

нено TIPS с использованием двух видов голометаллических стентов: матричные (Perico, Genesis и JoMed) и самораскрывающиеся (Za-stent, Zilver, Wallstent, sinus-SuperFlex Visual-Stent, SMART-control, Resistant и HiFlype Carbostent).

Технически успешно провести TIPS удалось у 69 (85,2 %) из 81 пациентов. У 12-ти пациентов попытки TIPS успехом не увенчались, причины и количество неудач в нашем исследовании - невозможность пункции печени ввиду ее высокой плотности (n=3) и невозможность канюляции воротной вены после многочисленных попыток (n=9).

Результаты наблюдения оценивались с использованием стандартного медицинского статистического анализа «Kaplan-Meier». В 1-й группе в течение 18 месяцев не наблюдалось случая тромбоза или гемодинамического значимого стеноза, первичная проходимость - 100%. Во 2-й группе у 15 (30,0%) пациентов наблюдалось тромбозы внутриворотной стента, по поводу чего повторные интервенции удалась у 12 пациентов (технический успех - 80%). Т.о. первичная и вторичная проходимость составила 66,7% и 84,3%. Соответственно, в 1-й и 2-й группе рецидив кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) наблюдался у 2-х и 13-и пациентов. Соответственно, отсутствие рецидива кровотечения из ВРВП составило 86,8% и 69,0%. Нарастание асцит/гидроторакса наблюдалось у одного пациента в 1-й группе, во 2-й группе - 10 пациентов, регрессия асцита/гидроторакса составила 95,1% и 77,0%, соответственно. Увеличение степени печёночной энцефалопатии также произошло у одного пациента в 1-й группе, во 2-й - 8 пациентов. Соответственно, отсутствие увеличения печёночной энцефалопатии составило 95,1% и 81,2%. Летальные случаи в течение наблюдения были 3 в 1-й группе, во 2-й - 11. Соответственно, выживаемость - 85,2% и 75,9%.

Т.о., TIPS, а также повторные интервенции, являются эффективным методом декомпрессии системы воротной вены в лечении пациентов с синдромом портальной гипертензии, значительно снижают вероятность повторных кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и уменьшают количество асцитической жидкости. Нарастание печёночной энцефалопатии, как правило, было связано с нарушением диеты пациентами и купированы консервативно. В результате этого продлевается жизнь больных с портальной гипертензией до потенциальной трансплантации печени. В течение многих лет тот же эффект получали, выполняя хирургическое шунтирование различными способами. Операционный риск при этом высокий, TIPS позволяет выполнить декомпрессию портальной системы более безопасно, быстро и дешёво. Применение стент-графта при выполнении TIPS у пациентов с портальной гипертензией улучшает проходимость внутриворотной шунта, что является принципиально важным этапом совершенствования отдаленных результатов TIPS.

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Шугушев З.Х., Таричко Ю.В., Максимкин Д.А., Баранович В.Ю.

Кафедра госпитальной хирургии РУДН, НУЗ ЦКБ№2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД», Москва, Россия

Бифуркационные поражения коронарного русла остаются одним из самых технически сложных чрескожных коронарных вмешательств, для рентгенэндоваскулярного хирурга, и составляют по различным данным 15-20% всех эндоваскулярных вмешательств на сосудах сердца. Разнообразие анатомических вариантов, динамические изменения во время операции, отсутствие возможности применения одной и той же стратегии лечения у данной категории больных, в связи с этим, в настоящее время ведется активный поиск наилучшей методики стентирования.

Материал и методы: С 2007 года на базе ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» проводится исследование, в которое вошли 122 пациента с «истинными» бифуркационными поражениями и диаметром боковой ветви не менее 2,00 мм по данным количественной ангиографии, с клиникой стенокардии III-IV функционального класса. Исследование планировалось выполнить в 3 этапа. На I этапе в исследование вошли 58 пациентов, которым после оценки жизнеспособности миокарда с помощью стресс-ЭХО-КГ, выполнялась коррекция поражения с помощью методики «provisional T» стентирования. Непосредственным успехом вмешательства считали восстановление в финале операции кровотока TIMI 3 по основной и боковой ветвям, отсутствие субтотального стеноза боковой ветви, больших неблагоприятных сердечных событий. На II этапе проводился анализ причин перехода на «полное» стентирование бифуркации, что позволило на III этапе изначально планировать тактику лечения. Пациентов включенных в III этап исследования разделили на 2 группы (n=64). В I группу вошли пациенты, у которых, запланировано, выполнялось «provisional T» стентирование (n=34), а во II группу (n=30)-пациенты, которым выполнялось «полное» стентирование бифуркации по различным методикам «crush» (n=2) и «mini-crash» (n=2), «T-stent» (n=20), «Y-stent» (n=6). Всего имплантировано 146 стентов. При этом, на одного пациента, в среднем, приходилось 1,84±0,75 стентов. Конечными точками исследования являлись: регресс клиники стенокардии, а также отсутствие больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты: На I этапе непосредственный успех вмешательства составил 88%. Интра- и послеоперационных осложнений не было. На II этапе выявлены независимые факторы неблагоприятного прогноза «provisional T» стентирования, к которым относились: кальциноз, протяжен-

ность поражения в боковой ветви > 2 мм, диаметр боковой ветви >2,5мм. На III этапе процедура стентирования была успешно выполнена в 96,8 % случаев. У 1 пациента из II группы отмечен кровоток TIMI 2 в бассейне боковой ветви и еще у 1 пациента из этой же группы наблюдали асимптомный интраоперационный тромбоз стента боковой ветви. Интра- и послеоперационная выживаемость составила 100% в обеих группах. Полную реваскуляризацию миокарда удалось выполнить у 31 больного (91,2%) из I группы и у 27 (90%)-из II группы ($p>0,05$). 3 пациентам (8,8%) из I группы в ходе операции потребовалось использование второго стента. На госпитальном этапе, однократное повышение уровня сердечных тропонинов без изменений на ЭКГ наблюдали в 2,9 и 16,7%, соответственно ($p<0,05$). Регресс клиники стенокардии наблюдали у больных из обеих групп в 91,2% и 90%, соответственно ($p>0,05$). Отдаленные результаты (через 12-18 месяцев), удалось проследить у 61 пациента (50%), среди которых 34 пациентов (55,7%) из I группы и 27 (44,3%)-из II. Выживаемость составила 100% в обеих группах. Частота рестеноза в основной ветви составила 0% в обеих группах, при этом в боковой ветви она составила 6,9 и 4,6% соответственно ($p>0,05$). Частота повторной реваскуляризации составила в I группе 3,4%, тогда как во II – 0% ($p>0,05$).

Выводы: Методика «provisional T» стентирования позволяет эффективно и безопасно лечить большинство бифуркационных поражений коронарных артерий. «Полное» бифуркационное стентирование изначально целесообразно планировать у пациентов с выраженным кальцинозом, диаметром боковой ветви >2,5 мм и протяженностью поражения > 2 мм.

РОЛЬ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА В ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДАХ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Шульженко Л.В., Батыралиев Т.А., Рамазанов Д.М., Лазарев И.А., Кадыров Б.К., Пя Ю.В., Фетцер Д.В., Бебезов И.Х., Ниязова-Карбен З.А., Беснили Ф., Преображенский Д.В., Першуков И.В., Сидоренко Б.А. Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии: Медицинский центр им. Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция; УМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия; ГУЗ ВОКБ №1, г. Воронеж, Россия

Известно, что при выраженном снижении функции почек клинический исход после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) значительно ухудшается. Однако, гораздо чаще у пациентов, переносящих ЧКВ, встречается незначительное или умеренное снижение функции почек, когда проявления хронической болезни почек (ХБП) нередко малозаметны. Потому недооценка в

реальной клинической практике общего состояния больных, которым имплантированы коронарные стенты, приводит к отдаленному неблагоприятному исходу.

Цель: Настоящее проспективное исследование было спланировано для выявления роли функции почек в отдаленных исходах непосредственно успешного ЧКВ с имплантацией стентов.

Материал и методы: В настоящее наблюдение было включено 727 больных, последовательно перенесших в 2005 году успешное ЧКВ с имплантацией одного или более стандартного металлического стента (СМС). Все больные были разделены на 3 группы по клиренсу креатинина (КК), определенного до ЧКВ. Расчет КК осуществлялся по формуле Кокрофта-Голта: в группу нормального КК (без поражения почек) вошли больные с показателем более 60 мл/мин, в группе умеренной дисфункции почек оказались пациенты с КК от 30 до 60 мл/мин, группу выраженной почечной дисфункции составили больные с КК менее 30 мл/мин.

Результаты: Пациенты, с умеренной или выраженной дисфункцией почек, чаще имели более сложное и многососудистое коронарное поражение. Поскольку условием включения в наблюдение был благоприятный госпитальный исход, то группы не имели различий по непосредственным и ближайшим результатам. При анализе отдаленных до 3 лет результатов оказалось, что значимыми независимыми предикторами смерти и нефатального инфаркта миокарда (ИМ) стали во всех группах больных снижение фракции выброса левого желудочка (ОП=2.42, 95% ДИ 1.37-3.86, $p=0.007$), больший возраст больных (ОП=1.61, 95% ДИ 1.22-2.89, $p=0.009$). Также в группах больных с ХБП сниженный КК был строгим предиктором отдаленной до 3 лет смерти (при КК 30-60 мл/мин ОП=1.93, 95% ДИ 1.28-4.06, $p=0.001$; при КК менее 30 мл/мин ОП=4.52, 95% ДИ 2.49-8.61, $p=0.001$) и нефатального ИМ (при КК 30-60 мл/мин ОП=1.57, 95% ДИ 1.03-2.40, $p=0.04$; при КК менее 30 мл/мин ОП=3.91, 95% ДИ 1.63-6.46 $p=0.001$). Частота повторных ЧКВ и операций коронарного шунтирования за этот же период была значимо выше в обеих группах больных с умеренной и выраженной ХБП.

Заключение: У больных ИБС, перенесших успешное ЧКВ с имплантацией коронарных стентов, наличие хронической болезни почек со снижением клиренса креатинина является независимой причиной роста отдаленных до 3 лет выраженных сердечно-сосудистых осложнений (смерть, нефатальный ИМ, повторные реваскуляризации). При этом степень снижения клиренса креатинина значимо увеличивает риск всех событий. Поэтому тактика ведения данных больных должна включать профилактику и лечение почечной недостаточности для улучшения отдаленных исходов инвазивного лечения ИБС.