

Тезисы ежегодной научно-практической конференции Российского Научного Общества Интервенционных Кардиоангиологов «Теория и практика современной интервенционной кардиоангиологии»

Москва, 11-13 ноября 2009 г.

ЛУЧЕВОЙ ДОСТУП – НЕОПРАВДАННО РЕДКО ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДОСТУП ПРИ ИНТЕРВЕНЦИЯХ

Артемьев В.Н., Чевыров А.Ю.
Центр Хирургии Сердца «КорАлл»,
Нижний Новгород, Россия

В нашем центре с 2006 г. лечебные и диагностические вмешательства выполняются в 98.7% случаев через лучевую артерию. За этот период были выполнены интервенционные процедуры 2157 пациентам, из них лечебных – 308.

Были успешно катетеризированы венечные, внутренние сонные, позвоночные, внутренние грудные артерии. Выполнялись стентирования коронарных артерий, в т.ч. – основного ствола ЛКА с использованием «kissing»-методики, реканализации хронических окклюзий, стентирования аутовенозных шунтов; стентирование чревного ствола.

Общее время выполнения стандартной коронарографии лучевым доступом составило 11,4 мин. против 14.2 мин. – бедренным доступом, время работы рентгеновской трубки 2.1 против 2.9 мин – соответственно.

Пресловутая техническая сложность этой методики преодолевается с накоплением опыта. Пункция и катетеризация лучевой артерии оказывается легче выполнимой, чем катетеризация бедренной, особенно у тучных пациентов. Основным залогом успеха является качественный инструмент. Специальный набор иглы и проводника 0.018 inch, интродьюсер с тонким бужем, позволяют минимально травматично выполнить вмешательство с низким риском осложнений. Для выполнения рутинных коронарографий мы используем катетеры 4F, при коронарных вмешательствах – 5-7 F. У трех пациентов использовался катетер 8F – без окклюзии лучевой артерии после удаления интродьюсера.

Тромбоз лучевой артерии мы наблюдали у 26 пациентов (1.2%), все они были бессимптомными и, в большинстве случаев, связаны с ее малым диаметром и спазмом во время катетеризаций.

Окклюзия, спазм и аномалии развития (расщепленный тип, диаметр менее 1 мм и др.) лучевой артерии не всегда являются ограничением для выполнения методики, т.к. на другой руке лучевая

артерия может быть доступной для нормальной катетеризации. С этим у нас были связаны переходы на левую руку, которые в большинстве случаев были успешными.

Интересной особенностью методики является возможность катетеризации обеих венечных артерий одним катетером (63% всех коронарографий). Это значительно удешевляет и упрощает процедуру.

Облегченный гемостаз места пункции артерии и сокращение продолжительности процедуры удешевляют ее и повышают комфортность метода как для врача, так и для пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ТРОМБОЗА СТЕНТА С АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ

Артемьев В.Н.
Центр Хирургии Сердца «КорАлл»,
Нижний Новгород, Россия

Пациент А. 43 л. поступил в нашу клинику на обследование 2.03.07 с диагнозом ИБС: стенокардия III КФК, ГБ, ожирение III ст. (вес 140 кг), сахарный диабет 2 типа.

На коронарографии были выявлены стенозы 3 ст. в проксимальных сегментах ПНА и ОА.

14.03.07 (в Армении) было выполнено стентирование ПНА и ОА двумя стентами с антипролиферативным покрытием с хорошим результатом. Чувствовал себя удовлетворительно до 9.04.08 г. (после стентирования прошло 13 мес.), пока не появилась возвратная стенокардия. На коронарографии: в ПНА – парастентовое контрастирование с многочисленными мелкими аневризмами – признаки изъязвления артерии, стент в ОА – без особенностей. Решено отказаться от вмешательства. Была увеличена дозировка клопидогреля до 150 мг в сут., проведен недельный курс лечения преднизолоном. С улучшением был выписан по месту жительства.

23.06.09 (еще через 15 мес.) после 2-х дневного перерыва в приеме дезагрегантов, внезапно ухудшилось самочувствие, был госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Проводился системный тромболизис раствором «Актилизе» 100 мг, без эффекта. Через 4.5 часа после начала