

ности ХСН, одного из основных критериев в оценке состояния трудоспособности пациентов с данными заболеваниями.

Применение бифуркационного стент-графта "Aorfix" в лечении пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты

Генералов М.И.¹, Майстренко Д.Н.¹, Таразов П.Г.¹, Дударев В.Е.², Ситников Г.И.², Губенко А.В.², Максимов А.В.³, Плотноков М.В.³, Семитко С.П.⁴

¹ ФГБУ "Российский научный центр радиологии и хирургических технологий", г. Санкт-Петербург

² БУЗ Омской области "Областная клиническая больница", г. Казань

³ ГАУЗ "Республиканская клиническая больница", г. Казань

⁴ БУЗ "ГКБ №8, ДЗ г. Москвы"

Цель: изучить технические аспекты и клинические результаты эндоваскулярного лечения пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты (ААА).

Материал и методы. С декабря 2008 по декабрь 2012 г. в четырех медицинских центрах осуществлено лечение 91 пациента (77 мужчин и 14 женщин, средний возраст – 68,3 ± 5,4 года) с диагнозом ААА.

Для имплантации использовали модульный бифуркационный эндопротез AORFIX (Lombard Medical, Великобритания). Операцию осуществляли в рентгеноперационной под субарахноидальной (n = 71) или общей (n = 20) анестезией с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики. Имплантацию модулей эндопротеза выполняли через выделенные общие бедренные артерии.

Пройодимость эндоваскулярной конструкции оценивалась методом ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) и МСКТ через 1,6 и 12 мес после операции, далее один раз в год.

Результаты. Технический успех отмечен в 100% наблюдений. Интраоперационно были выявлены 37 специфических осложнений. При контрольной аортографии отмечалось "подтекание" Ia типа в шести, Ib типа в семи наблюдениях, которые были устранены повторной усадкой проксимальной или дистальной частей эндопротеза баллонным катетером. "Подтекание" IV типа наблюдалось в 24 случаях и не нуждалось в дополнительной коррекции.

Послеоперационное течение было гладким, пациенты были выписаны на 7–14-е сутки. К настоящему времени живы 79 из 90 больных (87,7%) в сроки от 4 до 63 мес (в среднем 28,9 ± 3,3 мес). По данным контрольных МКАТ аневризмы исключены из кровотока, признаков "подтекания" нет. В 34 наблюдениях отмечено уменьшение размеров аневризматического мешка.

Через 3–17 мес после эндоваскулярного протезирования по причинам, не связанными с разрывом ААА, погибли 11 пациентов: острый инфаркт миокарда (n = 7), злокачественное новообразование (n = 3), острое нарушение мозгового кровообращения (n = 1).

Заключение. Технический успех установки модульного бифуркационного стент-графта AORFIX был в 100% наблюдений. Отдаленные результаты позволяют рассматривать метод эндоваскулярного протезирования ААА как эффективную альтернативу традиционному оперативному вмешательству.

Значение артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Алгоритмы диагностики и лечения

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Мильников А.А., Голенищев А.И., Нарбутов А.Г.

ФГБУ "РДКБ" МЗ РФ, г. Москва

Цель: определить влияние артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Выявить варианты нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне и составить алгоритм лечения варикоцеле.

Материал и методы. Критериями включения в исследование явился возраст от 13 до 18 лет с варикоцеле слева II–III степени, без тяжелой сопутствующей патологии, всего 200 пациентов. Всем пациентам проведена ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной ве-

ной и нижней полой веной (ЛПВ–НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева.

Результаты. Выявлено четыре варианта нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне. Первый вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, синдрома Мей-Турнер (МТС), то есть компрессии левой общей подвздошной вены между правой общей подвздошной артерией и телом L₅ нет, – 63% (126) случаев. Второй вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, определяются признаки МТС, – 28% (56) случаев. Третий вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ более 10 мм Hg (аортomezентериальная компрессия), синдрома МТС нет, – 5% (10) случаев. Четвертый вариант: сочетание аортomezентериальной компрессии и МТС, – 4% (8) случаев.

Заключение. Наиболее частым вариантом нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне является клапанная недостаточность внутренней тестикулярной вены без признаков артериовенозных конфликтов (аортomezентериальной или подвздошно-позвоночной компрессии). При диагностировании первого варианта оправданно проведение эндоваскулярной окклюзии тестикулярной вены. В генезе варикоцеле большое значение имеет МТС, определяется почти у трети всех пациентов. Во второй группе также необходимо устранить рефлюкс по тестикулярной вене для снижения тазовой флегмогипертензии. В третьей группе пациентов с варикоцеле наиболее оправданными будут хирургические вмешательства, разгружающие бассейн левой почечной вены, в частности тестикуло-илиакальный анастомоз. Четвертый вариант нарушения регионарной гемодинамики с наличием артериomezентериальной компрессии и МТС (двойной блок) является наиболее сложным для проведения хирургической коррекции и требует дальнейшего изучения.

Результаты эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозом голометаллических стентов и стентов с лекарственным покрытием

Герасимов А.М., Меркулов Е.В., Самко А.Н.

ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ

Цель: оценить отдаленные результаты (в течение 1 года) и выявить клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза после эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозами непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием.

Методы и результаты. В исследование было включено 496 больных. Из них 280 пациентов с рестенозами непокрытых стентов и 215 пациентов с рестенозами стентов с лекарственным покрытием. В группе пациентов с рестенозом голометаллического стента 164 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, 116 пациентам был имплантирован стент с лекарственным покрытием. А в группе с рестентом стента с лекарственным покрытием 124 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, а 92 пациентам был имплантирован второй стент с лекарственным покрытием. Конечной точкой исследования являлось повторное появление рестеноза в обеих группах. В обеих группах были определены клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза. В группе пациентов, у которых был имплантирован непокрытый стент, рестеноз встречался чаще, чем в группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием (35,3 и 15,9% p < 0,05). В группе рестеноза стента с лекарственным покрытием чаще встречалась краевая форма рестеноза (33,6 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом голометаллического стента повторный рестеноз развивался после баллонной ангиопластики, чем при стентировании стентом с лекарственным покрытием (25,3 и 7,2% p < 0,05), и большинством пациентов с проведенной баллонной ангиопластикой требовалось повторное эндоваскулярное лечение (28,1 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием не было выявлено достоверного различия между баллонной ангиопластикой и повторным стентированием стентом с лекарственным по-

крытием (11,9 и 7,9% $p > 0,05$). Однофакторный и многофакторный анализ выявили факторы риска развития повторного рестеноза в обеих группах. В группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием это были сахарный диабет, сосуды малого диаметра. Баллонная ангиопластика краевого рестеноза была оценена как независимый фактор риска. В группе с непокрытыми стентами факторами риска являлись сахарный диабет, сосуды малого диаметра, а баллонная ангиопластика как краевого, так и внутрискелетного рестеноза была выявлена как независимый фактор риска.

Заключение. Пациенты в группе с рестенозом непокрытых стентов после баллонной ангиопластики имеют более высокий риск повторного рестеноза и чаще подвергаются повторному эндоваскулярному лечению, чем пациенты, которым для лечения рестеноза был использован стент с лекарственным покрытием. В группе пациентов с рестенозом стента с лекарственным покрытием результаты баллонной ангиопластики и повторной имплантации стента с лекарственным покрытием были одинаковыми.

Роль Программы модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” в организации помощи больным с острым коронарным синдромом на территории Московской области

Герцев К.Б., Горенков Р.В., Голощапов-Аксенов Р.С.

Министерство здравоохранения Московской области

Цель исследования: оценить роль Программы модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” в организации помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС) на территории Московской области.

Материал и методы. Эффективную помощь больным ОКС с проведением рентгенэндоваскулярного этапа лечения в муниципальном здравоохранении Московской области в 2013 г. оказывают в Мытищинском, Подольском районах и городе Реутов. Лечение больных финансируется из Фонда обязательного медицинского страхования по утвержденным региональным стандартам. В течение последних 6 лет на базе Мытищинской ГКБ первичную чрескожную коронарную ангиопластику (ПЧКВ) в круглосуточном режиме выполняли более 160 больных в год. Интенсивное развитие рентгенохирургической помощи в муниципальном здравоохранении Московской области связано с реализацией Федеральных программ модернизации здравоохранения и национального проекта “Здоровье” и организацией региональных сосудистых центров. В 2013–2014 гг. отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения будут функционировать еще в 6 районах Московской области. В каждой из больниц в круглосуточном режиме планируется проводить не менее 300 ПЧКВ в год больным острым коронарным синдромом. Результаты оцениваются по рентгенохирургической активности в группе больных ОКС, снижению госпитальной летальности и заболеваемости.

Результаты. Организация отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения в муниципальных больницах Московской области, осуществляемая в рамках Программы модернизации здравоохранения национального проекта “Здоровье”, и комплексный подход к диагностике и раннему лечению больных ОКС позволяют снизить госпитальную летальность. В Мытищинской ГКБ госпитальная летальность больных острым инфарктом миокарда с момента организации рентгенохирургической службы снизилась с 22% в 2007 г. до 13% в 2012 г. Утвержденные в 2013 г. финансово эффективные региональные стандарты лечения больных ОКС позволили сделать рентгенэндоваскулярную помощь пациентам этой группы общедоступной.

Заключение. Программа модернизации здравоохранения и национальный проект “Здоровье” обеспечивает эффективное развитие помощи больным ОКС в муниципальном здравоохранении Московской области. Открытие отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения позволяет максимально приблизить эффективную медицинскую помощь

населению Московской области при возникновении жизненно опасного заболевания, а финансово эффективные стандарты лечения – делают ее доступной в рамках лечения за счет средств фонда обязательного медицинского страхования.

Лучевой артериальный доступ – приоритетный доступ для выполнения чрескожной коронарной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом

Голощапов-Аксенов Р.С., Ситанов А.С.

МАУ “Центральная городская клиническая больница г. Реутова”, Московская область

Одним из главных преимуществ рентгенэндоваскулярных операций (РЭО) перед традиционной хирургией является малый хирургический доступ, позволяющий сократить количество послеоперационных осложнений. Частота развития осложнений после РЭО у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) варьирует, по данным разных авторов, от 1,6 до 9%. Среди них первое место занимают осложнения в области хирургического доступа – кровотечение, артериовенозное соустье, ложная аневризма, пульсирующая гематома, тромбоз, диссекция или спазм артерии. Уменьшить количество местных осложнений после РЭО у больных ОКС возможно при выборе оптимального хирургического доступа.

Цель исследования: оценить приоритетность выполнения лучевого артериального доступа для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных ОКС.

Материал и методы. С 2003 по август 2013 г. ЧКА выполнили 1586 больным ОКС. Возраст больных варьировал от 27 до 98 лет ($68 \pm 8,4$ года). Всем больным ЧКВ выполнили в первые сутки госпитализации на фоне антиагрегантной (клопидогрель 300/600 мг или брилинта 180 мг + аспирина 100 мг) и антикоагулянтной терапии – гепарин 10000 ЕД. Бедренный артериальный доступ использовали у 1063 пациентов, лучевой – у 523. Из них после системной тромболитической терапии (ТЛТ) 164 больным ЧКА выполнили лучевым доступом и 11 – бедренным. Для выполнения коронарографии (КАГ) и ЧКВ использовали инструменты диаметром 6F. Всем пациентам, у которых использовали лучевой доступ, перед РЭО проводили пробу Алена. Операцию заканчивали наложением давящей повязки на место пункции артерии и назначением строго постельного режима в течение 24 ч. Результаты использования различных хирургических доступов оценивали по частоте успеха выполнения ЧКВ, количеству и качеству местных осложнений и комфортности послеоперационного периода для пациента.

Результаты. Частота успеха выполнения ЧКВ не зависела от выбранного артериального доступа. Наличие в арсенале рентгенохирурга катетеров для катетеризации коронарных артерий различной модификации позволяет с вероятностью 100% успешно выполнить диагностический и лечебный этапы РЭО на венечных артериях у больных ОКС. По данным субъективного обследования больные более комфортно себя чувствовали после ЧКА, выполненной лучевым доступом. Побочный эффект после РЭО, выполненных через лучевой доступ, в виде выраженного спазма артерии доступа и затруднения извлечения интродьюсера развился у 3 пациентов (0,57%), купировали внутривенным введением сибазона. Осложнений после выполнения лучевого доступа не было. В раннем послеоперационном периоде после ЧКА, выполненной бедренным доступом, осложнения развились у 16 больных (1,5%): внутреннее кровотечение с образованием гематомы забрюшинного пространства диагностировано у 2 больных, и пульсирующая гематома в месте пункции артерии – у 14 больных (из них у 5 после проведенной ТЛТ, предшествующей ЧКА). Устранение гематомы и ушивание пункционного отверстия успешно выполнили больным с забрюшинной гематомой и 4 пациентам с пульсирующей гематомой бедра. В остальных случаях пульсирующую гематому успешно вылечили наложением давящей повязки.

Выводы. Лучевой артериальный доступ при выполнении ЧКА не уступает бедренному доступу в частоте успеха выполнения РЭО, снижает частоту местных осложнений, улучшает