

возможности выполнить реканализацию стандартной техникой используем радиочастотную или лазерную абляцию. По возможности за один этап стараемся устранить все доступные поражения на артериях н/к. В 7 случаях для этого использовали технику разворота интродьюсера в бедренной артерии. В 5,8% операций одноэтапно выполняли ангиопластики коронарных, брахиоцефальных, почечных артерий. В течение последнего года для гемостаза рутинно используем perclose. Как правило, все пациенты выписываются на 2-3 сутки после операции с рекомендациями по консервативной терапии (тиенопиридины не менее 6мес). При необходимости пациенты госпитализируются повторно для выполнения ангиографии и реваскуляризации. Частота повторных ангиопластик подвздошных артерий – 4,3%, поверхностных бедренных – 20,4%.

Выводы: ангиопластика артерий нижних конечностей с ишемией IIб-IV степени – процедура с высокой частотой технического успеха даже при окклюзионном поражении с небольшой частотой осложнений, эндоваскулярная техника позволяет одноэтапно выполнять многоступенчатые поражения, двусторонние поражения, поражения артерий различных бассейнов.

КОНЦЕПЦИЯ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Б.М. Миролюбов (Казань)

Актуальность. Сегодня лечением сосудистой недостаточности (СН) занимаются врачи большого числа специальностей – сердечно-сосудистые хирурги, ангиологи, кардиологи, неврологи, реабилитологи, абдоминальные хирурги, пульмонологи и т.д. Каждая специальность имеет настолько профильную терминологию и специфику, что специалисты буквально «говорят на разных языках» об одной и той же патологии. Клинические представления об И или её «образы» в каждой узкой специальности отличаются от, определенных фундаментальными науками понятий и, конечно же, отличаются от представлений об И в смежных узких специальностях. Отличия существуют как в самой терминологии, так и в классификации тяжести И. Известный в патологии термин **некроз** (Н) (гр. nekros – местная смерть) кардиологи заменили инфарктом (лат. infarctus – набитый, наполненный), неврологи – инсультом (лат. insultare – скакать, прыгать). В абдоминальной хирургии хроническую И кишечника называют абдоминальной ишемией или «брюшной жабой», а острую И – гангреной (гр. gangraina – омертвление органа или части тела) или некрозом кишечника. В основе классификаций И, как острой так и хронической (ОИ, ХИ) нет основополагающих принципов. Острый коронарный синдром и цереброваскулярная недоста-

точность – ныне также широко распространенные термины в кардиологии и неврологии, как когда-то термин «острый живот» в хирургии. Но являются ли сегодня эти термины медицинскими? Эти термины, как и предыдущие, являются **ТЕРМИНАМИ-ПОСРЕДНИКАМИ**. На обратимых стадиях И, а не инфаркта, инсульта и гангрены можно и нужно предотвратить развитие необратимых изменений. Ведь сердечно-сосудистые хирурги лечат и **вылечивают** ОИ, а не ГАНГРЕНУ конечности! Про острую венозную (ОВН) и хроническую венозную недостаточность (ХВН) миокарда, головного мозга, кишечника, печени, поджелудочной железы, легких и т.д. мы сегодня имеем минимальные теоретические представления, а в лечебной практике эти состояния не выставляем в виде диагноза. Не потому же, что они не встречаются у больных? А потому, что мы их либо **не знаем**, либо **не имеем утвержденного понятия и соответствующей классификации**, чтобы официально внести в медицинскую карту. Диагнозы одного и того же заболевания в разных специальностях имеют разную структуру, что также не способствует взаимопониманию специалистов разных профилей.

Средства и методы лечения не классифицированы относительно этиологии, патогенеза и симптоматики того заболевания, на лечение которого они направлены.

Цель исследования. Систематизация сосудистой недостаточности на основе единых общих принципов её патогенеза, что позволит разрабатывать классификации сосудистой недостаточности каждого органа или части тела.

Обсуждение. Мы систематизировали все существующие классификации СН на основе общих для всех органов и частей тела закономерностей их развития. В основе системы лежат **органный и временной** принципы. В результате мы получили **систему классификаций СН различных органов и частей тела**, основанную на **единых принципах**. Принцип **обратимости** лежит в основе классификации **острой** СН. Жизнеспособность основной ткани определяет жизнеспособность органа или части тела в целом. При классифицировании **хронической** артериальной и венозной недостаточности мы предлагаем выделять I стадию доклиническую, II – функциональных нарушений (с подстадиями), III – пограничную или критическую (покая) и IV – повреждения структуры. Подобное деление на стадии уже применялось для классификации ишемии головного мозга и кишечника (Покровский А.В., 1978, Поташев Л.В. 1985) Если систему представить в виде таблицы, подобной таблице Менделеева Д.И., то получится система классификаций. Мы предлагаем единую структуру диагноза, которая могла бы отразить различную патологию. Также предлагаем примеры классификаций методов оперативного лечения СН конечностей.

«ЧИСТЫЕ» КОРОНАРНЫЕ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Г.В. Моисеенков, Р.А. Гайфулин, О.Л. Барбараш, С.А. Бернс, Л.С. Барбараш (Кемерово)

Цель: ретроспективный анализ результатов КАГ у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: за период 2006-2007 гг. (10 месяцев) в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения выполнено 823 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Поводом для ЧКВ явился ОКС. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 61,8±9,5 лет (мужчины – 63%, женщины – 37% обследуемых). КАГ выполнялась по стандартной методике Джаткинса. Исследования проводились на ангиографических установках Coroscor и Innova-4000 фирмы Siemens.

Результаты: из всех проведенных инвазивных вмешательств в 199 случаях (24,2%) процедуры закончились на этапе КАГ. Для уточнения причин отказа от инвазивной лечебной тактики у данной категории больных, пациенты в последующем были разделены на 3 группы: 1 группа (n=58) – больные с элевацией сегмента ST (Q-образующий ИМ), 2 группа (n=98) – больные без элевации ST (Q-необразующий ИМ) и 3 группа (n=43) – больные с нестабильной стенокардией (НС). По результатам КАГ выделены следующие причины отказа от проведения ЧКВ: А – больные без атеросклеротического поражения КА, Б – с гемодинамически незначимыми поражениями и В – больные, которым проведение реваскуляризации невозможно и/или имелись показания только для открытой хирургии.

Таблица 1

Группы	Q-ИМ (n=58)	Не Q-ИМ (n=98)	НС (n=43)	F	p
А	0	35 (36%)	10 (23%)	2,11	нд
Б	10 (17%)	29 (30%)	10 (23%)	3,14	нд
В	48 (83%)	34 (34%)	23 (54%)	2,63	нд

При анализе результатов, представленных в таблице 1, в группе больных с Q-ИМ причиной отказа от ЧКВ в большинстве случаев явились диффузные, с высоким риском вмешательства поражения коронарного русла (83%) и, в меньшей мере, больные с гемодинамически незначимыми поражениями КА (17%). Однако в двух других группах суммарное количество больных с отсутствием (59%) или с незначительными поражениями КА (53%) было гораздо больше. С одной стороны, коронарная недостаточность у данной категории больных могла быть обусловлена коронаростазом или острой окклюзией с последующим спонтанным тромболизом, но

с другой – речь может идти о гипердиагностике ОКС. В представленной нами проблеме существует еще один открытый вопрос – наличие извитости коронарных сосудов и пристеночного стояния контраста, что, видимо, требует дальнейшего изучения.

Заключение: таким образом, по нашим данным, выбор ранней инвазивной стратегии лечения больных ОКС в более чем 25% случаев приводит к отказу от проведения ЧКВ. Возможно, с целью снижения количества подобных случаев необходимо придерживаться «более консервативной» тактики лечения, что в свою очередь привлекает снижением экономических затрат и риска.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ ИБС В СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

З.Р. Овесян, Д.Г. Громов, С.А. Ярков, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Цель исследования: изучить возможность эндоваскулярного лечения в средне-отдаленном периоде у пациентов с ИБС после хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы: В настоящем исследовании изучена судьба 197 пациентов с ИБС (57,2±3,8 лет.), которым спустя 7,1±0,8 мес. после хирургической реваскуляризации миокарда проводились коронарография и шунтография. Исходно перед КШ у 152 (77,1%) больных отмечалась стенокардия напряжения III-IVФК (по Канадской классификации), у 34 (17,3%) – нестабильная стенокардия, у 11 (5,6%) – ИМ (в сроки до 3 недель с момента развития). Показаниями для КШ явились поражение ствола ЛКА у 65 (33%) больных, 3-х сосудистое поражение у 148 (75,1%), 2-х сосудистое поражение у 49 (24,9%). В средне-отдаленном периоде изучено состояние 582 шунтов: 332 (57%) – аортокоронарных (из которых – 101 (30,4%) аутоартериальный и 231 (69,6%) аутовенозный) и 250 (43%) маммарно-коронарных.

Результаты: Клиническое улучшение наблюдали у 176 (89,3%) больных: у 152 (77,1%) клиника стенокардии полностью отсутствовала, у 23 (11,7%) отмечалось снижение на 2 функциональных класса стенокардии. Лишь у 8 (4,1%) пациентов наблюдали стенокардию напряжения III ФК и у 9 (4,6%) – нестабильную стенокардию, 3 (1,5%) пациента перенесли ОИМ. Причиной неудовлетворительного клинического течения у 6 (3%) пациентов явились окклюзия и стенозы в шунтах, в 6 (3%) случаях – неполная реваскуляризация, еще в 9 (4,7%) – прогрессирующий атеросклероз в нативных коронарных артериях.

При контрольной коронаро-шунтографии проходимыми оставались 539 (92,6%) шунтов, из которых 530 (91%) в хорошем состоянии, 9 шунтов были в удовлетворительном состоянии