

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИФУРКАЦИОННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛЬКО МАГИСТРАЛЬНОГО СОСУДА ПРИ БИФУРКАЦИОННОМ СТЕНОЗЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

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

Цель. Оценить целесообразность рутинного использования второго стента (стентирования боковой ветви) при процедуре стентирования венечных артерий в месте бифуркации.

Характеристика пациентов. В работу вошли данные 97 больных ИБС с бифуркационным поражением венечных артерий, которые были разделены на две группы. 1 группу составили 72 пациента со стентированием только основного сосуда, 2-ю группу – 25 пациентов со стентированием обеих ветвей бифуркации (из них у 15 (60%) пациентов была выполнена процедура V-стентирования и у 10 (40%) – процедура Т-стентирования). По основным клинико-анамнестическим и ангиографическим данным группы достоверно не различались. У подавляющего большинства больных в обеих группах имелось истинное бифуркационное поражение проксимального сегмента ПМЖВ ЛКА. Диаметр боковой ветви составил в среднем $2,2 \pm 0,3$ мм. в 1 группе и $2,3 \pm 0,2$ мм. – во 2-й. Исходная степень поражения магистральной артерии в обеих группах колебалась от 70 до 100%, исходная степень стеноза бокового сосуда – от 0 до 90%. Все ЭВП были выполнены по общепринятой методике. У подавляющего большинства больных в обеих группах использовали стенты без лекарственного антипролиферативного покрытия.

Результаты. Полную реваскуляризацию миокарда выполнили у 61 (84,7%) пациента в 1 группе и у 21 (84%) – во 2-й. Непосредственный успех ЭВП составил 100% в обеих группах. При этом после стентирования основной артерии ухудшение антеградного кровотока в боковой ветви наблюдали в 8% случаев в 1 группе и в 4% – во 2-й, по поводу чего были успешно выполнены соответственно баллонная ТЛАП или Т-стентирование боковой ветви через ячейку стента. Непосредственно после завершения ЭВП просвет боковой ветви в месте вмешательства был достоверно больше во 2 группе, чем в 1-й. случаев окклюзии боковой ветви, острого тромбоза сосудов в обеих группах отмечено не было.

В средне-отдалённом периоде обследованы 65 (90,3%) пациентов в 1 группе и 20 (80%) пациентов – во 2-й. Частота рестеноза основной ветви составила 24 (36,9%) и 9 (45%), частота окклюзии – 1 (1,5%) и 2 (10%) соответственно. Сохранение просвета боковой ветви с антеградным кровотоком TIMI 3 наблюдали в 62 (95,4%)

случаях в 1 группе и в 18 (90%) – во 2-й, при этом величина просвета бокового сосуда в группах достоверно не различалась. Частота рестеноза боковой ветви после баллонной ТЛАП (1 группа) составила 60% (9 из 15 случаев), после стентирования (2 группа) – 45% (9 из 20 случаев). Частота окклюзии боковой ветви – 0% и 5% (1 из 20 случаев) соответственно. случаев тромбоза стентов в 1 группе не наблюдали, во 2 группе тромбоз развился у 1 (5%) пациента в первые 30 суток и у 1 (5%) – в более поздние сроки.

Выживаемость за время наблюдения составила 100% в обеих группах. В ближайшем периоде случаев ИМ и стенокардии отмечено не было. В средне-отдалённом периоде ИМ развился у 2 (10%) больных во 2-й группе (из них Q-образующий ИМ – у 1 (5%)). Клинику стенокардии наблюдали у 27 (41,5%) пациентов в 1 группе и у 10 (50%) – во 2-й, у подавляющего большинства из них был выявлен рестеноз обеих ветвей бифуркации. Повторную реваскуляризацию миокарда выполнили в 27 (41,5%) и 11 (55%) случаях, из них на боковом сосуда – у 6 (9,2%) и 7 (35%) пациентов соответственно.

Заключение. Таким образом, при бифуркационном поражении венечных артерий у больных ИБС рутинное использование второго стента с целью стентирования боковой ветви не показало преимуществ по сравнению со стентированием только основного сосуда, как в отношении ангиографических, так и клинических результатов. Кроме того, при рутинном использовании второго стента чаще возникал рестеноз в основном сосуда, и отмечалась тенденция к увеличению частоты тромбоза стентов и развития ОИМ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОАП ПО ДАННЫМ ВСУЗИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Демин, С.А. Лавренко, А.В. Демин,
А.Н. Желудков (Оренбург)

Рентгенохирургический метод стал основным способом коррекции одного из самых распространенных видов врожденных пороков сердца – открытого артериального протока (ОАП). С появлением окклюдеров Амплатца потеряло актуальность ограничение, связанное с размерами протока. Тем не менее, точное измерение диаметра протока остается весьма важным для выбора и вида, и размера окклюдирующего устройства.

Учитывая известные ограничения ангиографических количественных измерений, связанные с плоскостным характером анализируемого изображения, мы с 2000 года используем для количественных измерений и качественного анализа ОАП внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).

За этот период произведено рентгеноэндоваскулярное закрытие ОАП 133 пациентам. Выполнено 115 исследований ОАП с использованием системы In-Vision Plus (86,5 % от общего числа операций). ВСУЗИ не выполнялось при повторных операциях, связанных с необходимостью установки дополнительной спирали, а также при очень небольших размерах ОАП, изначально требовавших предилатации коронарным баллоном для проведения эмболизационной доставочной системы.

В большинстве наблюдений (до 80 %) диаметр протока при внутрисосудистом ультразвуковом измерении превышал ангиографический показатель. При выборе спирали для эмболизации за основу принимались именно ультразвуковые данные.

Как нам представляется, существенное клиническое значение могут иметь качественные особенности морфологии ОАП, выявленные при внутрисосудистом ультразвуковом сканировании. Примерно в 10 % наблюдений отмечена пульсация стенки ОАП при неподвижном положении датчика в протоке. Около трети больных имели овальную форму протока, которая количественно характеризуется коэффициентом эксцентричности (отношение максимального к минимальному диаметру протока по данным ВСУЗИ на участке наименьшего поперечного сечения) более 1,3. Наконец, в некоторых наблюдениях ОАП имел в поперечном сечении резко неправильную форму. Чаще эта особенность отмечалась у пациентов после предшествовавшей операции перевязки ОАП, но не ограничивалась этими случаями. Все приведенные морфологические ситуации являются неблагоприятными с точки зрения эндоваскулярного закрытия ОАП с помощью спиралей, поскольку, с одной стороны, овальная и неправильная форма протока увеличивают площадь поперечного сечения, затрудняя закрытие просвета тромбом, с другой – могут способствовать плохой фиксации спирали, особенно при выраженной пульсации стенки. Поэтому ранее в подобных ситуациях мы или имплантировали одномоментно две спирали (при диаметре протока менее 3,5 мм), или отказывались от эндоваскулярного лечения при большем диаметре. В последние годы в упомянутых случаях нами успешно имплантируются окклюдеры Амплатца.

Кроме этого, нами выделено три разновидности визуализации стенки ОАП, характеризующие его анатомическое строение. В половине наблюдений ОАП имел тонкую стенку без четко различимой внутренней структуры. У трети пациентов, особенно при большом диаметре протока, контрастность стенки было резко снижена, иногда делая крайне затруднительным количественные измерения. Наконец, у 20 % пациентов, напротив, стенка имела четкую структуру, вплоть до трехслойной, и иногда была значительно утол-

щена. Как показал анализ, последний вариант является неблагоприятным с точки зрения наступления тромбоза вокруг спирали и сохранения остаточного сброса.

Таким образом, ВСУЗИ предоставляет рентгенохирургу ценную дополнительную диагностическую информацию, влияющую как на выбор метода коррекции порока и используемого инструмента, так и на результативность лечения.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

В.В. Демин, А.В. Славгородский, С.А. Лавренко
(Оренбург)

Клиническая интерпретация изменений электрокардиографической картины в ближайшем послеоперационном периоде после рентгеноэндоваскулярных реконструкций представляет несомненный практический интерес, поскольку неверная их оценка может приводить к ошибочной гипердиагностике острых состояний и влиять на дальнейшую тактику лечения, сроки реабилитации и трудоспособность пациентов. Вместе с тем надежных критериев трактовки изменений ЭКГ, в первую очередь сегмента ST и зубца Т, после этих операций не выработано.

Проведен анализ ЭКГ 80 пациентов, подвергнутых плановым рентгенохирургическим вмешательствам на коронарных артериях с получением кровотока по целевой артерии (артериям) типа TIMI III и отсутствием стенокардии в послеоперационном периоде. Мужчины в возрасте от 26 до 71 года (средний возраст – 53 года) составили 97,3 %, женщины от 61 до 73 лет – 2,7 %. Проводилась сравнительная оценка ЭКГ-данных, полученных во время основных этапов операции, а также в течение 1 – 3 суток после вмешательства.

Изолированные изменения сегмента ST и зубца Т, а также преходящие нарушения сердечного ритма в большинстве случаев неспецифичны. Однако все же удается выявить некоторые закономерности в зависимости от вида рентгенохирургического вмешательства. Реканализации хронических окклюзий с последующей ангиопластикой и стентированием коронарных артерий выполнены 39 больным, 20-ти из них – в сочетании с пластикой и стентированием одной или двух других коронарных артерий. У 69,2 % из этих пациентов выявлена отрицательная динамика на ЭКГ в тех отведениях, на которые проецируется зона кровоснабжения реканализуемой артерии (депрессия ST, снижение амплитуды «+» Т