

клинических проявлений выполнена коронарография. Определялась окклюзия ПНА в месте стентирования – тромбоз стента. Была незамедлительно проведена реканализация ПНА в месте стентирования и баллонная ангиопластика без имплантации стента. Просвет артерии восстановился полностью, без признаков парастентового кровотока.

Пациент на 2-е сутки переведен в кардиологическое отделение на долечивание и реабилитацию. С минимальными потерями сократимости выписан из стационара.

Таким образом, имплантация стентов с антипролиферативным покрытием может спровоцировать повреждение стенки коронарной артерии по типу васкулита, с появлением парастентового кровотока, приводящее к тромбозу этого стента в отдаленном периоде, с вытекающими из этого тяжелыми осложнениями. Вероятно, назначение длительной двойной дезагрегантной терапии и выполнение контрольной коронарографии в отдаленном периоде профилируют фатальные осложнения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С., Травин Г.Ю., Кавтеладзе З.А., Артамонова Ю.В. Центр Эндохирургии и Литотрипсии, Москва, Россия

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения поражений ствола левой коронарной артерии (СЛКА) с помощью стентов с лекарственным покрытием (СЛП).

Материалы и методы: С ноября 2004 г. по ноябрь 2006 г. стентирование СЛКА с помощью СЛП было выполнено у 158 пациентов в возрасте от 47 до 72 лет (средний возраст $55 \pm 2,4$ г). По локализации поражения распределились так: устье СЛКА – 15 пациентов (9,5%), средний сегмент – 21 (13,3%), бифуркация – 91 (57,6%), устье передней межжелудочковой (ПМЖА) или огибающей (ОА) артерии – 31 пациент (19,6%). У 143 пациентов отмечали хроническую стабильную стенокардию III-IV функционального класса по CCS, у 15 нестабильную стенокардию. Сопутствующий диабет имели 32 пациента (20,2%). Сниженная сократительная функция ЛЖ наблюдалась в 23 случаях (14,5%). Имплантировали один стент у 68 пациентов (43,1%) и два и более стента у 90 (57,0%). При бифуркационном стентировании применяли технику “Cullotte” – 80 пациентов (50,6%) и “crush” – у 78 (49,4%). Во всех случаях бифуркационных и/или устьевых поражений ПМЖА и ОА вмешательство заканчивали методикой «целующихся баллонов». Ингибиторы рецепторов IIb/IIIa применяли у 25 пациентов (15,8%).

Результаты: Непосредственный клинический и ангиографический успех был достигнут у всех пациентов. В отдаленном периоде (6-34 мес.) рестеноз (рецидив стенокардии) отметили у 19 пациентов (12,1%). Из 19 пациентов с рестенозом у 15 (78,9%) выполнена бифуркационное стентирование, а у 4-х – имплантация 1-го стента с дополнительной дилатацией «целующимися» баллонами. Всем этим пациентам была выполнена повторная реваскуляризация (ПРМ) миокарда с помощью баллонной дилатации (10 пациентов) или имплантации дополнительного СЛП (4 пациента). Еще 5 пациентов были направлены на АКШ. 3-х летняя выживаемость пациентов без стенокардии и сердечно-сосудистых происшествий при изолированном поражении ствола ЛКА составила – 94,9%, при поражении ствола + 1 сосуда – 92,5% ($p=0,76$), при поражении ствола + 2 сосудов – 88,7% ($p=0,24$) и при поражении ствола + 3 сосудов – 70,4% ($p<0,0012$). При сравнении групп с применением техники “Cullotte” и “crush” достоверных различий в отдаленных результатах не обнаружено.

Заключение: Стентирование поражений ствола ЛКА с помощью СЛП является эффективной процедурой с точки зрения отдаленных результатов и низкой частоты рецидива стенокардии и ПРМ. Полученные результаты показывают, что применение СЛП может являться альтернативой хирургической реваскуляризации миокарда при изолированных поражениях СЛКА. При наличии соответствующих интраоперационных условий имплантация одного стента является лучшей стратегией лечения поражений ствола ЛКА для улучшения отдаленных результатов стентирования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ЭПОХУ «МЕТАЛЛИЧЕСКИХ» И «ЛЕКАРСТВЕННЫХ» СТЕНТОВ (ЧТО ДАЛО МАССИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СТЕНТОВ В КАЖДОДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ)

Бабунашвили А.М., Шувалова М.С. Центр эндохирургии и литотрипсии, I ММА им. И.М. Сеченова, факультет управления здравоохранением, Москва, Россия

Введение: Лекарственные стенты (ЛС) снижают частоту рестенозов, но, по многочисленным данным, повышают риск поздних тромбозов по сравнению с металлическими стентами (МС). Целью исследования является выяснить, как эти характеристики ЛС повлияли на работу катетеризационной лаборатории и результаты лечения коронарного атеросклероза в ближайшем и отдаленном периодах.

Материал и методы: Проводился анализ двух групп пациентов, леченных в эпоху металлических стентов (1999-2003гг – 562 пациентов) и стентов с лекарственным покрытием (2005-2008гг – 617 пациентов). Критерием включения в исследование явилось наличие отдаленного результата стентирования. После сравнительной оценки по параметрам групп пациентов для анализа были выделены подгруппы с параметрами, по которым различий по группам не было: а) с диабетом (65 пациентов и 92 пациента в I и II группе, соответственно); б) со сниженной функцией ЛЖ (52 и 93 пациента); в) с многососудистым поражением (190 и 215 пациентов); г) длине поражения артерии >25мм (183 и 321 пациент) и д) ОИМ (15 и 22 пациента).

При общей оценке во второй группе было больше пациентов с высоким функциональным классом (III-IV ФК по CCS) поражения (242 и 401 пациент, соответственно), нестабильной стенокардией и ОИМ (85 и 117 пациентов). Морфологическая картина атеросклеротических поражений во второй группе была также более тяжелой: 1. поражение ствола (42 и 71 пациент); 2. окклюзии (57 и 91 пациент); 3. калибр артерии < 2,5 мм (67 и 101 пациент); 4. поражения типа C (227 и 346 пациентов).

Количество имплантированных стентов составило в первой и во второй группе 847 и 961, соответственно (в среднем 1.5 и 1.55 стента на 1 пациента). Средний диаметр стентов – $2,8 \pm 1,2$ мм и $2,65 \pm 0,87$ мм, средняя длина стентированных участков КА – $22 \pm 2,45$ и $31,3 \pm 5,5$ мм.

Отдаленные результаты изучались как с помощью повторной ангиографии и мультиспиральной компьютерной ангиографии (438 и 499 пациентов), так и с помощью повторных визитов и неинвазивных методов обследования (52 и 54 пациента).

Статистическая обработка материала и анализ результатов сравнительного изучения двух групп пациентов проводили с помощью программного обеспечения SPSS версия 14.0.

Результаты: Частота рестенозов составила 28,3% и 11,02% в I и II группе, соответственно ($p=0,0021$). Особенно четко эта разница выявляется в подгруппах с диабетом (35,4% и 11,2%, $p=0,0014$), с калибром артерии 2,5 мм и менее (38,4% и 16,7%, $p=0,001$), длиной поражения 35 мм и более (45,8 и 17,4%, $p<0,001$) и с окклюзиями артерии (27,6% и 9,5%, $p<0,025$). В других подгруппах (ФИ < 0,5, калибром артерии 3,2 мм и более, стенозами типа A и B1, пациенты с НС и/или ОИМ, с многососудистыми поражениями) достоверной разницы не обнаружено.

Частота поздних тромбозов составила – 1,4% и 1,9% в I и во II группах, соответственно ($p=0,024$). 2-х летняя выживаемость составила 98,2 и 97,8% ($p=ns$), а частота MACE (летальность, ОИМ) – 6,04% и 5,7% ($p=0,78$). Повторная реваскуляризация миокарда (ПРМ) достоверно

чаще ($p<0,025$) выполнялась в I группе (34,4%), чем во второй (15,8%), что отчасти объясняется появлением новых поражений в сроки 3 года и более в первой группе.

Заключение: Несмотря на уменьшение частоты рестенозов и ПРМ в целом в группе ЛС, это преимущество не было отмечено в нескольких подгруппах пациентов, составляющих 47,5% и 38,4% от общей популяции пациентов в I и во II группах. Кроме того, выживаемость и частота MACE также недостоверно различались по группам. Частота позднего тромбоза имеет тенденцию к увеличению в группе с ЛС, начиная с 14 мес. после имплантации стента. Однако ЛС имеют четкое преимущество в подгруппах с диабетом, с окклюзиями КА, а также в длинных поражениях и в артериях калибром 2,5 мм и менее.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕТРОГРАДНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ (ПРИЖИЗНЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ 64-СЛОЙНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ)

Бабунашвили А.М., Глаголев В.Э.

Центр Эндохирургии и Литотрипсии, Москва, Россия

Обоснование: Мультислойная компьютерная томография (МСКТ) является единственным методом прижизненного изучения структуры и состава тканей в окклюдирующем материале коронарных артерии (КА).

Материал и методы: Были анализированы МСКТ данные у 68 пациентов (из них 66 мужчин) в возрасте 44 - 72 лет (средний показатель $52 \pm 4,3$ года) с окклюзиями одной или более коронарных артерий (всего – 73 артерии). Функциональный класс стенокардии по CCS: I – 8 (11,7%), II – 44 (64,7%), III – 16 (23,5%). ИМ в анамнезе отмечены у 58 (85,3%) больных, из них сниженная функция ЛЖ (<0.5) имела у 12 (20,7%) пациентов. Случаев нарушений функции почек не было. Давность окклюзии по анамнестическим данным составила от 6 до 36 мес. ($11,8 \pm 2,4$ мес). Окклюзии были распределены по артериям: ПМЖА – 31 (42,4%), ОА – 8 (11,0%), ПКА – 34 (46,6%).

Исследования проводились на 64-слойном КТ фирмы GE Light speed. Данные анализировались в режиме off-line с использованием программного обеспечения фирмы TeraRecon Inc. version 3.7.0.12. Оценивались такие параметры как длина окклюзии, плотность, степень ремоделирования сосуда, структура тканей и их объемное и процентное содержание в окклюдирующем материале. Изучались проксимальная и дистальная культя окклюзии и посегментарно собственно окклюдирующий материал (длина каждого сегмента 5 мм).