

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.,  
Пушкарев 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 ККБ№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 спазмогенной 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 несущественно — 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 несущественная. 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