

Из 22-х больных с ХКО ПМЖВ у 16% больных было антеградное заполнение (внутрисистемное), у 12% больных имелось анте-и ретроградное заполнение, у 9% больных — ретроградное заполнение. У 16-и больных с ХКО огибающей артерии выявлено: антеградное заполнение у 7% больных, анте-и ретроградное заполнение — у 14% больных, ретроградное заполнение — у 5% больных, отсутствовало дистальное заполнение у 1-го больного (2%). Из 17-и больных с ХКО ПКА, у 10% имелось анте-и ретроградное заполнение, у 20% больных — ретроградное заполнение. По данным ПЭТ, при ХКО ПМЖВ жизнеспособный миокард (ЖСМ) выявлен у 22% больных, нежизнеспособный миокард (НЖСМ) — у 16% больных. У больных с НЖСМ в бассейне ПМЖВ у 3-х имелось анте-и ретроградное заполнение, у 5-и — антеградное заполнение, у 1-го — ретроградное. При ХКО ОА ЖСМ имелся у 16% больных, у 13% больных выявлен НЖСМ. У больных с НЖСМ в бассейне ОА, у 3-х имелось анте-и ретроградное заполнение, у 2-х — антеградное заполнение, у 2-х — ретроградное. При ХКО ПКА явления ЖСМ отмечались у 29% больных, у 2% больных выявлен НЖСМ, у которого имелось ретроградное заполнение. Ретроградное заполнение выявлено у 9-и больных (16%) с ЖСМ и у 7-и (13%) с анте-и ретроградным заполнением.

Исследования показали, что при ХКО ПКА наличие НЖСМ минимальны вследствие дистального ретроградного заполнения по внутрисистемным и(или) межсистемным коллатералям, примерно, в равном соотношении. Вопрос о реканализации ХКО инфарктсвязанной ПКА, имеющей достаточное коллатеральное дистальное заполнение, при отсутствии стенотических повреждений в других артериях, представляется дискуссионным. Требуется дальнейшее проведение исследования в виду небольшого количества исследованных пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДОСТУПОВ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ МЕТОДАМИ

Бондарь В.Ю., Поляков К.В., Лысов С.Е.,
Пушкарёв А.И.
Краевой клинический кардиоцентр
Краевая Клиническая больница №1 г. Хабаровска
им. проф. С.И.Сергеева, Хабаровск, Россия.

Цель. Изучить возможность применения различных артериальных доступов для эндоваскулярной диагностики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В краевом клиническом кардиологическом центре на базе ГУЗ ККБН №1 в период с января 2010 по сентябрь 2010 гг. трансрадиальный доступ для коронарографии был применен у 124 пациентов, из них мужчин 91 чел. (73,9%), женщин 33 чел. (26,1%). Средний возраст пациентов составил

56,50±11,31 (от 33,0 до 76,0) лет. Использовались правая и левая лучевая артерия. Коронарография проводилась на фоне внутриаартериального введения 5000 ЕД гепарина. Для устранения спазма лучевой артерии, интраартериально вводили 100 мкг нитроглицерина. В некоторых случаях использовали 23 см интродьюсер, что помогало избежать контакта катетера со стенкой артерии в спазмированной зоне, при этом нитроглицерин не вводился. Размер используемых инструментов 4-6 F. Время процедуры при лучевом доступе в среднем составило 23,50±2,97 (от 18,0 до 38,0) мин.

У 13 пациентов был применен трансбрахиальный доступ, из них мужчин 8 чел. (61,5%), женщин 5 чел. (38,5%). Средний возраст пациентов составил 50,08±5,10 (от 38,0 до 64,0) лет. Использовалась только правая плечевая артерия. Гепаринизация проводилась, как и при трансрадиальном доступе. Размер используемых инструментов 5-6 F. Время процедуры при плечевом доступе в среднем составило 22,08±4,06 (от 16,0 до 40,0) мин.

Результаты. По сравнению с трансфеморальным доступом длительность процедуры увеличилась незначительно — время процедуры составило при трансрадиальном доступе 23,50±2,97 мин, при плечевом доступе 22,08±4,06 мин. При использовании трансрадиального доступа осложнений не было зафиксировано. В группе трансбрахиального доступа в 1 случае имело место осложнение в послеоперационном периоде — тромбоз плечевой артерии. После произведенной тромбэктомии был полностью восстановлен артериальный кровоток.

Заключение. Трансрадиальный доступ несложен в исполнении и безопасен в плане возможных осложнений. Трансбрахиальный доступ вполне приемлем для катетеризации, что связано с большим калибром плечевой артерии, но при возникновении тромбоза плечевой артерии требуется экстренное оперативное вмешательство. Разница по времени исполнения обоих доступов незначительная. При использовании как трансрадиального, так и трансбрахиального доступов не требуется строгий постельный режим на период наложения давящей повязки, что значительно сокращает период госпитализации.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С БИОИНЖЕНЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ «GENOUS» ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ДВОЙНОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Бохан Н.С., Шилов А.А., Ганюков В.И., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН,
Кемерово, Россия.

Введение. В последнее время в клинической практике стал применяться биоинженерный стент нового поколения «Genous». Данный стент покрыт анти-телами к стволовым клеткам-предшественникам

эндотелиальных клеток, что обеспечивает его быструю эндотелизацию, снижает активацию тромбоцитов и вероятность процессов гиперпролиферации. К настоящему моменту только теоретически и в экспериментальных работах на животных обоснована возможность сокращения двойной дезагрегантной терапии при использовании стента «Genous».

Целью настоящего исследования была оценка госпитальных и отдаленных результатов имплантации стента с биоинженерным покрытием «Genous» с применением кратковременной двойной дезагрегантной терапии.

Материал и методы. Анализу подвергнуты госпитальные и отдаленные (6 месяцев) результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 27 больных, которым имплантирован стент «Genous». Через 14 дней после процедуры все пациенты, по рекомендации лечащего врача, прекращали прием клопидогреля, но продолжали прием аспирина. Средний возраст в исследуемой выборке составил $59,22 \pm 9,45$ лет. Превалировали больные мужского пола – 19 пациентов (70,4%). У 3 больных (11,1%) был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST, 24 (88,9%) пациента имели клинику стабильной стенокардии. Сахарный диабет отмечен у 5 больных (18,5%), артериальная гипертензия у 25 (92,6%). Средняя фракция выброса левого желудочка составила $56,7 \pm 8,4\%$. Постинфарктный кардиосклероз наблюдался у 15 (55,6%) пациентов. Шести пациентам (22,2%) ранее было проведено ЧКВ, 2 больных (7,4%) подвергались аорто-коронарному шунтированию. Хроническая аневризма левого желудочка отмечена у двух пациентов (7,4%) Однососудистое поражение коронарного русла имело место у 18 (66,7%) больных, двухсосудистое — у 5 (18,5%), тогда как трехсосудистое отмечено у 4 пациентов (14,8%). Средний процент исходного поражения коронарной артерии составил $87,6 \pm 12,3\%$. 26 больным (96,3%) был имплантирован один стент, лишь у 1 больного (3,7%) эндопротезирование сопровождалось установкой двух стентов. Средняя длина стентированного сегмента составила $20 \pm 7,2$ мм, средний диаметр стентов – $3,2 \pm 0,4$ мм.

Оценивались следующие показатели: успех вмешательства (остаточный стеноз менее 10%, кровотоки TIMI 3 при отсутствии осложнений), диаметр коронарной артерии в области имплантации стента, смерть, ОИМ, повторная реваскуляризация и любой тромбоз стента по определению Академического исследовательского консорциума (Academic Research Consortium – ARC). В качестве объединенного показателя анализировалось число случаев серьезных неблагоприятных событий (смерть, инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация целевого стеноза) за весь период наблюдения.

Результаты. Успех ЧКВ со стентированием отмечен в 100% случаев. Средний диаметр венечной артерии

в месте имплантации стента составил $3,3 \pm 0,5$ мм. В исследовании не отмечалось смертельных исходов, ОИМ, повторной реваскуляризации, а также тромбозов стентов в госпитальный период. Через 6 месяцев у 24 (88,9%) больных клиника стенокардии на уровне 0-1 функционального класса, в 3 (11,1%) случаях наблюдалась прогрессирующая стенокардия. Смертельных исходов и ОИМ не отмечалось. Восемнадцати (66,7%) больным проведена контрольная коронарография. У 3 (16,7%) пациентов, с клиникой прогрессирующей стенокардии выявлен рестеноз стента. Повторное вмешательство на целевом стенозе выполнено всем 3 больным. Объединенный показатель неблагоприятных клинических событий в анализируемой группе пациентов составил 3 случая – 16,7%.

Выводы.

1. Имплантация стентов «Genous» является безопасным (отсутствие госпитальных осложнений), эффективным методом лечения больных ИБС.
2. Сокращение сроков двойной дезагрегантной терапии после применения стентов «Genous» не сопровождалось тромбозами стентов.
3. Частота рестеноза после применения стентов «Genous» на протяжении 6 месяцев составила 16,7%.

ПРЕДИКТОРЫ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Бурова Н.Н., Бобровская Е.Е.

ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Определить предикторы ранней постинфарктной стенокардии (РПИС) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ).

Материал и методы. В исследование последовательно включен 141 больной с диагнозом ИМПСТ, получавшие консервативную терапию первые 14 дней заболевания. В зависимости от наличия РПИС отобранные в исследование больные разделены на две группы. В I группу включены 72 больных ИМПСТ с развитием РПИС (48 мужчин и 24 женщины; средний возраст $61,38 \pm 10,58$ года), во II группу – 69 больных без РПИС (56 мужчин и 13 женщин; средний возраст $58,27 \pm 12,10$ года). Частота использования основных групп лекарственных препаратов, применяемых при лечении больных на догоспитальном этапе и первые 14 дней ИМПСТ, в группах сравнения достоверно не различалась. Системный тромболизис проведен 39 больным I-й и 44 больным II группы ($p=0,25$).

Проведен сравнительный анализ частоты встречаемости признаков заболевания (клинических, лабораторных, инструментальных) в исследуемых группах, выявленных до 14 дня ИМПСТ