

Всем пациентам перед ангиопластикой проведено УЗДГ исследование, выявлен и измерен градиент давления, проведена ангиография.

9 пациентам проведена баллонная ангиопластика и, учитывая удовлетворительный полученный результат, не проведено стентирование.

29 пациентам проведена имплантация стентов (всего установлено 30 стентов). У большинства оперируемых удавалось устранить остаточные гемодинамические нарушения имплантацией 1 стента. Одному пациенту потребовалось установить 2 стента из-за длины поражения.

Результаты. Положительные непосредственные результаты отмечены у всех оперированных больных, лишь в одном случае не удалось провести реканализацию хронической окклюзии ПА, данному пациенту, учитывая явления подключично-позвоночного обкрадывания проведена ангиопластика стенозов внутренней сонной артерии. Средний койко-день составил 2 суток. Тяжелых осложнений в исследуемой группе не отмечено. Отдаленные результаты прослежены у 24 больных (от 1 года до 7-ми лет). Проведено контрольное УЗДГ исследование, ангиография. Окклюзий и реокклюзий восстановленного сегмента выявлено не было. В 6 случаях выявлены начальные признаки рестеноза (не влияющие на гемодинамику), не требующие повторного вмешательства. Клиническое улучшение отмечено у всех пациентов.

Заключение. Проведение ангиопластики (ЧБА) больным с окклюзиями и стенозами подключичных артерий позволяет достичь удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты у большинства больных, избежать более травматичного открытого вмешательства, улучшить качество жизни пациентов.

ПЕРФОРАЦИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ КРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

З.А. Кавталадзе, Ю.В. Артамонова,
А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев,
С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин (Москва)

Перфорация коронарной артерии (ПА) во время проведения чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) – это редкое, но опасное и угрожающее жизни пациента осложнение. На ранних этапах развития ЧТКА частота перфораций коронарных артерий составляла 0,1-3%. При использовании различных механических устройств: ротоблаторной атеротомии, эксимерной лазерной ангиопластики, процент этого осложнения выше (0,3-3,5%). В целом, с учетом совершенствования методик, с накоплением опыта в последние годы, частота ПА колеблется от 0,2 до 0,8 процентов от количе-

ства всех интервенционных вмешательствах на коронарных артериях.

Благодаря правильной тактике оперативных вмешательств, появлению покрытых стентов частота не хирургически излеченных случаев возросла от 46% до 71,7%. Смертность при ПА по данным разных авторов уменьшилась с 25 до 5-10 процентов.

В ЦЭЛТе с 1993 по 2007 год проведено 3512 ангиопластик коронарных артерий. Из них 582 реканализаций, 73 вмешательства (12,5 % от количества процедур реканализации) не увенчались успехом. В 7 случаях произошла перфорация коронарных артерий тип 3 по Ellis (0,23% от 3512 вмешательств). У 6 из 7 пациентов осложнение удалось устранить эндоваскулярно, 1 пациенту проведена торакотомия.

Наиболее частой причиной перфораций коронарной артерии являлись:

- 1) перфорация кончиком проводника,
- 2) баллонная ангиопластика после удачного прохождения проводником хронических окклюзий коронарных артерий.

Оценка факторов риска, подбор эффективной техники, инструментария и адекватная стратегия при возникновении данного осложнения позволяют уменьшить смертность и необходимость открытого оперативного вмешательства.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

З.А. Кавталадзе, Ю.В. Артамонова,
А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев,
С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин (Москва).

Цель: изучение непосредственных и отдаленных результатов почечного стентирования у больных с вазоренальной гипертензией.

Материалы и методы: Всего операции проведены у 157 пациентов с вазоренальной гипертензией, из них 119 мужчин и 38 женщин, в возрасте от 18 до 72 лет. Анамнестически длительность гипертензии составляла от 4 до 25 лет. В среднем, уровень систолического АД составлял 196,4±34,6 мм. рт.ст., а диастолического – 100,4±14,5 мм.рт.ст. Диагноз вазоренальной гипертензии был установлен клинически и подтвержден данными дуплексного сканирования и мультиспиральной компьютерной томографией. В 43 случаях выявлены критические стенозы с нарушением функции почки. У 114 больных отмечались стенозы более чем 70%, у 69 человек – 50%-70% от диаметра интактной части артерии. Баллонная ангиопластика выполнена всем пациентам, из них 149 пациентам установлены стенты. Через 6 и 12 месяцев проводилось контрольное ультразвуковое исследование.

Результаты: В течение 12 месяцев прослежены результаты ангиопластики и стентирования у 134

больных (85%). Почти 17% пациентов полностью прекратили приём гипотензивных препаратов, 63% пациентов отмечали значительное снижение терапевтических доз, у 27% пациентов сохранялась выраженная артериальная гипертония, обусловленная нарушением функции почки на уровне паренхимы (нефросклероз, нефропатия). У 16 больных (10,2%), из них у 5 – с имплантированными стентами, выявлены рестенозы различной степени, 11 больным с гемодинамически значимыми рестенозами произведена повторная ангиопластика и эндопротезирование с хорошим клиническим эффектом.

Заключение: Отдаленный результат почечной ангиопластики позволяет определить её как метод выбора при лечении больных с поражением почечных артерий и вазоренальной гипертензией.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ ТРАНСРАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА И ТРАНСФЕМОРАЛЬНОГО ДОСТУПА С ПРИМЕНЕНИЕМ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ АКТИВНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРНОЙ АНГИПЛАСТИКИ

З.А. Кавтеладзе, Ю.В. Артамонова, А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев, С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов, Г.Ю. Травин (Москва)

Цель: выбор оптимального доступа для проведения чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА).

Материалы и методы: С мая 2005г в отделении сердечно-сосудистой хирургии Центра эндохирургии и литотрипсии начато рандомизированное одноцентровое исследование по сравнению трансрадиального доступа (ТР) и трансфеморального доступа (ТФ) с применением устройств для достижения активного гемостаза при проведении ЧТКА. В исследование включаются первичные пациенты со стабильной стенокардией и острым коронарным синдромом.

В исследование было включено 128 пациентов, по 64 в каждой группе. В группе ТР доступа было 50 мужчин и 14 женщин, в группе ТФ мужчин было 48, а женщин 16. Средний возраст пациентов при ТР доступе составил 60 лет, при ТФ 57 лет. Сахарным диабетом страдали 21 пациента в группе ТР и 31 пациента в группе ТФ. Гиперлипидемия была выявлена в 57,6 % группе с ТР и в 63,1% в группе ТФ. В анамнезе у 46,3% с ТР отмечалось курение, с ТФ у 47,8%. 28 % в ТР группе составляли с острым коронарным синдромом, при ТФ таких было 34%.

В оценку характеристики ангиографического исследования были включены время пункции (сек), размер интродюссера (F), время постанов-

ки интродюссера (сек), необходимость замены интродюссера (сек), время до селективной катетеризации (сек), общее время процедуры (мин), время рентгеноскопии (мин), общая доза облучения (mGy/cm²), количество контрастного вещества (мл, без проведения вентрикулографии). Существенных различий между сравниваемыми группам по этим показателям получено не было.

Для предотвращения спазма радиальной артерии применялось внутриапериальное введение смеси верапамила+нитроглицерина+гепарина. У 1 пациента в группе с трансфеморальным доступом использовались GP ингибиторы IIb/IIIa рецепторов.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ SPSS-PC.

Критериями исключения являлись следующие: раннее использование ушивающих устройств при ТФ доступе; отрицательный Allen тест; отсутствие пульсации на aa.radialis и aa.femoralis; ожидаемое гемодинамическое ухудшение во время проведения ЧТКА, ведущее к интрааортальной баллонной контрапульсации; ожидаемая необходимость постановки ЭКС; кардиогенный шок; АКШ в анамнезе.

Конечными точками являются:

- 1) связанные с доступом: снижение уровня гемоглобина, управляемое сосудистое кровотечение;
- 2) связанные с ЧТКА: резидуальный стеноз >50%, смерть, ОИМ, АКШ.

Конечные точки оцениваются в первый день при рандомизации пациента, на 3-й день после проведения ЧТКА и через 6 месяцев после проведения ЧТКА.

Для достижения активного гемостаза были использованы устройства Perclose 9 пациентов (14%) и Starclose 6 пациентов (10%) фирмы Abbott Vascular, Vasoseal 16 пациентов (25%) и On-Site 2 пациента фирмы Datascope (3%), Cook Vascular Closur Device 31 пациент (24%).

Результаты: Образование паракатетерной гематомы отмечено у 23 пациентов при ТР доступе и у 10 пациентов при ТФ (разница достоверна).

Замена интродюссера потребовалась у 29 пациентов с ТР и у 8 пациентов с ТФ. Группы достоверно не различались по количеству используемого контраста (трансрадиальный доступ – 165 мл, при трансфеморальном доступе – 150 мл). Время рентгеноскопии в случае ТР составило 23,2 мин, а в случае ТФ -17,5 мин (разница достоверна), время проведения процедуры (мин) и общая доза облучения (mGy/cm²) существенно не отличались. Бифуркационное стентирование было выполнено в 23,6% случаев при ТР и в 23,8% случаях при ТФ, прямое стентирование в 70% и в 73% случаев соответственно, по количеству стентов существенных отличий не было. В 100% случаев был достигнут кровотока TIMI III в двух группах. Наиболее короткими были сроки активизации в группе с ТР -2,6 ч по сравнению с 3,2 ч. при ТФ (разница достоверна).