ными боковыми ветвями рецидив стенокардии и ангиографический рестеноз отметили лишь в 5,7% случаев. Сравнительная оценка отдаленных результатов с применением разной техники стентирования ("Culotte", "Crush" в различных модификациях и Т-стентирование) не выявила статистически достоверной разницы в частоте рестенозов и MACE.

Заключение. КС бифуркационных поражений является эффективным вмешательством, учитывая как непосредственные, так и отдаленные результаты. Частота рестеноза при стентировании боковой ветви не зависит от примененной техники стентирования. Стентирование только магистральной артерии сопровождается низкой частотой повторных рестенозов и MACE.

РЕТРОГРАДНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: НОВАЯ ТЕХНИКА ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ УСПЕШНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С.,
Кавтеладзе З.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва, Россия

Проблема. Несмотря на усовершенствование инструментария и увеличение опыта интервенционных кардиологов, частота успеха при окклюзии коронарных артерии (КА) не превышает 75–80%.

Цель работы. Изучить коллатеральное кровообращение при окклюзии КА, разработать технику, определить оптимальный инструментарий, показания и противопоказания к ретроградной реканализации окклюзии коронарных артерии (РЕРОКА).

Материал и методы. Методика РЕРОКА была применена у 63 пациентов с ранее проведенной неудачной антеградной реканализацией окклюзии КА. Все пациенты были мужчинами в возрасте 52–67 лет, с множественными поражениями коронарного русла, без сопутствующего диабета. У двух пациентов ранее была выполнена АКШ, у 3-х пациентов в анамнезе отмечались Q-ИМ без снижения функции левого желудочка. Длительность окклюзии составила от 2 до 12 лет, протяженность окклюзии – 3,2–14,5 см. Кальциноз стенки КА в разной степени наблюдали у 8 пациентов.

В 35 случаях РЕРОКА была выполнена на правой коронарной артерии (ПКА), в 24 – на передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) и еще в 4-х случаях огибающей артерии (ОА). В трех случаях для РЕРОКА ПКА использовали коллатеральные пути от огибающей артерии (ОА), в 29 случаях септальные ветви ПМЖА. Реканализацию ПМЖА в 19 случаях проводили через септальные ветви задней межжелудочковой артерии (ЗМЖА) ПКА, а еще в двух через концевые верхушечные разветвления того же сосуда.

Во всех случаях РЕРОКА была выполнена правосторонним лучевым доступом с визуализацией

коллатеральных путей через контралатеральную радиальную артерию. Для прохождения коллатерали использовали проводники типа Pilot 50, Fielder FS, Whisper. Для реканализации применяли микрокатетеры Finecross или corsair и проводники PT2, shinobi, и семейство Miracle фирмы Asahi. Баллонные катетеры Maverick 1.5 мм, Rujin 1.25–1.5 мм. Средняя продолжительность процедуры составила $48,8 \pm 8,8$ мин (34–115 мин). Радиационная нагрузка $240,4 \pm 43,3$ Grey/cm² (67,7–704,7).

Результаты. Успех процедуры был достигнут в 50 из 63 случаев (80,4%). В одном случае развилась перфорация септальной коллатеральной ветви с экстравазацией контрастного вещества в межжелудочковой перегородке без отрицательных клинических и ангиографических последствий, в двух случаях не удалось провести микрокатетер через септальную коллатеральную ветвь. В 5 случаях (при РЕРОКА ПМЖА) не удалось ретроградным путем довести баллонный катетер для преддилатации места окклюзии, несмотря на успешную проводниковую реканализацию. Клинический успех отметили у 43 пациентов, выразившийся в улучшении функционального класса стенокардии на две ступени и более. Госпитальная летальность – 1,8% (1 случай), не Q-ИМ (повышение кардиоспецифических ферментов 1,5 раза и более) – 8,9% (5 пациентов). Осложнений со стороны артерии-доступа также не наблюдали.

Заключение. Для проведения РЕРОКА необходимо наличие специального инструментария, а также соответствующего опыта катетеризационной лаборатории и интервенционных кардиологов. Методика РЕРОКА является эффективной процедурой при эндоваскулярном лечении окклюзии КА и еще одним методом, увеличивающей возможности интервенционных кардиологов. Тем не менее, для окончательной оценки ее роли в увеличении частоты успешных вмешательств при окклюзии КА требуется дальнейшее накопление и анализ клинического материала.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ПОЗДНЕЙ ОККЛЮЗИИ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ТРАНСРАДИАЛЬНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР: НОВАЯ ТЕХНИКА ДЛЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ КАРДИОЛОГОВ, ПРАКТИКУЮЩИХ ЛУЧЕВОЙ ДОСТУП

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С.,
Кавтеладзе З.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии,
Москва, Россия

Проблема. Несмотря на преимущества трансрадиального доступа (уменьшение койко-дней, достоверное снижение осложнений со стороны артерии-доступа, комфорт для пациента) в 9–20% случаев наблюдается поздняя окклюзия радиаль-

ной артерии, что делает повторное использование этой артерии проблематичным.

Идея. Применить в клинической практике весь известный инструментарий для реканализации (как для коронарных, так и для периферических артерий) с целью восстановления проходимости окклюзированной артерии и повторных использований для внутрисосудистых процедур.

Клинический материал. Методика реканализации была нами применена у 37 пациентов с поздней окклюзией лучевой артерии в различные сроки после первичных процедур (2 дня–32 мес.). 34 были мужчины, 3 – женщины в возрасте 42–67 лет. У 28 отмечалась окклюзия артерии на всем протяжении, у 9 – сегментарная окклюзия разной протяженности. В 3-х случаях была выполнена реканализация подострого тромбоза лучевой артерии через 2–8 дней после первичной процедуры.

Методика и инструментарий, примененный для реканализации. Наличие коллатерального пульса дистальнее окклюзии (через локтевую артерию и ладонную дугу) является обязательным условием для проведения процедуры. После пункции тонкой иглой 21G культи артерии была катетеризирована проводником 0,021 дюйма и затем была выполнена реканализация по методу Доттера с применением бужей 4-6F длиной 11 и 23см. В 7 случаях для адекватного расширения просвета артерии после реканализации применили баллонную дилатацию длинными баллонами (30см) диаметром 3–4,5мм. Для реканализации применяли как гидрофильные проводники Shinobi, Pilot (150-200), так и негидрофильные проводники различной жесткости диаметром 0,018–0,021 дюйма. После завершения реканализации в лучевую артерию вводили длинный (23см) интродьюсер, кончик которого выходил в плечевую артерию. После завершения интервенционной процедуры выполняли контрольную ангиографию и доплеровское исследование в сроки 2-7 дней. Контрольная ангиография реканализированной лучевой артерии во время повторных интервенционных вмешательств была выполнена у 18 пациентов (48,6%).

Результаты. Успех процедуры был достигнут в 31 из 37 случаев (83,8%). Перфорация лучевой артерии наблюдалась у 3-х пациентов без клинических последствий. В одном случае во время реканализации подострой окклюзии произошла дислокация тромботических масс в локтевую артерию, в связи с чем был выполнен тромболизис (актилизе 100 мг) с хорошим результатом (доплер-контроль через 4 дня). В 3-х случаях была выполнена успешная реканализация с высоким атипичным отхождением (от плечевой артерии) лучевой артерии.

В отдаленном периоде (6-30 мес) проходимость реканализированных артерий была сохранена у 18 из 31 успешных процедур (58,1%), подтвержденных ангиографически (10 пациентов) или с помощью УЗИ (8 пациентов). В одном случае была выполнена повторная реканализация окклюзированной лучевой артерии через 6,5

мес. после первичной успешной реканализации. Остаточные стенозы различной степени (30-60%) или диффузное истончение проходимой лучевой артерии в отдаленном периоде наблюдали у 11 из 18 пациентов с проходимыми артериями (61,1%).

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И КЛИНИКОЙ ВОЗВРАТНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Бакулева Т.А., Липченко А.А., Бакулев А.В., Архипов М.В.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава;
ЗАО СК «Мединком», Екатеринбург, Россия

Введение. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – один из основных методов лечения больных острым коронарным синдромом (ОКС) как с подъемом сегмента ST, так и без подъема. Значительная часть пациентов, перенесших ЧКВ, нуждается в повторной госпитализации по поводу вновь развившегося болевого синдрома в грудной клетке. До 90% пациентов испытывают хотя бы один приступ стенокардии в течение 6 месяцев после проведения ЧКВ, более трети пациентов имеют неоднократные приступы стенокардии в неделю. Ангинозные проявления у пациентов, перенесших реваскуляризацию (чрескожную/хирургическую), обозначаются термином «возвратная стенокардия» (ВС). Основные причины ВС после ЧКВ – рестенозы, тромбозы (ранние и поздние), неполная реваскуляризация миокарда, боль «растяжения стентом», прогрессирование атеросклероза коронарных артерий (АКА). В течение одного месяца после ЧКВ преобладают неполная реваскуляризация, ранний тромбоз стента; от одного до шести месяцев после вмешательства – рестеноз стентированного сегмента (in-stent); после 6 месяцев – прогрессирование АКА. Уточнение клинико-функциональных особенностей пациентов последней группы представляет особый интерес.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 120 пациентов, госпитализированных с ВС, перенесших ранее ЧКВ по поводу ОКС. Среди них выделена группа, в которой прогрессирование атеросклероза (по данным повторной КАГ) обусловило появление клиники ВС. Она составила 31 пациент (25,8%). Всем пациентам ранее в сроки от 6 часов до 2 дней после диагностирования ОКС было выполнено ЧКВ по поводу ОКС/ПСТ (5 больных-16,3%), ОКС/БПСТ (26 больных-83,7%). 5 пациентам (16,1%) проводилась баллонная ангиопластика (БА), 23 больным (74,1%) – стентирование коронарных артерий барометаллическим стентом (в 56,5 % случаев в