

Таблица 1.

	Частота возникновения СТП		В том числе осложнения (%)
	абс.	%	
На 2737 пациентов – 3621 исследование	65	1,79	0,7
«кардио-» (56,3%)			
Ангиография – 1548 (56,55%)	40	2,58	4,82
РЭВ-хирургия – 491 (17,93%)	11	2,24	
«не кардио-» (43,7%)			
Ангиография 1212 (44,37%)	9	0,74	2,08
РЭВ-хирургия – 373 (13,65%)	5	1,3	

Таблица 2.

Основные причины возникновения состояний, требовавших неотложной помощи	Частота возникновения, % (абс.)
Вазовагальные реакции, коллапсы	61,5 (40)
Ишемии миокарда	7,6 (5)
Гипертензии, тахикардии	1,5 (1)
Псевдоаллергические реакции	1,5 (1)
Аритмии, блокады, асистолии	3,0 (2)
Инфаркты миокарда	1,5 (1)
ОНМК, спазмы сосудов головного мозга	7,6 (5)
Тромбозы артериальные	1,5 (1)
Гематомы, кровотечения	7,6 (5)
Техические (обрывы, смещения, перфорация)	3,0 (2)
Отек легких	3,0 (2)
Всего	65

Наиболее частой причиной ухудшения состояния больных являлись коллапсы и брадикардии, расцениваемые как вазовагальные реакции (до 70% всех причин). Другие причины реакций и осложнений приведены в табл. 2 в порядке уменьшения частоты их возникновения или развития.

Выводы.

1. Частота возникновения СТП при рентгенэндоваскулярных (РЭВ) исследованиях и вмешательствах, выполняемых в Центре рентгенохирургических методов диагностики и лечения 3-го ЦВКГ им. А.А. Вишневого, достаточно постоянна, составляет в среднем 1,5–2,5% и зависит от характера исследования или вмешательства, а также от особенностей больного. Так, при РЭВ-исследованиях и вмешательствах у кардиологических больных частота возникновения СТП почти в 2 раза выше, чем в других группах.

2. Наибольшая частота СТП регистрировалась при коронарных ангиопластиках – от 15% (в 1996–1999 гг.), 6,9% (в 2000–2002 гг.), в 2013 г. – в среднем – 2,4%. Осложнения при этих операциях составили 0,1–0,3%, летальность – 0,7%.

3. При коронарографиях частота СТП составила 2,58%. Из них осложнения – 0,3%, а летальность – 0,01%.

4. При РЭВ-вмешательствах («не кардио-») частота возникновения СТП при диагностических и рентгенохирургических оперативных вмешательствах не превышала 1,3%, осложнения составили 0,3%.

5. Экстренное оказание различных видов неотложной помощи в связи с возникающими ухудшениями состояний больных при рентгенэндоваскулярных исследованиях и вмешательствах позволяет устранить большинство реакций и снизить количество осложнений.

ВСУЗИ в диагностике *in-stent*-стенозов и других патологических изменений коронарных артерий в отдаленный период после имплантации стентов с лекарственным покрытием

Болотов П.А., Нуднов И.Н., Семитко С.П., Руденко Б.А.

ЦВКГ ФСБ России
ГКБ № 81 ДЗ г. Москвы

Цель исследования: оценить возможности ВСУЗИ при изучении структурных и морфологических изменений артериальной стенки стентированных сегментов у больных с прогресси-

рующей ИБС в отдаленные сроки после имплантации стентов с лекарственным покрытием первого поколения.

Материал и методы. Выполнено ВСУЗИ целевого сосуда 321 пациенту в ходе ЧКВ через 6–48 мес после имплантации стентов с лекарственным покрытием, госпитализированным с рецидивирующим течением ИБС. 228 (71%) пациентов обследованы в сроки более 12 мес после первичной ЧКВ. 202 больным выполнена повторная эндоваскулярная коррекция. Возраст – $56 \pm 7,2$ года. Распределение по полу: мужчины – 242 (75,4%), женщины – 79 (24,6%). Клинические проявления ОКС – 44 (13,7%), с подъемом *ST* – 11 (3,5%), без подъема *ST* – 33 (10,3%). Прогрессирующая стенокардия – 277 (86,3%). Фракция выброса ЛЖ менее 35% – 48 (15%) больных. Поздний тромбоз стента верифицирован у 9 (2,8%) пациентов. ВСУЗИ выполняли в серошкальном режиме с выполнением 2D-реконструкции и количественным анализом ВСУЗИ-изображений. Распределение целевого сосуда по артериальному бассейну ПМЖА – 163 (50,8%), ОА – 56 (17,4%), ИМА – 3 (1%), ПКА – 99 (30,8%).

Результаты. Патологические изменения артериальной стенки в области имплантации стента выявлены у 45 (14%) пациентов. У 276 (86%) больных выявлено прогрессирование атеросклероза в нативном коронарном русле без значимых изменений со стороны стентированных сегментов. Рестеноз стента при снижении CSA $< 4 \text{ мм}^2$ – 31 (9,1%) больной. Распределение типа рестеноза: фокальный – 13 (42%), диффузный внутри стента – 6 (19,3%), пролиферативный – 7 (22,6%), полная реокклюзия – 5 (16,1%). Неполное прилегание ребер стента к сосудистой стенке обнаружено в 5 случаях (1,6% больных, 12,5% стент-ассоциированных изменений). Коронарная аневризма в области стента выявлена у 5 (1,6%) больных. Неполное расправление стента (CSA $< 5 \text{ мм}^2$) обнаружено в 17 случаях (5,3% больных; 37,8% от общего числа стент-ассоциированных изменений и 42,5% случаев рестеноза и тромбоза стента). Нарушение структуры ребер стента обнаружено у 6 больных (13% стент-ассоциированных изменений), которые в большинстве случаев сочетались с наличием мальаппозиции или формированием фокального рестеноза.

Выводы. ВСУЗИ является высокоинформативным методом оценки патологических структурных и морфологических изменений ранее стентированного сегмента, позволяющим оптимизировать результат повторного эндоваскулярного лечения.

Шкала EuroSCORE для оценки хирургического риска каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у больных с мультифокальным атеросклерозом

Болотов П.А., Руденко Б.А., Волков С.В., Семитко С.П., Шаноян А.С., Бойцов С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ
ГБУЗ «ГКБ №81 ДЗ г. Москвы»

Цель: провести сравнительный дифференцированный анализ риска и результатов каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у больных с мультифокальным атеросклерозом. Оценить прогностическое значение шкалы EuroSCORE при выборе тактики каротидной реваскуляризации в группах стандартного и высокого хирургического риска.

Материал и методы. Изучены ближайшие (30 дней) и отдаленные результаты (1 год) 142 каротидных стентирований и 170 каротидных эндартерэктомий.

Результаты. В соответствии с тяжестью сопутствующих заболеваний были выделены пациенты с низким риском по шкале EuroSCORE ≤ 5 ($n = 181$) и высоким риском – > 5 ($n = 131$). У больных с EuroSCORE ≤ 5 каротидное стентирование проведено у 75 пациентов, каротидная эндартерэктомия – у 106 больных. При выполнении стентирования противоземболические устройства использовались в 98,6% случаев. Частота инсульта в течение 30-дневного периода не отличалась между группами (2,7% после стентирования vs 1,9% после эндартерэктомии, $p > 0,05$). Выживаемость без инсульта через год составила