

Осложнения эндоваскулярных процедур

Типы осложнений	DPB RA
Гематома без хирургического лечения	6 (4%)
Отечный синдром (до 3 дней)	5 (3,3%)
Окклюзия DPB RA без ишемии пальцев кисти	1 (0,7%)
Ишемия и некроз кожи в месте гемостаза	1 (0,7%)
Парестезия	1 (0,7%)
Онемение (до 2-3 ч) I и II пальцев	2 (1,3%)
ОНМК	2 (1,3%)
МАСЕ	2 (1,3%)
Смерть	1 (0,7%)

Заключение

1. Доступ DPB RA имеет те же преимущества, недостатки и осложнения, что и “классический” доступ *a. radialis*, так как является ее продолжением.

2. DPB RA имеет “фиксированное” положение (трапециевидная и ладьевидная кости, сухожилия мышц большого пальца).

3. Время катетеризации DPB RA сокращается после проведения 50 манипуляций при выполнении не менее одной в день.

4. Доступ DPB RA на 3–5 см увеличивает длину по сравнению с “классическим” доступом через артерии предплечья.

5. Гипотетически менее вероятен восходящий тромбоз при замкнутых ладонных дугах (поверхностная ладонная дуга), что сохраняет *a. radialis* для последующих катетеризаций и аутошунта.

Влияние реканализации хронических коронарных окклюзий на течение сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда

Каледин А.Л., Архаров И.В., Кочанов И.Н., Селецкий С.С., Бурак Т.Я.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Развитие сердечной недостаточности (СН) после перенесенного острого инфаркта миокарда сопровождается ее прогрессированием с диастолической и систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ). При инфаркте миокарда происходят гибель миоцитов и возникновение участка нежизнеспособного миокарда (НЖСМ).

Цель исследования: оценить влияние реканализации хронической коронарной окклюзии (ХКО) на течение СН у больных, перенесших инфаркт миокарда, при однососудистом поражении коронарного русла (хроническая окклюзия инфаркт-связанной коронарной артерии (КА) на основании оценки жизнеспособности миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 127 больных (средний возраст – 60,3 ± 8,1 года) хронической окклюзией инфаркт-связанной передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) или правой коронарной артерии (ПКА). Больные разделены на 4 группы: 1-я группа – 33 больных хронической окклюзией ПМЖА и жизнеспособным миокардом (ЖСМ); 2-я группа – 31 больной с хронической окклюзией ПМЖА и НЖСМ; 3-я группа – 31 больной хронической окклюзией ПКА и ЖСМ; 4-я группа – 32 больных хронической окклюзией ПКА и НЖСМ. Перед реканализацией ХКО оценивались: шкала оценки клинического состояния (ШОКС), тест 6-минутной ходьбы, ЭхоКГ, ЭКГ, уровень Pro-BNP и тропонина Т. Всем больным назначалась стандартная терапия ишемической болезни сердца и СН. Через 6 мес после реканализации ХКО всем больным повторно проводились КАГ и обследование, которое применялось перед реканализацией ХКО.

Результаты исследований. У больных постинфарктным кардиосклерозом, хронической окклюзией инфаркт-связанной ПМЖА и НЖСМ, количество баллов по ШОКС до начала лечения и после реканализации окклюзии соответствовало II ФК СН (NYHA). В обеих группах больных с хронической окклюзией ПКА и в группе больных с окклюзией ПМЖА и жизнеспособным миокардом после реканализации ХКО количество баллов ШОКС стало соответствовать I ФК СН (NYHA). Анализ теста 6-минутной ходьбы показал увеличение переносимости физи-

ческих нагрузок во всех группах больных. У больных с хронической окклюзией ПМЖА и НЖСМ реканализация ХКО имела минимальный эффект на диастолическую функцию ЛЖ. Улучшение показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ, отмечалось в группах больных с ЖСМ и в группе с хронической окклюзией ПКА и НЖСМ. Аналогичные, с показателями диастолической функции ЛЖ, отмечались результаты систолической функции ЛЖ. Наибольшее уменьшение показателя Pro-BNP после реканализации ХКО отмечается в группах больных с хронической окклюзией ПКА. Анализ показателя утилизации ¹⁸F-фтордезоксиглюкозы различными участками миокарда выявил, что при реканализации хронической окклюзии инфаркт-связанной ПМЖА и ПКА у пациентов с НЖСМ не происходит увеличения метаболической активности миоцитов в зоне кровоснабжения ПМЖА и ПКА. Увеличение метаболической активности миоцитов в зоне кровоснабжения ПМЖА и ПКА после реканализации хронической окклюзии инфаркт-связанной ПМЖА и ПКА происходит у больных с ЖСМ. При реканализации хронической окклюзии инфаркт-связанной ПКА у больных как с ЖСМ, так и НЖСМ происходит увеличение метаболической активности миоцитов в среднем сегменте задней стенки ЛЖ. У пациентов с хронической окклюзией инфаркт-связанной ПМЖА как с ЖСМ, так и НЖСМ реканализация хронической окклюзии не влияет на метаболическую функцию миоцитов среднего сегмента задней стенки ЛЖ.

Выводы. Для более эффективного лечения СН II ФК (NYHA) у больных, перенесших нижний инфаркт миокарда с однососудистым поражением (хронической окклюзией) инфаркт-связанной, доминантной ПКА, в совокупности с оптимальной медикаментозной терапией ИБС и СН рекомендуется проведение реканализации ХКО. Больным, перенесшим передний инфаркт миокарда с однососудистым поражением (хронической окклюзией) инфаркт-связанной ПМЖА и ЖСМ, наряду с оптимальной медикаментозной терапией ИБС и СН рекомендуется проведение реканализации ХКО. Пациентам, перенесшим передний инфаркт миокарда с однососудистым поражением (хронической окклюзией) инфаркт-связанной ПМЖА и НЖСМ, целесообразно медикаментозное лечение.

Наш опыт диагностики и хирургической тактики лечения больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями сонных и коронарных артерий

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Салахитдинов Ш.Н., Рахманов С.У., Ирназаров А.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: определить оптимальную тактику лечения больных с сочетанными поражениями сонных и коронарных артерий с использованием как открытых, так и интервенционных методов лечения.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 50 больных с сочетанными поражениями сонных и коронарных артерий, находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии с декабря 2013 по февраль 2014 года. Средний возраст пациентов составил 57,9 ± 3,3 года. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Показанием к каротидной и коронарной ангиографии считали атеросклеротические поражения сонных артерий, выявленные при ультразвуковом дуплексном исследовании (УЗДС), и ишемическую болезнь сердца (ИБС) со стенокардией напряжения III – 30 (60%) и IV 20 (40%) функционального класса, 20 (40%) из них было с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Во всех случаях поражения сонных артерий были гемодинамически значимыми (стеноз больше 60%). У 6 (12%) больных с эмбологенными бляшками сонных артерий селективную каротидную ангиографию не проводили, им выполнена мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография. Хроническая сосудисто-мозговая недоста-