

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА И ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Т.В. Кислухин, В.В. Горячев, Н.В. Лапшина, С.Е. Шорохов, И.Г. Козева, А.В. Горбачева, Д.Г. Габриэлян, Е.М. Благодичнова, Е.А. Суслина, С.М. Хохлунов (Самара).

Цель работы: Выявить эффективность и оценить непосредственные результаты транскатетерной эндоваскулярной окклюзии открытого артериального протока (ОАП) и вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП).

Материалы и методы: с 2003 года по сентябрь 2007 года в отделении рентгенохирургии СОККД были выполнены 83 операции по транскатетерной окклюзии открытого артериального протока и 37 операций по закрытию ДМПП. Возраст пациентов с ОАП колебался от 2 месяцев до 35 лет, 29 (34,9%) пациентов были мужского пола, и 54 (65,1%) – женского. Возраст пациентов с ДМПП – от 3 лет до 51 года, 7 пациентов были мужского пола, и 30 – женского.

Всем больным с ОАП была выполнена операция рентгенэндоваскулярной окклюзии: спиралями «Flipper» (фирма «COOK», Дания) – 70 (84,3%) пациентам, системой «Amplatzer® Duct Occluder» (AGA Medical Corporation, США) – 13 (15,7%) пациентам. Окклюзия протока одной спиралью была выполнена в 63 случаях, двумя спиралями – в 5-ти, и 3 спиралями – в 2-х случаях. В трех случаях спиральная окклюзия была выполнена у пациентов с реканализацией артериального протока после хирургической перевязки.

Все 37 операций по закрытию ДМПП проводили с использованием системы «Amplatzer® Septal Occluder» (AGA Medical Corporation, США). Имплантацию устройства проводили одновременно под рентгеноскопическим и ЭхоКГ-контролем, оценивая адекватность расположения окклюдера по отношению к устьям полых и легочных вен, коронарному синусу, атриовентрикулярным клапанам.

Результаты: окклюзия ОАП на операционном столе, подтвержденная контрольной аортографией через 10 минут, была достигнута в 64 (77,1%) случаях, у 6 (7,2%) пациентов, с оставшимся резидуальным сбросом после имплантации спирали, окклюзия была подтверждена эхокардиографически на следующие сутки, и у 13 (15,7%) пациентов с имплантацией окклюдера Amplatzer окклюзия констатирована в срок до 3 суток.

Отсутствие лево-правого сброса на межпредсердной перегородке подтвержденное эхокардиографией на операционном столе, было констатировано у 30 (81,1%) пациентов с ДМПП. Еще у 3 (8,1%) пациентов окклюзия подтверждена на следующие сутки. Двум пациентам с большим ДМПП не удалось адекватно установить окклю-

дер в дефекте, поэтому окклюдер был удален из полости сердца, и еще у двух пациентов с дефицитом верхнего края перегородки произошло смещение части окклюдера. Эти пациенты были успешно прооперированы классическим методом.

Выводы:

1. Методика транскатетерной окклюзии ОАП и ДМПП доказала высокую эффективность в коррекции данных врожденных пороков сердца.
2. При строгом соблюдении показаний и техники операции практически отсутствуют осложнения.
3. Косметический эффект – отсутствие послеоперационных рубцов.
4. Сроки госпитализации сокращаются с 12-14 до 3-4 дней.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОКС

Т.В. Кислухин, Н.В. Лапшина, Н.И. Книжник, А.П. Семагин, С.М. Хохлунов (Самара).

Цель исследования: оценить возможность и эффективность эндоваскулярных методов в лечении пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: в отделении рентгенохирургии СОККД с 1998 года экстренные интракоронарные вмешательства были выполнены у 301 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС).

В 286 (95%) случаях пациенты были мужского пола и в 15 (5%) – женского. По срокам от начала ангинозного приступа, больные распределились следующим образом: до 6 часов – 250 (83,1%) пациентов, от 6 до 12 часов – 32 (10,6%), в срок более 12 часов – 19 (6,3%) пациентов.

У 160 (53,2%) пациентов была выявлена окклюзия инфаркт-зависимой артерии, у 141 пациента (46,8%) – критический стеноз. 52 (50,5%) пациентов имели поражение в бассейне передней межжелудочковой артерии (ПМЖВ), 62 (20,6%) – огибающей артерии, 83 (27,6%) – правой коронарной артерии, у 4-х больных инфаркт-ответственными были признаны поражения в двух бассейнах.

Результаты: успешная реканализация и ангиопластика была выполнена у 290 (96,3%) пациентов, из них у 263 (90,7%) процедура закончилась стентированием.

Кровоток TIMI III по инфаркт-зависимой артерии достигнут в 263 (90,7%) случаях, и в 27 (9,3%) случаях – TIMI II. У трех пациентов был достигнут кровоток TIMI I. В 8 (2,7%) случаях не удалось выполнить реканализацию инфаркт-зависимой артерии.

В послеоперационном периоде у всех пациентов с восстановленным кровотоком по инфаркт-зависимой артерии клиника стенокардии отсут-

ствовала. У 10 (3,3%) пациентов имели место осложнения: в 4 случаях – подострый тромбоз артерии, в 5 случаях – острый тромбоз артерии, в 1 случае – перфорация артерии проводником во время реканализации, успешно разрешенная консервативно. 2 пациентам из 10 была выполнена операция коронарного шунтирования, 5 – повторная успешная ангиопластика, и 2 пациента с острым тромбозом умерли.

Выводы: Эндоваскулярная хирургия у пациентов с ОКС является эффективным и безопасным методом лечения, позволяющая в подавляющем большинстве случаев позволяет добиться восстановления адекватного кровотока по инфаркт-зависимой артерии.

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ АНГИОПЛАСТИКА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Т.В. Кислухин, Н.В. Лапшина, Н.И. Книжник,
А.П. Семагин, С.М. Хохлунов (Самара).

Цель работы: оценка эффективности, непосредственных результатов и безопасности процедуры чрескожной транслюминальной ангиопластики (ЧТКА) и стентирования «незащищенного» ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Материал и методы: в отделении рентгенохирургии СОККД были выполнены эндоваскулярные вмешательства у 5 больных с поражением основного ствола ЛКА. У 1 (20%) больного выполнялась ангиопластика и у 4 (80%) больных – стентирование. Все больные на момент вмешательства имели «незащищенный» ствол ЛКА, у четырех пациентов процедура была плановой, в одном случае процедура ангиопластики проводилась экстренно в результате осложнившейся коронарографии. Все пациенты имели стабильную стенокардию III-IV ФК. Ангиографическая картина поражения ствола ЛКА в одном случае была представлена изолированным сегментарным стенозом в средней трети ствола, и в 4-х случаях – бифуркационным поражением I типа с вовлечением проксимальных сегментов передней межжелудочковой артерии и огибающей артерии. Одному пациенту (20%) было выполнено «прямое» стентирование ствола ЛКА, одному – бифуркационная пластика методом «kissing» баллонов, трем (60%) пациентам – бифуркационное стентирование основного ствола с переходом на устья магистральных артерий. Двум пациентам бифуркационное стентирование выполнили методом «crush»-стентирования, одному – методом модифицированного T-стентирования. Все процедуры бифуркационного стентирования заканчивали финишной «kissing»-пластикой баллонными катетерами номинальных размеров.

Результаты: ангиографический успех вмешательства (адекватный кровоток TIMI III) имел место в 4 случаях (80%), в одном случае субоптималь-

ный результат был обусловлен 50-типроцентным остаточным стенозом у больного с выполненной ЧТКА в экстренном порядке. Непосредственных осложнений при эндоваскулярных вмешательствах не наблюдалось.

Выводы: стентирование основного ствола ЛКА у больных со стабильной стенокардией является достаточно эффективным и безопасным методом лечения. Эндоваскулярный метод может служить альтернативой операции аорто-коронарного шунтирования, особенно при изолированном сегментарном поражении ствола ЛКА. У больных с острым коронарным синдромом данный метод может применяться как «паллиатив» для скорейшей стабилизации пациента и успешного выполнения в дальнейшем операции аорто-коронарного шунтирования.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ НЕЙРОРАДИОЛОГИИ

А.Б. Климов, Г.Е. Белозеров, В.Е. Рябухин
(Москва)

220 больным были выполнены эндоваскулярные нейрохирургические вмешательства. У больных с артериальными аневризмами головного мозга осложнения возникли в 7% (геморрагические – 4%, ишемические – 3%) и были связаны с интраоперационными разрывами аневризм, миграцией микроспирали в просвет сосуда. С появлением нового эндоваскулярного инструментария стало возможным предотвратить многие из этих осложнений. Артериальные аневризмы с широкой шейкой и фузиформные аневризмы эмболизируются с использованием техники баллонной ассистенции, когда в момент введения эмболизирующих микроспиралей в полость аневризмы на уровне шейки раздувается интракраниальный баллонный катетер, предотвращающий вывихивание спиралей из полости аневризмы. С этой же целью применяются интракраниальные стенты. Аналогичная техника возможна при разобщении каротидно-кавернозного соустья с сохранением антеградного кровотока по внутренней сонной артерии.

Ишемические и геморрагические осложнения при эндоваскулярном лечении артериовенозных мальформаций, артериосинусных и дуральных артериовенозных соустьев составили 6% и 3,3% соответственно. Эти осложнения были связаны с трудно контролируемым продвижением эмболизирующего вещества по афферентным и эфферентным сосудам. Такие осложнения стало возможным предотвратить применяя полимерный эмболизат последнего поколения (ONYX).

Использование стент-графтов при каротидно-кавернозных соустьях и носовых кровотечениях, связанных с формированием ложной аневризмы в основной пазухе дает возможность сохранить кровоток по внутренней сонной артерии и