

Заключение. Результаты интервенционных процедур имели наибольшее влияние на прогноз. Традиционные факторы риска, за исключением курения, не играли существенной роли в выживаемости больных с незначимым поражением основного ствола левой коронарной артерии.

Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных с разными формами ИБС: ближайшие и среднеотдаленные результаты

Кононов А.В., Костянов И.Ю., Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Громов Д.Г., Иселиани Д.Г.
ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель: оценить непосредственные и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты стентирования ствола ЛКА у больных с ИБС.

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 134 пациента с разными формами ИБС и стентированием ствола ЛКА. Превалировал мужской пол – 64,2% (n = 86), средний возраст составил 62,4 ± 10,1 года. У 47,8% (n = 64) больных наблюдалась стенокардия напряжения и у 52,2% (n = 70) – острый коронарный синдром, в том числе у 8,2% (n = 11) – ОИМ. У 10,5% (n = 4) пациентов присутствовали клинические признаки острой сердечной недостаточности, в том числе у 4,5% – клиническая картина кардиогенного шока, что потребовало применения внутриартериальной баллонной контрпульсации. Степень стеноза ствола ЛКА составила в среднем 79,4 ± 4,8%, острая окклюзия наблюдалась у 8,2% пациентов (n = 11). В 35,8% (n = 48) случаев было поражение устья ствола ЛКА, в 21,6% (n = 29) – тела ствола ЛКА и в 42,6% (n = 57) – поражение его бифуркации. У 86,4% больных отмечалось многососудистое поражение коронарного русла. Стенты с покрытием были имплантированы в ствол ЛКА у 58,3% пациентов (n = 81). Техника бифуркационного стентирования была использована более чем в 40% случаев.

Результаты исследования. В 100% случаев удалось достичь оптимального непосредственного ангиографического результата. В 96,3% (n = 129) случаев госпитальный период протекал без осложнений. Летальность составила 3,7% (n = 5). Через 8,01 ± 2,1 мес после ЭВП известна судьба 97 (72,4%) пациентов. Среди них выживаемость составила 99% (один пациент скончался от рака). В 40,2% случаев (n = 39) клинические признаки стенокардии отсутствовали, у 16 пациентов (16,4% случаев) наблюдалась нестабильная стенокардия и у 2 пациентов (2,1% случаев) – ОИМ. Общий рестеноз составил 37,5% (n = 42): в стентах с лекарственным покрытием – 21,1% (n = 12), в голометаллических стентах – 54,5% (n = 30). Окклюзий в стентах не выявлено. Консервативное лечение было рекомендовано в 23,8% (n = 10) случаев, повторное эндоваскулярное вмешательство – в 47,6% (n = 20) и операция АКШ – в 28,6% (n = 12).

Заключение. Процедура стентирования ствола ЛКА является клинически эффективной и безопасной в подавляющем большинстве случаев, и более чем у 50% пациентов ее клинический эффект сохраняется в среднеотдаленные сроки. Ангиографический рестеноз в среднеотдаленном периоде наблюдается существенно реже в стентах с лекарственным покрытием, чем в голометаллических вне зависимости от техники стентирования – в 21 и 54,5% случаев соответственно.

Первичная фибрилляция желудочков у больных ОИМ: возможные механизмы возникновения и госпитальный исход заболевания

Костянов И.Ю., Рогатова А.Н., Асадов Д.А., Чернышева И.Е., Васильев П.С., Иселиани Д.Г.
ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучить состояние коронарного кровотока, ближайшие и среднеотдаленные клинические и ангиографические результаты эндоваскулярного лечения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным ранней первичной фибрилляцией желудочков (ФЖ).

Материал и методы. В настоящее исследование в ретроспективном порядке с января 2001 по декабрь 2013 г. были включены 350 пациентов с ОИМ. 1-ю группу пациентов (n = 170) составили пациенты с ОИМ, перенесшие в первые часы заболевания первичную ФЖ. Во 2-ю группу (n = 180) были включены выбранные методом случайной рандомизации, пациенты с ОИМ без ФЖ. Нами оценивались следующие показатели: антеградный кровоток в ИОА по классификации TIMI, оценка выраженности тромбоза по TBS, показатели перфузии миокарда по MBG, локализация ОИМ, левожелудочковая функция, эффективность ЭВП, частота MACE (сердечная смерть, повторный ИМ и повторная реваскуляризация ИОА) в госпитальном и среднеотдаленном периодах заболевания.

Результаты. При сравнительном анализе оцениваемых показателей у больных ОИМ с рецидивирующей фибрилляцией (два и более эпизодов ФЖ) достоверно чаще выявлялся кровоток TIMI-1–2, чем у пациентов с однократной ФЖ или без ФЖ: 21,6 vs 13,2% (p < 0,05). Также достоверно чаще в этой подгруппе пациентов выявлялись признаки массивного внутрипросветного тромбоза (TBS ≥ 3): 29,7 vs 18,2% (p < 0,05). После проведения у исследуемых больных ОИМ экстренных эндоваскулярных процедур кровотока TIMI-3 был достигнут в 92,4% случаев. Достоверных различий по этому показателю между группами получено не было. В ряде случаев оптимальный ангиографический результат достигался сочетанием ангиопластики или стентирования с процедурой мануальной вакуумной тромбэкстракции. На госпитальном этапе частота MACE составила 3,6% случаев в 1-й группе пациентов и 2,8% – во 2-й (p > 0,05). В среднеотдаленном периоде (8,4 ± 1,2 мес) частота MACE составила в 1-й группе 6,9% случаев и 7,2% – во 2-й группе (p > 0,05).

Выводы. Ургентное эндоваскулярное вмешательство у больных ОИМ с ранней первичной ФЖ является эффективным и безопасным методом лечения. Развитие рецидивирования ранней первичной ФЖ обусловлено наличием кровотока в ИОА TIMI-1–2 и/или наличием массивного внутрипросветного тромба (TBS ≥ 3).

Лечение синдрома диабетической стопы в многопрофильном стационаре

Крапивин А.А., Тарабрин А.С., Климовский С.Д., Иванов А.П.
ГБУЗ "ГКБ №20 ДЗ г. Москвы"

Бурное развитие эндоваскулярной хирургии за последнее десятилетие позволило сделать ангиопластику артерий голени ключевым звеном многокомпонентного лечения синдрома диабетической стопы (СДС). Восстановление кровоснабжения является наиважнейшим фактором санации гнойно-некротического очага. Успех реканализации окклюзированных артерий голени составляет, по данным разных авторов, от 65 до 90%.

Лечение СДС требует мультидисциплинарного подхода. Наличие в ГКБ № 20 отделений гнойной хирургии, эндокринологии, сосудистой хирургии, РХМДиЛ позволяет осуществлять весь спектр диагностических и лечебных процедур и операций пациентам с СДС.

Цель: оценить ближайшие результаты выполнения ангиопластики артерий голени у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы. С марта 2013 по ноябрь 2013 г. нами прооперировано 24 пациента с СДС. Все пациенты имели трофические нарушения различной степени, которая оценивалась по Wagner. 13 пациентов имели II степень, 4 пациента – I степень, 2 пациента – III степень и 5 пациентов – IV степень. Перед операцией обязательным было выполнение УЗДГ и ангиографии. Особого внимания требуют пациенты с той или иной степенью нарушения функции почек. При выявлении таких пациентов обязательным является предварительная подготовка – гидратация как перед ангиографией, так и перед последующей ангиопластикой. Для решения вопроса о целевом сосуде мы пользовались ангосомной теорией. Успешным считалось выполнение ангиопластики с восстановлением магистрального кровотока по дорзальной или подошвенной артерии.

альной дуге. У 12 пациентов выполнена ангиопластика одной из большеберцовых артерий, у 9 пациентов выполнена ангиопластика двух артерий и 3 пациентам выполнена ангиопластика 3 артерий голени.

Результаты. Первичный успех вмешательства с восстановлением магистрального кровотока, как минимум, по одной из артериальных дуг стопы отмечен у 17 (71%) пациентов. В качестве методов использованы антеградная пункция поверхностной бедренной артерии с установкой интродьюсера 23 или 40 см, проводниковая антеградная реканализация, баллонная ангиопластика. У 5 пациентов ангиопластика артерий голени сочеталась с одномоментной ангиопластикой подколенной и поверхностной бедренной артерий. Клиническое улучшение в ближайшем послеоперационном периоде с уменьшением болевого синдрома, улучшением состояния раны наблюдалось у 20 (83%) пациентов. Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены в 4 (16%) случаях, из них в 2 – гематома в месте пункции и в 2 – ухудшение функции почек. Смерть одного пациента связана с развитием тяжелого сепсиса.

В раннем послеоперационном периоде пациентам выполнялись некрэктомии, малые ампутации. Большие ампутации (выше голеностопного сустава) оперированной конечности выполнены у 3 пациентов (12,5%). Хороший клинический результат в виде сохранения конечности и заживления ран наблюдался у 87,5% пациентов.

Заключение. Эндovasкулярные вмешательства у пациентов с поражением артерий голени, в том числе на фоне сахарного диабета и синдрома диабетической стопы, имеют непосредственный технический успех в большинстве случаев и позволяют добиться сохранения конечности у большинства пациентов. Основным условием клинического успеха является восстановление магистрального кровотока на стопе. Ангиопластика артерий голени при ее более широком внедрении позволит значительно сократить число ампутаций у пациентов с СДС. Основной проблемой, мешающей ее повсеместному применению, остается дороговизна расходных материалов.

Факторы риска и технические возможности снижения частоты *no-reflow*

Крылов А.Л., Марков В.В., Варваренко В.И., Баев А.Е., Винтизенко С.И., Марков В.А., Вышлов Е.В.
НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск

Патогенез *no-reflow* обусловлен тремя основными причинами: поражением миокарда в результате острого инфаркта, реперфузионным поражением и дистальной эмболией микросудистого русла в результате проведенного ЧКВ.

Цель: изучить факторы риска возникновения *no-reflow* и возможности снижения частоты *no-reflow* путем применения фармакоинвазивного подхода и использования стента Net Protectiv MGuard Prime (Inspire MD).

Материал и методы. В исследование включено 1500 больных ОКС с подъемом сегмента ST после экстренной ЧКВ за период 2006–2012 гг. В 2012 г. для лечения острой окклюзии коронарной артерии (КА) с массивным тромбозом (диаметр КА > 3,2 мм, длина тромба > 10 мм) в 12 случаях использовали фармакоинвазивный подход. У 26 больных в тромбированный участок КА имплантированы 26 стентов MGuard Prime.

Результаты. Основными факторами, определяющими возникновение *no-reflow*, являлись диаметр КА > 3,2 мм и длина тромба > 10 мм. Время от начала окклюзии КА до реперфузии в течение первых суток ОИМ, возраст не ассоциировались с *no-reflow*. *No-reflow* наблюдали после реканализации КА проводником в 9,5%, после баллонной дилатации – в 37,7%, после имплантации стента – в 52,8%.

Применение MGuard Prime в КА с массивным тромбозом позволило в 25 случаях (96%) получить кровоток TIMI III.

В 2012 г. частота *no-reflow* составила 1,7% (6 из 361 больных). В предыдущие годы частота *no-reflow* составляла 4,0% (47 из 1233 больных).

Выводы. ЧКВ является доминирующим патогенетическим звеном развития *no-reflow*. Массивный тромбоз коронарной

артерии (диаметр КА > 3,2 мм, длина тромба > 10 мм) представляет собой основной фактор риска возникновения *no-reflow*. Применение фармакоинвазивного подхода и стента Net Protectiv MGuard Prime позволило в 2 раза снизить частоту выявления симптома *no-reflow*.

Выбор способа билиарной декомпрессии при проксимальном уровне билиарного блока опухолевой этиологии

Кулезнева Ю.В., Кириллова М.С., Израйлов Р.Е., Смирнов Е.А.

МКНЦ, кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ, ГБУЗ "ГКБ №68 ДЗ г. Москвы"

Актуальность: хирургическое лечение опухолевой желтухи, вызванной проксимальным билиарным блоком, представляет собой серьезную проблему в хирургии. Чрескожные малоинвазивные вмешательства в данной ситуации способны не только обеспечить билиарную декомпрессию, но и могут стать адекватной альтернативой открытым лапаротомным паллиативным операциям.

Материал и методы. С ноября 2004 по январь 2014 г. в ГКБ № 68 поступило 760 больных с механической желтухой опухолевого генеза, из них у 195 был диагностирован проксимальный уровень билиарного блока, в том числе с разобщением желчных протоков – у 145 пациентов. Средний возраст больных составил $69,3 \pm 11,7$ года. Средний уровень билирубина при поступлении – $374,5 \pm 191,9$ мкмоль/л. Причинами механической желтухи являлись: опухоль проксимальных желчных протоков ($n = 72$), метастатическое поражение печечно-дуоденальной связки ($n = 68$), опухоль желчного пузыря ($n = 39$), опухоль печени ($n = 16$).

Результаты. Чрескожный доступ в желчные протоки был успешно осуществлен у 100% больных: выполняли наружное, наружно-внутреннее дренирование и стентирование желчных протоков. При проксимальном уровне наружное дренирование ($n = 135$) в 13,7% случаев сопровождалось полной дислокацией дренажа, в том числе с развитием желчеистечения в брюшную полость. Для уменьшения риска полной дислокации осуществляли наружно-внутреннее транспапиллярное дренирование протоков ($n = 26$), при котором данное осложнение не встречалось. Однако переход на данный вид дренирования резко увеличил число инфекционных осложнений вследствие рефлюкс-холангита (до 28,8%), а также привел к развитию острого деструктивного панкреатита у 4 больных (16,0%). В связи с этим в 2009 г. было внедрено супрапепиллярное наружно-внутреннее дренирование ($n = 52$) с помощью модифицированных дренажей с дополнительными перфорационными отверстиями, что позволило значительно снизить риск острого панкреатита и рефлюкс-холангита, уменьшить частоту дислокации дренажа и обеспечить нормальный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку.

Эндобилиарное стентирование было осуществлено 84 пациентам, при этом устанавливались покрытые ($n = 46$) и непокрытые ($n = 38$) стенты. Билотарное стентирование выполнено 26 больным (Y- или T-образно параллельным способом), четверым – по сегментарное стентирование тремя стентами.

В большинстве случаев хирургические осложнения антеградного желчеотведения в большинстве случаев были разрешены с помощью консервативной терапии и миниинвазивных методов и лишь в 3,2% случаев являлись причиной смерти.

Заключение. Таким образом, адекватно выполненное антеградное желчеотведение – это высокоэффективный способ декомпрессии желчных протоков при высоком уровне билиарного блока, который может быть успешно осуществлен независимо от степени разобщения долей и сегментов печени.