

между группами с имплантированными стентами «Cypher» и «Eucatax» были выявлены по количеству необходимых повторных КАГ (12,2% против 19,1%, соответственно, $p=0,02$) и по частоте TLR (4,7% против 9,2%, соответственно, $p=0,03$). Через 2 года достоверные различия были выявлены по частоте TLR (6,25% против 16,3%, соответственно, $p=0,0001$) и комбинированной конечной точке MACE (7,8% против 18,4%, соответственно, $p=0,001$). Показатели рестенозирования при повторной КАГ через 2 года в группе пациентов с имплантированным стентом «Eucatax» были достоверно выше, чем в группе пациентов с имплантированным стентом «Cypher».

Заключение. Наш опыт использования стента «Eucatax» покрытого паклитакселем в сравнительном исследовании со стентом «Cypher» покрытого сиролimusом, показывает преимущество стента «Cypher» в уменьшении частоты повторной реваскуляризации целевого сегмента (TLR) и больших неблагоприятных коронарных событий (MACE).

КЛИНИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГКМП И ИБС

Шлойдо Е.А., Сухов В.К.
Городская многопрофильная больница №2,
Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Обструкция выносящего тракта ЛЖ является важнейшим фактором прогрессирования сердечной недостаточности и выживаемости у больных ГКМП. В случае присоединения атеросклеротического поражения коронарных артерий резко ухудшается клиническое течение и прогноз заболевания. Частота сочетания врожденной патологии миокарда в виде обструктивной ГКМП с приобретенной в результате атеросклероза ИБС составляет 7–10%. До недавнего времени такое сочетание заболеваний являлось показанием для аортокоронарного шунтирования и миоэпектомии.

Целью исследования явилось изучение эффективности, безопасности, методических аспектов одномоментного эндоваскулярного вмешательства при комбинации обструктивной ГКМП с различными вариантами значимого поражения коронарного русла при ИБС, в том числе, и при соединении постинфарктной ишемической кардиомиопатии.

Материал и методы. Среди 121 пациента, которым нами была проведена спиртовая абляция МЖП по поводу обструктивной ГКМП, 15 больным выполнено одномоментное сочетанное вмешательство: этаноловая септальная абляция и коронарное стентирование в связи с сопутствующим выраженным атеросклеротическим поражением коронарных артерий. В этой группе больных

ГКМП достоверно чаще встречались сахарный диабет, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия. В клинике преобладал тяжелый ангинозный синдром. У 8 пациентов выявлены однососудистые атеросклеротические поражения, у 4 — двухсосудистые, у 2 — трехсосудистые, у 1 пациента — стеноз ствола ЛКА. Выраженность их составляла 75–87%. У двоих пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе имелось нарушение систолической функции ЛЖ с зонами акинезии и снижением ФВ. У всех этих пациентов определялась значимая обструкция выходного тракта ЛЖ в покое, с градиентом давления от 60 до 85 мм рт.ст.

Транскоронарная этаноловая абляция выполнялась под контролем эхо-контрастирования целевой зоны миокарда МЖП. В результате абляции достигнуто интраоперационное снижение градиента до 20–30 мм рт.ст., после чего все выявленные стенозы коронарных артерий устранены установкой стента, (в т.ч., 11 — с лекарственным покрытием). 10 стентов были установлены при поражениях ПМЖВ, в том числе 1 — бифуркационный, 5 — при поражениях ПКА, 4 — при поражениях ОВ.

Результаты. Сразу после операции все больные отмечали исчезновение приступов стенокардии и значительное уменьшение одышки. Осложнений (инфаркта миокарда, полной поперечной блокады, желудочковых аритмий) не было. При последующем наблюдении эффект лечения устойчиво сохранялся, градиент давления оставался гемодинамически незначимым, редуцировалась толщина МЖП, ФВ существенно не изменялась при исходно нормальной, либо улучшалась при исходно сниженной в результате предшествующего ИМ. В одном случае было выполнено повторное стентирование рестеноза простого металлического стента.

Обсуждение результатов. Субстратом ишемии при ГКМП является нарушение интрамурального кровотока гипертрофированного миокарда. Наличие обструкции выходного тракта ЛЖ, увеличивая постнагрузку сердца, усугубляет ишемию. Присоединение атеросклеротического поражения эпикардального кровотока в этой ситуации неизбежно усиливает тяжесть заболевания. Существенно, что гемодинамическая значимость обструкции выходного тракта ЛЖ еще более возрастает после перенесенного инфаркта миокарда, когда высокую постнагрузку вынужден преодолевать ослабленный рубцом ЛЖ. Коррекция лишь одного из двух заболеваний (ИБС или обструктивной ГКМП) не приводит к значимому клиническому эффекту. Важный аспект комбинированной интервенции — возможность применения ее в случае присоединения ишемической кардиомиопатии с нарушением систолической функции ЛЖ. Показатели ФВ и постинфарктного ремоделирования ЛЖ продемонстрировали отчетливую положительную динамику после устранения обструкции в этих случаях. Поэтому мы считаем

патогенетически целесообразной и необходимой одномоментную септальную спиртовую абляцию и коронарную реваскуляризацию при сочетании обструктивной ГКМП и ИБС. Такой подход к лечению этих пациентов может рассматриваться в качестве альтернативы хирургическому.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМИ БИФУРКАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А.
НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва
Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, Москва, Россия.

Проблема эндоваскулярного лечения бифуркационных стенозов коронарных артерий (БСКА) до сих пор остается до конца не решенной. В настоящее время известно более 12 методик бифуркационного стентирования. Наиболее существенными их недостатками являются избыточная локальная «металлизация» стентированной артерии из-за наложения стентов друг на друга, а также нарушение целостности полимерно-лекарственного слоя стентов во время операции. Все это может служить субстратом для развития рестеноза и тромбоза артерий бифуркации, что снижает клиническую эффективность бифуркационного стентирования в отдаленном периоде. Внедрение в практику стентов с лекарственным покрытием у больных с истинными БСКА способствовало снижению частоты рестеноза в стенке магистральной артерии до 3 - 5%, однако частота рестенозов боковой ветви, требующих повторных вмешательств, остается по-прежнему достаточно высокой

Цель. Изучить влияние предложенного дифференцированного подхода к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА на отдаленные результаты вмешательства.

Материал и методы. В исследование вошли 145 пациентов с истинными бифуркационными стенозами коронарных артерий. Выбор стратегии бифуркационного стентирования обсуждался для каждого пациента индивидуально, на консилиуме, с участием кардиохирурга, кардиолога и эндоваскулярного хирурга и основывался на выявлении факторов риска эндоваскулярного вмешательства и определения степени риска вмешательства по шкале SYNTAX на дооперационном этапе. Таким образом, 86 (59,3%) пациентам было выполнено «provisional T» стентирование, а 59 (40,7%) пациентам полное бифуркационное стентирование по методике «Т-стентирования» (n=32), «V-стентирования» (n=11), «crush» (n=7), «mini-crush» (n=4), «double-kissing crush» (n=5). Средний период наблюдения составил $16,23 \pm 2,11$ месяцев. Всем пациентам в

область бифуркации были имплантированы стенты с лекарственным покрытием (n=204), среди которых были стенты «CYPHER» (n=106) и «TAXUS» (n=98). Для оценки отдаленных результатов всем пациентам выполняли коронарографию, нагрузочные тесты, стресс-ЭХО КГ с добутамином. Результаты считали удовлетворительными в случае отсутствия: рестеноза в стенке по данным цифровой ангиографии; клинической картины стенокардии напряжения III-IV функционального класса через 12 месяцев после операции; положительных нагрузочных тестов; снижения толерантности к физической нагрузке; кардиальных осложнений (смерть, ИМ, повторные вмешательства).

Результаты. Общая выживаемость пациентов в обеих группах составила 100%. У всех пациентов в отдаленном периоде, по сравнению с показателями на госпитальном этапе, отмечено достоверное улучшение кинетики миокарда, а также увеличение толерантности к физической нагрузке и показателей фракции выброса левого желудочка ($p < 0,0001$). Частота рестеноза в боковой ветви бифуркации составила 5,5 и 2,94% соответственно в группах «provisional T» стентирования и полного бифуркационного стентирования ($p > 0,05$), тогда как в магистральной ветви рестеноз отсутствовал. Повторное вмешательство на стентированном сосуде выполнялись у 5,5 и 5,8% пациентов соответственно ($p = 0,7$). Повторные операции на стентированном сегменте — у 5,5 и 3% пациентов соответственно ($p = 0,2$). ИМ наблюдали у 2,7% пациентов из I группы и у 5,8% пациентов из II группы ($p = 0,3$), при этом, у пациента из группы полного бифуркационного стентирования, причиной ИМ послужил тромбоз стента «Taxus Liberte». Выживаемость, свободная от стенокардии, ИМ и повторных вмешательств, составила 83,33% в группе «provisional T» стентирования и 91,18% в группе полного бифуркационного стентирования ($p = 0,3$).

Заключение. Дифференцированный подход к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА, основанный на выявлении факторов риска вмешательства и оценки степени риска вмешательства по шкале SYNTAX позволил существенно улучшить отдаленные результаты бифуркационного стентирования коронарных артерий.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СФЕРИЧЕСКОГО ЭМБОЛИЗАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМ МАТКИ

Шукуров Б.М., Исаева Л.В.
Клиника № 1 Волгоградского
Госмедуниверситета, Волгоград, Россия.

Выполнены эмболизации маточных артерий у 21 женщины в возрасте 30-50 лет. Показанием к операции явилось наличие симптомной миомы матки, или ее бессимптомный быстрый