

(5%) пациентов. Улучшение линейных показателей скорости мозгового кровотока и пульсового кровонаполнения выявлено у 39 (97,5%) пациентов. Положительная клиническая динамика, проявляющаяся улучшением памяти и интеллектуальных способностей, снижением когнитивных нарушений наблюдалась у всех 40 пациентов.

В отдаленном послеоперационном периоде по данным КТ уже через 6 месяцев после проведенного оперативного вмешательства у всех пациентов наблюдалось сужение субарахноидального пространства, борозд конвекситальных поверхностей и боковых желудочков. При этом увеличение объема височных отделов головного мозга составило порядка 8-12%. При дальнейших обследованиях процесс восстановления ткани головного мозга продолжал нарастать и через 2-3 года после проведенного лечения у 32 (80%) пациентов размер височных долей головного мозга достиг уровня возрастной нормы. При проведении повторных ангиографических исследований сохранение коллатеральной реваскуляризации головного мозга, нормального капиллярного кровотока и редукции артерио-венозных шунтов наблюдалось у всех 4 пациентов. В одном случае у больного 60 лет через 4 года после проведенного лечения развился атеросклеротический субтотальный стеноз проксимальной части ствола передней мозговой артерии, который был устранен проведением повторной транслюминальной лазерной ангиопластики. Еще в одном случае, у пациентки 77 лет, с тяжелой формой болезни Альцгеймера и анамнезом заболевания свыше 14 лет, через 2 года после проведенного оперативного лечения отмечалось усиление когнитивных нарушений, сопровождающееся, по данным КТ, частичным нарастанием атрофических изменений в ткани головного мозга.

Хороший клинический результат – практически полное восстановление памяти и интеллектуальных способностей наблюдалось у 17 (42,5%) пациентов, удовлетворительный клинический результат – неполное восстановление памяти и интеллектуальных способностей – 13 (32,5%) пациентов, относительно удовлетворительный клинический результат – частичное восстановление памяти и интеллектуальных способностей наблюдался у 10 (25%) пациентов.

Полученные данные свидетельствуют, что проведение транслюминальной лазерной ангиопластики при различных стадиях болезни Альцгеймера, позволяет получить стойкий и продолжительный положительный эффект, который проявляется:

1. Восстановлением дистального кровеносного русла и микроциркуляции головного мозга т.е. снятием признаков дисциркуляторной энцефалопатией альцгеймеровского типа.
2. Снижением атрофических изменений головного мозга и восстановлением структуры его ткани.

3. Снижением симптоматики заболевания и восстановлением памяти, интеллектуальных способностей, а так же качества его жизни пациентов.

При проведении лечения у больных с поздними стадиями болезни в отдаленном периоде возможно его рецидивирующее течение, что очевидно связано с полученными ранее необратимыми изменениями в ткани головного мозга.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)

М.В. Малюков, Л.В. Агафонова, Е.Г. Басова
(Липецк)

Цель работы: оценка эффективности эндоваскулярной ангиопластики и стентирования при хронических окклюзиях коронарных артерий как самостоятельного метода хирургического лечения ИБС.

Материалы и методы: в настоящее исследование включено 46 пациентов с ИБС, которым была произведена успешная проводниковая реканализация хронической тотальной окклюзии коронарных артерий с последующей ангиопластикой. Среди оперированных было 44 мужчины и 2 женщины в возрасте 31 до 68 лет (средний возраст – 47 лет). У 33 пациентов имелись различные сопутствующие заболевания, 29 (63%) больных ранее перенесли 1-2 инфаркта миокарда, 2 (4,3%) – рецидив стенокардии после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ). Мультифокальное атеросклеротическое поражение имело место в 5 (10,8%) наблюдениях. Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет. Предполагаемые сроки окклюзии колебались от 3 месяцев до 7 лет. Стенокардия напряжения II ФК (классификация Канадского кардиологического общества – CCS) отмечена у 14 больных, III ФК – 18, IV ФК – у 12. Нестабильная стенокардия I В (Braunwald) – у 2 пациентов. Однососудистое поражение имело место в 15 наблюдениях, многососудистое (поражение 2-х и более артерий сердца) – в 31, множественное – в 19. Попытки реканализации и последующей ангиопластики предпринимались при условии наличия гибернированного миокарда в бассейне кровоснабжения окклюзированной коронарной артерии. Наибольшее число вмешательств пришлось на ПМЖВ – 21, ПКА – 15, ОВ ЛКА – 10. Стентированию подверглись ПМЖВ в 18 случаях, ПКА – в 15, ОВ – в 6. В остальных 7 наблюдениях была выполнена только стандартная баллонная ангиопластика (БА).

Результаты: ангиографически успешной считали ангиопластику, при которой удавалось восстановить просвет оперированного сегмента артерии с учётом резидуального стеноза не более 25% и

кровотоке по нему TIMI – III. Для оценки клинического успеха использовали динамику клинических проявлений ИБС (снижение ФК стенокардии на 1 – 2 уровня) или их полное отсутствие. В целом непосредственный ангиографический успех был получен во всех 46 (100%) наблюдениях, клинический – в 44 (95,7%). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 месяцев до 4 лет (с проведением контрольной коронарографии) у 41 больного (89%). Клиническое улучшение сохранялось у 27 пациентов (65,9%): у 25 (60,9%) с имплантированными стентами и только у 2 (5%) с баллонной ангиопластикой. В 9 наблюдениях (25,7%) из 35 у пациентов с стентированием выявлен рестеноз, в 1(2,86%) – реокклюзия оперированного сегмента артерии. В группе больных с БА частота рестеноза и реокклюзии была (33,3%) и (33,3%) соответственно.

Заключение: эндоваскулярная реканализация с последующей ангиопластикой окклюзированной коронарной артерии является эффективным, малоинвазивным и относительно безопасным методом хирургического лечения ИБС. Имплантация интракоронарного стента на завершающем этапе операции позволяет существенно улучшить непосредственные и отдалённые результаты вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИМ, И ПОЛУЧИВШИХ ТОЛЬКО КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (БЕЗ ЭВП)

Е.Ц. Мачитидзе, С.В. Роган, С.П. Семитко, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Цель. Изучить госпитальную летальность и клиническое течение заболевания у пациентов с ОИМ в зависимости от наличия или отсутствия проведения эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. Обследовано 2020 пациентов с ОИМ, которые были пролечены в НПЦИК за период с октября 2003г. по октябрь 2006г. Средний возраст пациентов составил 58±23 года. Большинство пациентов были мужского пола – 1676 (83%). 1 группу составили 1727 (85,5%) пациентов, которым были выполнены 1917 эндоваскулярных процедур (ЭВП) в разные сроки ОИМ: 1085 (56,6%) процедур ТЛАП и 832 (43,4%) – стентирования. Из них 1410 (69,8%) пациентам ЭВП проводились в первые 24 ч. от начала ангинозного приступа – 1А подгруппа; 1Б подгруппу составили 317 (15,7%) пациентов с отсроченным эндоваскулярным лечением в сроки от 24 ч до 21 дня. Показаниями для ЭВП у этих пациентов была ранняя постинфарктная стенокардия или положительный результат нагрузочного тестирования. 2 (контрольную) группу составили 293 (14,5%) пациента, которым проводилось только

консервативное лечение (без ЭВП) : 2А подгруппа – 72 (3,56%) пациента поступивших в течение 24 ч. от начала болевого синдрома, 2Б подгруппа- 221 (10,94%) пациент поступивших позже 24 ч. от начала ангинозного приступа. В исследовании не включались пациенты, которым ЭВП не выполнялись из-за тяжелого состояния на момент поступления (пациенты с кардиогенным шоком), так же пациенты с выявленным при КАГ тяжелым поражением КА, которые в дальнейшем направлялись на операцию АКШ. По исходным клиничко-анамнестическим данным сравниваемые группы достоверно не отличались.

Результаты. На госпитальном этапе из 2020 пациентов с ОИМ скончались 64 (3,17%) человека, из них от кардиологических причин – 50 (2,48%). Причинами смерти остальных 14 (0,69%) пациентов явились – ЖКК (5 случаев – 0, 25%) и ТЭЛА (9 случаев – 0,45%). В 1 группе летальность от кардиологических причин составила 18 (1,04%), и была достоверно ниже, чем у пациентов 2 группы – 32 (10,92 %) ($p < 0,05$). Анализ летальных исходов среди пациентов, поступивших в первые 24 ч. от начала заболевания выявил достоверное снижение смертности у пациентов в 1А подгруппе – 15 (1,06%) случаев, против 24 (33,3%) у пациентов, которым проводилось только консервативное лечение ($p < 0,001$). Анализ летальности в 1Б и 2Б подгруппах также выявил преимущественно благоприятные результаты у пациентов с эндоваскулярным лечением: 3 (0,95%) против 8 (3, 62%) случаев, соответственно ($p < 0,05$).

Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную связь летального исхода с отсутствием проведения ЭВП при ОИМ, с отсутствием сохранения хорошего результата ЭВП, с поздними сроками реканализации в случае проведения эндоваскулярного вмешательства, а также с низкой ФВ ЛЖ ($< 40\%$), артериальной гипотонией (< 100 мм.рт.ст.), тахикардией (> 100 уд\мин), уровнем КФК(1000 ед), 3-х сосудистым поражением коронарных артерий и сахарным диабетом.

Выводы. Проведение ЭВП у пациентов с ОИМ, как в ранние сроки (до 24 ч.), так и в более поздние (от 24 ч до 21 дн), позволяет достоверно снизить летальность от кардиологических причин на госпитальном этапе. Максимальное снижение летальности отмечается при проведении ЭВП в максимально ранние сроки (до 24 ч.) от начала заболевания.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО

А.В. Мельник, А.И. Квашин, С.А. Атаманов, Ф.Н. Пачерских, А.Ф. Портнягин, Е.Г. Григорьев (Иркутск)

Цель исследования. Показать возможности ангиографической диагностики злокачественных новообразований лёгких и эндоваскулярной