

в плановом порядке – 224 (56,8%) стента 170 (51,8%) пациентам, в экстренном – 170 (43,1%) стента 158 (48,1%) пациентам, из них 71 (77,1%) стент имплантирован по поводу острой окклюзии инфаркт-ответственной артерии. Прямым способом было имплантировано 273 (69,2%) стента, после предилатации – 121 (30,7%) стент. Все стенты имплантированы по стандартной методике.

Результаты. Непосредственный технический успех процедуры составил 91%. Во время имплантации 2 стентов отмечалась их дислокация с доставляющего баллон-катетера. В одном случае наблюдался острый тромбоз стента, в двух случаях развился подострый тромбоз в стенте. В трех случаях отмечалась диссекция коронарной артерии, потребовавшая имплантации дополнительного стента. В 2 случаях в связи с извитостью артерии попытка имплантации стента “Синус” не привела к успеху, что потребовало замены стента на BMS другого производителя. Контрольное исследование прошли 53 (16,1%) пациента, изучено состояние 60 (15,2%) стентов. Из них хороший результат стентирования составил 50% (30 стентов). Рестеноз составил 46,6% (28 стентов). Окклюзия составила 3,3% (2 стента).

Выводы. Имплантация стентов “Синус” по общепринятой методике стентирования связана с высоким непосредственным успехом процедуры, однако значительно уступает по средним показателям частоты рестенозов и тромбозов относительно аналогичных голометаллических стентов в среднеотдаленном периоде наблюдения.

Ближайшие и отдаленные результаты стентирования у больных сахарным диабетом 2-го типа

Какорин С.В., Ярних Е.В., Куликов А.В.

ГБУЗ “ГКБ № 4” ДЗ г. Москвы
ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”

Цель: провести анализ ближайших и отдаленных результатов стентирования у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни и телефонный опрос 106 пациентов госпитализированных в НПЦ кардиоангиологии в 2009 г. с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Всем пациентам было выполнено стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии. Изучаемые параметры включали рестеноз с повторным стентированием, выполнение аортокоронарного шунтирования (АКШ), частоту госпитализаций, приверженность к лечению, летальность от различных причин в течение 4 лет, сахарный диабет 2-го типа (СД2). Диагноз “сахарный диабет 2-го типа” ставили на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Результаты. По данным опроса было установлено, что в течение 4 лет из 106 больных 53 (50%) регулярно наблюдались у кардиолога и выполняли медицинские рекомендации, 51 (48,1%) – наблюдались у кардиолога в течение первого года после стентирования, а в последующем самостоятельно стали регулировать прием лекарственных препаратов, умерли два (1,9%) пациента. Повторное стентирование по поводу рестеноза было у 15 (14,2%) больных СД2, 14 (13,2%) выполнили АКШ, у 2 (1,9%) развился повторный ИМ, 7 (6,6%) наблюдались у невролога по поводу облитерирующего атеросклероза сонных артерий. Из 51 пациента, которые наблюдались у кардиолога только в течение первого года после стентирования, а в последующем самостоятельно стали регулировать прием лекарственных препаратов, 45 согласились ответить на вопрос о своем самочувствии. Из них 2 (4,4%) пациента указывали на повторный ИМ, у 1 (2,2%) была госпитализация по поводу нестабильной стенокардии (НС), 32 (71,1%) предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке и только 10 (22,2%) человек отмечали хорошее самочувствие и качество жизни.

Выводы. В течение 4 лет после стентирования инфаркт-связанной коронарной артерии у больных СД2 в 27,4% случаев требуется выполнение повторной реваскуляризации. Рестеноз как причина повторного стентирования был у 14,2% больных СД2, АКШ выполнена 13,2%. По причине мультифокального ате-

росклероза 6,6% наблюдались у невролога по поводу облитерирующего атеросклероза сонных артерий. Летальность от различных причин в течение 4 лет была в 1,9% случаев. Отсутствие комплаентности к лечению после стентирования сопровождается ухудшением качества жизни у 71,1% пациентов и госпитализацией по поводу повторного ИМ (4,4%) и НС (2,2%). Из 106 больных СД2, которым было выполнено стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии, только 10 (9,4%) человек отмечали хорошее самочувствие и качество жизни, несмотря на отсутствие регулярного медицинского контроля.

Артерии кисти – что нового?

Каледин А.Л., Кочанов И.Н., Селецкий С.С., Бурак Т.Я.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: разработать и внедрить в клиническую практику дополнительный артериальный доступ верхней конечности при проведении рентгенохирургических эндоваскулярных операций.

Материал и методы. В исследование включен 151 пациент, которым проведена катетеризация глубокой ладонной ветви лучевой артерии (deep palmar branch arteria radialis – DPB RA) в области анатомической табакерки. Катетеризация DPB RA слева выполнена у 98 больных, справа – у 53 больных. Средний возраст мужчин (n = 107) составил 62,5 года, женщин (n = 44) – 66 лет. Длительность наблюдения больных составляла 7 мес. До катетеризации DPB RA был разработан и использовался алгоритм: большой правша или левша, пульсация на *a. radialis*, *a. ulnaris*, DPB RA, артериальное давление на обеих руках, проба Аллена, пульсация на DPB RA с поочередным пережатием *a. radialis* и *a. ulnaris*, УЗИ сосудов предплечья и кисти с определением диаметра артерий. Отсутствовала пульсация DPB RA у 4 больных (не включены). Повторная (2 раза и более) катетеризация DPB RA – 8 (5,3%) больных. Контроль наличия постпункционной окклюзии DPB RA – 69 (45,7%) больных. Удаление интродьюсера сразу после завершения процедуры – 147 (97,4%) больных. Основные виды диагностических и лечебных вмешательств: коронарография – 31,1%, аортоангиография нижних конечностей – 26,5%, коронарография + стентирование – 18,5%, стентирование – 14,6%, другие – 9,3%.

Использовались инструменты: интродьюсеры 5–6 Fr, пункционные иглы 21G и 18G, диагностические катетеры 5–6 Fr, guide-катетеры 6 Fr. Для предотвращения спазма и тромбоза применялось внутриапериальное введение смеси растворов нитроглицерина и гепарина. Оценка времени рентгеноскопии (мин), поглощенной дозы (mGy), частоты осложнений, зависимости времени, затраченного на проведение катетеризации, от количества проведенных манипуляций, зависимости времени, затраченного на проведение катетеризации, частоты проводимых манипуляций (время рассчитывалось с момента пункции до установки интродьюсера).

Результаты исследования. Диаметр левой и правой DPB RA у правой руки значительно не отличался – 0,22 и 0,23 мм соответственно. Диаметр DPB RA на обеих руках меньше, чем диаметр *a. radialis* в дистальной трети предплечья. Сравнение времени скопии и поглощенной дозы проводилось только при диагностической коронарографии как наиболее стандартизированном методе интервенционного вмешательства. Не было получено достоверных отличий времени скопии и поглощенной дозы при доступе через правую и левую DPB RA – 5,58 и 5,56 мин и 1221,9 и 1106,72 mGy соответственно. Минимальное время (30–45 с), затраченное на катетеризацию DPB RA, отмечалось после 50 процедур и при их проведении не менее одной манипуляции в день. Смена доступа потребовалась при катетеризации DPB RA у одного (0,7%) больного из-за спазма при попытке проведения катетера через аномально высокоотходящую *a. radialis* на уровне верхней трети плеча, и у одного (0,7%) больного из-за патологической извитости *a. radialis* (loop). У одного (0,7%) больного наблюдалось введение интродьюсера в поверхностную ладонную дугу. Осложнения эндоваскулярных процедур, выполненных через DPB RA, представлены в таблице.