

восстановление почечного кровотока, при условии отсутствия других причин развития почечной недостаточности, приводит к достоверному улучшению функции почек в 30% случаев, в остальных случаях функция достоверно не изменяется.

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).

Материал и методы. С ноября 2004 г. по ноябрь 2006 г. стентирование СЛКА с помощью СЛП было выполнено у 158 пациентов в возрасте 47-72 года (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 «Culotte» – 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 месяцев) 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 составило – 94,9%, при ствол+1 сосуд – 92,5% ($p=0,76$), при ствол+2 сосуда – 88,7% ($p=0,24$) и ствол+3 сосуда – 70,4% ($p<0,0012$). При срав-

нении групп с применением техники «Culotte» 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 частотой 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.

ЛЕЧЕНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

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

Цель работы. Оценить эффективность коронарного стентирования (КС) стентами с лекарственным покрытием при наличии различных типов бифуркационных поражений коронарных артерий.

Материал и методы. Анализу были подвергнуты результаты КС различных типов бифуркационных стенозов у 204 пациентов в возрасте 35–76 лет (средний возраст $54,3 \pm 3,4$ года). Распределение типов стенозов по классификации Medina: 45 – тип 1:1:1 (22,1%), 60 (29,4%) – 1:0:1 типа, 67 (32,8%) – 1:1:0 типа и 22 (10,7%) – 0:1:0 тип. Y-образные бифуркации имели место в 177 (86,7%) случаях, T-образные – 27 (13,3%). Стентированные бифуркации распределились следующим образом: ПМЖА+ДВ – 118 пациентов (57,8%), ОА+ВТК ОА – 47 (23,1%) и ПКА – 18 пациентов (19,9%). Техника «Culotte» применялась в 67 случаях (32,8%), «Crush» – 21 (10,3%), T-стентирование – в 22 случаях (10,8%), без стентирования боковая ветвь оставалась в 94 случаях (46,1%). В 174 случаях (85,3%) выполнялась финальная ангиопластика двумя баллонами методом «целующихся баллонов».

Результаты. Госпитальные осложнения отмечались у 11 пациентов (5,4%). Из них летальный исход в 1 случае (0,5%), ОИМ отметили у 10 пациентов (4,9%). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 до 44 месяцев. 1-годовая и 3-х летняя выживаемость составили соответственно 98,8% и 91,4%, соответственно. ОИМ отметили у 12 пациентов (6,2%). Контрольная ангиография была выполнена у 128 пациентов (66,3%). Ангиографический рестеноз составил 14,7%, из них в устье боковой ветви было локализовано 90,5% всех случаев рестеноза. Частота повторной реваскуляризации составила 11,3%. Из 94 пациентов с нестентирован-

ными боковыми ветвями рецидив стенокардии и ангиографический рестеноз отметили лишь в 5,7% случаев. Сравнительная оценка отдаленных результатов с применением разной техники стентирования ("Culotte", "Crush" в различных модификациях и Т-стентирование) не выявила статистически достоверной разницы в частоте рестенозов и MACE.

Заключение. КС бифуркационных поражений является эффективным вмешательством, учитывая как непосредственные, так и отдаленные результаты. Частота рестеноза при стентировании боковой ветви не зависит от примененной техники стентирования. Стентирование только магистральной артерии сопровождается низкой частотой повторных рестенозов и MACE.

РЕТРОГРАДНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: НОВАЯ ТЕХНИКА ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ УСПЕШНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С.,
Кавтеладзе З.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва, Россия

Проблема. Несмотря на усовершенствование инструментария и увеличение опыта интервенционных кардиологов, частота успеха при окклюзии коронарных артерии (КА) не превышает 75–80%.

Цель работы. Изучить коллатеральное кровообращение при окклюзии КА, разработать технику, определить оптимальный инструментарий, показания и противопоказания к ретроградной реканализации окклюзии коронарных артерии (РЕРОКА).

Материал и методы. Методика РЕРОКА была применена у 63 пациентов с ранее проведенной неудачной антеградной реканализацией окклюзии КА. Все пациенты были мужчинами в возрасте 52–67 лет, с множественными поражениями коронарного русла, без сопутствующего диабета. У двух пациентов ранее была выполнена АКШ, у 3-х пациентов в анамнезе отмечались Q-ИМ без снижения функции левого желудочка. Длительность окклюзии составила от 2 до 12 лет, протяженность окклюзии – 3,2–14,5 см. Кальциноз стенки КА в разной степени наблюдали у 8 пациентов.

В 35 случаях РЕРОКА была выполнена на правой коронарной артерии (ПКА), в 24 – на передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) и еще в 4-х случаях огибающей артерии (ОА). В трех случаях для РЕРОКА ПКА использовали коллатеральные пути от огибающей артерии (ОА), в 29 случаях септальные ветви ПМЖА. Реканализацию ПМЖА в 19 случаях проводили через септальные ветви задней межжелудочковой артерии (ЗМЖА) ПКА, а еще в двух через концевые верхушечные разветвления того же сосуда.

Во всех случаях РЕРОКА была выполнена правосторонним лучевым доступом с визуализацией

коллатеральных путей через контралатеральную радиальную артерию. Для прохождения коллатерали использовали проводники типа Pilot 50, Fielder FS, Whisper. Для реканализации применяли микрокатетеры Finecross или corsair и проводники PT2, shinobi, и семейство Miracle фирмы Asahi. Баллонные катетеры Maverick 1.5 мм, Rujin 1.25–1.5 мм. Средняя продолжительность процедуры составила $48,8 \pm 8,8$ мин (34–115 мин). Радиационная нагрузка $240,4 \pm 43,3$ Grey/cm² (67,7–704,7).

Результаты. Успех процедуры был достигнут в 50 из 63 случаев (80,4%). В одном случае развилась перфорация септальной коллатеральной ветви с экстравазацией контрастного вещества в межжелудочковой перегородке без отрицательных клинических и ангиографических последствий, в двух случаях не удалось провести микрокатетер через септальную коллатеральную ветвь. В 5 случаях (при РЕРОКА ПМЖА) не удалось ретроградным путем довести баллонный катетер для предилатации места окклюзии, несмотря на успешную проводниковую реканализацию. Клинический успех отметили у 43 пациентов, выразившийся в улучшении функционального класса стенокардии на две степени и более. Госпитальная летальность – 1,8% (1 случай), не Q-ИМ (повышение кардиоспецифических ферментов 1,5 раза и более) – 8,9% (5 пациентов). Осложнений со стороны артерии-доступа также не наблюдали.

Заключение. Для проведения РЕРОКА необходимо наличие специального инструментария, а также соответствующего опыта катетеризационной лаборатории и интервенционных кардиологов. Методика РЕРОКА является эффективной процедурой при эндоваскулярном лечении окклюзии КА и еще одним методом, увеличивающей возможности интервенционных кардиологов. Тем не менее, для окончательной оценки ее роли в увеличении частоты успешных вмешательств при окклюзии КА требуется дальнейшее накопление и анализ клинического материала.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПОЗДНЕЙ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ТРАНСРАДИАЛЬНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР: НОВАЯ ТЕХНИКА ДЛЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ КАРДИОЛОГОВ, ПРАКТИКУЮЩИХ ЛУЧЕВОЙ ДОСТУП

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С.,
Кавтеладзе З.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии,
Москва, Россия

Проблема. Несмотря на преимущества трансрадиального доступа (уменьшение койко-дней, достоверное снижение осложнений со стороны артерии-доступа, комфорт для пациента) в 9–20% случаев наблюдается поздняя окклюзия радиаль-