

Результаты: Успех процедуры 98,68%, имела место 1 окклюзирующая диссекция ОВ, потребовавшая экстренного АКШ. Летальность составила 0%. На госпитальном этапе у 1 пациента возник не Q – ИМ и 1 случай острого нарушения мозгового кровообращения. Клиническое улучшение наступило в 93% случаев.

Рецидив болей возник у 9 пациентов, из которых у 2 пациентов боли носили некоронарогенный характер, а 7 пациентам была выполнена коронарография.

Повторные вмешательства были выполнены у 4 пациентов, из которых 3 (9,6%) в группе стентов без лекарственного покрытия и 1 (4,3%) в группе стентов с лекарственным покрытием.

В отдаленном периоде (6-50 месяцев) удалось обследовать 43,4% пациентов. Проведение функциональных проб у этих пациентов ишемии миокарда не вызвало. 12 пациентам этой группы провели СКТ; сужения стентированных отделов ствола или его ветвей не выявлено.

Выводы: Стентирование ствола ЛКА показало себя эффективным и безопасным методом лечения поражения ствола ЛКА у пациентов с ИБС. Применение стентов с лекарственным покрытием позволяет улучшить отдаленные результаты проведенного вмешательства и дает основание считать стентирование ствола ЛКА реальной альтернативой АКШ.

ОТРАЖАЮТ ЛИ РЕЗУЛЬТАТЫ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ?

А.С. Шаноян, М.В. Дягилева, С.П. Семитко, Е.Ю. Ровда, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Цель исследования: сопоставить результаты ВЭМ-проб с результатами контрольной коронарографии у больных со стабильной стенокардией в отдаленном периоде после установки им голометаллических стентов.

Материалы и методы: В исследование были включены 216 больных в возрасте от 27 до 74 лет (средний возраст $53,6 \pm 4,7$ года), со стенокардией напряжения II-IV функциональных классов, которым проводилась ВЭМ-проба непосредственно перед ангиографическим исследованием, и которым по результатам коронарографии выполнялось стентирование коронарных артерий. Среднее количество значимо стенозированных артерий составило $1,89 \pm 0,08$. Данным больным было имплантировано 307 голометаллических стента. В отдаленном периоде в среднем, через $6,0 \pm 0,5$ мес. больные были повторно обследованы (по принятому в НПЦИК протоколу), включая ВЭМ и селективную КАГ.

Результаты: До проведения стентирования при ВЭМ-пробе положительный результат нагрузочного теста был получен у 176 (81,6%) больных, отрицательный результат – у 29 (13,3%) больных, сомнительный результат наблюдался в 11 (5,1%) случаях. В отдаленном периоде отрицательный результат был получен у 157 (72,7%) больных, положительный результат – у 73 (21,1%), сомнительный результат отмечался в 13 (6,0%) случаях. Средняя толерантность к физической нагрузке по данным ВЭМ-пробы, проведенной до стентирования составила $65,2 \pm 6,6$ Вт. В отдаленном же периоде средняя толерантность к физической нагрузке у стентированных больных составила $90,7 \pm 8,6$ Вт. При контрольной КАГ удовлетворительный результат был получен в 237 (77,3%) стентированных целевых сегментов артерий. Рестеноз целевого сегмента (сужение просвета сосуда в месте выполнения вмешательства более чем на 50%) выявлен в 60 (19,6%) случаях; окклюзия сосуда в целевом сегменте наблюдалась в 10 (3,1%).

Выводы: у большинства больных при проведении ВЭМ-пробы в отдаленном периоде получен отрицательный результат, также увеличилась толерантность к физической нагрузке. Развитие рестеноза после эндоваскулярных процедур приводит у большинства больных к положительному результату ВЭМ-пробы и более низкой толерантности к физической нагрузке. Между тем, следует отметить, что у четверти больных с рестенозом и реокклюзией, наблюдали отрицательный результат ВЭМ-пробы. Учитывая высокую частоту развития клинически «немного» стеноза стента после стентирования сложных рентгеноморфологических типов поражения, после реканализации хронической окклюзии, стеноза высокой степени, бляшки эксцентрической формы, при использовании длинных стентов, либо стентов малого диаметра показано более широкое проведение контрольной КАГ у больных вне зависимости от ВЭМ-пробы.

РОЛЬ РАСХОЖДЕНИЙ В ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Н.А. Шаповалова, И.В. Першуков, И.С. Тимошин, А.В. Афанасьев, А.И. Ермакова (Воронеж)

Цель исследования: Оценить частоту и распределение расхождений при визуальном анализе исходных поражений коронарных артерий (КА), подвергаемых чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ), а также их роль в анализе финального результата ЧКВ.

Материал и методы: В настоящее исследование вошли 200 пациентов с ИБС, которым в ВОКБ №1 в период с января 2004 года по декабрь 2006 года проводились ЧКВ. Однососудистые ЧКВ

проводились у 156 (78%) пациентов, двухсосудистые – у 38 (19%) пациентов и трехсосудистые – у 6 (3%). Из выборки пролеченных больных в ретроспективном исследовании мы случайным образом отобрали и проанализировали ангиограммы 35 пациентов. Полные ангиографические данные были получены для 14 пациентов, частично ангиографические данные были собраны у 21 пациента. Оценка поражений производилась тремя независимыми специалистами. Оценивались локализация стеноза, его степень и длина, а также должные диаметры артерии в месте поражения, проксимальнее и дистальнее стеноза. Расхождением считали максимальное различие в экспертных заключениях. Кроме визуальной оценки использовали количественный коронарный анализ, встроенный в ангиографический комплекс ANGIOSTAR PLUS.

Результаты: Среди 200 пациентов было 92,5% мужчин, 7,5% женщин, средний возраст 53 ± 9 лет. В 73,7% случаев имелось поражение левой КА, в 20,1% – правой КА, в 5,1% – обеих КА. У 1 из 200 пролеченных пациентов (0,5%) было поражение аутовенозного шунта. Длина пораженного сегмента находилась в диапазоне от 3 до 28 мм, составив в среднем $15,0 \pm 4,8$ мм. Должный диаметр сосуда в месте поражения был $3,15 \pm 0,11$ мм. Исходное значение целевого стеноза было в среднем 86 ± 14 %, находясь в диапазоне от 45% до 100%. При экспертной оценке исходных ангиограмм различия в описании локализации поражений отмечались у 57%. Различия в определении сегментов (проксимальный, средний, дистальный) одной КА были отмечены у 50% пациентов, а в 7% разными экспертами были даны описания различных ветвей 1-го или 2-го порядка. Полные совпадения в степени исходного стеноза были у 14% пациентов, отклонения до 10% степени стеноза – у 43% пациентов, до 20% степени стеноза – у 66% пациентов, а расхождения более 20% степени стеноза – у 19% пациентов.

После баллонной предилатации перед имплантацией стента значимого резидуального стеноза целевого сосуда визуально не отмечали у 78,5% пациентов с однососудистым поражением, у 65,9% пациентов с двухсосудистым поражением и у 66,7% пациентов с трехсосудистым поражением. После имплантации стента остаточного стеноза не наблюдали у 99,5% пациентов с однососудистым поражением, у 87,0% пациентов с двухсосудистым поражением и у 75,0% пациентов с трехсосудистым поражением. При этом оценка степени исходного поражения оказалась связана с характеристикой финального стеноза. В случае совпадений в оценке исходного стеноза наблюдалась максимальная частота в описании остаточного стеноза после вмешательства – 100%, и, наоборот, при наличии расхождений в визуальной оценке исходного стеноза частота регистрации оператором остаточного стеноза была значимо меньше, состав-

ля от 33% до 75% ($p=0,002$ по сравнению с группой минимальных расхождений). Детальный анализ связей степени исходных и остаточных стенозов будет представлен в докладе.

Выводы: При описании врачами поражений коронарных артерий более чем в половине случаев (57%) наблюдаются различия в локализации целевого стеноза, а оценка степени исходного поражения у 19% пациентов расходится более чем на 20%. Отсутствие расхождений или минимальные расхождения в оценке исходного стеноза приводят к более принципиальному анализу финального результата вмешательства с максимальной частотой описания оператором остаточных стенозов.

ЭКСТРЕННАЯ АОРТАЛЬНАЯ КАТЕТЕРНАЯ БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА

Е.Г. Шарабрин, Б.Е. Шахов, П.А. Блинов,
Т.Ю. Тюрина, Ю.Н. Филиппов, С.В. Пенин
(Нижний Новгород)

Среди больных аортальным стенозом особое место занимают пациенты, тяжесть состояния которых не позволяет применить к ним отработанные методы лечения. Это обусловлено резким нарушением функции левого желудочка и декомпенсацией кровообращения, что клинически проявляется развернутой картиной тотальной сердечной недостаточности. Значительные нарушения морфологии и функции левого желудочка (ЛЖ), вследствие длительного функционирования миокарда в условиях гиперфункции, хронической ишемии, выраженные нарушения проводящей системы сердца могут привести в любой момент к внезапной смерти, острой сердечной слабости на фоне хронической сердечной недостаточности.

Цель исследования: оценить возможность выполнения и результаты экстренной катетерной баллонной вальвулопластики (КБВ) у больных аортальным стенозом с развитием острой левожелудочковой недостаточности.

Материал и методы. С 1997 по 2007 было обследовано 478 пациентов аортальным стенозом, которым было показана коррекция порока. Было 76 женщин и 402 мужчин в возрасте от 26 до 69 лет (в среднем $55,0 \pm 6,8$ лет). Сопутствующая коронарная болезнь диагностирована у 17,9% больных, пороки других клапанов – у 29,3%. В стадии компенсации обследовано 432 пациента – им была показана плановая операция протезирования аортального клапана. По данным клинического и инструментального исследования 46 пациентов по тяжести состояния признаны неоперабельными в условиях экстракорпорального кровообращения и отнесены к категории «больных крайней степени риска» (Шахов Б.Е., 2001). Им планировалась катетерная баллонная вальвулопластика как первый этап лечения.