

стентами. В отдаленном периоде после проведения ТЛАП in-stent положительная нагрузочная проба наблюдалась в среднем в 26,9% случаев. Средний порог толерантности составил $76,8 \pm 6,8$ Вт. Наиболее часто у пациентов изучаемых групп рестеноз стента выявлялся в бассейне передней межжелудочковой артерии в проксимальном сегменте ($p > 0,05$).

Результаты: Общая и кардиальная выживаемость пациентов в изучаемых группах в отдаленные сроки после эндоваскулярного лечения составила 100%. В отдаленном периоде после проведения эндоваскулярных вмешательств большинство пациентов изучаемых групп были свободны от стенокардии (60%), отмечалось улучшение клинического течения заболевания в исследуемых группах. При имеющейся изначально сохранной сократительной способности левого желудочка у пациентов I-IV групп на момент проведения эндоваскулярных вмешательств, при контрольном обследовании достоверного роста сократимости миокарда получено не было ($p > 0,05$). В результате проведенного исследования у пациентов изучаемых нами групп в отдаленном периоде отмечено достоверное уменьшение потребности в приеме основных классов антиангинальных препаратов: нитратов, β -блокаторов, антагонистов Са ($p < 0,05$). При проведении контрольного ангиографического исследования повторный рестеноз стента был выявлен в 22,2%, 25%, 14,3%, 25% случаев у пациентов I-IV групп ($p = 0,4$). Реокклюзия стента наблюдалась у 8,4% пациентов при изначально диффузно-пролиферативном характере рестеноза стента и у 14,5% пациентов при изначально окклюзированном стенте. В большинстве случаев выявления повторного рестеноза стента выполнялась успешная баллонная ангиопластика ($p > 0,05$). В остальных случаях рекомендовалась медикаментозная терапия, в случае прогрессирования атеросклеротического процесса – АКШ.

Заключение: Применение баллонной ангиопластики с целью лечения in-stent стенозов является наиболее доступным, простым и безопасным методом, у большинства пациентов в отдаленном периоде сохраняется положительный клинко-ангиографический эффект от проведенного эндоваскулярного лечения in-stent стеноза.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

А.В. Кононов, С.П. Семитко, А.Г. Колединский,
Д.Г. Иоселиани (Москва)

В большинстве случаев применение эндоваскулярных вмешательств на основном стволе ЛКА носит избирательный характер, требующий тща-

тельного отбора пациентов, большинство которых составляют, главным образом, пациенты с острой окклюзией ствола ЛКА с клиническими проявлениями острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока, а также пациенты с высоким риском проведения хирургической операции, в том числе пациенты с уже проведенной операцией прямой реваскуляризации миокарда левого желудочка (коронарного шунтирования).

Целью нашего исследования явилась оценка непосредственных и средне-отдаленных клинко-ангиографических результатов стентирования ствола ЛКА.

Материалы и методы: С июня 2002 года по май 2007 года на базе Научно-практического Центра интервенционной кардиоангиологии 42 пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства на стволе ЛКА по поводу его сужения. В большинстве случаев это были пациенты мужского пола 64,3% ($n=27$), в возрасте от 43 до 79 лет, средний возраст составил $60,1 \pm 12,1$ лет. У всех пациентов стаж ИБС в среднем не превышал 4,3 года (от 0 до 324 недель). Из факторов риска в 71,4% ($n=30$) отмечалась дислипидемия, у 85,7% ($n=36$) пациентов имелась артериальная гипертензия, у 45,3% ($n=19$) пациентов отмечалось табакокурение, у 20 пациентов (47,6% случаев) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, ОНМК перенес 1 пациент (2,4%), атеросклероз БЦА в 16,7% случаев ($n=7$), атеросклероз нижних конечностей в 11,9% случаев ($n=5$). В 52,4% случаев ($n=22$) были обследованы по экстренным показаниям. В 23,8% случаев отмечался острый инфаркт миокарда. Нарушения ритма сердца и проводимости фиксировались в 9,5% случаев ($n=4$). В 23,8% случаев ($n=10$) отмечались клинические проявления острой сердечной недостаточности, что потребовало применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК) в 7,1% случаев ($n=3$). СН II ФК была у 14,3% ($n=6$), СН III ФК у 31% ($n=13$), НС II КФ в 28,6% ($n=12$) случаев. При плановом обследовании в стационаре ср.ФВ составила $52 \pm 4,2\%$. Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, нагрузочный тест не выполнялся у 25 пациентов (59,2%). У оставшихся пациентов в 88,2% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $59,5 \pm 2,1$ Вт. При проведении диагностической коронароангиографии у всех изучаемых пациентов выявлялся гемодинамически значимое поражение ствола ЛКА, выявленный стеноз СЛКА колебался от 60 до 100% и в среднем составил 79,4%. В 4,8% случаев ($n=2$) отмечалась острая окклюзия ствола ЛКА. В 2,4% случаев была выявлен хронически окклюзированный СЛКА ($n=1$). Изолированное устьевое поражение СЛКА наблюдалось в 35,7% случаев ($n=15$), бифуркационное поражение ствола ЛКА наблюдалось в 28,6% случаев ($n=12$),

с переходом на крупные ветви системы ЛКА у 18 пациентов (42,9%) У большинства пациентов отмечались гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях.

Результаты исследования: В 66,7% случаев ($n=28$) выполнялось прямое стентирование СЛКА, в 2 случае (4,8%) при выявленной окклюзии СЛКА потребовалось проведение механической реканализации и ТЛАП СЛКА. В ствол ЛКА в большинстве случаев были имплантированы т.н. голометаллические стенты. Используемые нами марки стентов: Multilink Tetra – 3, Penta – 2, BxSonic – 23, R-Stent Evolution – 4, а так же стенты с лекарственным покрытием: Dexamet – 1, Cypher – 4, Taxus – 2, Genius – 1, Driver – 1. В 2,4% случаев ($n=1$) в СЛКА было имплантировано 2 стента, ср. давление имплантации стента составило $12,4 \pm 1,6$ атм., время имплантации $19,3 \pm 0,7$ сек. Средний диаметр имплантированного стента составил $3,9 \pm 0,5$ мм. при средней его длине $14,6 \pm 1,1$ мм. В 100% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата. Эндоваскулярные вмешательства на СЛКА в 100% случаев протекали без осложнений. В 16,7% случаев одномоментно выполнялись эндоваскулярные вмешательства на другом сосуде, в том числе с применением техники «debulking». В 88,1% ($n=37$) случаев госпитальный период протекал гладко, в стабильном состоянии эти пациенты были выписаны из стационара. Внутригоспитальная летальность составила 9,5% ($n=4$). В среднем через $6,01 \pm 0,6$ месяцев после стентирования СЛКА было повторно обследовано 52,4% пациентов ($n=22$). Возобновление клиники стенокардии отмечалось в среднем через 1,2 месяца после процедуры стентирования СЛКА. При контрольном обследовании у 13,6% пациентов отмечалась СН II ФК, у 36,4% пациентов НС II КФ, в 2 случаях пациенты были с ОИМ (9,1%), в 54,6% случаев ($n=12$) пациенты были асимптоматичны. У 22,7% ($n=5$) были клинические проявления сердечной недостаточности. При проведении контрольного УЗИ сердца ФВ ЛЖ 48,6%. Так же, отмечено недостоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, в среднем она составила 75 Вт ($p > 0,05$). Доля положительных нагрузочных проб составила 33,3% ($n=3$). При проведении контрольной коронароангиографии рестеноз стента СЛКА составил 50%. ($n=11$) Прогрессирование атеросклероза отмечено у 50% пациентов ($n=11$). В 45,5% случаев ($n=10$) пациентам рекомендовалось медикаментозное лечение, в 31,8% ($n=7$) случаев выполнялось повторное вмешательство по поводу in-stent стеноза СЛКА, 5 пациентам (22,7%) была рекомендована операция АКШ. Общая и коронарная выживаемость в отдаленном периоде после стентирования СЛКА составила 88,9%. Летальность (внутригоспитальная) в отдаленном периоде после стентирования СЛКА составила 9,1% ($n=2$).

Заключение: применение техники стентирования при поражении СЛКА при правильном подборе пациентов в большинстве случаев отмечается удовлетворительный непосредственный ангиографический результат эндоваскулярного лечения. Подобные эндоваскулярные вмешательства при стенозирующем процессе в стволе ЛКА могут являться альтернативным методом лечения у пациентов с многососудистым поражением венечного русла операции АКШ. Однако, в отдаленном периоде эффект от эндоваскулярного вмешательства на СЛКА сохраняется только лишь у 50% пациентов, причем у четверти исследуемых пациентов в средне-отдаленном периоде после стентирования СЛКА выявлялся т.н. «немой» рестеноз.

ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОГО СЕТЧАТОГО КАРКАСА: НОВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.В. Коротеев, И.Э. Белянко, В.К. Долотов, И.А. Нечаев, Е.А. Терновская, Т.Ю. Кулагина, А.А. Варданян, Н.А. Трекова, А.А. Еременко, П.Е. Колпаков, В.В. Ховрин
(Москва)

Цель. Изучить клиническую эффективность операции имплантации экстракардиального сетчатого каркаса в лечении дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) при его изолированном (без дополнительных кардиохирургических вмешательств) использовании.

Методы. С октября 2003 г по октябрь 2007 г имплантация сетчатого каркаса была выполнена у 15 больных с ДКМП. Возраст больных составил $43,1 \pm 10,8$ лет (от 28 до 62 лет). Исходные размеры и объемы левого желудочка (ЛЖ) составили: КДР $7,1 \pm 0,9$ см, КДО $251,7 \pm 80,7$ мл, КСО $182,3 \pm 73,6$ мл; митральная недостаточность (МН) $1,0 \pm 0,5$ ст. Фракция изгнания ЛЖ (ФИ) была равна $25,2 \pm 6,0\%$. Функциональное состояние больных соответствовало NYHA $3,7 \pm 0,3$ кл.

Результаты. Случаев госпитальной летальности не было. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 4-х лет. Эпизодов декомпенсации кровообращения и летальных исходов в отдаленные сроки после операции не отмечалось. Имплантация сетчатого каркаса предотвратила прогрессирование дилатации сердца. Через 3 месяца после операции отмечено уменьшение объемов ЛЖ (КДО с $251,7 \pm 80,7$ мл до $229,0 \pm 61,3$ мл, КСО с $182,3 \pm 73,6$ мл до $167,7 \pm 46,2$ мл) и улучшение его насосной функции (увеличение ФИ с $25,2 \pm 6,0\%$ до $27,1 \pm 5,1\%$, СИ с $2,0 \pm 0,5$ мл/мин/м² до $2,4 \pm 0,7$ мл/мин/м²). В отдельных случаях наступила полная нормализация размеров и систолической функции левого желудочка. Функциональное состояние больных улучшилось на один класс NYHA (с $3,7 \pm 0,3$ до $2,8 \pm 0,6$ кл.).