

Тезисы ежегодной научно-практической конференции Российского Научного Общества Интервенционных Кардиоангиологов «Теория и практика современной интервенционной кардиоангиологии»

Москва, 11-13 ноября 2009 г.

ЛУЧЕВОЙ ДОСТУП – НЕОПРАВДАННО РЕДКО ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДОСТУП ПРИ ИНТЕРВЕНЦИЯХ

Артемьев В.Н., Чевыров А.Ю.
Центр Хирургии Сердца «КорАлл»,
Нижний Новгород, Россия

В нашем центре с 2006 г. лечебные и диагностические вмешательства выполняются в 98.7% случаев через лучевую артерию. За этот период были выполнены интервенционные процедуры 2157 пациентам, из них лечебных – 308.

Были успешно катетеризированы венечные, внутренние сонные, позвоночные, внутренние грудные артерии. Выполнялись стентирования коронарных артерий, в т.ч. – основного ствола ЛКА с использованием «kissing»-методики, реканализации хронических окклюзий, стентирования аутовенозных шунтов; стентирование чревного ствола.

Общее время выполнения стандартной коронарографии лучевым доступом составило 11,4 мин. против 14.2 мин. – бедренным доступом, время работы рентгеновской трубки 2.1 против 2.9 мин – соответственно.

Пресловутая техническая сложность этой методики преодолевается с накоплением опыта. Пункция и катетеризация лучевой артерии оказывается легче выполнимой, чем катетеризация бедренной, особенно у тучных пациентов. Основным залогом успеха является качественный инструмент. Специальный набор иглы и проводника 0.018 inch, интродьюсер с тонким бужем, позволяют минимально травматично выполнить вмешательство с низким риском осложнений. Для выполнения рутинных коронарографий мы используем катетеры 4F, при коронарных вмешательствах – 5-7 F. У трех пациентов использовался катетер 8F – без окклюзии лучевой артерии после удаления интродьюсера.

Тромбоз лучевой артерии мы наблюдали у 26 пациентов (1.2%), все они были бессимптомными и, в большинстве случаев, связаны с ее малым диаметром и спазмом во время катетеризаций.

Окклюзия, спазм и аномалии развития (рассыпной тип, диаметр менее 1 мм и др.) лучевой артерии не всегда являются ограничением для выполнения методики, т.к. на другой руке лучевая

артерия может быть доступной для нормальной катетеризации. С этим у нас были связаны переходы на левую руку, которые в большинстве случаев были успешными.

Интересной особенностью методики является возможность катетеризации обеих венечных артерий одним катетером (63% всех коронарографий). Это значительно удешевляет и упрощает процедуру.

Облегченный гемостаз места пункции артерии и сокращение продолжительности процедуры удешевляют ее и повышают комфортность метода как для врача, так и для пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ТРОМБОЗА СЕНТА С АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ

Артемьев В.Н.
Центр Хирургии Сердца «КорАлл»,
Нижний Новгород, Россия

Пациент А. 43 л. поступил в нашу клинику на обследование 2.03.07 с диагнозом ИБС: стенокардия III КФК, ГБ, ожирение III ст. (вес 140 кг), сахарный диабет 2 типа.

На коронарографии были выявлены стенозы 3 ст. в проксимальных сегментах ПНА и ОА.

14.03.07 (в Армении) было выполнено стентирование ПНА и ОА двумя стентами с антипролиферативным покрытием с хорошим результатом. Чувствовал себя удовлетворительно до 9.04.08 г. (после стентирования прошло 13 мес.), пока не появилась возвратная стенокардия. На коронарографии: в ПНА – парастентовое контрастирование с многочисленными мелкими аневризмами – признаки изъязвления артерии, стент в ОА – без особенностей. Решено отказаться от вмешательства. Была увеличена дозировка клопидогреля до 150 мг в сут., проведен недельный курс лечения преднизолоном. С улучшением был выписан по месту жительства.

23.06.09 (еще через 15 мес.) после 2-х дневного перерыва в приеме дезагрегантов, внезапно ухудшилось самочувствие, был госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Проводился системный тромболизис раствором «Актилизе» 100 мг, без эффекта. Через 4.5 часа после начала

клинических проявлений выполнена коронарография. Определялась окклюзия ПНА в месте стентирования – тромбоз стента. Была незамедлительно проведена реканализация ПНА в месте стентирования и баллонная ангиопластика без имплантации стента. Просвет артерии восстановился полностью, без признаков парастентового кровотока.

Пациент на 2-е сутки переведен в кардиологическое отделение на долечивание и реабилитацию. С минимальными потерями сократимости выписан из стационара.

Таким образом, имплантация стентов с антипролиферативным покрытием может спровоцировать повреждение стенки коронарной артерии по типу васкулита, с появлением парастентового кровотока, приводящее к тромбозу этого стента в отдаленном периоде, с вытекающими из этого тяжелыми осложнениями. Вероятно, назначение длительной двойной дезагрегантной терапии и выполнение контрольной коронарографии в отдаленном периоде профилируют фатальные осложнения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С., Травин Г.Ю., Кавтеладзе З.А., Артамонова Ю.В. Центр Эндохирургии и Литотрипсии, Москва, Россия

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии (СЛКА) с помощью стентов с лекарственным покрытием (СЛП).

Материалы и методы: С ноября 2004 г. по ноябрь 2006 г. стентирование СЛКА с помощью СЛП было выполнено у 158 пациентов в возрасте от 47 до 72 лет (средний возраст $55 \pm 2,4$ г). По локализации поражения распределились так: устье СЛКА – 15 пациентов (9,5%), средний сегмент – 21 (13,3%), бифуркация – 91 (57,6%), устье передней межжелудочковой (ПМЖА) или огибающей (ОА) артерии – 31 пациент (19,6%). У 143 пациентов отмечали хроническую стабильную стенокардию III-IV функционального класса по CCS, у 15 нестабильную стенокардию. Сопутствующий диабет имели 32 пациента (20,2%). Сниженная сократительная функция ЛЖ наблюдалась в 23 случаях (14,5%). Имплантировали один стент у 68 пациентов (43,1%) и два и более стента у 90 (57,0%). При бифуркационном стентировании применяли технику “Cullotte” – 80 пациентов (50,6%) и “crush” – у 78 (49,4%). Во всех случаях бифуркационных и/или устьевых поражений ПМЖА и ОА вмешательство заканчивали методикой «целующихся баллонов». Ингибиторы рецепторов IIb/IIIa применяли у 25 пациентов (15,8%).

Результаты: Непосредственный клинический и ангиографический успех был достигнут у всех пациентов. В отдаленном периоде (6-34 мес.) рестеноз (рецидив стенокардии) отметили у 19 пациентов (12,1%). Из 19 пациентов с рестенозом у 15 (78,9%) выполнена бифуркационное стентирование, а у 4-х – имплантация 1-го стента с дополнительной дилатацией «целующимися» баллонами. Всем этим пациентам была выполнена повторная реваскуляризация (ПРМ) миокарда с помощью баллонной дилатации (10 пациентов) или имплантации дополнительного СЛП (4 пациента). Еще 5 пациентов были направлены на АКШ. 3-х летняя выживаемость пациентов без стенокардии и сердечно-сосудистых происшествий при изолированном поражении ствола ЛКА составила – 94,9%, при поражении ствола + 1 сосуда – 92,5% ($p=0,76$), при поражении ствола + 2 сосудов – 88,7% ($p=0,24$) и при поражении ствола + 3 сосудов – 70,4% ($p<0,0012$). При сравнении групп с применением техники “Cullotte” и “crush” достоверных различий в отдаленных результатах не обнаружено.

Заключение: Стентирование поражений ствола ЛКА с помощью СЛП является эффективной процедурой с точки зрения отдаленных результатов и низкой частоты рецидива стенокардии и ПРМ. Полученные результаты показывают, что применение СЛП может являться альтернативой хирургической реваскуляризации миокарда при изолированных поражениях СЛКА. При наличии соответствующих интраоперационных условий имплантация одного стента является лучшей стратегией лечения поражений ствола ЛКА для улучшения отдаленных результатов стентирования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ЭПОХУ «МЕТАЛЛИЧЕСКИХ» И «ЛЕКАРСТВЕННЫХ» СТЕНТОВ (ЧТО ДАЛО МАССИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СТЕНТОВ В КАЖДОДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ)

Бабунашвили А.М., Шувалова М.С. Центр эндохирургии и литотрипсии, I ММА им. И.М. Сеченова, факультет управления здравоохранением, Москва, Россия

Введение: Лекарственные стенты (ЛС) снижают частоту рестенозов, но, по многочисленным данным, повышают риск поздних тромбозов по сравнению с металлическими стентами (МС). Целью исследования является выяснить, как эти характеристики ЛС повлияли на работу катетеризационной лаборатории и результаты лечения коронарного атеросклероза в ближайшем и отдаленном периодах.