

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.