

с переходом на крупные ветви системы ЛКА у 18 пациентов (42,9%) У большинства пациентов отмечались гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях.

**Результаты исследования:** В 66,7% случаев (n=28) выполнялось прямое стентирование СЛКА, в 2 случае (4,8%) при выявленной окклюзии СЛКА потребовалось проведение механической реканализации и ТЛАП СЛКА. В ствол ЛКА в большинстве случаев были имплантированы т.н. голометаллические стенты. Использованные нами марки стентов: Multilink Tetra – 3, Penta – 2, BxSonic – 23, R-Stent Evolution – 4, а так же стенты с лекарственным покрытием: Dexamet – 1, Cypher – 4, Taxus – 2, Genius – 1, Driver – 1. В 2,4% случаев (n=1) в СЛКА было имплантировано 2 стента, ср. давление имплантации стента составило  $12,4 \pm 1,6$  атм., время имплантации  $19,3 \pm 0,7$  сек. Средний диаметр имплантированного стента составил  $3,9 \pm 0,5$  мм. при средней его длине  $14,6 \pm 1,1$  мм. В 100% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата. Эндovasкулярные вмешательства на СЛКА в 100% случаев протекали без осложнений. В 16,7% случаев одномоментно выполнялись эндovasкулярные вмешательства на другом сосуде, в том числе с применением техники «debulking». В 88,1% (n=37) случаев госпитальный период протекал гладко, в стабильном состоянии эти пациенты были выписаны из стационара. Внутригоспитальная летальность составила 9,5% (n=4). В среднем через  $6,01 \pm 0,6$  месяцев после стентирования СЛКА было повторно обследовано 52,4% пациентов (n=22). Возобновление клиники стенокардии отмечалось в среднем через 1,2 месяца после процедуры стентирования СЛКА. При контрольном обследовании у 13,6% пациентов отмечалась СН II ФК, у 36,4% пациентов НС II КФ, в 2 случаях пациенты были с ОИМ (9,1%), в 54,6% случаев (n=12) пациенты были асимптоматичны. У 22,7% (n=5) были клинические проявления сердечной недостаточности. При проведении контрольного УЗИ сердца ФВ ЛЖ 48,6%. Так же, отмечено недостоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, в среднем она составила 75Вт ( $p > 0,05$ ). Доля положительных нагрузочных проб составила 33,3% (n=3) При проведении контрольной коронароангиографии рестеноз стента СЛКА составил 50%. (n=11) Прогрессирование атеросклероза отмечено у 50% пациентов (n=11). В 45,5% случаев (n=10) пациентам рекомендовалось медикаментозное лечение, в 31,8% (n=7) случаев выполнялось повторное вмешательство по поводу in-stent стеноза СЛКА, 5 пациентам (22,7%) была рекомендована операция АКШ. Общая и коронарная выживаемость в отдаленном периоде после стентирования СЛКА составила 88,9%. Летальность (внутригоспитальная) в отдаленном периоде после стентирования СЛКА составила 9,1% (n=2).

**Заключение:** применение техники стентирования при поражении СЛКА при правильном подборе пациентов в большинстве случаев отмечается удовлетворительный непосредственный ангиографический результат эндovasкулярного лечения. Подобные эндovasкулярные вмешательства при стенозирующем процессе в стволе ЛКА могут являться альтернативным методом лечения у пациентов с многососудистым поражением венечного русла операции АКШ. Однако, в отдаленном периоде эффект от эндovasкулярного вмешательства на СЛКА сохраняется только лишь у 50% пациентов, причем у четверти исследуемых пациентов в средне-отдаленном периоде после стентирования СЛКА выявлялся т.н. «немой» рестеноз.

### ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОГО СЕТЧАТОГО КАРКАСА: НОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.В. Коротеев, И.Э. Белянко, В.К. Долотов, И.А. Нечаев, Е.А. Терновская, Т.Ю. Кулагина, А.А. Варданян, Н.А. Трекова, А.А. Еременко, П.Е. Колпаков, В.В. Ховрин  
(Москва)

**Цель.** Изучить клиническую эффективность операции имплантации экстракардиального сетчатого каркаса в лечении дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) при его изолированном (без дополнительных кардиохирургических вмешательств) использовании.

**Методы.** С октября 2003 г по октябрь 2007 г имплантация сетчатого каркаса была выполнена у 15 больных с ДКМП. Возраст больных составил  $43,1 \pm 10,8$  лет (от 28 до 62 лет). Исходные размеры и объемы левого желудочка (ЛЖ) составили: КДР  $7,1 \pm 0,9$  см, КДО  $251,7 \pm 80,7$  мл, КСО  $182,3 \pm 73,6$  мл; митральная недостаточность (МН)  $1,0 \pm 0,5$  ст. Фракция изгнания ЛЖ (ФИ) была равна  $25,2 \pm 6,0\%$ . Функциональное состояние больных соответствовало NYHA  $3,7 \pm 0,3$  кл.

**Результаты.** Случаев госпитальной летальности не было. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 4-х лет. Эпизодов декомпенсации кровообращения и летальных исходов в отдаленные сроки после операции не отмечалось. Имплантация сетчатого каркаса предотвратила прогрессирование дилатации сердца. Через 3 месяца после операции отмечено уменьшение объемов ЛЖ (КДО с  $251,7 \pm 80,7$  мл до  $229,0 \pm 61,3$  мл, КСО с  $182,3 \pm 73,6$  мл до  $167,7 \pm 46,2$  мл) и улучшение его насосной функции (увеличение ФИ с  $25,2 \pm 6,0\%$  до  $27,1 \pm 5,1\%$ , СИ с  $2,0 \pm 0,5$  мл/мин/м<sup>2</sup> до  $2,4 \pm 0,7$  мл/мин/м<sup>2</sup>). В отдельных случаях наступила полная нормализация размеров и систолической функции левого желудочка. Функциональное состояние больных улучшилось на один класс NYHA (с  $3,7 \pm 0,3$  до  $2,8 \pm 0,6$  кл.).

Актuarная выживаемость за период наблюдения составила 100 %. Представленный объем клинических наблюдений позволяет выявить позитивную тенденцию при использовании сетчатого каркаса, в то же время окончательные выводы о его роли могут быть сформулированы после продолжения исследования.

**Выводы.** Изолированная имплантация экстракардиального сетчатого каркаса у больных с ДКМП препятствует прогрессированию дилатации полостей сердца и способствует улучшению их функционального состояния.

### **ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС), РЕФРАКТЕРНЫХ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

И.Ю. Костянов, С.П. Семитко, М.В. Дягилева,  
Д.Г. Иоселиани (Москва)

**Введение:** При использовании стандартной медикаментозной терапии в лечении пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без элевации ST (NSTEMI) с сохраняющимися или рецидивирующими ангинозными болями, эпизодами жизнеугрожающих аритмий, явлениями НК, суммарные значения смертности и рецидива ОИМ составляют 2,4% в первые 48 часов и достигают 16,3% в течение 6 месяцев (Торол Е.Д., 2003). Правильный выбор лечебной стратегии может существенно снизить смертность и частоту серьезных кардиальных осложнений.

**Цель исследования:** Изучение непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярного лечения больных ОКС, рефрактерных к медикаментозной терапии.

**Материалы и методы:** В исследование включено 312 пациентов с ОКС, в возрасте от 39 до 82 лет (ср. возраст  $56,4 \pm 5,2$  года), большинство составили мужчины (76%). Всем пациентам проводилось эндоваскулярное лечение в первые 48 часов от момента поступления. Ургентность инвазивного вмешательства была обусловлена нестабильным течением заболевания. Сахарный диабет отмечали у 46 (14,7%) пациентов, перенесенный ОИМ у 112 (36%), хроническая почечная недостаточность у 16 (5,2%) пациентов, многососудистое поражение и поражение ствола ЛКА у 90 (29%) больных. Среднее количество значимо стенозированных артерий составило  $2,12 \pm 0,11$ . Всем больным было выполнено 427 эндоваскулярных процедур: имплантировано 259 стентов (успех в 98,7% случаев), проведено 168 процедур ТЛАП (успех в 93,9% случаев). В отдаленном периоде, в среднем через  $7,2 \pm 0,9$  месяца было проведено контрольное клиническое обследование, включая селективную КАГ и левую ВГ.

**Результаты:** На госпитальном этапе летальность в группе составила 0,9%, развитие ОИМ в 1,5% случаев, клиника стенокардии отмечалась в 4,5% случаев (у больных с неполной реваскуляризацией коронарного русла). При контрольном обследовании в отдаленном периоде клиническое улучшение наблюдалось у 274 (88,1%) больных: клиника стенокардии отсутствовала у 224 (72,2%) больных, у 50 (15,9%) больных отмечалась клиника стенокардии 1-2 ФК. У 68,4% получен отрицательный результат ВЭМ-пробы. Отмечено достоверное снижение потребления нитратов с 97% до 34%. Возврат нестабильной стенокардии и стенокардия 3-4 ФК отмечены у 27 (8,7%) пациента, ОИМ перенесли 9 (2,9%) пациентов, скончался 1 пациент (0,3%). При контрольной КАГ удовлетворительный результат был получен в 76,2% стентированных сегментах артерий, рестеноз выявлен в 21,5% случаях, окклюзия сосуда наблюдалась в 2,3% случаях. При ангиопластике КА удовлетворительный результат в отдаленном периоде отмечался в 69,8% случаев, рестеноз в 26,3% случаев, окклюзия в 3,9%. Повторная реваскуляризация проводилась у 72 (23%) пациентов, операция АКШ рекомендована 21 (6,7%) пациенту.

**Заключение:** Проведение urgentных эндоваскулярных процедур у пациентов с нестабильной стенокардией и Q-необразующим ОИМ, имеющих высокий риск кардиальных осложнений является эффективным и достаточно безопасным способом достижения клинической стабилизации пациентов на госпитальном этапе, эффект которого в значительной степени сохраняется и в отдаленном периоде. При полной реваскуляризации наблюдалась более высокая клиническая эффективность. У больных с ОКС и многососудистым поражением или поражением СЛКА, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, проведение инвазивных вмешательств является, вероятно, единственно возможной альтернативой прямой реваскуляризации миокарда.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МЕТОДАМИ КОРОНАРОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ КРАЙНИХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ**

И.Н. Кочанов, А.П. Кучинский, В. К. Сухов,  
Е.А. Шлойдо (Санкт-Петербург).

В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» более 30% пациентов, которым выполнялась коронарная ангиопластика и стентирование были от 60 лет и старше. Это послужило поводом для объективного анализа выполняемых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) пациентам данной возрастной категории и оценки возможности и