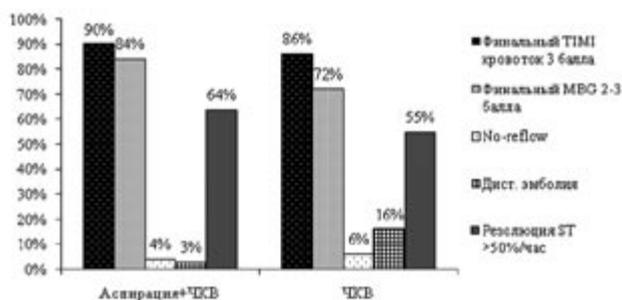


у остальных пяти пациентов (7%) после преддилатации баллоном малого диаметра. Макроскопически аспирационный материал был представлен красными тромбами у 32 (42%) пациентов, белыми тромбами у 12 (16%), смешанный у 17 (23)%, в виде мелких «атероматозных масс» — у 8 (11%), не было получено видимого аспириата в у 6 пациентов (8%).

Прямое стентирование было проведено у 55 (73%) больных после предварительной тромбаспирации, в группе традиционного ЧКВ этот показатель составил 33% (n=26), p<0,05. Ангиографический успех составил 98,6% и 97% соответственно. Среднее количество использованных стентов в группе тромбаспирации составило 1,3±0,4, в группе традиционной ЧКВ 1,4±0,6 (NS).

Финальный дистальный кровоток по ИЗА TIMI 3 достигнут у 90% пациентов в группе предварительной тромбаспирации и у 86% пациентов в группе традиционного ЧКВ (NS), финальный индекс миокардиальной перфузии MBG 2-3 получен у 84% и 72% соответственно (p<0,05). Синдром «no-reflow» имелся у 4% пациентов в группе тромбаспирации и 6% в группе обычного ПЧКВ (NS). Дистальная эмболия отмечалась у 3% пациентов в группе предварительной тромбаспирации и у 16% в группе традиционного ПЧКВ (p<0,05). Снижение сегмента ST более чем на 50% в течение 60 минут после ПЧКВ с предварительной тромбаспирацией было у 64% пациентов, в группе ЧКВ этот показатель составил 55% (NS). Финальные реперфузионные показатели представлены на диаграмме:

Диаграмма. Показатели миокардиальной реперфузии в группах



Осложнений, связанных с использованием аспирационного катетера (перфорация, диссекция) целевого сосуда, не было.

В госпитальный период в группе тромбаспирации умер 1 пациент (1,3%), в группе традиционной ЧКВ умерло 2 (2,6%), госпитальная летальность за год наблюдения составила 6,7% (n=5) и 10,5% (n=8) соответственно (p<0,05).

Заключение. Использование катетерной тромбаспирации перед ПЧКВ улучшает показатели миокардиальной реперфузии у пациентов с ИМПСТ. Предварительная тромбаспирация перед ПЧКВ ассоциируется со снижением годичной летальности.

ОТСРОЧЕННОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ИНФАРКТ-ЗАВИСИМОЙ АРТЕРИИ С ВЫРАЖЕННЫМ ОСТАТОЧНЫМ ТРОМБОЗОМ ПОСЛЕ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Козлов С.В., Горбенко П.И., Фокина Е.Г., Архипов М.В.
МО «Новая больница», ГКБ № 33,
Екатеринбург, Россия

Введение. Отсроченное стентирование у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ) после восстановления баллонной ангиопластикой дистального кровотока TIMI 3 по инфаркт-зависимой (ИЗА) и с сохранением выраженного остаточного тромбоза ИЗА не изучено.

Цель. Провести сравнительное исследование немедленного и отсроченного стентирования у пациентов с ИМПСТ с восстановлением дистального кровотока TIMI3 и с высокостепенным остаточным тромбозом ИЗА после первичной баллонной ангиопластики.

Методы. Пациенты с ИМПСТ с проведенной успешной реканализацией после баллонной ангиопластики с достижением дистального кровотока по ИЗА TIMI 3 и с высокостепенным остаточным тромбозом ИЗА были рандомизированы на две группы. Первая группа – пациенты с отсроченным (этапным стентированием) в период 48-72 часа, вторая группа – пациенты с немедленным стентированием ИЗА. Проведено сравнение групп по клиническим и ангиографическим признакам. Пациенты обеих групп получали двойную анти-тромбоцитарную терапию и стандартное лечение, включающее статины и бета-блокаторы. Оценены и проанализированы непосредственные и госпитальные результаты чрескожного коронарного вмешательства в сравниваемых группах.

Результаты. В исследование было включено 18 пациентов с отсроченным стентированием и 19 пациентов с немедленным стентированием у которых после реканализации и баллонной ангиопластики получен дистальный кровоток по ИЗА TIMI 3, но при этом сохранялся индекс тромбоза целевого поражения 4 степени. По клиническим и ангиографическим признакам группы не различались. При контрольной коронарографии в группе отсроченного стентирования значительно уменьшался индекс тромбоза ИЗА в сравнении с первичным обследованием. Процедурный успех, достигнут у 100% (n=18) пациентов в группе отсроченного стентирования и у 84% (n=16) в группе немедленного стентирования (p=0,04). Осложнения в виде «slow flow/no-reflow» и дистальной эмболии отмечались у 26% (n=5) пациентов группы немедленного стентирования, в группе отсроченного стентирования таких осложнений не было (p=0,019). Госпитальная летальность составила 5,5% (n=1) в группе отсроченного стентирования

и 15,7% (n=3) в группе немедленного стентирования (p=0,33).

Заключение. Отсроченное стентирование инфаркт-зависимой артерии при сохранении выраженного остаточного тромбоза целевого поражения ассоциируется с меньшим количеством процедурных осложнений в виде синдрома «slow flow/no-reflow» и дистальной эмболии, более высоким процедурным успехом в сравнении с немедленным стентированием. Имеется тенденция к снижению госпитальной смертности в группе отсроченного стентирования.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Коков Л.С., Зятенков А.В., Хамнагадаев И.А., Лихарев А.Ю., Цыганков В.Н., Шутихина И.В.

ФГУ «Институт хирургии имени А. В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия.

Введение. Рестенозы почечных артерий – достаточно распространенное явление, по данным различных исследований их частота составляет от 13 до 22%. В лечении рестенозов почечных артерий основную роль играют методы эндоваскулярной хирургии. Целью данного исследования стало изучение отдаленных результатов эндоваскулярных вмешательств при рестенозах почечных артерий.

Материал и методы. В Институте хирургии имени А.В. Вишневского с 2006 по 2008 г. выполнено стентирование 92 почечных артерий у 84 пациентов. Показаниями к выполнению вмешательства служили наличие гемодинамически значимого стеноза почечной артерии в сочетании с клиническими признаками вазоренальной гипертензии или ишемической нефропатии. Проприодимость почечных артерий контролировалась методом дуплексного сканирования (ДС), которое выполнялось на следующие сутки после операции, далее каждые 6 месяцев. Критерием развития рестеноза служило повышение ЛСК по почечной артерии более 200 см/с. Наличие рестеноза подтверждалось при ангиографии брюшного отдела аорты, дополненной внутрисосудистым ультразвуковым исследованием (ВСУЗИ) пораженной почечной артерии. По поводу рестеноза двум пациентам была выполнена стентирование почечной артерии, у 11 больных – только баллонная ангиопластика. Средний срок наблюдения для пациентов после первичного вмешательства составил $3 \pm 0,5$ года, для пациентов после повторного вмешательства по поводу рестеноза – $1,5 \pm 0,5$ года.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $64 \pm 8,2$ года, средний уровень систолического артериального давления $145 \pm 19,7$ мм рт. ст., диастолического артериального давления

$88 \pm 12,1$ мм рт. ст., уровень креатинина сыворотки крови $114 \pm 15,8$ мкмоль/л. У 23 пациентов (25%) был выявлен сахарный диабет 2 типа. Рестеноз почечной артерии после первичного вмешательства развился в 13 случаях (14,1%). Повторное вмешательство позволило добиться хорошего ангиографического результата у всех 13 пациентов, при этом рестеноз почечной артерии после повторного вмешательства развился у одного больного.

Выводы. Эндоваскулярные вмешательства – эффективный метод лечения рестенозов почечной артерии после ее стентирования по поводу атеросклеротического поражения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ГОЛЕНИ

Коков Л.С.¹, Цыганков В.Н.¹, Хамнагадаев И.А.¹, Лучкин В.М.¹, Ситников А.В.².

¹ ФГУ «Институт хирургии имени А. В. Вишневского Росмедтехнологий»

² ФГУЗ Клиническая больница №83 ФМБА России, Москва, Россия.

Введение. Посттравматические артериовенозные фистулы голени (ПАФГ) встречается крайне редко. С 1994 по 2004 г. было опубликовано два таких наблюдения. Артериовенозный сброс приводит к нарушению трофики ткани и является показанием к хирургическому лечению. Открытое вмешательство на сосудах голени сопровождается большой операционной травмой. Внутрисосудистые технологии позволяют разобщить артериовенозное соустье малотравматичным методом, с сохранением кровотока по артерии. Цель исследования. Оценить возможность применения эндопротезов для хирургического лечения ПАФГ.

Материал и методы. В 2007г. по 2009 г. были оперированы два пациента: женщина 61 года и мужчина 19 лет. Перед операцией наличие артериовенозного сброса в области голени было подтверждено данными дуплексного сканирования. Данная патология у больных проявлялась в виде ухудшения трофики конечности, болевым синдромом, потерей опорной функции. Больные были оперированы в условиях рентгенооперационной. Всем пациентам выполнялась ангиография артерий пораженной конечности. У женщины артериовенозное соустье локализовалось в дистальной трети задней большеберцовой артерии. У мужчины – в средней трети малоберцовой артерии. Артериовенозный сброс был выявлен на 1 секунде, дистальные отделы пораженной артерии антеградно не контрастировались. Пациентке с артериовенозным соустьем в области задней большеберцовой артерии был имплантирован эндопротез «JOSTENT» 28x4 – 9 мм, больному с