

сосудистое — в 189 (47,9%), трехсосудистое — в 109 (27,7%). Поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 26 (6,6%) пациентов.

Стентирование клинко-зависимой артерии проведено 241 (61,2%) пациенту, стентирование двух и более коронарных артерий — 153 (38,8%) больным. При этом полная реваскуляризация произведена в 47,9% (189 пациенту) случаев. Стентирование ствола левой коронарной артерии выполнено 24 (6,1%) пациентам, аорто/мембрано-коронарного шунта — 14 (3,6%) больным. Трансрадиальный доступ применялся в 9,1% (36 пациентов) случаев, блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов — в 16,2% (64 пациента). ВАБК проводилась 29 больным с нестабильной гемодинамикой в течение 24-48 ч.

Результаты. После проведения эндоваскулярного лечения 193 пациента с нестабильной стенокардией 39 (20,3%) относились к 0-I ФК стенокардии, у 135 (69,9%) пациентов диагностирован II ФК стенокардии и у 19 (9,8%) пациентов — III ФК. У пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипо- и акинеза, увеличение ФВ при ЭхоКС на $8,1 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$), улучшение перфузии миокарда по данным ОФЭКТ. Летальность составила 0,3% (1 пациент с кардиогенным шоком в результате обширного трансмурального ИМ).

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ОКС являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с нестабильной стенокардией и мультифокальным поражением коронарных артерий при ОКС возможно успешное проведение полной реваскуляризации. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются методом выбора. Эндоваскулярное лечение ОКС возможно и безопасно без кардиохирургической поддержки.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЗГА

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Крамаренко А.В., Акбашева М.Т., Фоменко Е.П., Областной сосудистый центр ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель. Оценить эффективность и безопасность эндоваскулярных вмешательств при ИБМ в условиях Областного сосудистого центра.

Материал и методы. В 2009–2010 гг. в Областном сосудистом центре ГУЗ Ростовской ОКБ обследовано 246 пациентов с поражением брахиоцефальных артерий. Из них эндоваскулярное лечение проведено 119 (48,4%) больным. Перед операцией всем пациентам выполнялось комплексное исследование сосудов головного мозга

с оценкой состояния интракраниальных артерий и функционирования Виллизиевого круга с помощью УЗТС, ТКДГ, КТ, МРТ, ОФЭКТ и ангиографии, позволившее выявить гемодинамически значимое поражение интракраниальных сосудов у 15 (12,6%) пациентов, одиночные и множественные аневризмы церебральных сосудов — у 6 (5,0%) больных. Средний возраст больных $62,4 \pm 7,6$ лет, пациенты мужского пола составляли 73,1% (87 чел.). В анамнезе острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу имелись у 62 (52,1%) пациентов, транзиторные ишемические атаки — у 36 (30,2%), ИМ — у 14 (11,8%), мерцательная аритмия — у 10 (8,4%), артериальная гипертензия — у 91 (76,5%), сахарный диабет — у 21 (17,6%) пациента.

Стентирование ВСА выполнено 73 (61,3%) пациентам: шейного сегмента ВСА — 61 (51,3%) пациенту, из них 3 (2,5%) пациентам при остром ишемическом инсульте, 2 (1,7%) больным совместно с эмболизацией мешотчатой аневризмы ПСА и СМА, 5 (4,2%) пациентам выполнена реканализация и стентирование хронической окклюзии шейного сегмента ВСА; интракраниального отдела ВСА — 12 (10,1%) пациентам, из них двоим (1,7%) больным при ОНМК по ишемическому типу. Выполнена 1 (0,8%) баллонная ангиопластика супраклиноидного сегмента ВСА при остром ишемическом инсульте. Стентирование подключичной артерии проведено 24 (20,2%) пациентам, брахиоцефального ствола — 4 (3,4%), ОСА — 4 (3,4%) пациентам. Стентирование позвоночной артерии выполнено 11 (9,2%) больным: шейного сегмента — 6 (5,0%), интракраниального отдела — 3 (2,5%) пациентам, одномоментное стентирование экстра- и интракраниального отделов позвоночной артерии проведено 2 (1,7%) пациентам. Стентирование базилярной артерии выполнено 3 (2,5%) пациентам, из них одному больному стентирование базилярной артерии проводилось вследствие ОНМК по ишемическому типу. Из 7 (5,9%) пациентов с ОНМК по ишемическому типу перед стентированием внутриартериальный тромболизис выполнен 6 (5,0%) пациентам, дополненный механической тромбэктомией у 2 (1,7%) больных.

Результаты. После проведения эндоваскулярного лечения хорошие ангиографические и клинические результаты достигнуты у 115 (96,6%) пациентов. Стентирование шейного сегмента ВСА у всех пациентов проводилось с применением устройств для защиты от дистальной эмболии. В 3 случаях стентирования ВСА зарегистрирована транзиторная ишемическая атака, разрешившаяся без неврологических дефицитов. При ультразвуковом контроле стенты проходимы. Летальных случаев не было.

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ИБМ являются эффективным и

безопасным методом лечения. При сочетанном поражении экстра- и интракраниальных отделов одномоментное вмешательство возможно и безопасно. Сочетанное применение внутриартериального тромболизиса и механической тромбэкстракции позволяет увеличить показатель реваскуляризации. Высокая частота (12,6%) выявления значимых поражений интракраниальных сосудов головного мозга требует выработки стратегии и стандартизации эндоваскулярного лечения данной патологии.

АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цыганков В.Н., Петрушин К.В., Лихарев А.Ю.
ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского
Росмедтехнологий, Москва, Россия.

Цель. Изучить результаты применения чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и критической ишемией в ближайшем и отдаленном периоде.

Материал и методы. 34 пациентам, страдающим сахарным диабетом, выполнены эндоваскулярные вмешательства на 35 конечностях по поводу критической ишемии. У 33 больных были язвенно-некротические поражения стопы, подавляющее большинство язвенно-некротических дефектов располагалось на пальцах и в дистальном отделе стопы, что давало возможность сохранения функционально активной стопы после «малой» ампутации в случае улучшения кровоснабжения конечности. У большинства пациентов (69,8%) отмечалась стенокардия напряжения, 7,5 % больных в анамнезе перенесли ОНМК, что говорит о том, что больные сахарным диабетом входят в группу риска не только по поражению артерий нижних конечностей, но и по другим сосудистым бассейнам (коронарные, сонные артерии). При поступлении всем пациентам, наряду с обследованием, проводился комплекс процедур, направленных на адекватное обезболивание, назначалась стандартная консервативная терапия (дезагреганты+сулодексид, мексидол в/в капельно). Больных с декомпенсацией сахарного диабета, по возможности, переводили на подкожное введение инсулина для достижения стабильной коррекции показателей глюкозы крови. Пред- и послеоперационное ведение пациентов, которым выполнялась ангиопластика и стентирование, наряду со стандартной консервативной терапией, также включало прием плавикса по 75 мг 1 раз в день, как минимум, за 3 дня до операции и 6 месяцев после операции. Во время операции обяза-

тельно вводился гепарин в дозе 1 тыс. ЕД в час в/в. Его введение продолжалось еще в течение суток с переходом на фраксипарин в дозе 0,6 мл, который вводился в течение недели после операции. В 50 % случаев пациентам назначался зокор для коррекции гиперхолестеринемии и гиперлипидемии. В 54,7% случаев выполнена баллонная ангиопластика, а в 45,3% случаев — стентирование пораженных артерий.

Результаты. Клинический успех после операции составил 65,7%. Показатели базального $TcPO_2$ на стопе после операции в среднем увеличились на 10,7 мм рт. ст., а $TcPO_2$ сидя увеличилось на 10,9 мм рт. ст. При благоприятном исходе лечения ЛПИ увеличивался в среднем на 0,27, однако разница в показателях до и после операции оказалась статистически достоверной только для задней большеберцовой артерии ($p=0,05$). Лишь в одном случае не удалось выполнить реканализацию и ангиопластику задней большеберцовой артерии из-за выраженного кальциноза в месте окклюзии артерии. Через 12 месяцев после баллонной дилатации и стентирования частота рецидива ишемии составила 37%. Наиболее часто рецидив ишемии наблюдали в срок от 3 до 9 месяцев. У 5 пациентов рецидивировала критическая ишемия. В этой группе пациентов рецидив наступил после операций, выполненных ниже паховой связки. У 4 из них рецидив ишемии в эти сроки связан с развитием рестенозов в месте ангиопластики. У одного больного кроме рестеноза в месте ангиопластики выявлен новый стеноз выше места баллонной ангиопластики. Через 6 месяцев сохранение конечности отмечено в 81% случаев, а через 12 месяцев — 70%. После проведенного эндоваскулярного лечения из 10 пациентов с язвенными дефектами на стопе у 7 человек отмечено полное заживление язв в сроки от 3 недель до 2,5 месяцев. У 4 пациентов прослежены отдаленные результаты лечения язвенных дефектов на стопе. Сроки наблюдения составили от 4 до 21 месяца, средний срок наблюдения — 12 месяцев. У трех пациентов не отмечено рецидива критической ишемии. У 1 пациента через 8 месяцев после ЧТБА задней большеберцовой артерии выполнена высокая ампутация из-за рецидива критической ишемии.

Выводы. Наши данные показывают, что баллонная ангиопластика и стентирование являются эффективными методами лечения поражений артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей. Реваскуляризация, достигаемая за счет применения рентгенэндоваскулярных методов лечения, обеспечивает заживление язвы стопы и снижает частоту высоких ампутаций. Учитывая тяжесть общего состояния больных диабетом, наличие сопутствующих заболеваний, риск развития осложнений хирургического лечения, баллонная ангиопластика может рассматриваться