

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%) – прогрессированием склеротического процесса 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 58	41	9

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

обструктивная болезнь легких, атеросклероз артерий конечностей, почек или головного мозга). Инфаркт в анамнезе был у 8 (14,3%) пациентов. При коронарографии многососудистые поражения коронарного русла были выявлены в 21,4% (двухсосудистые – 19,6%, трехсосудистые – 1,8%) случаях. Наиболее часто вмешательства проводились на передней межжелудочковой артерии – 29 (51,8%) пациентов. На правой коронарной артерии и огибающей артерии операции были выполнены соответственно в 17 (30,4%) и 10 (17,8%) случаях. Интраоперационно острая АВ-блокада развилась у 2 (3,6%) больных, что потребовало постановки наружного ЭКС. Перед вмешательством на клинко-связанной артерии все больные получали 600 мг клопидогреля per os. Интраоперационно 3 (5,4%) больным вводился ингибитор IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов «Монафрам». В 98,2% вмешательства выполнялись бедренным доступом с использованием гайд-катетеров 6 или 8F. У 1 (1,8%) больного с окклюзией обеих подвздошных артерий вмешательство выполнялось радиальным доступом.

Результаты. Ангиографический успех был достигнут в 100% случаев, в то время как клинический успех был получен у 98% пациентов. У 2 (3,6%) больных после восстановления кровотока в коронарной артерии развился феномен no-reflow. В послеоперационном периоде у 1 (1,8%) больного развился острый тромбоз в стенте, закончившийся летально. Еще у 2 (3,6%) больных был подострый тромбоз стента, по поводу которого в 1 случае было выполнено успешное повторное вмешательство, во 2 случае больной умер. Таким образом, госпитальная летальность после операций по поводу ОКС составила 3,6%.

Заключение. Полученный первый опыт эндоваскулярных вмешательств по поводу острого коронарного синдрома показал высокую эффективность данного метода. В большинстве случаев эндоваскулярные вмешательства позволяют восстанавливать магистральный кровоток по коронарным артериям с минимальной частотой осложнений.

ИМПЛАНТАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

Малюков М. В., Фетцер Д. В., Анисимов В. В.,
Литвиненко А. А., Огнев П. О.
Областная клиническая больница, Липецк,
Россия.

Введение. Имплантация противоэмболических КАВА-фильтров на данный момент является ведущим методом в предотвращении рецидивов ТЭЛА в случаях острых тромбозов в системе нижней поллой вены. В настоящее время предложено

множество моделей фильтров различных производителей, однако в нашей стране наиболее доступными и распространенными остаются фильтры отечественного производства.

Цель. Оценить интраоперационные результаты имплантации отечественных КАВА-фильтров в профилактике ТЭЛА и ее рецидивов.

Материал и методы. За 5 лет работы в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения нами выполнена имплантация КАВА-фильтра производства «КОМЕД» 91 больному (50 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 20 до 78 лет. Средний возраст — 48 лет. У 49 больных имело место наличие одного или нескольких сопутствующих заболеваний. Одна пациентка была беременна со сроком 30 недель. Среди имплантированных фильтров «РЭПТЭЛА» было 12, «Песочные часы» — 14, «Песочные часы» в модификации «Зонтик» — 47 и в модификации «Челнок» — 18 фильтров. Перед операцией во всех случаях проводилось ангиографическое исследование нижней поллой вены и ее притоков с целью определения локализации эмбологенного тромбоза, в 17 — дополнительно произведена ангиопульмонография для уточнения объема поражения сосудистого русла легких. Показанием к имплантации устройства в 52 случаях была рецидивирующая ТЭЛА, в 35 — флотирующий тромб или окавальный сегмент, осложненный в 16 случаях ТЭЛА. Для имплантации использовался доступ через подключичную или яремную вену.

Результаты. Во всех наблюдениях отмечена успешная имплантация КАВА-фильтра. Осложнения: гематома в месте пункции — 12, тромбоз вены-доступа — 5. Все пациенты были пролечены консервативно. В 3-х случаях имела место эмболия в фильтр с его окклюзией и развитием синдрома нижней поллой вены. Рецидивов ТЭЛА в послеоперационном периоде и госпитальной летальности не было.

Заключение. Современные типы отечественных КАВА-фильтров в полной мере отвечают предъявляемым к подобным устройствам требованиям и обеспечивают эффективную профилактику тромбоэмболии легочной артерии и ее рецидивов. Наибольшим удобством при имплантации обладает КАВА-фильтр «Песочные часы» и его модификации «Зонтик» и «Челнок», что связано с наличием в их структуре центрирующих лучей.

ЯРКИЙ ПРИМЕР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕПЕРFUЗИИ МИОКАРДА В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Мачитидзе Е.Ц., Громов Д.Г., Колединский А.Г.,
Костянов И.Ю., Васильев П.С., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.