

летальный исход на 2 сутки после ЧКВ); 1 – «стволовая» пациентка с кардиогенным шоком – (летальность – 1,6%)

Контрольная КАГ проводилась 27 пациентам (у 22%) по клиническим показаниям в срок от 1 до 10 месяцев, при этом у 11 пациентов выявлен ангиографически значимый рестеноз стентированного сегмента («клинический» рестеноз в 9%), в 5 случае рестеноз стента, в 6 случаях рестеноз устья боковой ветви. У остальных пациентов выявлено прогрессирование атеросклеротического поражения в других коронарных артериях.

Заключение: Частота бифуркационных поражений коронарного русла у пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST составляет около 16%. При стентировании бифуркационных поражений у пациентов с ОКС имеется высокий риск компрометации боковых ветвей. Методика стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий одним стентом («Provisional T» стентирование) у пациентов с ОКС эффективна и безопасна.

МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЕНЕЧНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС: ОПЕРАЦИЯ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА?

Д.Г. Громов, С.П. Семитко, З.Р. Овесян,
Д.Г. Иоселиани (Москва).

Цель. Сравнительная оценка ближайших и средне-отдаленных клинико-ангиографических результатов прямой и эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла.

Материал и методы. Изучены данные 529 больных. Из них у 280 с 2001 по 2006 гг. было выполнено 280 операций прямой реваскуляризации миокарда (1 группа) и у 249 за тот же срок – 589 процедур стентирования венечных артерий (2 группа). По основным исходным данным группы достоверно не различались. В 1-ой группе количество дистальных анастомозов составило $2,87 \pm 0,8$ на человека. У 75 (26,8%) были использованы только артериальные кондуиты, у 202 (72,1%) – артериальные и венозные и у 3 (1,1%) – только венозные. Во 2-ой группе количество стентов составило $2,4 \pm 0,7$ на человека. У 76 (30,5%) больных было имплантировано 123 стента с антипролиферативным покрытием. Полной реваскуляризации миокарда удалось достичь у 171 (61,1%) пациента в 1-ой группе и у 171 (68,6%) – во 2-ой ($p > 0,05$). В средне-отдаленные сроки (через $8,1 \pm 4,6$ мес. в 1-ой группе и через $8,6 \pm 5,5$ мес. – во 2-ой) обследовано 185 (66,1%) и 180 (72,3%) человек соответственно.

Результаты. Методы реваскуляризации миокарда достоверно не различались по частоте больших сердечно-сосудистых осложнений.

В ближайшем периоде летальный исход наблюдали в 1 (0,35%) случае в 1 группе и в 1 (0,4%) – во 2-ой, развитие Q-образующего ИМ (вкл. фатальный) – у 2 (0,7%) и 3 (1,2%) больных соответственно ($p > 0,05$). В средне-отдаленные сроки в 1-ой группе летальных исходов отмечено не было, во 2-ой умерло 3 (1,7%) человека (во всех случаях по кардиологическим причинам), Q-образующий ИМ (вкл. фатальный) развился у 3 (1,6%) и 5 (2,8%) больных соответственно ($p > 0,05$).

Возврат клиники ИБС наблюдали у 45 (24%) пациентов в 1-ой группе и у 66 (37%) – во 2-ой ($p < 0,05$), повторная реваскуляризация миокарда была выполнена у 25 (13,5%) и 74 (41,1%) соответственно ($p < 0,05$). В 1-ой группе в 7 (3,9%) случаях – КШ. С неудовлетворительным ангиографическим результатом предыдущих вмешательств повторная реваскуляризация миокарда ассоциировалась у 14 (7,6%) больных в 1 группе и у 52 (28,9%) – во 2-ой ($p < 0,05$). В группе эндоваскулярного лечения чаще, чем в группе хирургического выявляли стеноз в месте вмешательства: 32 (6%) и 65 (16%) ($p < 0,05$). По частоте выявления окклюзий достоверного различия получено не было: 26 (5%) и 14 (3,4%) соответственно ($p > 0,05$). Из факторов неблагоприятных в отношении ангиографического результата ЭВП в сравнении с КШ были: возраст больного > 65 лет, сахарный диабет, низкая сократимость миокарда, а также: стеноз ствола ЛКА, проксимального сегмента ПМЖВ, тип поражения В2/С по АНА/АСС. При использовании стентов с антипролиферативным покрытием частота выявления неудовлетворительного ангиографического результата в подгруппах с вышеперечисленными факторами была сопоставима (таблица).

Группы	1 группа		2 группа (стенты с покрытием)	
Возраст > 65 лет	142	12 (8,5%)	19	0
Сахарный диабет	39	3 (7,7%)	18	2 (11,1%)
ФВ ЛЖ $< 50\%$	59	4 (6,8%)	14	1 (7,1%)
Стеноз пр/з ПМЖВ $> 70\%$	82	3 (3,7%)	21	1 (4,8%)
Поражение В2/С	336	35 (10,4%)	42	5 (11,9%)

Достоверное преимущество ЭВП в сравнении с КШ было получено только в подгруппах с исходным стенозом венечной артерии $< 70\%$.

Заключение. У большинства больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла эффективность методов прямой и эндоваскулярной реваскуляризации миокарда в средне-отдаленные сроки наблюдения сопоставима (в т.ч. у больных ИБС с потенциально неблагоприятными в отношении ЭВП факторами – при условии использования стентов с антипролиферативным покрытием).