

Цель. Оценить результаты коррекции аневризм абдоминального отдела аорты (AAA) с помощью имплантации стент-графтов.

Материал и методы. С июля 2007 по октябрь 2010 г. эндопротезирование AAA с помощью модульного стент-графта выполнено у 30 больных: 25 мужчин и 5 женщин. Среди них 19 пациентов (63,3%) были пожилого и старческого возраста (66-89 лет, в среднем $72,4 \pm 1,2$ года), с различными сопутствующими заболеваниями; у 17 (89,5%) из них с сочетанием патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Еще в шести наблюдениях в анамнезе были онкологические заболевания и неоднократные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Все пациенты имели AAA с наружным диаметром от 46 до 84 мм (в среднем $55,4 \pm 3,6$ мм) и наличием пристеночных тромбов.

Для определения возможности выполнения эндоваскулярного протезирования выполняли спиральную компьютерную томографическую аортографию (СКТА). Показанием для лечения считали наличие AAA диаметром более 50 мм либо увеличение ее диаметра более 5 мм за 6 мес.

Эндопротезирование осуществляли в рентгеноперационной под субарахноидальной анестезией с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики. Для имплантации использовали следующие модели стент-графтов: Aorfix (Lombard Medical, Великобритания) (n=21), Excluder (W.L.Gore & Associates, США) (n=6), Talent (Medtronic Corp., США) (n=3). Этапы установки модульного стент-графта:

- хирургическое выделение бедренных артерий с двух сторон, наложение турникетов;
- катетеризация артерий, диагностическая аортография;
- артериотомия, проведение, позиционирование и раскрытие ипсилатерального основного и контралатерального модулей эндопротеза;
- «усадка» частей эндопротеза баллонным катетером;
- контрольная аортография;
- швы на артерии, послойные швы на раны.

Контрольную СКТА выполняли через 1, 6 и 12 мес. после эндоваскулярного протезирования, затем один раз в год.

Результаты. Имплантация была технически успешна во всех наблюдениях. Бифуркационное протезирование выполнено в 29 случаях (96,6%). Из-за окклюзии правой общей подвздошной артерии, у одного пациента выполнено аортоунилатеральное протезирование AAA с наложением бедренно-бедренного перекрестного шунта. Среднее время оперативного вмешательства составило $171 \pm 12,3$ мин; рентгеноскопии $31,9 \pm 3,8$ мин. Интраоперационная кровопотеря $134,6 \pm 22,9$ мл; период послеоперационного стационарного лечения $7,8 \pm 0,6$ сут.

Интраоперационно наблюдались следующие типы «подтекания» (endoleak): Ia и Ib (n=8) –

устранены повторной «усадкой» частей эндопротеза баллонным катетером; IIb (n=3) и IV (n=3) – не требовали дополнительного вмешательства, при контрольной СКТА не определялись.

К настоящему времени живы 28 из 30 больных (93%) в сроки от 1 до 38 (в среднем $20,3 \pm 2,6$) мес. По данным контрольных СКТА аневризмы выключены из кровотока, признаков «подтекания» нет, увеличения аневризм в размерах не отмечено.

Погибли два пациента: через 7 и 3 мес. после эндоваскулярного протезирования AAA от острого инфаркта миокарда.

Заключение. Применение модульных стент-графтов расширяет возможности оказания хирургической помощи при AAA, особенно у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в пожилом и старческом возрасте. Имплантация эндопротеза может стать методом выбора в лечении данной категории больных.

БЕЗОПАСНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Голощапов-Аксенов Р.С., Терновых М.В., Лебедев А. В.

МУ Мытищинская городская клиническая больница, Мытищи, Московской обл., Россия.

Цель. Оценить безопасность стентирования ствола левой коронарной артерии (СЛКА) у больных острым коронарным синдромом.

Материал и методы. В 2008-2010 годах стентирование ствола левой коронарной артерии выполнили 19 больным острым коронарным синдромом. Возраст больных $54 \pm 6,7$ лет. Операцию выполняли в сроки до 90 минут после развития ангинозного статуса после предварительного назначения клопидогреля в дозе 600 мг и гепарина в разовой дозе 10000 ЕД. У 9 больных причиной острого коронарного синдрома был критический стеноз ствола левой коронарной артерии. У 10 больных было выявлено окклюзирующее (тромбоз) или критически стенозирующее поражение устьевых сегментов ветвей левой венечной артерии с распространением на ствол. Имплантировали 23 стента с лекарственным покрытием. Стентирование одним стентом ствола левой венечной артерии в направлении огибающей или передней нисходящей ветвей выполнили 15 больным, 4 больным провели Y-образное стентирование ствола с использованием двух протезов. Финальную баллонную ангиопластику ствола «целующимися» баллонами выполнили 17 пациентам. Двум больным этот этап не проводили из-за наличия хронической окклюзии устья огибающей ветви левой коронарной артерии. Диаметр использованных стентов для стентирования СЛКА был не менее 4,5 мм, давление имплантации эндопротеза — не менее 20 атмосфер. В послеоперационном перио-

де клопидогрель назначали в дозе 75 мг в сутки на срок 24 месяца. Результаты оценивали по ангиографической и клинической картине послеоперационного периода в сроки до 20 месяцев.

Результаты. Стентирование успешно выполнили всем пациентам. В 100% случаев достигнут оптимальный ангиографический и клинический результаты. Осложнений не было. В сроки наблюдения повторных реваскуляризаций не выполняли, рецидива стенокардии не было.

Заключение. Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных острым коронарным синдромом безопасно и эффективно.

ПРОВИЗОРНОЕ Т-СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРУЮ СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ «ЗАЖАТОГО» ПРОВОДНИКА И БЕЗ НЕЕ

Горбенко П.И., Козлов С.В., Фокина Е.Г.,
Архипов М.В.
МО «Новая больница», ГКБ № 33,
Екатеринбург, Россия

Введение. Современная методика ЧКВ инфаркта миокарда в острой стадии состоит в скорейшем восстановлении удовлетворительного антеградного кровотока по инфаркт зависимой артерии. Современные методики бифуркационного стентирования рекомендуют выполнять «защиту» боковой ветви техникой «зажатого» проводника. При коронарном вмешательстве на фоне острого инфаркта миокарда и наличии бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, как нам кажется, возникает конфликт интересов между необходимостью быстрого восстановления адекватного кровотока по ИЗА методом стентирования и выполнением «защиты» боковой ветви и сохранения ее. Защита боковой ветви часто затруднена из-за тромботических масс, диссекций, устьевых поражений боковой ветви.

Цель. Определить эффективность и безопасность выполнения провизорного Т-стентирования коронарных артерий в острой стадии инфаркта миокарда без «защиты» боковой ветви методом «зажатого» проводника. Оценить показатели реперфузии в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви в сравнении с группой без «защиты» боковой ветви. Оценить госпитальную и 30-дневную летальность.

Методы. Материалом для данной работы послужили результаты обследования, лечения и наблюдения 108 пациента с острым инфарктом миокарда. Критериями включения больных в исследование были: давность развития симптомов ИМ к моменту проведения КАГ и ЧКВ менее 24 часов, одномоментное выполнение КАГ и провизорного Т-стентирования. Поражение инфаркт связанной артерии считалось

бифуркационным при отхождении от него боковой ветви 2,0 мм и более в диаметре. Для группы с защитой боковой ветви критериями включения были выполнение техники «зажатого» проводника при проведении провизорного Т-стентирования, для группы без защиты провизорное Т-стентирование выполнялось без каких-либо техник защиты боковой ветви.

Результаты. В основную группу вошло 53 пациента с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование без защиты боковой ветви какой-либо техникой. В группу сравнения вошло 55 пациентов с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование с защитой боковой ветви техникой «зажатого» проводника. По клиническим и ангиографическим признакам группы не различались. Всем пациентам выполнялась классическая методика провизорного Т-стентирования, в 3 случаях потребовалось стентировать боковую ветвь (2 случая в основной и 1 пациенту в контрольной группе). Как завершающий этап вмешательства всем пациентам выполнялась киссинг-дилатация. Во всех случаях был достигнут ангиографический успех (резидуальный стеноз стентированного сегмента бифуркации менее 10%, резидуальный стеноз после ангиопластики боковой ветви менее 30%, дистальный кровоток по TIMI 2-3 и более). Частота интраоперационных осложнений, таких как ноу-рефлоу, слоу-флоу, дистальная эмболия, диссекция устья боковой ветви, протрузия масс атеросклеротической бляшки через ячейку стента была практически одинаковой в обеих группах. Госпитальная и 30-дневная летальность составила в группе провизорного Т-стентирования без защиты боковой ветви 7,6%, в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви 7,2% (по 4 случая в каждой группе).

Заключение. Выполнение «защиты» боковой ветви, при бифуркационном стентировании вообще и провизорном Т-стентировании, в частности, имеет большое значение для достижения ангиографического и клинического успеха. При выполнении провизорного Т-стентирования в острой стадии инфаркта миокарда, когда необходимо в кратчайшие сроки восстановить адекватный антеградный кровоток по инфаркт связанной артерии, возможна имплантация стента в область бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, затем реканализация незащищенной боковой ветви через ячейку стента, ангиопластика устья боковой ветви и финальная киссинг-дилатация до достижения оптимального ангиографического результата.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ.

Гришин Г.П., Зинин Д.С., Харченко А.В.,
Основенко А.А.
НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия.