

Заключение. Ротационная селективная ангиография аортокоронарных шунтов у больных, перенесших АКШ, является безопасным, высокоинформативным методом, повышающим диагностические возможности традиционной полипроцедурной ангиографии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Климов В.П., Семитко С.П., Губенко И.М., Журавлев И.В., Азаров А.В., Верткина Н.В. Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярного лечения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с рецидивом стенокардии после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 46 больных ИБС в возрасте от 53 лет до 77 лет с рецидивом стенокардии (в сроки 26,4 мес от 10 мес до 14 лет после АКШ). У 32 больных стенокардия соответствовала III ФК по NYHA, у 14 — IV ФК.

Результаты. По данным диагностической коронаро- и шунтографии, рецидив клиники ИБС был обусловлен: в 39,1% (18) случаев значимым атеросклеротическим поражением шунтов; в 10,9% (5) — прогрессированием атеросклероза в нативных нешунтированных коронарных артериях; в 15,2% (7) — прогрессированием атеросклероза в шунтированных артериях; сочетание выше перечисленных причин было причиной рецидива — в 34,8% случаях (16). Первичный ангиографический успех вмешательства был достигнут в 95,7% случаев. В двух случаях (4,3%) попытки реканализации хронической окклюзии ранее шунтированной артерии и окклюзированного шунта были безуспешными. Были выполнены успешные процедуры стентирования 11 ранее нешунтированных и 12 — ранее шунтированных коронарных артерий; в 4-х случаях вмешательство выполнено на «незащищенном» и в двух случаях — на «защищенном» стволе ЛКА; в 23 случаях эндоваскулярной коррекции подверглись аутовенозные аортокоронарные шунты. Голометаллические стенты имплантировались при диаметре коронарной артерии 3,5 мм и более и при высоком риске длительной дезагрегантной терапии. В остальных случаях были имплантированы стенты с лекарственным покрытием. Ангиографический успех во всех случаях выражался в улучшении клинического состояния пациентов: уменьшении ФК стенокардии от III-IV ФК до 0-II. В среднеотдаленном периоде повторно были обследованы 14 (30,4%) пациентов с ухудшением клинического

состояния. Причиной возврата клиники был выявлен рестеноз в голометаллических стенках ранее имплантированных в аутовенозные шунты — 9 случаев (19,6%) и в 5 случаях в нативные артерии. Ангиографический успех повторных вмешательств составил 92,9% (один случай безуспешной попытки реканализации реокклюзии шунта в стенке).

Заключение. Эндоваскулярное лечение коронарных артерий и аортокоронарных шунтов является методом выбора в лечении больных ИБС с рецидивом стенокардии после операции АКШ.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST-T В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА ЗА ПЕРИОД 2008-2010 ГГ.

Коваленко И.Б., Афанасьев А.В., Плетянов М.В., Филатов М.В., Бояринцев М.И. Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Белгород, Россия.

Цель работы. Сравнение эффективности тромбэктомии с последующим стентированием и прямого стентирования у больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T.

Материал и методы. За период 2008-2010гг. в Белгородской областной клинической больнице было выполнено 32 случая эндоваскулярной тромбэктомии с последующим стентированием (группа 1) и 29 случаев прямого стентирования (группа 2) у больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T. Тромбэктомия из ПМЖА была выполнена в 19 случаях (59,4%), тромбэктомия из ПКА — 10 случаев (31,2%). Тромбэктомия из ОА и ВТК выполнялась в 3 случаях: ОА — 2 случая (6,2%), ВТК — 1 случай (3,1%), и связано это прежде всего с анатомическими особенностями отхождения бассейна ОА от ствола ЛКА — угол 90 и более, что явилось основным препятствием для проведения тромбэктомического катетера. В группе пациентов, которым выполнялась тромбэктомия, мужчин было 30 (93,75%), женщин — 2 (6,25%). Для проведения тромбэктомии мы использовали систему «ThrombCat». Во всех случаях в качестве сосудистого доступа использовалась бедренная артерия.

В группе из 29 пациентов, которым выполнялось прямое стентирование, в 2 случаях мы наблюдали дистальную эмболию. Пациентам обеих групп выполнялась медикаментозная поддержка — нагрузочная доза клопидогреля 300 мг, низкомолекулярные гепарины, блокаторы гликопротеинов IIb/IIIa тромбоцитов, b-блокаторы.

Всем пациентам с превентивной целью в правый желудочек был установлен временный электрод наружной кардиостимуляции.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех достигнут в 100% случаев. Имплантация стентов была выполнена всем пациентам. Осложнений, связанных с процедурой интервенционного вмешательства, не было ни у одного больного. Преходящие гемодинамически значимые нарушения ритма и проводимости сердца, такие как брадикардия, атриовентрикулярные блокады отмечались у 15 (24,6%) пациентов в обеих исследуемых группах. К числу ограничений к использованию тромбэктомии мы отнесли бассейны ОА и ВТК, в связи с особенностями отхождения ОА от ствола ЛКА (угол 90° и более).

Заключение. Использование тромбэктомической системы является безопасным методом и позволяет улучшить эффективность интервенционного вмешательства при лечении больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T.

СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Козлов А.В.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи», Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Оценка эффективности эндопротезирования желчных протоков у больных раком гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой.

Материал и методы. За период 1993-2010 г. эндобилиарное протезирование выполнили у 82 больных (46 мужчин и 36 женщин) по поводу обтурационной желтухи опухолевой этиологии. Из них первичный рак или метастатическое поражение печени имело место у 49, рак головки поджелудочной железы у 16, рак внепеченочных желчных протоков у 17 пациентов. Установку стентов у 69 больных осуществили через 3-286 (в среднем 69) сут. после предварительного чрескожного чреспеченочного холангиодренирования. Показаниями к эндопротезированию были: постоянное подтекание желчи вдоль дренажа; относительно благоприятный прогноз продолжительности жизни. Первичное стентирование выполнили у 10 пациентов с уровнем билирубина менее 150 мкмоль/л и ожидаемой продолжительностью жизни более одного года.

Для стентирования желчных протоков использовали 91 стент фирм Cordis (Smart, Genesis), Cook (Gianturco-Roch, Za), Gore (Viabil), Schneider (Wallstent), Optimed (Sinus-superlex): нитиновые саморасправляющиеся = 74; пластиковые = 10; стент-графты = 4; на баллоне = 3.

Результаты. Технический успех составил 98%. У 5 больных стентирование было неэффективно и дополнено наружно-внутренним дренированием. Летальности не было. Осложнения наблюдались у четырех пациентов (4,9%): гемобилия (n=2); биллома (n=2). При гемобилии выполнили успешную чрескатетерную эмболизацию правой печеночной (n=1) и гастродуоденальной артерий (n=1). У одного больного с билломой потребовалось наружное чрескожное дренирование в течении 1 мес, в другом наблюдении симптоматическая терапия привела к ее регрессу. Рецидив желтухи наступил у 9 пациентов (11%) в сроки 1-8 мес. и был купирован повторной установкой чрескожного чреспеченочного холангиодренажа. Максимальное время функционирования стента составило 29 мес. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) зависела от основного заболевания. У 37 пациентов, которым после эндопротезирования желчных протоков выполняли регионарную химиотерапию в виде химиоинфузии или химиоэмболизации, СПЖ составила 15,4 мес.

Заключение. Эндопротезирование желчных протоков является эффективным и безопасным способом коррекции опухолевой механической желтухи, повышает качество жизни пациентов и создает благоприятные условия для проведения специфической терапии. Последующая регионарная химиотерапия способствует увеличению продолжительности жизни больных.

ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМИ ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ И ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

Введение. Прерванный или «абортный» инфаркт миокарда (ПИМ) определяется как выраженное (>50%) снижение сегмента ST от первоначального уровня, характерного для ЭКГ признаков трансмуральной ишемии миокарда и отсутствие более чем двукратного повышения уровня креатинфосфокиназы. Неизвестна оптимальная стратегия ведения пациентов с критериями ПИМ после успешной догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ). Интуитивно этим пациентам показана коронароангиография с возможным последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ), особенно это касается пациентов с большой первичной территорией миокардиального риска. Частота ПИМ после первичного ЧКВ не изучалась.