

таты достигнуты при попытках восстановления просвета тиббиальных артерий. В первую очередь неуспех объяснялся наличием значимых, протяженных дистальных стенозов и «слепых» окклюзий.

При критической ишемии рентгенэндоваскулярными вмешательствами удалось уменьшить проявления ишемии и сохранить конечности у 80% пациентов. Позже 4 больным потребовалось выполнение реконструктивной операции в данной зоне. В различные сроки 8 (9%) больным были выполнены реконструкции на проксимальных артериальных сегментах. При второй стадии заболевания положительный результат в виде увеличения продолжительности безболевого дистанции ходьбы отмечен в 94,1% наблюдениях.

Выводы: рентгенэндоваскулярные методы являются хорошей альтернативой традиционным видам хирургического лечения, при минимальной травматичности, что особо важно для больных пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией и достаточно эффективна у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ- ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

С.В. Роган., С.П. Семитко, А.В. Кононов,
З.Р. Овесян, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов стентирования, факторов риска развития in-stent стеноза после раннего и отсроченного стентирования инфаркт-ответственной артерии (ИОА) и тактики дальнейшего лечения.

Материалы и методы: 1 группу исследования составили пациенты, которым провели успешную процедуру стентирования ИОА в первые 24 часа от начала ангинозного приступа (n=101). 2 группу составили пациенты с ОИМ, которым был успешно имплантирован стент в ИОА в более поздние (до 21 дней) сроки заболевания (n=99). Информация о состоянии здоровья была получена спустя 8,2±2,7 месяцев от 91 пациента 1-ой группы и 7,6±1,8 месяцев от 94 пациентов 2-ой группы. Повторная коронарография проводилась у 71 пациента 1 группы и 70 пациентов 2 группы. По клинико-анамнестическим данным исследуемые группы достоверно не отличались.

Результаты: В отдаленном периоде свободными от стенокардии были 73,6% пациентов в 1 группе и 68,1% пациентов во 2 группе, p>0,05. По частоте развития повторных (нефатальных) инфарктов (1,9% vs 1,1%) и показателю летальности от кардиологических причин (0,9% vs 1,1%) исследуемые группы 1 и 2 также достоверно

не отличались. Серьезные кардиологические события (возврат стенокардии, повторный ИМ, смерть) в основном наблюдали у пациентов с рестенозом (22,5% против 25,7%) и реокклюзией ИОА (4,2% против 5,7%), P>0,005. Это определило и сходную частоту в необходимости проведения повторных вмешательств (ТЛАП и/или АКШ) в 1 группе – 20,9% против 24,5% случаев во 2 группе, p>0,05.

Частота in-stent стеноза в 1 и 2 группах составила 19 (26,8%) и 22 (31,4%) случаев. Согласно классификации Mehran 1999 в 4 (21,0%) и 5 (22,7%) случаях выявлен локальный (до 10 мм) стеноз; в 7 (36,8%) и 8 (36,3%) случаях – диффузный (более 10 мм), не выходящий за пределы стента; в 5 (26,3%) и 5 (22,7%) случаях – диффузно-пролиферативный, более 10 мм и выходящий за пределы стента; в 3 (15,8%) и 4 (18,2%) случаях выявлена тотальная окклюзия (TIMI 0).

Анализ факторов, влияющих на развитие in-stent стеноза (ИСП) показал, что ИСП чаще наблюдали у пациентов с сахарным диабетом, наличием постинфарктных рубцов и ФВ ЛЖ <40%. Факторами риска in-stent стеноза для обеих групп также можно считать тип В2/С поражения венечных артерий, наличие кальциноза, устьевого поражение, наличие коллатералей в бассейн ИОА, базовый (истинный) диаметр артерии менее 3х мм, протяженное (более 15мм) поражение сосуда, исходную степень стенозирования целевого сегмента более 90%, а также исходно окклюзионное поражение целевого сегмента (только для 2 группы). Помимо этого, in-stent стеноз достоверно чаще наблюдали при использовании стентов диаметров 2,75 мм и менее, длине стента 18 мм и более, низком давлении имплантации стента (7,5 Атм и менее), проволочном дизайне стента, ургентном стентировании (bailout stenting), а также в случаях, когда диаметр стентированного сегмента меньше истинного диаметра сосуда и при превышении диаметром стентированного сегмента истинного диаметра сосуда более чем на 10%.

Повторную балонную дилатацию в случае in-stent стеноза удалось провести у 14 (73,7%) из 19 пациентов в 1 группе и у 16 (72,7%) из 22 пациентов во 2 группе. Изучение отдаленных (спустя 7,4±1,8 мес.) результатов ТЛАП in-stent стеноза выявило сохранение хорошего результата процедуры в 71,4% и 68,7% случаях (P>0,05).

Выводы: Стентирование у пациентов с ОИМ как в ранние сроки (до 24 часов), так и отсроченное (до 21 дней) в целом имеет сходные отдаленные ангиографические результаты и сходные причины развития in-stent стеноза. Наиболее часто в изучаемых группах встречается диффузный тип ИСП. Повторная ТЛАП in-stent стеноза у пациентов с ОИМ является эффективным, безопасным и долговременным методом восстановления антеградного кровотока.