

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 T-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-