

гии) и значительных атеросклеротических изменений коронарных артерий.

Цель работы: анализ результатов коронарного стентирования у этой категории пациентов.

Материал и методы. Анализ были подвергнуты результаты коронарного стентирования (КС) 141 пациентов в возрасте 80 лет и старше, проведенных в период с 2005 по 2011 г. (4,8% от общего количества КС). Мужчин было 83 (58,9%). С сопутствующим диабетом было 7 (5%) больных, с атеросклерозом периферической артериальной системы – 102 (72,5%), с $FI < 0,5$ – 41 (29,1%), со стенокардией III–IV ФК – 88 (62,4%), с НС и ОИМ – 11 (7,8%), с ранее выполненными операциями реваскуляризации (АКШ или КС) – 22 (15,6%). Из ангиографических данных: однососудистое поражение – 17 (12,1%) случаев, выраженный кальциноз – 125 (88,6%), ХОКА – 88 (62,4%), бифуркации – 74 (52,5%). Стеноотические поражения, подвергнутые КС, локализовались: ствол ЛКА – 7 (5%), ПМЖА – 118 (83,7%), ПКА – 86 (61%), ОА – 78 (55,3%). В качестве артерии доступа использовались: радиальная – 138 (98%), бедренная – 2 (1,4%), другие – 1 (0,7%). В качестве специального инструментария и техник КС были применены: ротор – 3, режущий баллон – 5, “якорная” техника – 23, техника “катетер в катетере” – 3, “содружественный” проводник – 18, “сезам”-техника – 7, интраоральная контрпульсация – 18 (12,8%). Всего имплантированы 254 стента, из них 215 лекарственных стентов (84,6%) у 126 пациентов (89,4%).

Результаты исследования. Непосредственный ангиографический успех КС составил – 97,1%. Большие кардиальные осложнения (БКО, летальность, ОИМ) выявлены в 5,4% случаев, инсульт – в 1,9%, перфорация коронарной артерии – в 1,4%, значимые кровотечения – в 1,4%. Отдаленные результаты прослежены у пациентов в сроки от 9 до 38 мес, двухгодичная выживаемость составила 87,5%, повторные реваскуляризации – 35,6%, рестеноз – 20,4%, БКО – 8,9%. Регрессионный монофакторный логистический анализ показал зависимость отдаленных результатов от локализации стеноза, диабета, исходного состояния ЛЖ ($FI < 0,5$), длины леченного атеросклеротического поражения и типа имплантированного стента. Кальциноз являлся лишь предиктором непосредственной технической неудачи, но не влиял на отдаленные результаты вмешательства.

Заключение. Методику коронарного стентирования можно применить у пациентов старше 80 лет с высокой непосредственной и отдаленной эффективностью. При определении показаний к стентированию следует принимать во внимание как исходный клинический статус (НС, ОИМ, диабет), так и локализацию и длину поражения в коронарном русле. Лекарственный стент показывает лучшие отдаленные результаты по сравнению со стентами без лекарственного покрытия.

Ренальная денервация.

Оптимизация техники.

Эффективность и безопасность

Баев А.Е., Пекарский С.Е., Мордовин В.Ф., Крылов А.Л., Ситкова Е.С.

ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск

Цель работы: сравнить безопасность и эффективность ренальной денервации (РД) у пациентов с резистентной АГ при различной локализации точек воздействия.

Материал и методы. Простое проспективное исследование проводилось в течение 12 мес у пациентов с резистентной АГ и АД $> 160/100$ на фоне приема трех препаратов и более. Пациенты распределялись случайным образом на две группы: в 1-й проводилась РД по стандартной технике, во 2-й выполнялась РД по анатомически оптимизированной методике в дистальной части ствола и в начальных отделах сегментарных артерий, что по данным анатомических исследований соответствует зоне максимальной концентрации нервных волокон. Аппликации РЧ-энергии выполнялись катетером для РД 5F в режиме контроля t (60°C , 8 Вт, 2 мин). Офисные измерения и суточный мониторинг АД проводились исходно, через 1, 6 и 12 мес.

Результаты. Ренальная денервация по стандартной технике – в стволе почечной артерии (ПА) с диаметром не менее 4 мм, длиной не менее 2 см. Предполагается, что несоблюдение рекомендаций может привести к осложнениям: тромбозу ПА, деформации ПА вследствие сильного нагрева сосудистой стенки. Мы выполняем РД по анатомически оптимизированной методике.

На момент анализа данные 6-месячного наблюдения получены у 27 пациентов – у 14 мужчин и 13 женщин в возрасте $56,0 \pm 9,3$ года. Из них 14 пациентов составили группу стандартной и 13 пациентов – анатомически оптимизированной техники вмешательства. Ни в одном случае не выявлено повреждения ПА в результате РЧ-воздействия, включая группу дистальной РД.

По данным суточного мониторинга снижение АД через 6 мес в группе дистальной РД оказалось больше на 30–40% по сравнению со стандартной: снижение среднесуточных значений составило $-11,2/-7,0$ мм рт.ст. при оптимизированной технике и $-8,0/-4,3$ мм рт.ст. – при стандартной; снижение среднесуточных – $11,5/6,93$ мм рт.ст. и $7,8/4,43$ мм рт.ст. соответственно. Для офисных значений наблюдалась та же тенденция, но в меньшей степени – $-26,3/-12,83$ мм рт.ст. и $30,5/14,23$ мм рт.ст.

Вывод. У пациентов с резистентной АГ анатомически оптимизированная методика РД безопасна и может иметь существенное преимущество по сравнению со стандартной техникой.

Характеристика типов аневризм брюшного отдела аорты по данным мультиспиральной компьютерной ангиографии

Баранишин А.А., Даниленко И.Б., Чумаченко М.Н., Шаповалов Т.Н.

Луганская областная клиническая больница, Украина

Появление современных методов лучевой визуализации способствовало дальнейшему прогрессу сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Мультиспиральная компьютерная ангиография (КТА) брюшного отдела аорты позволяет получить информацию о просвете и состоянии сосудистой стенки, изучить анатомию сосудов, состояние окружающих органов и структур, а также создавать реконструкции, недоступные при обычной ангиографии. На сегодня КТА является стандартным методом планирования оперативных вмешательств на аорте.

Цель работы: изучить различные варианты типов аневризм брюшного отдела аорты и их осложнения по данным КТА.

Материал и методы. Нами обследовано 52 больных с подозрением на аневризму брюшной аорты. Возраст пациентов составил от 45 до 74 лет. Мужчин было 47, женщин – 5. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование с цветовым картированием, и оценивались параметры центральной гемодинамики. Перед проведением исследования оценивалась степень риска с учетом сопутствующей патологии: наличие почечной недостаточности, диабетической нефропатии, общее тяжелое состояние, дегидратация. В оценке типа аневризмы применяли классификацию А.В. Покровского.

Результаты исследования. Истинные аневризмы аорты диагностированы у 45 пациентов (86,5%). Размеры аневризм варьировали от 35 до 150 мм по диаметру и составили: небольшие размеры (35–50 мм) – 6 (13,3%); средние (50–70 мм) – 30 (66,7%); большие (70–100 мм) – 7 (15,6%); гигантские (100 мм и более) – 2 (4,4%). Выявлены следующие типы аневризм: аневризмы чревного отдела аорты II типа у 25 больных; аневризмы чревного отдела аорты III типа у 15 больных; аневризмы чревного отдела аорты IV типа у 5 больных. Из них у 3 пациентов имел место разрыв аневризмы с формированием забрюшинной гематомы, в одном случае отмечалась фистула в нижнюю полую вену. В 6 случаях имели место аневризмы артерий чревного ствола, медионекроз аорты с ее разрывом. Расхождение с данными ультразвуковых методов исследования отмечались у 6 больных (11,5%) и заключалось в трактовке типа аневризмы и ее локализации.

Выводы. 1. КТА является высокоинформативной, малоинвазивной и доступной методикой в диагностике аневризм брюшного отдела аорты и их осложнений с последующей разработкой тактики хирургического лечения. 2. Ультразвуковое дуплексное сканирование с цветовым картированием является скрининг-методом в диагностике аневризм брюшного отдела аорты и требует дальнейшей верификации.

Первый опыт имплантации бескаркасного аортального клапана

Баяндин Н.Л., Кротовский А.Г., Филатов А.А., Клыков Л.Л., Сетьнь Т.В., Кричевский Л.А., Харламова И.Е., Имаев Т.Э., Тюлькина Е.Е., Абрамов И.С.

ГБУЗ "ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучение возможности применения бескаркасного протеза аортального клапана "Edwards Sapien" с установкой через верхушку сердца. Показания для операции: наличие критического стеноза аортального клапана, высокий риск традиционного оперативного вмешательства, EuroSCORE более 20%, стенозы подвздошно-бедренных сегментов.

Материал и методы. В исследование включены 6 пациентов, оперированных в ГКБ №15 в 2012 г. Средний возраст больных 72,9 года, мужчин было 4, женщин – 2. Все пациенты относились к ФК III по NYHA. Отбор пациентов проводили по следующим критериям: кальцинированный аортальный клапан (кальциноз III степени) с преобладанием стеноза, высокий риск традиционного оперативного вмешательства при EuroSCORE более 20%, размер фиброзного кольца аортального клапана от 22,5 до 25 мм, гемодинамически незначимое поражение коронарных артерий, отсутствие значимой другой патологии сердца и аорты.

Результаты. Все пациенты прошли обследования по программе подготовки к катетерной имплантации аортального клапана: трансторакальная и чреспищеводная ЭхоКГ, мульти-спиральная компьютерная томография с контрастированием аорты и ее ветвей, коронарография, аортография с ангиографией подвздошно-бедренного сегмента. По данным ЭхоКГ градиент систолического давления колебался от 55 до 72 мм рт.ст., в среднем составил 64 ± 11 мм рт.ст. Диаметр фиброзного кольца аортального клапана был от 22,5 до 25 мм. Площадь отверстия аортального клапана был от 0,5 до 0,8 см², в среднем $0,72 \pm 0,2$ см². Показанием для транскапикального доступа имплантации клапана служило гемодинамическое сужение подвздошно-бедренного сегмента. За 6 ч до проведения операции пациентам назначалась терапия – 300 мг клопидогреля и 100 мг аспирина. Во всех случаях выполняли установку протеза аортального клапана транскапикальным доступом. Операция осуществлялась двумя бригадами – кардиохирургами и эндоваскулярными специалистами по стандартной методике. В одном наблюдении во время операции был спазм левой коронарной артерии, что потребовало массажа сердца, на фоне терапии нитроглицерином спазм был ликвидирован и больной выписан. И в одном наблюдении было кровотечение, при повторной торакотомии источник не выявлен, при нормализации свертывающей системы крови кровотечение остановилось. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось уменьшение градиента систолического давления на клапане до $9,2 \pm 1,5$ мм рт.ст. Площадь отверстия аортального клапана после операции в среднем увеличилась с $0,72 \pm 0,1$ до $1,9 \pm 0,3$ см².

Заключение. Установка бескаркасного аортального протеза через верхушку сердца показана у больных с высоким риском традиционного оперативного вмешательства, при стеноческом поражении аорты и подвздошно-бедренных сегментов артерий нижних конечностей.

Анализ результатов хирургических методов лечения больных с острым коронарным синдромом

Белякин С.А., Иванов В.А., Иванов А.В., Цымбал Е.В., Поляков И.И., Базанов И.С., Жариков С.Б.

ФГБУ "3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского" Министерства обороны РФ, г. Красногорск, Московская область

За последние десятилетия внедрение в клиническую практику хирургических реперфузионных методик значительно улучшило прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). С позиции современных знаний ранний инвазивный подход рассматривается как наиболее эффективное пособие для лечения.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения больных с ОКС.

Материал и методы. В период с июля 2008 по август 2013 г. в 3-м ЦВКГ им. А.А. Вишневского было пролечено 525 пациентов с ОКС, из них у 145 был подтвержден инфаркт миокарда, у 380 – нестабильная стенокардия. При поступлении всем пациентам в течение 2 ч выполнялась диагностическая коронарография. Выбор тактики лечения определялся консилиумом специалистов, включающим кардиологов, кардиохирургов и рентгенэндоваскулярных специалистов.

В 76% случаев приоритет был отдан чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ) на целевой артерии. 24% пациентов с многососудистым поражением коронарного русла и невозможностью определения инфраконтрастной артерии проводилось аортокоронарное шунтирование.

В ходе ЧКВ выполнялась механическая проводниковая реканализация, в 24,2% в связи с распространенным тромбозом коронарной артерии применялась аспирационная тромбэктомия. Для снижения риска ишемических осложнений дополнительно применялись ингибиторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов в 3,8% случаев, прямые ингибиторы тромбина – в 1,6%.

Для сохранения просвета артерии всем пациентам были имплантированы коронарные стенты: 33,6% пациентам – стенты с лекарственным покрытием, 66,4% – голометаллические стенты.

Результаты. Технический успех вмешательства (достижение магистрального кровотока TIMI III) был достигнут в 98,5%. Летальность на госпитальном этапе составила 1,1% (2 пациента).

В 4 случаях на фоне выраженного кальциноза происходила перфорация коронарных артерий, требующая имплантации стент-графтов в 2 случаях, экстренного аортокоронарного шунтирования – в 1 случае.

Выводы. Пациентам с ОКС показано раннее выполнение диагностической коронарографии и реваскуляризации миокарда. Коллективное принятие решения позволяет достичь наилучшего клинического результата и существенно снизить риск осложнений. В экстренных ситуациях ЧКВ является "золотым стандартом", в первую очередь при подтвержденном инфаркте миокарда.

Результаты стентирования внутренних сонных артерий

Белякин С.А., Иванов В.А., Смирнов В.Л., Иванов А.В., Витязев С.П.

ФГБУ "3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского" Министерства обороны РФ, г. Красногорск, Московская область

Цель: оценить эффективность и безопасность стентирования у больных с "симптомными" стенозами внутренних сонных артерий.

Материал и методы. В период с 2003 по 2012 г. в госпитале выполнено 572 операции стентирования внутренних сонных артерий у 507 больных. Мужчины было 81%, женщин – 19%, средний возраст – 68 ± 14 лет; с "симптомными" (в 92% случаев) стенозами – 50–99% внутренних сонных артерий. В большинстве случаев пациенты имели сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца – 83%, мультифокальный атеро-