

де клопидогрель назначали в дозе 75 мг в сутки на срок 24 месяца. Результаты оценивали по ангиографической и клинической картине послеоперационного периода в сроки до 20 месяцев.

Результаты. Стентирование успешно выполнили всем пациентам. В 100% случаев достигнут оптимальный ангиографический и клинический результаты. Осложнений не было. В сроки наблюдения повторных реваскуляризаций не выполняли, рецидива стенокардии не было.

Заключение. Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных острым коронарным синдромом безопасно и эффективно.

ПРОВИЗОРНОЕ Т-СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРУЮ СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ «ЗАЖАТОГО» ПРОВОДНИКА И БЕЗ НЕЕ

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

Введение. Современная методика ЧКВ инфаркта миокарда в острой стадии состоит в скорейшем восстановлении удовлетворительного антеградного кровотока по инфаркт зависимой артерии. Современные методики бифуркационного стентирования рекомендуют выполнять «защиту» боковой ветви техникой «зажатого» проводника. При коронарном вмешательстве на фоне острого инфаркта миокарда и наличии бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, как нам кажется, возникает конфликт интересов между необходимостью быстрого восстановления адекватного кровотока по ИЗА методом стентирования и выполнением «защиты» боковой ветви и сохранения ее. Защита боковой ветви часто затруднена из-за тромботических масс, диссекций, устьевых поражений боковой ветви.

Цель. Определить эффективность и безопасность выполнения провизорного Т-стентирования коронарных артерий в острой стадии инфаркта миокарда без «защиты» боковой ветви методом «зажатого» проводника. Оценить показатели реперфузии в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви в сравнении с группой без «защиты» боковой ветви. Оценить госпитальную и 30-дневную летальность.

Методы. Материалом для данной работы послужили результаты обследования, лечения и наблюдения 108 пациента с острым инфарктом миокарда. Критериями включения больных в исследование были: давность развития симптомов ИМ к моменту проведения КАГ и ЧКВ менее 24 часов, одномоментное выполнение КАГ и провизорного Т-стентирования. Поражение инфаркт связанной артерии считалось

бифуркационным при отхождении от него боковой ветви 2,0 мм и более в диаметре. Для группы с защитой боковой ветви критериями включения были выполнение техники «зажатого» проводника при проведении провизорного Т-стентирования, для группы без защиты провизорное Т-стентирование выполнялось без каких-либо техник защиты боковой ветви.

Результаты. В основную группу вошло 53 пациента с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование без защиты боковой ветви какой-либо техникой. В группу сравнения вошло 55 пациентов с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование с защитой боковой ветви техникой «зажатого» проводника. По клиническим и ангиографическим признакам группы не различались. Всем пациентам выполнялась классическая методика провизорного Т-стентирования, в 3 случаях потребовалось стентировать боковую ветвь (2 случая в основной и 1 пациенту в контрольной группе). Как завершающий этап вмешательства всем пациентам выполнялась киссинг-дилатация. Во всех случаях был достигнут ангиографический успех (резидуальный стеноз стентированного сегмента бифуркации менее 10%, резидуальный стеноз после ангиопластики боковой ветви менее 30%, дистальный кровоток по TIMI 2-3 и более). Частота интраоперационных осложнений, таких как ноу-рефлоу, слоу-флоу, дистальная эмболия, диссекция устья боковой ветви, протрузия масс атеросклеротической бляшки через ячейку стента была практически одинаковой в обеих группах. Госпитальная и 30-дневная летальность составила в группе провизорного Т-стентирования без защиты боковой ветви 7,6%, в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви 7,2% (по 4 случая в каждой группе).

Заключение. Выполнение «защиты» боковой ветви, при бифуркационном стентировании вообще и провизорном Т-стентировании, в частности, имеет большое значение для достижения ангиографического и клинического успеха. При выполнении провизорного Т-стентирования в острой стадии инфаркта миокарда, когда необходимо в кратчайшие сроки восстановить адекватный антеградный кровоток по инфаркт связанной артерии, возможна имплантация стента в область бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, затем реканализация незащищенной боковой ветви через ячейку стента, ангиопластика устья боковой ветви и финальная киссинг-дилатация до достижения оптимального ангиографического результата.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ.

Гришин Г.П., Зинин Д.С., Харченко А.В.,
Основенко А.А.
НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия.

Введение. Лечение хронической артериальной недостаточности у пациентов, страдающих сахарным диабетом сложная задача, разрешимая при содружественной работе специалистов различного профиля. Однако, учитывая широкую распространенность данной патологии, возникает вопрос: только ли специализированным стационарам доступна качественная курация этой категории больных, и в частности, в какой мере необходима поддержка эндоваскулярных методик сосудистой хирургией.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндоваскулярного лечения окклюзионно – стенотических поражений периферических артерий, у больных сахарным диабетом, в условиях стационара без сосудистой хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоваскулярного лечения хронической артериальной недостаточности у пациентов с сахарным диабетом, находившихся на лечении в отделениях НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД» в первом полугодии 2010г. Рентгенохирургические вмешательства проведены у 12 пациентов (9 мужчин, 3 женщины), средний возраст $61 \pm 11,6$ год, по поводу критической ишемии 2Б-4 стадии. Выполнен широкий спектр эндоваскулярных процедур на периферических артериях (от ангиопластики подвздошных и бедренных артерий до реканализации и стентирования артерий голени). Все пациенты страдали сахарным диабетом (11 – 2 типа, 1 – 1 типа), кроме этого, среди сопутствующей патологии наиболее часто диагностирована ИБС и ГБ.

Результаты и обсуждение. Из 12 вмешательств – 11 выполнены технически успешно, в одном наблюдении (у пациента с ХАН 4 ст., при отсутствии выраженного коллатерального кровотока и адекватного периферического русла) не удалось восстановить магистральный кровоток от средней трети бедра. В 83% (10) наблюдений в результате вмешательства отмечен отчетливый положительный эффект, снижен функциональный класс ишемии: уменьшился болевой синдром, увеличилась дистанция безболевой ходьбы, улучшилось заживление некротических дефектов.

У пациента после безуспешного вмешательства явления ишемии нарастали и спустя сутки потребовалось выполнение ампутации нижней конечности. Также еще в одном наблюдении не отмечено существенной положительной динамики, конечность, однако, удалось сохранить благодаря расширенной консервативной терапии.

Осложнений вмешательств, в том числе требующих специализированной сосудистой хирургической помощи, не было.

Анализ результатов лечения свидетельствует о высокой эффективности эндоваскулярного подхода у пациентов с критической ишемией нижних конечностей и диабетической ангиопатией. Учитывая тот факт, что в большинстве наблюдений выполнение хирургической реваскуляризации ввиду тяжелой компрометации периферическо-

го русла было не возможно – эндоваскулярный подход позволяет получить единственный шанс сохранить конечность, а порой – и жизнь. Все это позволяет рекомендовать отделениям рентгенохирургии шире использовать этот эффективный метод лечения.

Выводы. Применение рентгенохирургического подхода в лечении окклюзионно-стенотических поражений периферических артерий, у больных сахарным диабетом, позволяет сохранить конечность и снизить уровень ишемии в большинстве клинических наблюдений. Отсутствие специализированного сосудистого отделения не является препятствием для выполнения реконструктивных эндоваскулярных вмешательств этого типа.

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОКС В УСЛОВИЯХ НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД»

Гришин Г.П., Харченко А.В., Зинин Д.С., Фадеев А.М., Миронова Е.В., Томгина Т.Ф.
НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия.

Введение. Проведен анализ экстренных поступлений больных в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения НУЗ ЦКБ №1 ОАО РЖД за 6 месяцев (январь–июнь) 2010 года

Материал и методы. Всего поступило на экстренную коронарографию 29 пациентов. Из них 19 (65,5%) мужчин, 10 (34,5%) женщин. Средний возраст составил 61,7 года (от 46 до 84 лет). Распределение по контингенту: железнодорожники – 7 (24%), пациенты в системе ДМС – 22 (76%).

Из сопутствующей патологии у 28 пациентов была гипертоническая болезнь, у 7 из них она сочеталась с сахарным диабетом. В процессе госпитализации у 6 обнаружена дислипидемия.

Результаты. Все больные направлены из отделения кардиореанимации. Среднее время от госпитализации до начала проведения оперативного вмешательства составило: у железнодорожников – 1,6 часа, у пациентов в системе ДМС – 3,5 часа. Первичные диагнозы: нестабильная стенокардия у 16 человек, впервые возникшая стенокардия – у четверых, ранняя постинфарктная стенокардия – у двоих, прогрессирующая – у четверых, острый инфаркт миокарда – у троих.

После диагностической коронарографии во всех случаях планировалось по показаниям проведение неотложной ангиопластики, которая была выполнена у 18 больных (стентирований – 14, баллонных ангиопластик – 3, в 1 случае открыть артерию не удалось). В 5 случаях была рекомендована консультация кардиохирурга для решения вопроса об АКШ. В 6 – не было обнаружено критически значимых стенозов.

Всего операции произведены на 29 артериях (на 1 артерии – 8 раз, на 2-х – 9 раз, на 3-х – 1 раз). Из них на ПМЖВ – 11 (38%), ОВ – 4 (14%),