

Продолжительная гиперлипидемия была выявлена у 35 (94,59%). Многочисленные признаки отложения солей кальция в стенках артерий мозга: передней нижней, задней нижней, верхней мозжечковой артерий, парамедиальной и огибающей артерий, задней и передней соединительных артерий, базилярной артерии, центральной ветви задней мозговой и передней мозговой артерии, средней мозговой артерии наблюдались у 33 (89,19%) больных. Признаки инволютивных изменений с неравномерной атрофией коры головного мозга, сопровождающейся расширением субарахноидального пространства и явлениями наружной гидроцефалии, выявлены у 31 (83,78%) пациентов. Снижение мозгового кровотока, по данным сцинтиграфии, до  $T_{max}$  9-10с.,  $T_{1/2}$  16-20с. наблюдалось у 15 (40,54%) больных, до  $T_{max}$  11-13 с.,  $T_{1/2}$  21-60с. наблюдалось у 22 (59,46%) больных. Снижение пульсового кровенаполнения, по данным РЭГ, в бассейне сонных артерий на 15-20% наблюдалось у 20 (54,05%) пациентов, на 21-40% у 12 (32,43%) больных, снижение свыше 40% наблюдалось у 5 (13,52%) больных. По данным ангиографии, интракраниальный тип атеросклеротического поражения выявлен у 31 (83,78%) больных, смешанный у 6 (16,22%). Множественные, равномерно распределенные по всей ткани головного мозга, артериовенозные шунты наблюдалось у 36 (97,30%) пациентов.

Оперативные лазерные вмешательства проводились в сроки от 2 до 8 лет с момента проявления симптоматики заболевания.

**Результаты.** Хороший непосредственный ангиографический результат, проявляющийся в восстановлении ангиоархитектоники интракраниальных сосудов, получен у 35 (94,59%) пациентов.

Через 6-12 месяцев после проведенного оперативного вмешательства, по данным КТ, снижение инволютивных изменений головного мозга наблюдалось у 29 (78,38%) пациентов. По данным сцинтиграфии, улучшение скорости мозгового кровотока до  $T_{max}$  7-8с.  $T_{1/2}$  12-13с. наблюдалось у 27 (72,97%) пациентов, до  $T_{max}$  8-9с.,  $T_{1/2}$  14-30с. отмечено у 10 (27,03%) пациентов. Улучшение реографических показателей в бассейне сонных артерий на 30-35 % выявлено у 30 (81,08%) пациента, на 36-50% - у 7 (18,92%) пациентов.

Хороший клинический результат, проявившийся в полном отказе от противопаркинсонических препаратов и практически полном восстановлении двигательных функций, наблюдался у 9 (24,32%) пациентов.

Удовлетворительный клинический результат – значительное снижение доз противопаркинсонических препаратов и неполное восстановление двигательных функций наблюдался у 26 (70,27%) пациентов.

Отсутствие выраженного эффекта после проведенного лечения отмечено у 2 (5,40%) пациентов, и относилось к периоду разработки методики лечения.

**Заключение.** Полученные результаты показывают высокую эффективность метода транскатетерной лазерной реваскуляризации головного мозга в лечении больных, страдающих атеросклеротическим паркинсонизмом. Использование метода позволяет значительно улучшить качество жизни пролеченных пациентов, и, во многих случаях, вернуть их к активной трудовой деятельности.

### **АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ И ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ**

Малюков М. В.  
Областная клиническая больница,  
Липецк, Россия.

**Введение.** По данным многих авторов, распространенность ВРГ среди больных ИБС составляет от 18,7 до 75,5%, а летальность от осложнений обоих заболеваний в этой группе может достигать 22–50%. В этой связи становится актуальной разработка новых форм и методов лечебной помощи больным с сочетанным поражением коронарных и почечных артерий.

**Цель исследования.** Изучить частоту сочетанного окклюзионно-стенотического поражения коронарных (КА) и почечных артерий (ПА) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на основе анализа результатов, проведенных им ангиографий: селективной коронарографии (СКГ) и почечной артериографии (ПАг), а также провести анализ исходов комплексной эндоваскулярной коррекции у данной категории пациентов.

**Материал и методы ангиографического исследования.** Обследовано ангиографически 700 пациентов в возрасте от 23 до 77 лет (средний возраст – 54 года), страдающих стенокардией, различного функционального класса, а также имеющих в ряде случаев сопутствующую артериальную гипертензию (АГ), плохо поддающуюся лечению путем рутинного медикаментозного лечения.

**Результаты исследования.** Все типы выявленной ангиографической патологии были разделены на группы: I. Изолированное окклюзионно-стенотическое поражение коронарных артерий; II. Сочетанное поражение коронарных и почечных артерий. Во II группе нами выделены следующие подгруппы: А. Гемодинамически незначимые (< 50-70%) стенозы коронарных и почечных артерий; В. Гемодинамически незначимый (< 50-70%) стеноз коронарных артерий и гемодинамически значимый (> 50-70%) стеноз или окклюзия почечных артерий; С. Гемодинамически значимый (> 50-70%) стеноз или окклюзия коронарных артерий и гемодинамически незначимый (< 50-70%) стеноз почечных артерий; D. Гемодинамически значимые (> 50-70%)

стенозы или окклюзии коронарных и почечных артерий.

Проведенный анализ выявил следующую частоту поражения артерий сердца и почек: I группа — 432 (61,7%) наблюдений; IIA группа — 42 (6,0%); IIB группа - 10 (1,4%); IIC группа — 158 (22,6%); IID группа - 58 (8,3%).

**Материал и методы эндоваскулярной хирургии.** Оперированы эндоваскулярно 17 пациентов с сочетанным поражением коронарных и почечных артерий. Среди них было 14 мужчин и 3 женщины в возрасте 36 до 67 лет (средний возраст – 51 год). Длительность заболевания ИБС, сопровождающейся артериальной гипертензией составила от 1 года до 7 лет. Стенокардия напряжения II ФК отмечена у 6 больных, III ФК – 9, IV ФК – у 2. 5 пациентов ранее перенесли 1-2 инфаркта миокарда, 1 – «АКШ 3» за четыре месяца до ЧТКА с развитием окклюзии всех шунтов. Исходное артериальное давление (АД) находилось в пределах от 200/110 до 280/140 мм рт.ст.

Во всех случаях сочетанные вмешательства проводились двухэтапно. Вначале выполнялась ЧТКА (стентирование), а через 3-6 месяцев – ангиопластика (стентирование) почечной артерии. Считаем такую тактику оправданной, так как одномоментная операция на двух артериальных бассейнах может приводить к более выраженным расстройствам центральной гемодинамики в ближайшем послеоперационном периоде, что увеличивает риск ранних тромботических осложнений.

**Результаты.** В целом, ангиографический успех по обоим артериальным бассейнам был получен в 17 (100%) наблюдениях, клинический: по ИБС – у всех 17 больных (100,0%), по ВРГ – у 16 (94,1%). Осложнения: кровотечение из пункционного отверстия артерии-доступа – в 1-м случае. Летальность – 0.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 месяцев до 4-х лет у 12 больных (70,6%). Клиническое улучшение сохранялось у 9 пациентов (75,0%), 3 (25,0%) - отметили возобновление исходных симптомов болезни. Контрольная СКГ в 2 из 12 случаев (16,7%) выявила рестенозирование. В 2 наблюдениях отмечен рецидив артериальной гипертензии, обусловленный в 1 случае (8,3%) рестенозом ПА и в 1 (8,3%) - прогрессирующим склеротическим процессом в почках. Коррекция гемодинамически значимых рестенозов у 3 пациентов проводилась с помощью баллонной ангиопластики и рестентирования.

**Заключение.** Мультифокальный атеросклероз, проявляющийся сочетанным поражением коронарного и почечного артериальных бассейнов, носит достаточно распространенный характер и, по данным ангиографии, встречается в 38,3 % случаев. Данное обстоятельство должно учитываться при выборе тактики хирургической реваскуляризации жизненно важных органов с целью

снижения фатальных осложнений и улучшения результатов операций.

Таким образом, комплексная эндоваскулярная коррекция сочетанных поражений коронарных и почечных артерий может быть использована как одна из наиболее эффективных стратегий в лечении больных с мультифокальным атеросклерозом.

### ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (ОКС) В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Малюков М. В., Фетцер Д. В., Огнев П. О., Литвиненко А. А., Иванов Н. М., Красных С. С. Областная клиническая больница, Липецк, Россия.

**Цель.** Оценка эффективности операций ангиопластики и стентирования коронарных артерий как самостоятельного метода эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома в условиях областной больницы.

**Материал и методы.** С июля 2009 по июль 2010 года в Липецкой областной клинической больнице были прооперированы 56 пациентов с острым коронарным синдромом, которым была выполнена успешная реканализация острой окклюзии или субокклюзии с последующей имплантацией стандартного металлического стента. Возраст больных колебался от 29 до 78 лет и в среднем равнялся 52 годам. Доля мужчин в наблюдении составила 94,6%. Среднее время от развития болевого синдрома до операции составило 4,5 часа (от 3 до 8 часов). Распределение больных в соответствии с локализацией и распространенностью инфаркта представлено в таблице.

Локализация зоны инфаркта	Количество больных		
	Мелко-очаговый	Крупно-очаговый	Нестабильная стенокардия III A (Braunwald)
Передне - перегородочный	1	8	5
Передне - перегородочно - верхушечный	2	10	-
Передне - боковой	1	1	-
Задне - диафрагмальный (нижний)	1	13	4
Задне - боковой	3	9	-
Всего:	8	41	9
	58		

Каждый третий больной (33,9%) имел сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хроническая