

«ЧИСТЫЕ» КОРОНАРНЫЕ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Г.В. Моисеенков, Р.А. Гайфулин, О.Л. Барбараш, С.А. Бернс, Л.С. Барбараш (Кемерово)

Цель: ретроспективный анализ результатов КАГ у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: за период 2006-2007 гг. (10 месяцев) в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения выполнено 823 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Поводом для ЧКВ явился ОКС. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 61,8±9,5 лет (мужчины – 63%, женщины – 37% обследуемых). КАГ выполнялась по стандартной методике Джаткинса. Исследования проводились на ангиографических установках Coroscor и Innova-4000 фирмы Siemens.

Результаты: из всех проведенных инвазивных вмешательств в 199 случаях (24,2%) процедуры закончились на этапе КАГ. Для уточнения причин отказа от инвазивной лечебной тактики у данной категории больных, пациенты в последующем были разделены на 3 группы: 1 группа (n=58) – больные с элевацией сегмента ST (Q-образующий ИМ), 2 группа (n=98) – больные без элевации ST (Q-необразующий ИМ) и 3 группа (n=43) – больные с нестабильной стенокардией (НС). По результатам КАГ выделены следующие причины отказа от проведения ЧКВ: А – больные без атеросклеротического поражения КА, Б – с гемодинамически незначимыми поражениями и В – больные, которым проведение реваскуляризации невозможно и/или имелись показания только для открытой хирургии.

Таблица 1

Группы	Q-ИМ (n=58)	Не Q-ИМ (n=98)	НС (n=43)	F	p
А	0	35 (36%)	10 (23%)	2,11	нд
Б	10 (17%)	29 (30%)	10 (23%)	3,14	нд
В	48 (83%)	34 (34%)	23 (54%)	2,63	нд

При анализе результатов, представленных в таблице 1, в группе больных с Q-ИМ причиной отказа от ЧКВ в большинстве случаев явились диффузные, с высоким риском вмешательства поражения коронарного русла (83%) и, в меньшей мере, больные с гемодинамически незначимыми поражениями КА (17%). Однако в двух других группах суммарное количество больных с отсутствием (59%) или с незначительными поражениями КА (53%) было гораздо больше. С одной стороны, коронарная недостаточность у данной категории больных могла быть обусловлена коронароспазмом или острой окклюзией с последующим спонтанным тромболизмом, но

с другой – речь может идти о гипердиагностике ОКС. В представленной нами проблеме существует еще один открытый вопрос – наличие извитости коронарных сосудов и пристеночного стояния контраста, что, видимо, требует дальнейшего изучения.

Заключение: таким образом, по нашим данным, выбор ранней инвазивной стратегии лечения больных ОКС в более чем 25% случаев приводит к отказу от проведения ЧКВ. Возможно, с целью снижения количества подобных случаев необходимо придерживаться «более консервативной» тактики лечения, что в свою очередь привлекает снижением экономических затрат и риска.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ИБС В СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

З.Р. Овесян, Д.Г. Громов, С.А. Ярков, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Цель исследования: изучить возможность эндоваскулярного лечения в средне-отдаленном периоде у пациентов с ИБС после хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы: В настоящем исследовании изучена судьба 197 пациентов с ИБС (57,2±3,8 лет.), которым спустя 7,1±0,8 мес. после хирургической реваскуляризации миокарда проводились коронарография и шунтография. Исходно перед КШ у 152 (77,1%) больных отмечалась стенокардия напряжения III-IVФК (по Канадской классификации), у 34 (17,3%) – нестабильная стенокардия, у 11 (5,6%) – ИМ (в сроки до 3 недель с момента развития). Показаниями для КШ явились поражение ствола ЛКА у 65 (33%) больных, 3-х сосудистое поражение у 148 (75,1%), 2-х сосудистое поражение у 49 (24,9%). В средне-отдаленном периоде изучено состояние 582 шунтов: 332 (57%) – аортокоронарных (из которых – 101 (30,4%) аутоартериальный и 231 (69,6%) аутовенозный) и 250 (43%) маммарно-коронарных.

Результаты: Клиническое улучшение наблюдали у 176 (89,3%) больных: у 152 (77,1%) клиника стенокардии полностью отсутствовала, у 23 (11,7%) отмечалось снижение на 2 функциональных класса стенокардии. Лишь у 8 (4,1%) пациентов наблюдали стенокардию напряжения III ФК и у 9 (4,6%) – нестабильную стенокардию, 3 (1,5%) пациента перенесли ОИМ. Причиной неудовлетворительного клинического течения у 6 (3%) пациентов явились окклюзия и стенозы в шунтах, в 6 (3%) случаях – неполная реваскуляризация, еще в 9 (4,7%) – прогрессирующий атеросклероз в нативных коронарных артериях.

При контрольной коронаро-шунтографии проходимыми оставались 539 (92,6%) шунтов, из которых 530 (91%) в хорошем состоянии, 9 шунтов были в удовлетворительном состоянии

(в 6 из них находили стенозирование дистальных участков до 50%, еще в 3 шунтах – диффузное поражение кондуита с сохранением удовлетворительного просвета); 22 (3,8%) шунта были окклюзированы (8 артериальных и 14 венозных), в 21 (3,6%) случае наблюдали гемодинамически значимые стенозы (7 артериальных и 12 венозных). Достоверно чаще стенозирующие и окклюзирующие поражения выявлены при использовании венозных шунтов – в 28 (12,1%) случае, в то время как при использовании артериальных шунтов – в 15 (4,3%) случаях, $p < 0,05$.

У 27 (13,7%) пациентов проводилась эндоваскулярная коррекция 31 пораженного сегмента: 9 процедур ТЛАП и 22 процедуры стентирования. Непосредственный ангиографический успех составил 100%. При этом, у 16 пациентов 18 (58,1%) ЭВП были выполнены в шунтах и шунтированных артериях; у 11 пациентов 13 (41,9%) – на нативных артериях (в 8 случаях по поводу прогрессирования атеросклероза, еще в 5 случаях – из-за исходно неполной реваскуляризации). Проведение ЭВП позволило снизить степень ФК стенокардии у 8 (29,6%), уменьшить потребность в антиангинальных препаратах у 11 (40,7%) пациентов и улучшить отдаленный прогноз.

В то же время изменения в шунтах и нативных артериях в ряде случаев сопровождалось отсутствием стенокардии при положительной ВЭМ-пробе и эпизодах ишемии при суточном мониторингировании ЭКГ (безболевого ишемия миокарда) – 7 (3,5%).

Выводы:

1. В средне-отдаленном периоде после операции прямой реваскуляризации миокарда у подавляющего большинства больных ИБС (89,6%) наблюдается улучшение клинического состояния, заключающееся в отсутствии приступов стенокардии или значительном их урежении, отсутствии транзиторных эпизодов ишемии миокарда.
2. У большинства больных с неудовлетворительным функциональным состоянием шунтов, с неполной реваскуляризацией и прогрессирующим атеросклерозом в нативных коронарных артериях в отдаленном периоде показано и возможно успешное выполнение эндоваскулярных процедур с хорошим ангиографическим результатом и клиническим прогнозом.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ СПИРТОВОЙ РЕДУКЦИИ МИОКАРДА

А.Г. Осиев, Д.С. Гранкин, Д.А. Редькин,
Ал.В. Марченко, Е. И. Кретов, А.В. Бирюков,
И.Малетина (Новосибирск)

Цель исследования: Оценить эффективность операций спиртовой редукции миокарда у паци-

ентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: В исследование включен 31 пациент с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Средний возраст составил 43 ± 7 лет. Из них мужчин – 23 (74,1%), женщин – 8 (25,8%).

Толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), по данным ультразвукового исследования, составила $2,3 \pm 0,3$ см, фракция выброса (ФВ) $78,3 \pm 4,9$ % и градиент давления $77,3 \pm 14,8$ мм рт.ст.

По данным прямой тензиометрии, градиент давления составил $81,4 \pm 7$ мм рт.ст.

Во время операции в одну или несколько септальных ветвей вводилось по 1-4 мл абсолютного спирта через двухпросветный баллонный катетер малого диаметра (1,5-3,0 мм). Интраоперационно при выполнении прямой тензиометрии градиент на уровне выходного отдела левого желудочка составил 11 ± 7 мм рт.ст.

Результаты: На первые сутки после операции толщина МЖП составляла $2,5 \pm 0,3$ см, ФВ $75,8 \pm 4,9$ % и градиент давления $50,4 \pm 4,5$ мм рт.ст. Спустя 6 месяцев после операции толщина МЖП, по данным УЗИ, $1,8 \pm 0,2$ см, ФВ $65,0 \pm 4,0$ % и градиент давления $20,5 \pm 3,6$ мм рт.ст.

Во время процедуры рубцовых изменений по ЭКГ и стойкой поперечной АВ блокады не возникло ни в одном случае. Отмечались подъем ферментов и тропонина, появление участков фиброза при уменьшении толщины и отсутствии нарушения локальной сократимости МЖП.

Выводы: Спиртовая редукция миокарда при ГКМП является безопасным и эффективным методом лечения. Следует учитывать характерную для этой операции динамику систолического градиента давления ЛЖ-Ао.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

А.Г. Осиев, Д.С. Гранкин, Д.А. Редькин,
Ал.В. Марченко, Е.И. Кретов, А.В. Бирюков,
И.О. Гражданкин (Новосибирск)

За последние годы транкатетерные технологии позволили добиться значительного прогресса в лечении пациентов с ИБС. Новейшие достижения в сфере разработки коронарных стентов сделали данную процедуру предельно безопасной и предсказуемой, количество рестенозов у большинства пациентов составляет менее 10%, произошло значительное снижение количества рестенозов и острых тромбозов в сравнении с применявшейся ранее изолированной баллонной ангиопластикой. При этом необходимо отметить тот факт, что остается немало проблем, которые только предстоит решить интервенционным кардиологам. Одной из них является проблема реканализации хронических окклюзий.