

(в 6 из них находили стенозирование дистальных участков до 50%, еще в 3 шунтах – диффузное поражение кондуита с сохранением удовлетворительного просвета); 22 (3,8%) шунта были окклюзированы (8 артериальных и 14 венозных), в 21 (3,6%) случае наблюдали гемодинамически значимые стенозы (7 артериальных и 12 венозных). Достоверно чаще стенозирующие и окклюзирующие поражения выявлены при использовании венозных шунтов – в 28 (12,1%) случае, в то время как при использовании артериальных шунтов – в 15 (4,3%) случаях, $p < 0,05$.

У 27 (13,7%) пациентов проводилась эндоваскулярная коррекция 31 пораженного сегмента: 9 процедур ТЛАП и 22 процедуры стентирования. Непосредственный ангиографический успех составил 100%. При этом, у 16 пациентов 18 (58,1%) ЭВП были выполнены в шунтах и шунтированных артериях; у 11 пациентов 13 (41,9%) – на нативных артериях (в 8 случаях по поводу прогрессирования атеросклероза, еще в 5 случаях – из-за исходно неполной реваскуляризации). Проведение ЭВП позволило снизить степень ФК стенокардии у 8 (29,6%), уменьшить потребность в антиангинальных препаратах у 11 (40,7%) пациентов и улучшить отдаленный прогноз.

В то же время изменения в шунтах и нативных артериях в ряде случаев сопровождалось отсутствием стенокардии при положительной ВЭМ-пробе и эпизодах ишемии при суточном мониторинговании ЭКГ (безболевого ишемия миокарда) – 7 (3,5%).

Выводы:

1. В средне-отдаленном периоде после операции прямой реваскуляризации миокарда у подавляющего большинства больных ИБС (89,6%) наблюдается улучшение клинического состояния, заключающееся в отсутствии приступов стенокардии или значительном их урежении, отсутствии транзиторных эпизодов ишемии миокарда.
2. У большинства больных с неудовлетворительным функциональным состоянием шунтов, с неполной реваскуляризацией и прогрессирующим атеросклерозом в нативных коронарных артериях в отдаленном периоде показано и возможно успешное выполнение эндоваскулярных процедур с хорошим ангиографическим результатом и клиническим прогнозом.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МЕТОДОМ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ СПИРТОВОЙ РЕДУКЦИИ МИОКАРДА

А.Г. Осиев, Д.С. Гранкин, Д.А. Редькин, Ал.В. Марченко, Е. И. Кретов, А.В. Бирюков, И.Малетина (Новосибирск)

Цель исследования: Оценить эффективность операций спиртовой редукции миокарда у паци-

ентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: В исследование включен 31 пациент с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Средний возраст составил 43 ± 7 лет. Из них мужчин – 23 (74,1%), женщин – 8 (25,8%).

Толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), по данным ультразвукового исследования, составила $2,3 \pm 0,3$ см, фракция выброса (ФВ) $78,3 \pm 4,9$ % и градиент давления $77,3 \pm 14,8$ мм рт.ст.

По данным прямой тензиометрии, градиент давления составил $81,4 \pm 7$ мм рт.ст.

Во время операции в одну или несколько септальных ветвей вводилось по 1-4 мл абсолютного спирта через двухпросветный баллонный катетер малого диаметра (1,5-3,0 мм). Интраоперационно при выполнении прямой тензиометрии градиент на уровне выходного отдела левого желудочка составил 11 ± 7 мм рт.ст.

Результаты: На первые сутки после операции толщина МЖП составляла $2,5 \pm 0,3$ см, ФВ $75,8 \pm 4,9$ % и градиент давления $50,4 \pm 4,5$ мм рт.ст. Спустя 6 месяцев после операции толщина МЖП, по данным УЗИ, $1,8 \pm 0,2$ см, ФВ $65,0 \pm 4,0$ % и градиент давления $20,5 \pm 3,6$ мм рт.ст.

Во время процедуры рубцовых изменений по ЭКГ и стойкой поперечной АВ блокады не возникло ни в одном случае. Отмечались подъем ферментов и тропонина, появление участков фиброза при уменьшении толщины и отсутствии нарушения локальной сократимости МЖП.

Выводы: Спиртовая редукция миокарда при ГКМП является безопасным и эффективным методом лечения. Следует учитывать характерную для этой операции динамику систолического градиента давления ЛЖ-Ао.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

А.Г. Осиев, Д.С. Гранкин, Д.А. Редькин, Ал.В. Марченко, Е.И. Кретов, А.В. Бирюков, И.О. Гражданкин (Новосибирск)

За последние годы транкатетерные технологии позволили добиться значительного прогресса в лечении пациентов с ИБС. Новейшие достижения в сфере разработки коронарных стентов сделали данную процедуру предельно безопасной и предсказуемой, количество рестенозов у большинства пациентов составляет менее 10%, произошло значительное снижение количества рестенозов и острых тромбозов в сравнении с применявшейся ранее изолированной баллонной ангиопластикой. При этом необходимо отметить тот факт, что остается немало проблем, которые только предстоит решить интервенционным кардиологам. Одной из них является проблема реканализации хронических окклюзий.

Попытка реканализации хронической окклюзии коронарной артерии предпринимается в 8% -15 % случаев при ее обнаружении. При этом известны достоинства реканализации хронической окклюзии: улучшение насосной функции ЛЖ, снижение уровня предрасположенности к желудочковым аритмиям, увеличение толерантности к ишемии контралатеральной коронарной окклюзии, при этом наличие ХОКА является наиболее распространенной причиной для направления пациента на АКШ. В США Реканализация ХКО проводится в 20% случаев от общего числа ангиопластик, это примерно 500000-100000 человек ежегодно. На сегодняшний день существует значительное количество устройств позволяющих выполнять реканализацию окклюзированной коронарной артерии. Однако мы хотим предложить вашему вниманию опыт использования методики не требующей особых технических приспособлений.

С апреля 2007 года у семерых пациентов была выполнена процедура ретроградного прохождения окклюзированного участка коронарной артерии. Для ретроградной реканализации во всех случаях мы использовали коронарный проводник Whisper LS фирмы Cordis. В одном случае дополнительно использовался микрокатетер Vasco+ фирмы Balton. Во всех случаях необходимость применения указанной методики была продиктована техническими сложностями при проведении стандартной процедуры реканализации хронической окклюзии. Коронарный проводник проводился через септальную ветвь передней нисходящей артерии в правую коронарную артерию с последующей реканализацией окклюзированного участка. В дальнейшем антероградно проводилась баллонная ангиопластика и последующее стентирование ранее окклюзированного сегмента. У одного пациента реканализовать окклюзию на всем протяжении не удалось.

Следует сделать заключение, что ретроградная реканализация хронической окклюзии коронарной артерии может быть методом выбора в лечении пациентов.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

П.И. Павлов, А.Р. Белявский, А.Н. Серенко,
В.И. Козлов, А.Г. Мизин, Н.Л. Шариков,
Т.А. Майорова, С.А. Акинина (Ханты-Мансийск)

Неудачи и разочарования в медикаментозном лечении пациентов с острым коронарным синдромом в последнее время привели к изменению тактики лечения данной группы. Выполнение первичной ангиопластики при остром инфаркте миокарда и раннего инвазивного лечения пациентов с нестабильной стенокардией позволило значительно снизить смертность и оптимизировать лечение обострений у больных с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования: оценить результаты 2-х летнего опыта чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения с января 2006 года выполнено 204 экстренных коронароангиографии, возраст пациентов 29-80 лет, мужчин 171 (84%), 128 (62,7%) пациентам выполнены ЧКВ: 82 (64%) пациентам при остром инфаркте миокарда, 46 (36%) при нестабильной стенокардии. Всем пациентам выполнен комплекс клинично-инструментального обследования: электрокардиография, коронароангиография, внутрисосудистое ультразвуковое исследование (случаях отсутствия признаков гемодинамически значимого стеноза по данным коронароангиографии), определение количественного тропонина Т до вмешательства, через 8 и 24 часа.

Результаты. Ангиографический успех составил 100 %, летальность в течение 30 дней – 5 (3,9%), повторные вмешательства выполнены у 2 (1,5%) пациентов в связи с острым тромбозом стента, инсультов 0%, кровотечение у 1 (0,75%) пациента. В результате выполнения ЧКВ при ОКС, летальность при остром инфаркте миокарда снизилась с 13,7% (данные 2005 года) до 5,7% (данные 2007 года).

Выводы:

1. ЧКВ при остром коронарном синдроме являются эффективными и безопасными методами реваскуляризации.
2. Выполнение ЧКВ у пациентов с острым инфарктом миокарда позволяет значительно снизить смертность и увеличить выживаемость данной категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ JET 9000 В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

П.И. Павлов, А.Р. Белявский, А.Н. Серенко,
В.И. Козлов, А.Г. Мизин, Н.Л. Шариков (Ханты-Мансийск)

В последнее время высокотехнологичные методы лечения пациентов с острыми тромбозами заняли ведущие позиции, это в свою очередь заставляет искать наиболее оптимальные и эффективные подходы к инвазивному лечению. Уникальность системы для реолитической катетерной тромбэктомии JET 9000 состоит в возможности одномоментного разрушения и удаления материала тромботических окклюзий без применения тромболитических средств и с минимальным риском дистальных эмболий. Система позволяет устранять как мелкие, так и массивные тромбы, за относительно короткий промежуток времени. Она увеличивает частоту успеха