

таты достигнуты при попытках восстановления просвета тибиальных артерий. В первую очередь неуспех объяснялся наличием значимых, протяженных дистальных стенозов и «слепых» окклюзий.

При критической ишемии рентгенэндоваскулярными вмешательствами удалось уменьшить проявления ишемии и сохранить конечности у 80% пациентов. Позже 4 больным потребовалось выполнение реконструктивной операции в данной зоне. В различные сроки 8 (9%) больным были выполнены реконструкции на проксимальных артериальных сегментах. При второй стадии заболевания положительный результат в виде увеличения продолжительности безболевого дистанции ходьбы отмечен в 94,1% наблюдениях.

Выводы: рентгенэндоваскулярные методы являются хорошей альтернативой традиционным видам хирургического лечения, при минимальной травматичности, что особо важно для больных пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией и достаточно эффективна у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ- ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

С.В. Роган., С.П. Семитко, А.В. Кононов,
З.Р. Овесян, Д.Г. Иоселиани (Москва)

Целью исследования явилось изучение отдаленных результатов стентирования, факторов риска развития in-stent стеноза после раннего и отсроченного стентирования инфаркт-ответственной артерии (ИОА) и тактики дальнейшего лечения.

Материалы и методы: 1 группу исследования составили пациенты, которым провели успешную процедуру стентирования ИОА в первые 24 часа от начала ангинозного приступа (n=101). 2 группу составили пациенты с ОИМ, которым был успешно имплантирован стент в ИОА в более поздние (до 21 дней) сроки заболевания (n=99). Информация о состоянии здоровья была получена спустя 8,2±2,7 месяцев от 91 пациента 1-ой группы и 7,6±1,8 месяцев от 94 пациентов 2-ой группы. Повторная коронарография проводилась у 71 пациента 1 группы и 70 пациентов 2 группы. По клинико-анамнестическим данным исследуемые группы достоверно не отличались.

Результаты: В отдаленном периоде свободными от стенокардии были 73,6% пациентов в 1 группе и 68,1% пациентов во 2 группе, p>0,05. По частоте развития повторных (нефатальных) инфарктов (1,9% vs 1,1%) и показателю летальности от кардиологических причин (0,9% vs 1,1%) исследуемые группы 1 и 2 также достоверно

не отличались. Серьезные кардиологические события (возврат стенокардии, повторный ИМ, смерть) в основном наблюдали у пациентов с рестенозом (22,5% против 25,7%) и реокклюзией ИОА (4,2% против 5,7%), P>0,005. Это определило и сходную частоту в необходимости проведения повторных вмешательств (ТЛАП и/или АКШ) в 1 группе – 20,9% против 24,5% случаев во 2 группе, p>0,05.

Частота in-stent стеноза в 1 и 2 группах составила 19 (26,8%) и 22 (31,4%) случаев. Согласно классификации Mehran 1999 в 4 (21,0%) и 5 (22,7%) случаях выявлен локальный (до 10 мм) стеноз; в 7 (36,8%) и 8 (36,3%) случаях – диффузный (более 10 мм), не выходящий за пределы стента; в 5 (26,3%) и 5 (22,7%) случаях – диффузно-пролиферативный, более 10 мм и выходящий за пределы стента; в 3 (15,8%) и 4 (18,2%) случаях выявлена тотальная окклюзия (TIMI 0).

Анализ факторов, влияющих на развитие in-stent стеноза (ИСП) показал, что ИСП чаще наблюдали у пациентов с сахарным диабетом, наличием постинфарктных рубцов и ФВ ЛЖ <40%. Факторами риска in-stent стеноза для обеих групп также можно считать тип В2/С поражения венечных артерий, наличие кальциноза, устьевого поражение, наличие коллатералей в бассейн ИОА, базовый (истинный) диаметр артерии менее 3х мм, протяженное (более 15мм) поражение сосуда, исходную степень стенозирования целевого сегмента более 90%, а также исходно окклюзионное поражение целевого сегмента (только для 2 группы). Помимо этого, in-stent стеноз достоверно чаще наблюдали при использовании стентов диаметров 2,75 мм и менее, длине стента 18 мм и более, низком давлении имплантации стента (7,5 Атм и менее), проволочном дизайне стента, ургентном стентировании (bailout stenting), а также в случаях, когда диаметр стентированного сегмента меньше истинного диаметра сосуда и при превышении диаметром стентированного сегмента истинного диаметра сосуда более чем на 10%.

Повторную балонную дилатацию в случае in-stent стеноза удалось провести у 14 (73,7%) из 19 пациентов в 1 группе и у 16 (72,7%) из 22 пациентов во 2 группе. Изучение отдаленных (спустя 7,4±1,8 мес.) результатов ТЛАП in-stent стеноза выявило сохранение хорошего результата процедуры в 71,4% и 68,7% случаях (P>0,05).

Выводы: Стентирование у пациентов с ОИМ как в ранние сроки (до 24 часов), так и отсроченное (до 21 дней) в целом имеет сходные отдаленные ангиографические результаты и сходные причины развития in-stent стеноза. Наиболее часто в изучаемых группах встречается диффузный тип ИСП. Повторная ТЛАП in-stent стеноза у пациентов с ОИМ является эффективным, безопасным и долговременным методом восстановления антеградного кровотока.

ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ СТЕНТИРОВАНИЕ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

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

Целью исследования явилось изучение эффективности эндоваскулярного лечения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) после традиционной транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛАП) инфаркт-ответственной артерии (ИОА) с учетом непосредственного ангиографического результата.

Материалы и методы: Изучены клиничко-ангиографические результаты 821 пациентов, которым проводились ЭВП на ИОА в первые 24 часа от начала ангинозного приступа: у 101 больного со стентированием ИОА (1 группа), 433 пациентов с оптимальным результатом первичной ТЛАП ИОА (остаточный стеноз менее 20% и отсутствие угрожающей диссекции С-Ф, восстановленный кровоток ТИМІ 3) – 2 группа и 287 пациентов с субоптимальным результатом первичной ТЛАП (остаточный стеноз 30-50%, отсутствие угрожающей диссекции С-Ф и восстановленный кровоток ТИМІ 2-3) – 3 группа. Основными показаниями для стентирования ИОА были окклюзия, угрожающая или окклюдизирующая диссекция, субоптимальный результат после первичной ТЛАП ИОА. Информация о состоянии здоровья в отдаленные сроки была получена в среднем спустя 8.2±2,7мес., 17,6±6,8 мес. и 18.3±7,2 мес. от 91 (92,8%), 376 (93%) и 235 (87,4%) пациентов 1, 2 и 3-ей групп, соответственно. Повторно обследованы (включая селективную коронароангиографию и левую вентрикулографию) 71 (72,4%) пациент 1.группы, 276 (68,3%) пациентов 2 группы и 185 (64,4%) пациентов 3 группы. По основным исходным клиничко-анамнестическим и ангиографическим данным больные в группах достоверно не различались.

Результаты: На госпитальном этапе гладкое клиническое течение заболевания после ЭВП наблюдали в 93,1%, 94,6% и 81,9% случаев (P<0,05). Достоверно реже такие кардиологические события как летальность (2,9%, 1,6% против 5,2%), рецидив ИМ (0,9%, 1,5% против 3,8%) и стенокардию с необходимостью проведения повторных вмешательств (2,9%, 2,1% и 7,6%) отмечали в 1 и 2 группах (P<0,05). Основной причиной кардиологических осложнений после стандартной ТЛАП и стентирования ИОА были тромбоз стента и реокклюзия дилатированного сосуда.

На отдаленном этапе в 1 и 2 группах наблюдали достоверно реже случаи рестеноза – 22,5% и 30,7% против 41,6% и реокклюзии – 4,2% и 4,0% против 16,7% в 3-ей группе, P<0,05. Рестеноз и реокклюзия явились основной причиной кардиологических событий на отдаленном этапе.

По частоте летальных исходов от кардиологических причин (0,9% и 2,1% против 8,5%), развитию повторного ОИМ в бассейне ИОА (1,9% и 2,6% против 13,6%), возобновлению стенокардии с необходимостью проведения повторных ЭВП/АКШ (25,1% и 28,5% против 34,5%) различия были достоверно выше для пациентов с субоптимальным результатом ТЛАП (P<0,05).

В целом, в 1 и 2 группах с сохраненным хорошим результатом ЭВП отмечался достоверный прирост ФВ ЛЖ с 56,4±11,1% до 61,6±10,6% за счет улучшения сократимости инфарктом пораженных сегментов, снижение КДО с 155,2±25,9 до 146,4±23,1 и КСО с 66,6±27,1 до 55,7±22,3 (P<0,005). При этом, у пациентов с неудовлетворительным отдаленным ангиографическим результатом выявлено недостоверное уменьшение ФВ ЛЖ, в то время как КДО и КСО достоверно выросли.

Выводы: Стентирование ИОА и стандартная ТЛАП с оптимальным ангиографическим результатом в целом имеют сходные госпитальные и отдаленные клиничко-ангиографические результаты, в связи с чем стентирование ИОА при получении оптимального результата первичной ТЛАП не носит обязательный характер. При получении неудовлетворительного или субоптимального ангиографического результата после ТЛАП показано обязательное стентирование ИОА, что позволяет оптимизировать непосредственный ангиографический результат и, тем самым, улучшить прогноз заболевания.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Д.Н. Самочатов (Москва)

Цель исследования: Показать эффективность и необходимость рентгенохирургических способов профилактики тромбоэмболических осложнений, в частности, имплантации кава-фильтров у травматологических больных.

Материалы и методы: С 2001 года обследовано 65 пациентов (29 мужчин и 36 женщин в возрасте от 23 до 87 лет), которым были имплантированы кава-фильтры разных модификаций: TrapeEase, Песочные часы, OptEase. В связи с высоким травматизмом и длительным вынужденным лежачим положением наблюдаются нарушения венозного оттока и как следствие этого возникновение флотирующих тромбов вен нижних конечностей и таза. Учитывая высокий процент молодых людей среди таких пациентов, представлялось актуальным применение съемных кава-фильтров. С 2006 года 18 пациентам в возрасте от 23 до 56 лет нами были имплантированы и в последующем удалены в течение месяца съемные кава-фильтры OptEase Cordis. Осложнений, связанных с имплантацией