

лекарственной терапии имеет тенденцию к быстрому прогрессированию. Сегодня ангиопластика со стентированием – основной и наиболее эффективный метод лечения такого типа вторичных артериальных гипертензий.

Материал и методы. С января 2010 по март 2013 г. в отделе рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова 38 больным выполнено стентирование почечных артерий.

Результаты. Непосредственно после стентирования отмечался гипотензивный эффект в 97%. Систолическое АД достоверно снизилось на 26%, диастолическое – на 19% ($p < 0,05$). В октябре-ноябре 2013 г. 24 пациента были повторно обследованы. По данным МСКТ почечных артерий у одного пациента выявлены признаки гемодинамически значимого рестеноза почечной артерии.

Заключение. Таким образом, ангиопластика со стентированием почечных артерий при атеросклеротическом стенозе является безопасным и эффективным методом восстановления кровотока, приводящим к хорошим непосредственным (ангиографическим и клиническим) и отдаленным результатам.

Опыт применения бифуркационного стента Tryton

Сарычев П.В., Кузнецов С.И., Лаптев Р.В., Саввин А.А., Музалев И.В.

БУЗ ВО "Воронежская областная клиническая больница №1"

Цель: выявить показания и противопоказания использования бифуркационного стента Tryton, оценивая первый опыт имплантации по отношению к классическому подходу использования двух DES.

Методы. Выполнено 87 бифуркационных стентирований коронарных артерий по типу Cullott, стент Tryton имплантирован в 28 случаях. Бифуркационные бранши не использовали при стенозическом поражении боковой ветви более 5 мм. 52 пациентам выполняли контрольную ангиографию в сроки 9–12 мес, из них 18 – с использованием стента Tryton. Отбор пациентов по типу бифуркационного поражения не осуществлялся по причине небольшого числа операций. В послеоперационном периоде нашим пациентам мы назначали двойную дезагрегантную терапию (плавикс + АСК) не менее 2 лет.

Результаты. В контрольной группе, где использовались два DES, наблюдалось: 1 тромбоз стентов (выполнена баллонная ангиопластика), 3 рестеноза (1 – в проксимальном отделе стентов, 2 – в боковой ветви). В группе с использованием бифуркационного стента при контроле рестеноз наблюдался в 10 случаях (1 – в проксимальном отделе стентов, остальные 9 – в боковой ветви). При детальном анализе во всех 9 случаях определялся бифуркационный стеноз по классификации х:1, в случае если боковая ветвь интактна – поражения боковой бранши не наблюдалось. Погрешности в приеме дезагрегантов у всех пациентов выявлено не было.

Выводы. Согласно полученным результатам мы пришли к выводу, что при распространении атеросклеротической бляшки на боковую ветвь, использование бифуркационного стента Tryton нецелесообразно ввиду высокого риска рестеноза. Нанесение лекарственного покрытия возможно решило бы эту проблему. Несмотря на это, использовать бифуркационный стент удобно, это экономит массу времени и устройства, облегчает методику стентирования, поэтому, при отсутствии поражения боковой ветви, использование Tryton можно считать безопасным и эффективным.

Оценка эффективности стентирования ВСА в остром периоде ОНМК

Сарычев П.В., Чуприна С.Е., Лаптев Р.В., Саввин А.А., Воробьев А.А.

БУЗ ВО "Воронежская областная клиническая больница №1"

Цель: оценить эффективность эндоваскулярного лечения БСА в остром и подостром периодах ОНМК по ишемическому типу.

Методы. За период с 2009 г. выполнено 236 операций. 178 (75%) пациентов в остром периоде ОНМК по ишемическому

типу, у 58 – по показаниям. 50 (22%) пациентов имеют двустороннее поражение сонных артерий. 96 человек (41%) имеют сочетанное поражение коронарных сосудов. У пациентов в остром периоде ОНМК оценивался статус по шкале NIHSS, Рэнкин. Стентирование внутренних сонных артерий применялось у пациентов со стенозом от 70% (NASCET), если стеноз симптомный, а также все стенозы, превышающие 80% (NASCET).

Стентирование при критическом поражении и наличии в просвете артерии тромботических масс выполнялось с применением проксимальной защиты. В остальных случаях применялась дистальная защита мозга. Для оценки отдаленных результатов проводились УЗДГ, ангиография или КТ-ангиография через 6 мес.

Результаты. Из 236 пациентов интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения наблюдали в 7 случаях. У пациентов стентированных в острый период ОНМК отмечался регресс неврологической симптоматики по шкале NIHSS от 6 до 46, модифицированная шкала Рэнкин при выписке составила 26 у всех пациентов – происходит ускорение реабилитации. В отдаленных результатах отмечены 2 ОНМК, в обоих случаях – погрешности в приеме дезагрегантов. Отмечены 3 *in-stent*-стеноза при скрининге, проведено рестентирование.

Выводы. Проведенный анализ показал, что эндоваскулярные вмешательства в остром периоде у больных с ОНМК по ишемическому типу с гемодинамически значимыми стенозами улучшают качество жизни пациента, характеризуются низким процентом осложнений, меньшими сроками госпитализации. Малоинвазивный подход подобных операций и невозможность выполнения КЭЭ в острый период при высокой их эффективности делают эндоваскулярные вмешательства операциями выбора.

Клинический случай рентгеноэндоваскулярной окклюзии ДМПП

Сахнов Е.В., Столяров Д.П., Мельников А.В., Плиговка И.Н., Ганкин М.И., Дрыганов Д.Б., Юнкер Е.В.

ФГУЗ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ РФ, г. Красноярск

Цель: оценить непосредственные результаты рентгеноэндоваскулярной окклюзии дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП) двумя окклюдерами.

Материал и методы. Пациент Д., 1968 г.р., с диагнозом "вторичный центральный ДМПП" был госпитализирован для планового лечения. По эхокардиографии (ЭхоКГ): вторичный центральный ДМПП с лево-правым сбросом 0,6 × 0,7 см. Края: верхний – 3,6 см, нижний – 1,8 см, задний – 3,0 см истончены, передний – 1,0 см плотный. Аорта обычная. Митральная недостаточность I степени. Трикуспидальная недостаточность I степени. Легочная гипертензия СДЛА – 32 мм рт.ст. Расширена полость ПЖ, ПП. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1-му типу. Интраоперационная чреспищеводная (ЧП) ЭхоКГ выявило наличие двух дефектов МПП размерами 4 и 8 мм и расстоянием между дефектами 3 мм.

Результаты. Попытка объединить оба дефекта при помощи измерительного баллона была безуспешна, при этом достигнуто увеличение большего дефекта. В больший дефект имплантирован ASD-окклюдер 14, однако перекрыть оба ДМПП не удалось. Имплантирован ASD-окклюдер 8 во второй дефект. На ЧПЭхоКГ-контроле сброса крови через МПП не наблюдалось. На 7-е сутки после операции пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. По ЭхоКГ данных за дислокацию устройств не было. Клапанный аппарат интактен, сброса крови через МПП не было.

Выводы. Взрослым пациентам с ДМПП показано выполнение ЧПЭхоКГ даже при отсутствии сомнений в анатомии межпредсердной перегородки при трансторакальной ЭхоКГ.

Имплантация двух окклюдеров является одним из вариантов коррекции порока при наличии нескольких дефектов и может быть успешно выполнена за одну процедуру.