дилатацию длинными баллонами (30см) 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. После завершения реканализации в лучевую артерию вводили длинный (23см) интродюсер, кончик которого выходил в плечевую артерию. После завершения 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%).

Результаты: Успех процедуры был достигнут в 31 из 37 случаев (83,8%). Перфорация лучевой артерии наблюдалась у 3-х пациентов без клинических последствий. В одном случае во время реканализации подострой окклюзии произошла дислокация тромботических масс в локтевую артерию, в связи с чем был выполнен тромболизис (актилиз 100 мг) с хорошим результатом (доплер-контроль через 4 дня). В 3-х случаях была выполнена успешная реканализация с высоким атипичным отхождением (от плечевой артерии) лучевой артерии.

В отдаленном периоде (6-30 мес.) проходимость реканализированных артерий была сохранена у 18 из 31 успешных процедур (58,1%), подтвержденных ангиографически (10 пациентов) или с помощью УЗИ (8 пациентов). В одном случае была выполнена повторная реканализация окклюзированной лучевой артерии через 6,5 мес. после первичной успешной реканализации. Остаточные стенозы различной степени (30-60%) или диффузное истончение проходимой лучевой артерии в отдаленном периоде наблюдали у 11 из 18 пациентов с проходимыми артериями (61,1%).

ЛЕЧЕНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов,
З.А. Кавтеладзе, Г.Ю. Травин, Д.П. Дундуа,
Ю.В. Артамонова (Москва)

Цель работы: Оценить эффективность коронарного стентирования (КС) стентами с лекарственным покрытием при наличии различных типов бифуркационных поражений коронарных артерий.

Материалы и методы: Анализ были подвергнуты результаты КС различных типов бифуркационных стенозов у 204 пациентов в возрасте 35-76 лет (средний возраст 54,3±3,4 года). Распределение типов стенозов: 45 – I типа (22,1%), 60 (29,4%) – II типа, 67 (32,8%) – III типа и 22 (10,7%) – IV типа. Y-образные бифуркации имели место в 177 (86,7%) случаях, T-образные – 27 (13,3%). Стентированные бифуркации распределились следующим образом: ПМЖА+ДВ – 118 пациентов (57,8%), ОА+ВТК ОА – 47 (23,1%) и ПКА – 18 пациентов (19,9%). Техника “Culotte” применялась в 67 случаях (32,8%), “Crush” – 21 (10,3%), T-стентирование – в 22 случаях (10,8%), без стентирования боковая ветвь оставалась в 94 случаях (46,1%). В 174 случаях (85,3%) выполнялась финальная ангиопластика двумя баллонами методом «целующихся баллонов».

Результаты: Госпитальные осложнения отмечались у 11 пациентов (5,4%). Из них летальный исход в 1 случае (0,5%), ОИМ отметили у 10 пациентов (4,9%). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 до 44 месяцев. 1-годовая и 3-х летняя выживаемость составили соответственно 98,8% и 91,4%, соответственно. ОИМ отметили у 12 пациентов (6,2%). Контрольная ангиография была выполнена у 128 пациентов (66,3 %). Ангиографический рестеноз составил – 14,7%, из них в устье боковой ветви было локализовано 90,5% всех случаев рестеноза. Частота повторной реваскуляризации составила 11,3%. Из 94 пациентов с нестентированными боковыми ветвями рецидив стенокардии и ангиографический рестеноз отметили лишь в 5,7% случаев. Сравнительная оценка отдаленных результатов с применением разной техники стентирования (“Culotte”, “Crush” в различных модификациях и T-стентирование) не выявило статистически достоверной разницы в частоте рестенозов и MACE.

Заключение: КС бифуркационных поражений является эффективным вмешательством, учитывая как непосредственные, так и отдаленные результаты. Частота рестеноза при стентировании боковой ветви не зависит от примененной техники стентирования. Стентирование только магистральной артерии сопровождается низкой частотой повторных рестенозов и MACE.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин, З.А. Кавтеладзе, Ю.В. Артамонова
(Москва)

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии (СЛКА) с помощью стентов с лекарственным покрытием (СЛП).

Материал и методы: С ноября 2003г по ноябрь 2006г стентирование СЛКА с помощью СЛП было выполнено у 158 пациентов в возрасте 47-72года (средний возраст $55\pm 2,4$ г). По локализации поражения распределились так: устье СЛКА – 15 пациентов (9,5%), средний сегмент – 21 (13,3%), бифуркация – 91 (57,6%), устье передней межжелудочковой (ПМЖА) или огибающей (ОА) артерии – 31 пациентов (19,6%). У 143 пациентов отмечали хроническую стабильную стенокардию III-IV функционального класса по CCS, у 15 нестабильную стенокардию. Сопутствующий диабет имели 32 пациента (20,2%). Сниженная сократительная функция ЛЖ наблюдалась в 23 случаях (14,5%). Имплантировали один стент у 68 пациентов (43,1%) и два и более стента у 90 (57,0%). При бифуркационном стентировании применяли технику “Cullotte” – 80 пациентов (50,6%) и “crush” – у 78 (49,4%). Во всех случаях бифуркационных и/или устьевых поражений ПМЖА и ОА вмешательство заканчивали методикой «целующихся баллонов». Ингибиторы рецепторов IIb/IIIa применяли у 25 пациентов (15,8%).

Результаты: Непосредственный клинический и ангиографический успех был достигнут у всех пациентов. В отдаленном периоде (6-34 месяцев) рестеноз (рецидив стенокардии) отметили у 19 пациентов (12,1%). Всем этим пациентам была выполнена повторная реваскуляризация (ПРМ) миокарда с помощью баллонной дилатации (10 пациента) или имплантации дополнительного СЛП (4 пациента). Еще 5 пациентов были направлены на АКШ. 3-х летняя выживаемость пациентов без стенокардии и сердечно-сосудистых происшествий составило – 94,9%. При сравнении групп с применением техники “Cullotte” и “crush” достоверных различий в отдаленных результатах не обнаружено.

Заключение: Стентирование поражений ствола ЛКА с помощью СЛП является эффективной процедурой с точки зрения отдаленных результатов и низкой частотой рецидива стенокардии и ПРМ. Полученные результаты показывают, что применение СЛП может являться альтернативой хирургической реваскуляризации миокарда при поражениях СЛКА, однако, для более достоверной оценки необходимы рандомизированные исследования и увеличение количества наблюдений.

ГЛЮКОЗО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Х. А. Бацигов, С. В. Жернаков, В. В. Коробов,
А. З. Шарафеев (Альметьевск, Казань)

Глюкозо-лейкоцитарный индекс (ГЛИ) – расчетный показатель, представляющий собой отношение произведения глюкозы крови и лейкоцитов, в абсолютных числах, к 100 – $\text{ГЛИ} = (\text{лейкоциты} \times \text{глюкоза}) / 100$, выраженный в условных единицах (у.е.).

Цель и задачи исследования: изучить течение острого инфаркта миокарда (ОИМ), развитие осложнений и летальности в зависимости от значения ГЛИ при поступлении.

Материал и методы. Обследовано 164 пациента с ОИМ в первые сутки заболевания. Средний возраст – $55,7\pm 0,95$ лет. Мужчин – 130 человек, женщин – 34. Общая летальность в выборке – 17%. Диагноз верифицирован клинически, электрокардиографически, определялись ранние и поздние маркеры некроза миокарда (тропонин Т, КФК, МВ-КФК, ЛДГ). Первичные чрескожные коронарные вмешательства (коронарография, ЧТКА, стентирование) проведены 51 больному (30%), фибринолитическая терапия – 41 больному (25%). Кровь на сывороточную глюкозу и клинический анализ забиралась сразу же при поступлении пациента.

Полученные результаты и обсуждение. Анализ дисперсии средних значений ГЛИ при осложнениях ОИМ показал, что у умерших больных его значение выше ($1,3\pm 0,18$ у.е. против $0,85\pm 0,04$ у.е. у выживших, $p<0,001$). При кардиогенном шоке, фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии, отеке легких дисперсия ГЛИ была значительно выше ($p<0,0001$). При феномене невосстановления кровотока (no-reflow) во время ангиопластики дисперсия ГЛИ оказалась статистически значимой ($1,3\pm 0,31$ у.е. при no-reflow, против $0,97\pm 0,06$ у.е. тех, у кого удалось восстановить кровоток в дистальном сосудистом русле, $p<0,05$). Также отмечена сопряженность дисперсии средних величин ГЛИ у пациентов с исходно высокой степенью стеноза коронарной артерии ($p<0,05$) и при большей степени остаточного стеноза после вмешательства на коронарной артерии ($p<0,05$).

Из клинико-лабораторных данных получена дисперсия средних величин ГЛИ в зависимости от степени элевации сегмента ST на ЭКГ ($p<0,05$), по показателям коагуляционного гемостаза ($p<0,05$), КФК ($p<0,05$), систолического и диастолического АД ($p<0,05$).

Анализ корреляции ГЛИ с осложнениями ОИМ показал его умеренную взаимосвязь с летальностью ($r=-0,29$, $p<0,001$), кардиогенным шоком ($r=-0,42$, $p<0,0001$), отеком легких ($r=-0,33$, $p<0,001$), желудочковой тахикардией ($r=-0,42$, $p<0,0001$), фибрилляцией желудочков ($r=-0,41$, $p<0,0001$). Феномен невосстановления кровотока (no-reflow) после операции реваскуляризации и ГЛИ коррелировали с умеренной степенью ($r=0,29$, $p<0,05$), преимущественным поражением левой коронарной артерии ($r=0,34$, $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, ГЛИ, глюкоза крови и лейкоциты при ОИМ могут быть включены в шкалы стратификации риска с большей степенью предсказуемости неблагоприятного течения заболевания, чем используемые в некоторых шкалах гемоглобин и креатинин крови.