

Стентирование ВСА в профилактике инсульта: отдаленные результаты нашего центра в сравнении с данными CREST

Волков С.В., Багин С.А., Удовиченко А.Е., Коробков А.О., Мостовой И.В.

ФГБУ "Лечебно-реабилитационный центр" МЗ РФ, г. Москва

Цель работы: оценить количество осложнений (смерть, инсульт, рестеноз) при анализе отдаленных результатов стентирования ВСА в сравнении с данными исследования CREST для определения места стентирования ВСА с учетом полученной информации в профилактике ишемического инсульта у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материал и методы. Исходно в качестве показаний к стентированию ВСА рассматривались симптомные стенозы более 50% и асимптомные поражения, равные или более 80%. Выполнен анализ 252 пациентов в отдаленном периоде (таблица). В качестве основного метода обследования применялось дуплексное сканирование.

Характеристика пациентов

Пациент/КАС, n	252/274
Средний период наблюдения, лет	4 года 7 мес
Средний возраст, лет	68,7 года
Сопутствующая патология:	
Поражение коронарных артерий	231 (91,6%)
Поражение артерий н/к	97 (38,4%)
Гипертония	75 (29,7%)
Гипергликемия	30 (11,9%)

Результаты. В асимптомной группе в 30-дневный период частота осложнений у больных составила 1,8% по сравнению с 3%, рекомендованными Американской ассоциацией сердца (ААС) у подобной группы пациентов. Среднее время наблюдения в отдаленном периоде в асимптомной группе составило 4 года 2 мес. Частота осложнений – 3%, в то время как в исследовании CREST за 4 года – 5,6%. В симптомной группе за 30 дней отмечено 2% осложнений при рекомендуемых ААС 6%. Среднее время наблюдения в отдаленном периоде в симптомной группе составило 4 года 7 месяцев. Частота осложнений – 4% по сравнению с 8,6% в подобной группе за 4-летний период исследования CREST.

Выводы. Стентирование ВСА может успешно применяться в лечении как симптомных, так и асимптомных пациентов в качестве метода профилактики первичного или вторичного инсульта, что показывают наши результаты при оценке в отдаленном периоде.

ОФЭКТ в оценке перфузии головного мозга до и после стентирования внутренних сонных артерий

Волков С.В., Багин С.А., Удовиченко А.Е., Коробков А.О., Мостовой И.В., Сеницын В.Е.

ФГБУ "Лечебно-реабилитационный центр" МЗ РФ, г. Москва

Цель работы: продемонстрировать возможность определения показаний к реваскуляризации внутренних сонных артерий и доказать эффективность каротидного стентирования с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии головного мозга (ОФЭКТ).

Материал и методы. В период с 2008 по 2013 г. 32 пациентам с ангиографически доказанными, гемодинамически значимыми стенозами ВСА была выполнена ОФЭКТ головного мозга до, через 5–10 дней и 3–6 мес после стентирования ВСА. Симптомных пациентов было 17. Два пациента из данной группы имели окклюзированную ВСА на стороне поражения и гемодинамически стенозированную с контрлатеральной стороны. У остальных 15 человек ТИА и ИИ в анамнезе не отмечались. Оценка коркового кровотока проводилась с помощью стандартизованных перфузионных карт.

Результаты. При оценке перфузионных карт у всех пациентов до стентирования отмечался дефицит корковой перфузии

различной степени. У симптомных пациентов уровень снижения варьировал в пределах 60–65%, у асимптомных – 70–75%. После проведения стентирования и сравнения перфузионных карт раннего послеоперационного периода было выявлено улучшение общемозговой перфузии в среднем на 15–30%. В отдаленном наблюдении отмечалось значительное улучшение когнитивных, социальных и бытовых качеств стентированных пациентов.

Выводы. Оценка дооперационных перфузионных карт мозга и сравнение их с послеоперационными результатами показали адекватное улучшение уровня микроциркуляции головного мозга после стентирования. В ряде случаев ОФЭКТ может служить определяющим фактором в выборе тактики лечения "асимптомных" пациентов.

Как преодолеть трудности при стентировании подключичных артерий?

Волков С.В., Багин С.А., Удовиченко А.Е., Коробков А.О., Мостовой И.В.

ФГБУ "Лечебно-реабилитационный центр" МЗ РФ, г. Москва

Цель исследования. Оценить различные технические проблемы возникающие при эндоваскулярной реваскуляризации подключичных артерий и определить наилучшие пути их решения.

Материал и методы. С 2007 по 2013 г. в ЛРЦ МЗ РФ 22 пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства на проксимальных сегментах подключичных артерий. Правосторонних поражений было 2 (9%), левосторонних – 20 (91%). Стентирование осуществлялось с применением бедренного – 16 (72,8%), радиального – 3 (13,6%) и комбинированного – 3 (13,6%) (феморальный/радиальный, радиальный/радиальный) доступов. Окклюзионных поражений было 3 (13,6%), стенотических – 19 (86,4%).

Результаты. Успех был достигнут в 100% случаев. Среди интраоперационных осложнений отмечен 1 (4,5%) случай диссекции по краю стентов. Осложнения устранялись имплантацией дополнительного стента. При реканализации окклюзионных поражений через субинтимальное пространство в 3 случаях, кроме стандартной техники реканализации проводником, потребовалось использование устройств для возврата в истинное сосудистое русло. В таких ситуациях крайне помогло использование комбинированного доступа, позволяя четко визуализировать дистальные отделы артерии. В 10 (45,5%) случаях в стентированный сегмент вовлекалось устье ПА. При появлении изменений гемодинамики по ПА выполнялась катетер-ангиопластика, при сохранении характера кровотока дополнительных манипуляций с устьем ПА не проводилось.

Заключение. Эндоваскулярное лечение поражений подключичных артерий является эффективным и безопасным методом реваскуляризации. Возможные технические трудности при лечении окклюзионных поражений устранимы при наличии в арсенале хирурга многообразия проводников, специализированных устройств для прохождения окклюзий и дополнительных стентов. Использование комбинированного доступа позволяет повысить результативность операции и уменьшить время ее проведения.

Стентирование каротидных артерий – случаи из практики

Волков С.В., Багин С.А., Коробков А.О.

ФГБУ "Лечебно-реабилитационный центр" МЗ РФ, г. Москва

Цель: показать возможности эндоваскулярной хирургии в лечении стенотических поражений сонных артерий при сложной анатомии и при сложных поражениях.

Методы. Поражение сонных артерий в условиях сложной анатомии дуги аорты (II и III типы), извитостях ОСА и ВСА не редкость, и часто перед эндоваскулярным хирургом возникает вопрос о том, как справиться с подобными проблемами и безопасно для пациента выполнить стентирование. В нашем