

ляются продолжением малоберцовой артерии (МА). Учитывались осложнения, связанные с этими анатомическими особенностями кровоснабжения стопы.

Результаты. Варианты кровоснабжения стопы распределились следующим образом: отхождение ТАС и ПАС от МА — 2 (0,8%), ТАС от МА — 7 (2,8%), ПАС от МА — 8 (3,2%). В 6 случаях из 17 (35%) нетипичный вариант кровоснабжения стопы был очевиден и не оказал влияние на ход вмешательства. В пяти случаях произошла перфорация большеберцовых артерий, а вариант кровоснабжения стопы стал понятен после реканализации МА. У двух пациентов это осложнение имело клинические последствия. В оставшихся шести (35%) случаях нетипичный анатомический вариант был заподозрен до возникновения осложнений. У одного пациента МА была источником ПАС на здоровой конечности, и это послужило основанием для реканализации МА, которая так же оказалась источником ПАС. В оставшихся 5 случаях тщательное отслеживание кальция по ходу окклюзированной артерии при рентгеноскопии позволило заподозрить гипоплазию большеберцовых артерий, реканализировать МА и избежать осложнений.

Выводы. Нетипичные варианты кровоснабжения стопы из МА не столь уж редки и в нашей серии пациентов составили 6,9%. Перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий имели место в 29% таких случаев и были обусловлены тем, что нетипичный вариант кровоснабжения не был распознан до или во время вмешательства. Перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий в 40% случаев имели клинические последствия для пациента. В случаях с неясными источниками кровоснабжения стопы необходимо тщательно оценивать ангиографическую картину и соответствующим образом изменять тактику вмешательства.

СУБИНТИМАЛЬНАЯ АНГИОПЛАСТИКА (СА) ОККЛЮЗИЙ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

Овчаренко Д.В., Капутин М.Ю., Платонов С.А., Воронков А.А.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Протяженные хронические окклюзии артерий голени и стопы являются наиболее сложной задачей для реваскуляризации. Поиск наиболее эффективных методик реканализации такого рода артериальных поражений по-прежнему актуален.

Цель данного исследования — оценить технические результаты применения СА для реваску-

ляризации различных артериальных сегментов ниже колена.

Материал и методы. В период с февраля 2005 года по сентябрь 2010 года, нами были выполнены 282 процедуры ПАП на 248 конечностях у 240 пациентов с критической ишемией, из которых 73% страдали диабетом. В 93% случаев (262 процедуры) был восстановлен антеградный кровоток до стопы хотя бы по одной артерии. В процессе этих успешных вмешательств предпринималась намеренная субинтимальная реканализация 309 артериальных сегментов ниже колена, которые были разделены на группы в соответствии с уровнем начала и окончания окклюзии. Таким образом, оценивались и сравнивались результаты СА 99 передних большеберцовых артерий (ПББА), 58 задних большеберцовых артерий (ЗБА), 64 малоберцовых артерий (МА), 21 окклюзия с началом в ЗББА и окончанием в подошвенной артерии стопы (ЗБА-ПАС), 44 окклюзии ПББА – тыльной артерии стопы (ПББА-ТАС), а так же 12 окклюзий ТАС и 7 ПАС. Так же отмечались причины неудач СА в этих сегментах.

Результаты. СА была успешна в 81 ПББА (82%), 46 ЗББА (79%), 53 МА (84%), 13 (62%) ЗБА-ПАС, 32 (73%) ПББА-ТАС. При окклюзии ПАС СА была эффективна в 4 (57%), а ТАС – в 6 (50%) случаев. Перфорация артерии проводником была причиной неудачи СА в 63 % случаев, отсутствие ригидности без перфорации в 31 % случаев, а отсутствие кровотока после СА в 6% случаев.

Выводы. СА хронических окклюзий артерий ниже колена является высокоэффективным методом восстановления кровотока и позволяет достичь успеха в 77% случаев. Эффективность СА артерий стопы была достоверно ниже, чем в выше расположенных сегментах. Самой частой причиной неудач СА (63%) была перфорация артерии.

НИЗКАЯ ИСХОДНАЯ СКОРОСТЬ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ МОЩНЫМ ПРЕДИКТОРОМ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ГОСПИТАЛЬНЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ LOW ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ НЕПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ

Омаров А., Шульженко Л., Першуков И., Батыралиев Т., Фетцер Д., Рамазанов Д., Кадыров Б., Карбен З., Сидоренко Б.
РГП ННЦХ им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Областная Клиническая больница №1, Краснодар, Россия;
ФГУ УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия
МЦ им Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция;
Областная Клиническая больница, Липецк, Россия.

Введение. Влияние функции почек на результаты через 3 года после имплантации непокрытых металлических стентов у больных с ишемической болезнью сердца и хроническим заболеванием.

Материал и методы. В исследование были включены 727 больных, перенесших имплантацию одного или нескольких стандартных стентов в 2004 году. В зависимости от исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ по формуле MDRD): группа 1 — 466 больных с СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м², группа 2 — 233 больных с СКФ от 30 до 60 мл/мин/1.73 м², и группа 3 — 38 больных с СКФ менее 30 мл/мин/1.73 м². Во всех случаях принимались меры по предупреждению контраст-индуцированной нефропатии (КИН): гидратация до и после ангиографического исследования, ограничение введения нефротоксичных препаратов, N-ацетилцистеин 600 мг 2Х день перорально за 2 дня до и в течение 2 дней после ангиографии. Во всех случаях применялись только контрастные вещества с Йодиксанолом. Общий объем контраста не превышал 350 мл при СКФ от 45 до 59 мл/мин/1.73 м², и 250 мл при СКФ ниже 45 мл/мин/1.73 м². При СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м² объем контрастного вещества составил до 600 мл на 1 больного.

Результаты. Показатели немедленного успеха ЧКВ были сопоставимы во всех группах: 99.4%, 98.2% и 97.4%, соответственно. Частота КИН была достоверно выше в группах 2 и 3 и достигала 0.4%, 4.9%, 13.2%, соответственно ($p < 0.001$). В течение 6 месяцев после ЧКВ рестенозы чаще развивались при более низких показателях СКФ — у 11% больных в гр. 1, у 2% в гр. 2 и у 34% в гр. 3 ($p < 0.001$). В первые 3 года инфаркт миокарда (ИМ) развился у 6% больных в гр. 1, у 10% в гр. 2 и у 26% в гр. 3. Летальность в первые 3 года составила 5% в гр. 1, 10% в гр. 2 и 24% в гр. 3. Регрессионный анализ показал, что в целом частота ИМ в первые 3 года повысилась в 1.57 раза в гр. 2 по сравнению с гр. 1 и в 3.91 раза в гр. 3 по сравнению с гр. 1, а частота летальных исходов, по сравнению с гр. 1, была повышена в 1.93 раза в гр. 2 и в 4.52 раза в гр. 3.

Выводы. Наличие исходно сниженной СКФ повышает риск развития КИН после рутинной имплантации стандартных стентов, приводит к повышению частоты рестеноза в первые 6 месяцев и повышению частоты летальных исходов и нефатальных ИМ в первые 3 года.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК НА ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Омаров А., Шульженко Л., Батыралиев Т., Першуков И., Фетцер Д., Рамазанов Д., Кадыров Б., Бебезов И., Карбен З., Сидоренко Б.

РГП ННЦХ им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Областная Клиническая больница №1,
Краснодар, Россия;
МЦ им Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция;
ФГУ УНМЦ УД Президента РФ,
Москва, Россия
Областная Клиническая больница,
Липецк, Россия

Введение. Мы оценивали влияние исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на результаты имплантации стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца и хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Методы и результаты. В исследование были включены 432 последовательных больных, которые перенесли чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантацией одного или нескольких стентов с лекарственным покрытием в 2005 году. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от величины СКФ: группа 1 — 271 больной с СКФ ≥ 60 мл/мин/1.73 м², группа 2 — 132 больных с СКФ от 30 до 60 мл/мин/1.73 м², и группа 3 — 29 больных с СКФ < 30 мл/мин/1.73 м². В качестве контрастного вещества применялся только Йодиксанол, во всех случаях проводились мероприятия по профилактике контраст-индуцированной нефропатии (КИН) (гидратация, N-ацетилцистеин). Показатель немедленного успеха ЧКВ был высоким и сопоставимым для всех групп. Частота КИН была достоверно выше в группах 2 и 3 (6.8% и 17.2% против 0.7% в группе 1, $p < 0.001$). Через 12 месяцев частота рестенозов была выше в группах 2 и 3: 15.9% и 27.6% против 6.6% в группе 1 ($p < 0.001$). Исходно сниженная СКФ была предиктором летальности в отдаленные сроки (до 3 лет) среди больных с ХПН, тогда как относительный риск (ОР) смерти в группе 2 по сравнению с группой 1 составил 1.77 (95% ДИ 1.19 ÷ 3.74; $p = 0.001$), а в группе 3 по сравнению с группой 1 ОР смерти = 3.69 (95% ДИ 1.58 ÷ 6.87; $p = 0.001$). Кроме того, снижение СКФ было предиктором развития нефатального инфаркта миокарда (ИМ) в первые три года: для группы 2 по сравнению с группой 1 ОР = 1.69 (95% ДИ 1.12 ÷ 3.07; $p = 0.009$) и для группы 3 по сравнению с группой 1 ОР = 3.44 (95% ДИ 1.37 ÷ 6.19; $p = 0.001$).

Выводы. Исследование показало, что исходно сниженная СКФ у больных с ХПН, перенесших стентирование коронарных артерий, повышает риск КИН, приводит к повышению частоты рестенозов и повторных реваскуляризации в течение 12 месяцев, а также является мощным предиктором летального исхода в отдаленные сроки и нефатального ИМ в сроки до 3 лет.