

сутки, еще у двух больных повторные эндоваскулярные вмешательства выполнены на 3-и и 4-е сутки соответственно. У одной пациентки полный гемостаз был достигнут комбинацией эндоваскулярной окклюзии и консервативной гемостатической терапией. После успешного завершения эмболизации и удаления катетера у одной больной (2%) отмечен стойкий спазм в месте пункции бедренной артерии, который был купирован путем введения в перидуральное пространство 5 мл 0,5%-го раствора маркаина. Летальный исход возник у одной больной (2%) на 5-е сутки после успешной остановки профузного кровотечения. Причиной смерти послужило прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности на фоне анемии и генерализации опухолевого процесса.

Заключение. Эмболизация ветвей ВПА эффективно останавливает кровотечение у большинства больных раком шейки матки.

Возможности интервенционной коррекции дегенеративного кальцифицирующего аортального стеноза

Сухов В.К., Шлойдо Е.А., Шубенок Д.А., Кравченко К.П., Сергеев А.С., Игошин С.Д.

Городская многопрофильная больница № 2, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить возможности, спектр применения, непосредственные и отдаленные результаты интервенционных технологий коррекции тяжелого дегенеративного аортального стеноза (АС).

Материал и методы. В группу наблюдаемых пациентов включены 150 человек. Средний возраст – 78 ± 8 лет. У всех пациентов присутствовал тяжелый кальцифицирующий стеноз аортального клапана (АК), выраженная сердечная недостаточность (III–IV ФК по NYHA). Площадь АК по данным ЭхоКГ составляла $0,6 \pm 0,2$ см², средний градиент на клапане – 77 ± 22 мм рт.ст. Риск традиционного хирургического вмешательства у всех пациентов был высок (EuroSCORE – 27 ± 13 , STS – 12 ± 4).

Всем больным была выполнена баллонная аортальная вальвулопластика (БАВ). В зависимости от показаний эти пациенты распределились следующим образом: паллиативное вмешательство в неоперабельных случаях с крайне высоким риском любого хирургического вмешательства – у 37 больных, у 17 из них БАВ выполнялась повторно; этапное вмешательство (“мостик”) перед протезированием АК – у 74 больных, в том числе у 24 пациента с устранимыми посредством БАВ клиническими противопоказаниями к радикальной операции (нестабильная гемодинамика, кардиогенный шок, СН IV ФК, высокая легочная гипертензия); самостоятельное вмешательство – 39 больных.

У 27 пациентов была выполнена транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК), в том числе у 17 – с использованием саморасширяющегося биологического клапана CoreValve Medtronic, у 10 – с использованием баллон-расширяемого биологического клапана Sapien Edwards. Все операции выполнялись трансфеморальным доступом с последующим ушиванием пункционного отверстия бедренной артерии устройством Prostar Abbott.

Результаты. Устойчивый клинический и эхокардиографический эффект (снижение ФК СН \leq II, увеличение площади аортального отверстия >1 см², снижение аортального градиента на $\geq 50\%$) в течение 2 года и более после БАВ был достигнут у 39 пациентов (26%).

У 37 пациентов “паллиативной” группы (24,6%) эффект БАВ был, скорее, клиническим, нежели гемодинамическим, а также непродолжительным (3–6 мес), что потребовало выполнения повторных процедур 17 больным, поскольку БАВ оставалась у них единственным методом коррекции АС.

У всех остальных 74 пациентов (49,3%) БАВ рассматривалась как переходный этап к протезированию АК как открытому, так и транскатетерному. У 24 больных это стало возможным благодаря стабилизации гемодинамики после БАВ вследствие декомпрессии ЛЖ. 7 пациентам из этого числа была выполнена ТИАК, остальные направлены на хирургическое протезиро-

вание. 50 пациентов “переходной” группы, у которых БАВ не дала устойчивого эффекта и не влияла на снижение риска хирургического вмешательства, явились кандидатами для ТИАК. 14 больным она была выполнена, остальные находятся в листе ожидания.

Интраоперационная летальность при БАВ составила 2%, 30-дневная – 2,7%. Частота осложнений: гемоперикард – 2%, кровотечения – 2%, полная АВ-блокада – 1%.

У 25 пациентов из 27 (93%) после ТИАК (период наблюдения до 2 лет) достигнуто значительное клиническое улучшение с редукцией ФК СН II и ниже. Средний градиент давления на протезе АК составил 12 ± 5 мм рт.ст., площадь АК $1,9 \pm 0,3$ см². В послеоперационном периоде умерло 2 больных (от ОНМК). В 2 случаях имела место дислокация протеза CoreValve, устраненная реимплантацией “клапан в клапан”, в 1 случае – парапротезная АоНед II–III степени, устраненная баллонной постдилатацией, у 2 больных – полная АВ-блокада, потребовавшая ПЭКС, у 1 пациента – диссекция наружной подвздошной артерии с кровотечением, ликвидированная имплантацией стент-графта.

Заключение. БАВ сохраняет свое значение как метод паллиативного лечения у неоперабельных больных и оправдана в качестве первого этапа, перехода к ТИАК у пациентов, имеющих высокий риск открытого хирургического вмешательства. ТИАК это способ радикальной интервенционной коррекции тяжелого АС, который является реальной альтернативой хирургическому протезированию у этих пациентов.

Методические и клинические аспекты двухлетнего применения транскатетерных аортальных биопротезов CoreValve Medtronic и Edwards Sapien

Сухов В.К., Шлойдо Е.А., Шубенок Д.А., Кравченко К.П., Сергеев А.С., Игошин С.Д.

Городская многопрофильная больница № 2, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить методические особенности и клиническую эффективность двух наиболее используемых моделей аортального клапана (АК) для транскатетерного протезирования при тяжелом аортальном стенозе.

Материалы и методы: нами была проведена транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК) у 27 пациентов, в том числе у 14 – с использованием саморасширяющегося биологического клапана CoreValve Medtronic, у 13 – с использованием баллон-расширяемого биологического клапана Sapien Edwards. Средний возраст составил 78 ± 8 лет. У всех пациентов присутствовал тяжелый кальцифицирующий стеноз АК, выраженная сердечная недостаточность (СН) (III–IV ФК по NYHA). Площадь АК по данным ЭхоКГ составляла $0,6 \pm 0,2$ см², средний градиент на АК 77 ± 22 мм рт.ст. Риск традиционного хирургического вмешательства у всех пациентов был высок (EuroSCORE 27–13, STS 12–4). Все операции выполнялись трансфеморальным доступом с последующим ушиванием пункционного отверстия бедренной артерии устройством Prostar Abbott.

Результаты. У 25 пациентов из 27 (93%) после ТИАК (период наблюдения – до 2 лет) достигнуто значительное клиническое улучшение с отчетливой редукцией ФК СН II и ниже. Средний градиент давления на протезе АК составил 12 ± 5 мм рт.ст., площадь АК $1,8 \pm 0,3$ см². В послеоперационном периоде умерло 2 (7%) больных после имплантации клапана CoreValve. В первом случае имела место дислокация протеза CoreValve, устраненная транскатетерной реимплантацией “клапан в клапан”, но осложнившаяся фатальным стволовым инсультом. Во втором случае смерть произошла в результате дислокации электрода ЭКС на фоне возникшей полной АВ-блокады. В 2 (7%) случаях развилась выраженная парапротезная аортальная недостаточность (АН). В первом случае (Sapien) произошла разрыв корня аорты с формированием аневризмы и тяжелой АН, потребовавший открытой операции с репротезированием механическим протезом, во втором случае (CoreValve) регургитация была связана с недостаточным расправлением протеза и была устранена баллонной постдилатацией. У 3 больных