

продолжали 37 (94,9%) пациентов. Средняя продолжительность приема клопидогреля составила $11,9 \pm 0,2$ месяца. Контрольная коронарография была выполнена у 14 (35,9%) пациентов, в среднем через $12,5 \pm 2,2$ месяцев. По данным коронарографии рестеноз был выявлен в 1 (7,5%) случае. Количество пациентов с полным отсутствием стенокардии в течение периода наблюдения было выше, чем до вмешательств (14,3% и 42,1%, $p=0,001$). Положительная корреляционная связь была выявлена между основными побочными сердечно-сосудистыми событиями (MACE) и многососудистым характером поражения коронарного русла ($r=0,331$, $p=0,032$). Отрицательная корреляционная связь была выявлена между основными побочными сердечно-сосудистыми событиями (MACE) и регулярным приемом клопидогреля ($r=-0,369$, $p=0,021$).

Заключение: Коронарное стентирование у пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии является эффективным и относительно безопасным методом лечения ИБС и может выполняться в клинике без кардиохирургической поддержки.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ГИБРИДНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФРАИНГВИНАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иванов В.А., Образцов А.В., Бобков Ю.А.,
Терехин С.А., Трунин И.В., Майсков В.В.,
Мовсесянц М.Ю., Иванов А.В., Смирнов В.Л.,
Витязев С.П., Пилипосян Е.А.
ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны
России» г.Красногорск, Московская область,
Россия

Прогноз больных с хронической критической ишемией нижних конечностей (ХКИНК) схож с прогнозом больных со злокачественными новообразованиями. После установления диагноза около 50% больных в течение первого года переносят высокую ампутацию конечности, 30% больных к концу первого года умирают. Восстановление прямого артериального кровотока в стопу у этих больных является несомненным приоритетом для спасения конечности, и для спасения жизни больного. Несмотря на очевидные успехи развития сосудистой хирургии, количество артериальных инфраингвинальных реконструкций на территории Российской Федерации, выполняемых у больных с ХКИНК, остается недостаточным.

Цель: Изучить непосредственные и отдаленные результаты одномоментного бедренно-тибиального шунтирования с рентгенохирургической коррекцией берцово-стопных сегментов при многоуровневом окклюзирующем поражении у больных с ХКИНК.

Материал и методы: На базе госпиталя за

2007-2008 года выполнено 12 одномоментных гибридных операций бедренно-тибиального шунтирования с рентгенохирургической коррекцией путей оттока больным с ХКИНК. Средний возраст больных составил $63 \pm 5,5$ лет, анамнез заболевания $6 \pm 2,5$ года, большинство больных (83,3%) имели четвертую стадию заболевания по классификации Покровского-Фонтейна. Преобладали мужчины, в 90% случаев выявлен мультифокальный атеросклероз с поражением коронарных, каротидных и почечных артерий. На этапах диагностики и наблюдения выполнялись УЗДГ, МР-ангиография, МСКТ-ангиография, рентгеноконтрастная ангиография нижних конечностей. У всех больных выявлены протяженные окклюзии поверхностной бедренной и подколенной артерий, пути оттока по Рутерфорду составляли более 8 баллов. Хирургический этап операции выполнялся под комбинированной спинальной и перидуральной анестезией. У восьми больных дистальный анастомоз бедренно-тибиального шунта сформирован с артериями голени, с сохраненным фрагментарным кровотоком через коллатерали из бассейна глубокой артерии бедра. В четырех случаях дистальный анастомоз сформирован с окклюзированными артериями голени, с коллатеральным контрастированием постокклюзионных отделов в дистальных третях голени, с последующим выполнением механической реканализации и баллонной ангиопластики. Рентгенохирургический этап выполнялся через шунт из открытой раны, пункция шунта производилась антеградно, использовались 0,014" коронарные проводники на «over-the wire» баллонные катетеры длиной не менее 100 мм. Критерием успеха операции считали восстановление прямого артериального кровотока в стопу. Период наблюдения в среднем составил 15 месяцев.

Результаты: У шести больных дистальный анастомоз шунта сформирован с тибियोперонеальным стволом, у трех - с одной из артерий голени, в трех случаях выполнено бедренно-битибальное шунтирование. В качестве шунта использовалась аутовена «in-situ» в шести случаях, в четырех - ксенопротез, в одном - реверсированная аутовена. Непосредственный успех хирургического этапа достигнут у всех, средняя продолжительность составила 120 мин. Средняя продолжительность рентгенохирургического этапа операции составила 50 мин. У девяти больных выполнена только ангиопластика, трем потребовалось стентирование тибиальных артерий. Среди больных с тремя окклюзированными артериями голени непосредственный успех рентгенохирургического этапа составил 50%. В группе больных с сохраненным фрагментарным кровотоком по одной из артерий голени ранних осложнений не было, а у больных с окклюзированными артериями голени ранний тромбоз шунта и ампутация конечности в двух случаях. Отдаленные результаты прослежены у 8 больных в течение пятнадцати месяцев, исполь-

зован метод магнитно-резонансной ангиографии. Проподимость шунта в 100%, всем больным удалось сохранить конечность.

Заклучение: Одномоментная гибридная артериальная реконструкция при многоуровневом окклюдизирующем поражении у больных с ХКИНК безопасна, выполнима и эффективна для спасения конечности с сохранением ее опорной функции.

ПРИНЦИПЫ РЕАКЦИЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НА ИЗМЕНЕНИЕ ОТТОКА ОТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Иванов А.Ю., Кондратьев А.Н., Иванова Н.Е., Комков Д.Ю., Панунцев Г.К., Петров А.Е., Вершинина Е.А., Попова Е.В., Устаева И.Г. РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить сопряженные реакции артериальной, венозной и ликворной систем головного мозга при изменяющихся условиях притока крови к головному мозгу.

Материал и методы: У 30 пациентов во время внутрисосудистых эмболизаций артериовенозных мальформаций (АВМ) гистоакрилом было проведено ультразвуковое исследование кровотока в артериях и венах мозга и шеи, измерено давление в яремных венах (ЯВ), синусе, ликворное давление на всех этапах операции. Проводилось УЗИ-измерение площади сечения ЯВ до и после наркоза и операции. Исследования проводили при наличии информированного согласия больных

Результаты: До операции скорость венозного кровотока по ЯВ в среднем составляла $70,85 \pm 28,35$ см/сек на стороне АВМ и $65,65 \pm 29,73$ см/сек на контралатеральной стороне. По данным УЗ-обследования только в 13 наблюдениях преимущественное венозное дренирование осуществлялось в яремную вену на стороне АВМ, в 9 наблюдениях в контралатеральную, а в 8 венозный сброс был практически симметричен. Подобное отсутствие латерализации в преимущественном венозном дренировании говорит о наличии смешения потоков крови в сагиттальном синусе.

После эмболизации АВМ объем притекающей к мозгу крови уменьшался на 10-17%, при этом скорость кровотока по доминантной яремной вене не снижалась, а даже имела небольшую тенденцию к нарастанию с $70,85$ до $85,23 \pm 46,65$ см/сек. Площадь сечения доминантной яремной вены достоверно уменьшалась – с $83,59 \pm 39,42$ до $65,13 \pm 37,97$ мм.кв., что приводило к уменьшению дренирования крови по яремным венам приблизительно на тот же процент, на который снижался объем притекающей к мозгу крови. Таким образом, снижение венозного оттока достигалось за счет уменьшения площади сечения яремных вен, а не линейной скорости кровотока. Между скоростью кровотока и площадью сечения в яремной вене отмечалась обратная корреляционная зависимость, что говорит об эле-

ментах активной регуляции кровотока. Давление в доминантной ЯВ составило $6,64 \pm 2,37$ мм.рт.ст. и не изменялось на протяжении всей операции, вне зависимости от колебаний оттока крови (при условии спокойного, незатрудненного дыхания).

Давление в синусе составляло в среднем $18,27 \pm 7,6$ мм.рт.ст., что почти в 2 раза выше нормы и объяснялось повышенным дренированием крови из артериовенозных мальформаций головного мозга. Ликворное давление в среднем составляло $19,8 \pm 7,1$ мм.рт.ст., между давлением в синусах и ликворным давлением получена очень высокая сила корреляции. Давление в синусах всегда превышало давление в яремной вене, при его нарастании одновременно увеличивалось и давление в венах, таким образом, градиент давления между ними сохранялся постоянно.

Заклучение: Учитывая постоянство давления в яремной вене вне зависимости от уменьшения оттока от головного мозга можно предполагать наличие в них элементов ауторегуляции давления. Зафиксированная обратная зависимость между площадью сечения и скоростью кровотока говорит об активной роли тонуса яремных вен в процессах регуляции давления и кровотока.

Выводы:

1. Колебания давления в яремных венах не зависят от объема венозного дренирования мозга.
2. Площадь сечения яремных вен находится в обратной зависимости от скорости кровотока, что предполагает участие тонуса яремных вен в регуляции кровотока и давления
3. Преимущественное венозное дренирование из АВМ осуществляется в ипсилатеральную яремную вену лишь в 1/3 наблюдений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР У БОЛЬНЫХ ОИМ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ТРОМБОЛИЗИСОМ И БЕЗ НЕГО

Иоселиани Д.Г., Ковальчук И.А., Костянов И.Ю., Колединский А.Г., Громов Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

Цель исследования: Провести сравнительный анализ клинических и ангиографических результатов ЭВП при ОИМ в группах больных с эффективной ТЛТ на догоспитальном этапе и без ТЛТ с окклюзией ИОА.

Характеристика пациентов. Нами были изучены результаты обследования и лечения 218 больных с острым Q-образующим передним инфарктом миокарда. Критериями исключения были инфаркт миокарда передней локализации в анамнезе, окклюзия ОВ ЛКА и/или ПКА по данным КАГ. У 108 из 218 пациентов на догоспитальном этапе была выполнена системная ТЛТ (в подавляющем большинстве случаев раствором стрептазы (74,1%)), у остальных 110 ТЛТ не про-