

рансферазной активности на процессы *in-stent*-стенозирования при применении стентов с лекарственным покрытием.

**Материал и методы.** В исследование ретроспективно было включено 105 пациентов, 75,4% из них мужского пола, средний возраст –  $57,5 \pm 7,9$  года, которым было имплантировано 152 коронарных стента с лекарственным покрытием по поводу хронической ИБС в период с декабря 2008 по январь 2013 г. Отбор больных для включения в исследование осуществлялся после выполнения контрольной коронароангиографии в сроки через  $7,2 \pm 2,2$  месяца после эндоваскулярной процедуры. Основным критерием отбора было отсутствие у респондентов известных клинико-ангиографических факторов риска развития рестеноза. 1-ю группу больных ( $n = 65$ ) составили пациенты с фенотипом быстрого ацетилирования, 2-ю группу ( $n = 40$ ) – пациенты с медленным фенотипом ацетилирования. Исходные ангиографические данные пациентов и непосредственный результат эндоваскулярной процедуры оценивались независимо двумя специалистами. Ангиографические морфометрические показатели обрабатывались на компьютере ангиографической установки Axiom Artis FC (фирма Siemens, Германия). Определение фенотипа N-ацетилирования выполнялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. В качестве тест-препарата использовали стандартный препарат сульфадимезин. После однократного приема внутрь 500 мг сульфадимезина в течение 6 ч выполнялся сбор мочи, в которой определялось соотношение прометаболизированного (N-ацетил-сульфадимезина) и неметаболизированного сульфадимезина. Статистическая обработка материала выполнялась в программе SPSS 10,0 for Windows.

**Результаты.** Доля прометаболизированного тест-препарата сульфадимезина (N-ацетил-сульфадимезина) за 6 ч в общей группе больных колебалась от 48 до 98% и в среднем составила  $80,54 \pm 13,79\%$ . При этом в 1-й группе больных (группа с быстрым фенотипом ацетилирования) рестеноз в стенте составил 17,5%, что достоверно ( $p > 0,05$ ) не отличалось от рестенозирования во 2-й группе больных (с медленным фенотипом ацетилирования), где рестеноз отмечен в 15,2%. Достоверной взаимосвязи между количеством прометаболизированного тест-препарата и степенью сужения просвета артерии в стенте также не выявлено (процент сужения просвета в стенте при контрольной ангиографии в 1-й группе составил  $35,4 \pm 40,2\%$ , во 2 группе  $33 \pm 38,8\%$ ).

**Выводы.** Достоверной взаимосвязи фенотипа быстрого ацетилирования с развитием *in-stent*-стеноза после протезирования коронарных артерий стентами с лекарственным покрытием не выявлено. У пациентов, имеющих фенотип быстрого ацетилирования, необходимо рекомендовать имплантацию стентов с лекарственным покрытием.

### Применение реолитической тромбэктомии в лечении острой ишемии нижних конечностей

**Верижников В.В.<sup>1</sup>, Коков Л.С.<sup>1,2</sup>, Лопотовский П.Ю.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

**Цель:** оценить возможности реолитической тромбэктомии для восстановления магистрального кровотока у пациентов с тромбозами артерий нижних конечностей.

**Материал и методы.** Рассмотрено применение реолитической тромбэктомии с использованием системы Jet 9000 Ultra у четырех пациентов (три мужчины и одна женщина в возрасте от 59 до 83 лет) в сроки от 2 до 15 сут после острого тромбоза. У одного пациента был тромбоз подвздошной артерии, у одного – тромбоз подколенной артерии и артерий голени, в одном случае – рестеноз стента в подвздошной артерии и тромбоз подколенной артерии и артерий голени и у одного пациента – тромбоз подвздошной артерии и артерий голени. Использовали катетеры XPD и XMI. В трех случаях перед проведением реолитической тромбэктомии через катетер в тромботические массы вводили от 150 000 до 250 000 ЕД стрептокиназы.

**Результаты.** У всех больных реолитическая тромбэктомия позволила восстановить магистральный кровоток, в качестве последнего этапа вмешательства были имплантированы стенты. В одном случае наблюдался гемолиз, выполнен сеанс лечебного фильтрационного плазмафереза с нормализацией всех показателей. Контрольные ультразвуковые исследования показали хороший результат эндоваскулярных вмешательств. Пациенты выписаны без признаков ишемии.

**Выводы.** Преимущества реолитической тромбэктомии: малоинвазивность, возможность применения у пациентов с высоким операционным и анестезиологическим риском, возможность восстановления кровотока по сосудам разного калибра, уменьшение времени пребывания пациентов в стационаре. Метод следует рассматривать как звено в восстановлении магистрального кровотока: при выявлении после реолитической тромбэктомии гемодинамически значимых стенозов требуется баллонная ангиопластика или стентирование.

### Церебральная ангиография: взгляд эндоваскулярного хирурга

**Виллер А.Г., Боломатов Н.В., Матусов А.В., Германович В.В., Харпунов В.Ф., Марчак Д.И., Евин А.И.**

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, г. Москва

**Цель исследования:** оценить диагностические возможности церебральной ангиографии (ЦА) в современных условиях.

**Материал и методы.** ЦА проводилась по следующему протоколу: выполнялась грудная аортография в левой кривой проекции, ангиография шейных отделов сонных и позвоночных артерий – в кривой или латеральной проекциях. Изучения церебральных артерий осуществляли в четырех основных проекциях: прямая с краниальной ангиуляцией, косая ипсилатеральная проекция с краниальной ангиуляцией, косая контрлатеральная с краниальной ангиуляцией и латеральная проекция.

**Результаты.** Было проанализировано 742 пациентов. Из них у 233 (31,4%) пациентов диагноз был установлен только на основании ЦА. Чувствительность и специфичность неинвазивных методов исследования при сравнении с ЦА для патологии брахицефальных артерий (БЦА) составили 72,8 и 75,5%. Для определения необходимого количества проекций, выполняемых при ЦА, мы проанализировали 197 ангиограмм пациентов, у которых были обнаружены поражения только при помощи ЦА. Для выявления артериальных аневризм и стенотических поражений БЦА косые проекции обладают достоверно большей информативностью по сравнению с передне-задней и латеральными проекциями. Диагностика АВМ и ККС была достоверно информативной во всех проекциях. При суммарном изучении всех поражений мы выявили статистически достоверное преимущество косых проекций над передне-задней и латеральными. Осложнения после проведения ЦА отмечены у 8 (1%) больных: острое нарушение мозгового кровообращения – у 2 (0,2%); ТИА – у 3 (0,4%); осложнения в месте пункции – у 3 (0,4%). Летальных исходов не отмечено.

#### Выводы.

1. ЦА является наиболее информативным методом диагностики для внутричерепных артериальных аневризм и интракраниальных стенозов БЦА. Чувствительность и специфичность неинвазивных методов исследования по сравнению с ЦА для всех рассматриваемых видов патологии БЦА составила 72,8 и 75,5% соответственно.

2. Диагностическая значимость ЦА возрастает при выполнении ее в четырех (передне-задней, латеральной, левой и правой косых) проекциях и выше. Косые проекции наиболее информативны для выявления аневризм и стенозов БЦА.

3. Риск осложнений при проведении ЦА составляет 1%, из них неврологические осложнения – 0,6%.