

но 10 (3,86%) при ХОКА – 7 (1,99%). В 2009 году при острых окклюзиях коронарных артерий 14 (4,11%) при ХОКА - 8 (2,56%). В 2008 при реканализации окклюзий коронарных артерий имплантировано 629 стентов из них 487 (15,26%) стента с лекарственным покрытием и 510 (77,42%) стентов без лекарственного покрытия. В 46 случаях (7,31%) вмешательство оканчивалось баллонной ангиопластикой. В 2009 году имплантировано 652 стента. 340 (52,15%) стентов с лекарственным покрытием, 312 (47,85%) стентов без лекарственного покрытия. В 54 случаях (7%) вмешательство оканчивалось баллонной ангиопластикой.

Выводы. Высокий технический успех при реканализации острых окклюзий коронарных артерий объясняется большим процентом тромботических окклюзий при острых инфарктах миокарда. Высокий процент при реканализации хронических окклюзий коронарных артерий в нашей клинике можно объяснить взвешенным прогнозом оценки перспективности процедуры и соотношения риск/польза при отборе пациентов для плановых реканализаций хронических окклюзий коронарных артерий.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Меркулов Е.В., Самко А.Н., Миронов В.М.,
Староверов И.И., Руда М.Я.
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ
РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия.

Хирургическое вмешательство остается основной тактикой лечения больных с поражением ствола левой коронарной артерии (СЛКА). Однако за последние годы опубликовано большое количество исследований, результаты которых показали, что эндоваскулярное лечение является эффективной и безопасной альтернативой операции коронарного шунтирования, особенно у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с прогрессированием гемодинамической нестабильности.

Цель. Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST с вовлечением СЛКА, оценить эффективность и безопасность ангиопластики со стентированием СЛКА.

Методы. В исследование включены 73 больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнена транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием СЛКА. У 8 больных (10,9%) инфаркт-связанной артерией являлся СЛКА, у остальных - передняя нисходящая (ПНА) или огибающая артерии (ОА).

Результаты. Всем больным имплантированы стенты с лекарственным покрытием, у 59 больных (80,8%)

ангиопластика выполнена радиальным доступом, у 34 (46,5%) — с применением внутриаортальной баллонной контрпульсации, 17 больным (23,2%) выполнено внутрисосудистое ультразвуковое исследование. Интраоперационная летальность составила 4,1% (2 больных с кардиогенным шоком, у которых инфаркт-связанной артерией был СЛКА, и 1 больной с инфаркт-связанной ПНА). Во всех остальных случаях был достигнут положительный непосредственный ангиографический результат. В госпитальном периоде умер 1 больной (0,7%) с инфаркт-связанной ПНА от разрыва свободной стенки ЛЖ. У 23 больных (31,5%) сохранялись симптомы стенокардии, связанные с гемодинамически значимым поражением других коронарных артерий, что потребовало второго этапа эндоваскулярного лечения. Средний срок наблюдения составил 24 месяца. За этот период по разным причинам умерло 4 (5,4%) больных (1 — легочное кровотечение, 1 — инсульт, 2 — внезапная смерть). Повторная ангиопластика целевых сегментов была выполнена у 8 больных (10,9%). Из них ангиопластика СЛКА проведена 3 больным: одному дважды — через 16 и 18 месяцев по поводу неокклюзирующего тромбоза стента в ПНА и терминальном отделе СЛКА (спустя 7 дней после последней ангиопластики выполнена операция коронарного шунтирования), второму — через 13 месяцев в связи с протяженным рестенозом стента в СЛКА и прогрессированием атеросклероза в ОА, третьему — через 6 месяцев из-за рестеноза стентов в СЛКА и ПНА (больной страдал сахарным диабетом с повышением уровня глюкозы крови до 23 ммоль/л). Ангиопластика, связанная с ухудшением состояния других отделов коронарного русла, проведена 5 (6,8%) больным.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что эндоваскулярное вмешательство является эффективным и безопасным методом лечения ОКС с подъемом сегмента ST с вовлечением СЛКА, но необходимы дальнейшие исследования с более длительным сроком наблюдения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИЗМЕРЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВотоКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗНАЧИМОСТИ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Миронов В.М., Самко А.Н., Меркулов Е.В.,
Левицкий И.В., Широков Р.О. НИИ кардиологии
им. А.Л. Мясникова РКНПК Росмедтехнологий,
Москва, Россия.

До последнего времени коронарная ангиография (КАГ) являлась «золотым стандартом» диагностики поражения коронарного русла, и до сих пор не утратила своего значения. Но, тем не менее, даже этот вид диагностики не может в полной мере дать необходимую картину поражения коронарных артерий. Внутрисосудистые методы исследования, к ко-

торым относятся внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) и измерение фракционного резерва кровотока (ФРК), являются современными методами нерентгеновской диагностики, позволяющими получить данные о строении сосуда, составе, протяженности и форме атеросклеротических бляшек (АСБ), функциональной значимости стенотического поражения, а также подобрать стент и проконтролировать его оптимальную имплантацию у пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарного русла.

Целью данной работы явилась оценка роли дополнительных методов исследования для определения морфологической (ВСУЗИ) и функциональной (ФРК) значимости поражения коронарного русла.

Материал и методы. За период с марта 2009 по октябрь 2010 г. было выполнено 57 ВСУЗИ и 24 измерений ФРК у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца, у которых по данным КАГ были выявлены стенозы $\geq 50\%$ в одной или нескольких коронарных артериях. Исследования проводились по стандартной методике.

Результаты. В 19 случаях измерения ФРК были получены данные о функциональной незначимости поражения коронарного русла, в 5 случаях подтвердились данные КАГ о гемодинамической значимости поражения венечных артерий. У 43 пациентов при ВСУЗИ были выявлены гемодинамически значимые поражения коронарного русла, тогда как при коронарографии отмечались лишь неровности контуров стенки коронарных артерий. В 14 случаях при ВСУЗИ были выявлены гемодинамически незначимые поражения коронарного русла, что позволило отказаться от оперативного лечения. У 16 пациентов были выявлены АСБ с тонкой покрышкой и большим липидным ядром, так называемые «нестабильные АСБ». Во всех случаях гемодинамически значимого поражения было выполнено стентирование, с ультразвуковым контролем. В 3 случаях при ВСУЗИ-контроле после имплантации стента было выявлено неполное прилегание стента к стенке артерии, что потребовало постдилатации баллоном высокого давления.

Заключение. Таким образом, ВСУЗИ и ФРК являются эффективными дополнительными методами исследования коронарного русла. Применение их в рутинной практике позволит повысить эффективность лечения больных с ИБС и снизить расходы на эндоваскулярные методы лечения.

МЕСТО РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Михин С.В., Мозговой П.В., Шукуров Б.М., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Перина В.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

Введение. Хирургическое лечение осложненного цирроза печени остается актуальной проблемой современной гепатологии. Применение «традиционных» методик, сопряженных с высокой степенью агрессивности и наркозно-операционного риска, не дает удовлетворительных результатов у данной категории больных. В клинике ВолГМУ №1 используем тактику этапной малоинвазивной комплексной хирургической коррекции ПГ. Схема включает применение вмешательств на грудном лимфатическом протоке, эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода, лапароскопическую диссекцию венечной вены желудка и рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной вены (ЭСА).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с ПГ посредством применения рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии.

Материал и методы. В данном сообщении представлены результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 24 больных с ПГ, которые начали применять в нашей клинике с 2008 года. У 20 пациентов причиной развития ПГ явился цирроз печени (ЦП), у 4 – внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Декомпенсированная стадия ПГ определена у 18, субкомпенсированная – у 6 больных. Как самостоятельный метод рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии (ЭСА) выполнили у 6 больных с ЦП. Последовательно использовали малоинвазивные эндоскопические методики (эндоскопическое лигирование ВРВП подслизистого слоя пищевода (ЭЛ), лапароскопическая диссекция венечной вены желудка (ДВВ)) и ЭСА в 18 наблюдениях. В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик применили в 14 наблюдениях (ЭЛ+ДВВ+ЭСА-6; ЭСА+ДВВ-2; ЭЛ+ЭСА-6); при ВПГ – в 4 наблюдениях (ЭЛ+ЭСА-1; ЭЛ+ЭСА-3). Катетеризацию селезеночной артерии у 18 пациентов осуществили путем пункции правой общей бедренной артерии в верхней трети. У 6 пациентов попытка катетеризации таким путем оказались не удачными, в связи с чем была пунктирована и катетеризована левая плечевая артерия в средней трети. Стволовая ЭСА выполнялась металлическими спиралями “Gianturco” 0,035-10-8 (“Cook”) у 18 больных, у оставшихся 6 дополнительно для получения полного блока использовали спираль “Tornado” 0,035-8-5 (“Cook”). Для достижения блока селезеночной артерии было использовано от 2 до 7 металлических спиралей.

Результаты. После ЭСА у пациентов с гиперспленизмом в большинстве случаев были выявлены положительные сдвиги в показателях крови. На 18 сутки у 23 пациентов отметили статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества тромбоцитов и лейкоцитов. У одного больного с декомпенсированным ЦП показатели крови остались без изменений. Во всех наблюдениях отмечали сокращение размеров