

терии (Ст ЛКА), в большинстве случаев является причиной развития острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока (КШ), грозных нарушений сердечного ритма и, как следствие, ранней летальности этих пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность рентгенхирургического метода лечения этой сложной категории пациентов.

Методы. В период с января 2009 по дек. 2010 года 16 пациентам (14 мужчин и 2 женщины; ср. возраст $63,4 \pm 16,8$ лет) с ОКС (Q-ИМ с элевацией ST — 6; non-Q-ИМ без элевации ST — 8; и с прогрессирующей тропонин-позитивной стенокардией — 2 случая) было выполнено эндоваскулярное вмешательство на стволе ЛКА. В 8 случаях процедура выполнялась на фоне внутриаортальной баллонной контрапульсации (ВАБКП) по поводу КШ, в 2-х случаях с профилактической целью. Из 16 пациентов изолированное поражение устья и «тела» ствола ЛКА имели 4 пациента. В остальных 12 случаях имело место поражение терминальных отделов Ст ЛКА с распространением поражения на устья основных ветвей ЛКА. В связи с этим линейное стентирование в пределах ствола ЛКА выполнено в 4 случаях, в 6 случаях выполнено линейное стентирование Ст ЛКА с переходом на устье одной из ветвей ЛКА, дополненное ангиопластикой (дебалкинг) устья другой ветви «через стент»; в 6-ти случаях выполнялось бифуркационное стентирование: в 3-х случаях выполнялось provisional-стентирование; по одному случаю — с использованием техники mini-krush; техники-kulot и одномоментного V-стентирования. В трех случаях единомоментно выполнялось вмешательство на правой коронарной артерии, учитывая гемодинамическую нестабильность больных и критическое многососудистое поражение коронарного русла.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех был достигнут во всех 16 случаях. В 2 случаях (12,5%) больные с Q-ИМ на фоне КШ скончались на 2 и 4 сутки после процедуры от нарастающей ЛЖ-недостаточности и полиорганной недостаточности. В остальных 14 (87,5%) случаях состояние больных было стабилизировано, пациенты были выписаны (ср койко-день составил 26,4 дня) из стационара. Каких либо прочих осложнений связанных с выполнением эндоваскулярного вмешательства в течении госпитального периода наблюдения отмечено не было. При выписке 4 больным рекомендовано выполнение хирургической реканализации по поводу многососудистого характера поражения в восстановительном периоде заболевания, остальным — проведение контрольного обследования в сроки от 6 до 12 месяцев.

Выводы. У больных ОКС, обусловленном поражением ствола ЛКА, метод рентгеноэндоваскулярного лечения позволяет в большинстве случаев добиться непосредственного ангиографического и клинического успеха и улучшить прогноз заболевания.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БИФУРКАЦИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТЫ: ОШИБКИ, СЛОЖНОСТИ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Семитко С.П., Хамитов Ф.Ф., Климов В.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Губенко И.М., Тимиряев С.М., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

Эндопротезирование аневризм аорты является перспективным, быстро развивающимся методом лечения у больных «высокого хирургического риска».

Материал и методы. В 2010 году в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГKB №81 было выполнено 4 операции бифуркационного эндопротезирования аорты с использованием бифуркационных стент-графтов Aurfix (Lombard Medical, UK) через хирургический артериотомический доступ у пожилых (ср возраст $68,2 \pm 4,7$ лет) пациентов мужского пола по поводу веретенообразной аневризмы интрависцерального отдела аорты (ср макс диаметр аневризмы составил 58 ± 11 мм) с билатеральным распространением на общие подвздошные артерии в 3-х случаях. Все пациенты имели тяжелые сопутствующие заболевания: у 3-х пациентов — сахарный диабет; у всех 4-х пациентов — ИБС и перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе; у 2-х пациентов — ОНМК в анамнезе; у всех больных имелись различные проявления мультифокального атеросклероза; у 2-х — хронической почечной недостаточности; у 2-х — ожирение 2-3 ст.

Результаты. Оптимальный ангиографический непосредственный результат операции был достигнут во всех 4-х случаях. При этом: в одном случае потребовалась дополнительная имплантация дистального стент-графта-экстензора по поводу укорочения основной бранши протеза при имплантации на фоне выраженной S-образной извитости артерий доступа. В одном случае дополнительно было имплантировано 4 самораскрывающихся стента в наружные подвздошные артерии в связи с выраженным их атеросклеротическим поражением. В 3-х случаях ср кровопотеря не превысила 100 мл; в одном случае — составила 350 мл, потребовавшая гемотрансфузии. Ранний послеоперационный период протекал гладко во всех случаях. У 3-х пациентов отмечалась субфебрильная лихорадка продолжительностью до 2 недель не связанная с развитием к.л. воспалительных или септических осложнений. Все больные прошли контрольное обследование в сроки 3-6 месяцев с выполнением УЗ дуплексного сканирования и мультиспиральной компьютерной аортографии с контрастированием по данным которого был документирован хороший средне-отдаленный результат вмешательства.

Выводы. Бифуркационное эндопротезирование аневризм интраартерального отдела аорты у пациентов «высокого хирургического риска» является эффективным и безопасным методом лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Сидоров А.А., Коков Л.С., Цыганков В.Н., Лихарев А.Ю., Шухина И.В.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия.

Цель. Оценить эффективность стентирования внутренних сонных артерий у разных групп пациентов в ближайший и отдаленный периоды наблюдения.

Материал и методы. За период с июня 2005 по сентябрь 2010 года в отделении Рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГУ «Института хирургии им. А.В. Вишневского» 32 пациентам выполнено 35 стентирований внутренних сонных артерий. Средний возраст пациентов составил $65 \pm 5,6$ года. Среди них 23 мужчин (72%) и 9 женщин (28%). Во всех случаях стентирование выполнялось с защитой головного мозга фильтрами. Все пациенты были разделены на четыре группы: в I группу вошли 6 пациентов без симптомов сосудисто-мозговой недостаточности (СМН) (19%); во II группу — 6 пациентов с симптомами СМН (19%); в III группу — 9 пациентов без симптомов СМН с высоким риском оперативного вмешательства (28%); в IV группу — 11 пациентов с симптомами СМН с высоким риском оперативного вмешательства (34%). У 8 пациентов проведено 9 стентирований в связи с развитием рестеноза после каротидной эндартерэктомии; у 4 пациентов в анамнезе оперативные вмешательства в области шеи.

Для контроля эмболии внутричерепных артерий проводилось транскраниальное ультразвуковое доплерографическое исследование (ТК УЗДГ).

Для качественной оценки положения и локализации стента использовали В-режим. Для определения проходимости стента количественно оценивали линейную скорость кровотока на всем протяжении стента и в дистальном русле. Ультразвуковыми критериями хорошего результата вмешательства являлись: полное прилегание стента к сосудистой стенке на всем протяжении при продольном и поперечном сканировании; окрашивание просвета стента в режиме цветного дуплексного картирования; остаточный стеноз менее 20%; отсутствие диссекций интимы; отсутствие локальных изменений ЛСК на всем протяжении стента и восстановление магистрального кровотока в дистальном артериальном русле.

Результаты. В 100% случаев стентирование было успешным. По данным ТК УЗДГ массивной

материальной эмболии не отмечено. У одного пациента из II группы и одного пациента из IV группы сразу после завершения рентгенохирургического вмешательства отмечено развитие транзиторной ишемической атаки (ТИА) в виде гемипареза в контралатеральных операциях конечностях, которые купировались в течение 30 минут в обоих случаях после проведения соответствующей консервативной терапии. У двух пациентов из III группы после дилатации баллонным катетером в стенке развилась ТИА вследствие эмболии защитного фильтра частицами атеросклеротической бляшки. После складывания защитного фильтра симптомы купировались в течение 5 минут.

Прослежены отдаленные результаты стентирования 30 ВСА у 27 пациентов в сроки от 6 до 60 месяцев. В результате МАЕ умерло трое (10%) пациентов IV группы, из них один от инсульта, развившегося в течение 24 часов после каротидной эверсионной эндартерэктомии, выполненной через 2 недели после стентирования контралатеральной ВСА; один (3,3%) пациент I группы умер в результате прогрессирования онкологического процесса; причину смерти одного (3,3%) пациента I группы установить не удалось. Отмечено развитие рестенозов у двух (6,6%) пациентов I группы, что потребовало выполнения протезирования рестенозированных артерий.

Заключение. Стентирование внутренних сонных артерий с защитой головного мозга является малотравматичным и высокоэффективным методом коррекции стенотических поражений различной этиологии у разных групп пациентов.

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТЕНОЗАХ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Сидоров А.А., Коков Л.С., Лихарев А.Ю.,
Шухина И.В.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия.

Цель. Оценить эффективность рентгенохирургического лечения стенозов брахиоцефальных артерий в отдаленный период, изучить изменения сосудистой стенки после стентирования на сроках более 1 года по данным дуплексного сканирования.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинической работы отделения Рентгенохирургических методов диагностики и лечения Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий за период с 1992 по 2010 г. по ангиопластике и стентированию брахиоцефальных артерий.

Было выполнено 132 рентгенохирургических вмешательства при стенозах брахиоцефальных артерий. Транскатетерная баллонная ангиопластика брахиоцефального ствола произведена 5