

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.