

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИФУРКАЦИОННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ ТОЛЬКО МАГИСТРАЛЬНОГО СОСУДА ПРИ БИФУРКАЦИОННОМ СТЕНОЗЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Д.Г. Громов, С.П. Семитко, Д.Г. Иоселиани
(Москва)

Цель. Оценить целесообразность рутинного использования второго стента (стентирования боковой ветви) при процедуре стентирования венечных артерий в месте бифуркации.

Характеристика пациентов. В работу вошли данные 97 больных ИБС с бифуркационным поражением венечных артерий, которые были разделены на две группы. 1 группу составили 72 пациента со стентированием только основного сосуда, 2-ю группу – 25 пациентов со стентированием обеих ветвей бифуркации (из них у 15 (60%) пациентов была выполнена процедура V-стентирования и у 10 (40%) – процедура Т-стентирования). По основным клинико-анамнестическим и ангиографическим данным группы достоверно не различались. У подавляющего большинства больных в обеих группах имелось истинное бифуркационное поражение проксимального сегмента ПМЖВ ЛКА. Диаметр боковой ветви составил в среднем $2,2 \pm 0,3$ мм. в 1 группе и $2,3 \pm 0,2$ мм. – во 2-й. Исходная степень поражения магистральной артерии в обеих группах колебалась от 70 до 100%, исходная степень стеноза бокового сосуда – от 0 до 90%. Все ЭВП были выполнены по общепринятой методике. У подавляющего большинства больных в обеих группах использовали стенты без лекарственного антипролиферативного покрытия.

Результаты. Полную реваскуляризацию миокарда выполнили у 61 (84,7%) пациента в 1 группе и у 21 (84%) – во 2-й. Непосредственный успех ЭВП составил 100% в обеих группах. При этом после стентирования основной артерии ухудшение антеградного кровотока в боковой ветви наблюдали в 8% случаев в 1 группе и в 4% – во 2-й, по поводу чего были успешно выполнены соответственно баллонная ТЛАП или Т-стентирование боковой ветви через ячейку стента. Непосредственно после завершения ЭВП просвет боковой ветви в месте вмешательства был достоверно больше во 2 группе, чем в 1-й. случаев окклюзии боковой ветви, острого тромбоза сосудов в обеих группах отмечено не было.

В средне-отдалённом периоде обследованы 65 (90,3%) пациентов в 1 группе и 20 (80%) пациентов – во 2-й. Частота рестеноза основной ветви составила 24 (36,9%) и 9 (45%), частота окклюзии – 1 (1,5%) и 2 (10%) соответственно. Сохранение просвета боковой ветви с антеградным кровотоком TIMI 3 наблюдали в 62 (95,4%)

случаях в 1 группе и в 18 (90%) – во 2-й, при этом величина просвета бокового сосуда в группах достоверно не различалась. Частота рестеноза боковой ветви после баллонной ТЛАП (1 группа) составила 60% (9 из 15 случаев), после стентирования (2 группа) – 45% (9 из 20 случаев). Частота окклюзии боковой ветви – 0% и 5% (1 из 20 случаев) соответственно. случаев тромбоза стентов в 1 группе не наблюдали, во 2 группе тромбоз развился у 1 (5%) пациента в первые 30 суток и у 1 (5%) – в более поздние сроки.

Выживаемость за время наблюдения составила 100% в обеих группах. В ближайшем периоде случаев ИМ и стенокардии отмечено не было. В средне-отдалённом периоде ИМ развился у 2 (10%) больных во 2-й группе (из них Q-образующий ИМ – у 1 (5%)). Клинику стенокардии наблюдали у 27 (41,5%) пациентов в 1 группе и у 10 (50%) – во 2-й, у подавляющего большинства из них был выявлен рестеноз обеих ветвей бифуркации. Повторную реваскуляризацию миокарда выполнили в 27 (41,5%) и 11 (55%) случаях, из них на боковом сосуда – у 6 (9,2%) и 7 (35%) пациентов соответственно.

Заключение. Таким образом, при бифуркационном поражении венечных артерий у больных ИБС рутинное использование второго стента с целью стентирования боковой ветви не показало преимуществ по сравнению со стентированием только основного сосуда, как в отношении ангиографических, так и клинических результатов. Кроме того, при рутинном использовании второго стента чаще возникал рестеноз в основном сосуда, и отмечалась тенденция к увеличению частоты тромбоза стентов и развития ОИМ.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОАП ПО ДАННЫМ ВСУЗИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Демин, С.А. Лавренко, А.В. Демин,
А.Н. Желудков (Оренбург)

Рентгенохирургический метод стал основным способом коррекции одного из самых распространенных видов врожденных пороков сердца – открытого артериального протока (ОАП). С появлением окклюдеров Амплатца потеряло актуальность ограничение, связанное с размерами протока. Тем не менее, точное измерение диаметра протока остается весьма важным для выбора и вида, и размера окклюдирующего устройства.

Учитывая известные ограничения ангиографических количественных измерений, связанные с плоскостным характером анализируемого изображения, мы с 2000 года используем для количественных измерений и качественного анализа ОАП внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).