

ная клиническая больница на ст. Горький» ОАО РЖД в 2010 году был взят курс на активное внедрение интервенционных методов лечения поражений прецеребральных артерий, а данное направление было обозначено как одно из приоритетных. Мотивация нашей позиции была предельно проста: анализируя данные многих исследований, посвященных каротидному стентированию, мы не нашли причину, которая могла бы идеологически препятствовать развитию этого направления, а несоизмеримая по уровню хирургической агрессии малая инвазия, быстрее реабилитация и возвращение больного к повседневной жизни, а также требования времени к развитию высокотехнологичной малоинвазивной хирургии в ведомственной клинике явились решающими доводами. Кроме того, благодаря внедрению эндоваскулярных методов мы смогли оперировать больных с тяжелой общесоматической патологией, которых прежде мы не рисковали подвергать каротидной эндартерэктомии. Единственным абсолютным противопоказанием для проведения стентирования считаем патологическую извитость внутренней сонной артерии, делающую невозможным эндоваскулярную коррекцию.

Нельзя также не отметить, что значительное снижение финансовых затрат на обеспечение послеоперационного периода привело к тому, что себестоимость стентирования вместе с лечением оказалась даже несколько ниже, чем себестоимость каротидной эндартерэктомии.

С декабря 2009 года по сентябрь 2010 года в отделении оперировано эндоваскулярными методами 39 больных со стенозами артерий прецеребрального русла.

Выполненные операции разделились следующим образом:

Прямое стентирование подключичной артерии – 7;
Прямое стентирование брахиоцефального ствола – 1;
Прямое стентирование внутренней сонной артерии – 2;
Прямое стентирование позвоночной артерии – 5;
Прямое стентирование устья левой общей сонной артерии – 1;
Прямое стентирование стеноза аутовенозного протеза левой внутренней сонной артерии – 1;
Прямое стентирование устья левой общей сонной артерии с одномоментным стентированием левой внутренней сонной артерии — 1 (открытый доступ к общей сонной артерии);

Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации с применением двухбаллонной защиты MOMA – 5;

Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации с применением дистальной защиты FiberNet – 16; в одном случае каротидное стентирование с дистальной защитой проведено одномоментно с прямым стентированием огибающей артерии сердца.

При выполнении прямого стентирования подключичной артерии и брахиоцефального ствола применяли кобальт-хромовый стент Scuba с закрытой ячейкой, полагая, что дизайн стента является наилучшим в отношении профилактики эмболии. Стентирование устья позвоночной артерии проводили коронарным стентом Pro-Kinetic. Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации проводили конусным стентом Cristallo с комбинированным дизайном ячейки. Во время операции ангиографический контроль дополняли дуплекс-контролем. Метод антиэмболической защиты выбирали в зависимости от степени стеноза, его протяженности, структуры бляшки, анатомии боковых ветвей наружной сонной артерии.

В 38 случаях был получен хороший ангиографический и клинический результат. В 1 случае у больной через сутки после операции развилась клиника острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. При проведении экстренной ангиографии выявлена протрузия стенозирующего субстрата в просвет внутренней сонной артерии, которая была фиксирована посредством повторного прямого стентирования стент в стент. В дальнейшем клиника инсульта полностью регрессировала без последующего неврологического дефицита. Летальных исходов не было.

Все больные после каротидного стентирования активно наблюдаются в отделении 1 раз в квартал, проходя дуплекс-контроль. До настоящего времени ни в одном случае нами не выявлены признаки нарушения функции стентированной внутренней сонной артерии.

Таким образом, наш первый собственный опыт эндоваскулярного лечения поражений артерий прецеребрального русла показал высокую эффективность метода, его допустимую безопасность, что позволяет надеяться на дальнейшее прогрессивное развитие данного направления сердечно-сосудистой хирургии в нашей клинике.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Ярков С.А.
ГКБ №7, Москва, Россия.

Введение и цель. Инсульт — 2-ая лидирующая причина летальности в мире. Главная причина неврологической инвалидности у взрослых. Половина выживших нуждаются в обслуживании. Цель: провести анализ начального опыта и оценить стентирование сонных артерий как метод профилактики ишемического инсульта.

Материал и методы. В ГКБ №7 города Москвы с октября 2008 по февраль 2010г имплантация стента в сонные артерии проведена 10 пациентам со стенозирующим атеросклерозом

внутренних сонных артерий. Средний возраст составил 64,8 (от 45 лет до 81 года). Женский пол 30%. Транзиторные ишемические атаки отмечали у 20%. Первый тип дуги аорты в 100%. Стентирование ЛВСА-ЛОСА — 60%, ПВСА-ПОСА — 40%. Противэмболическая защита использовалась у 100%. Средняя степень стеноза 77,7% (от 55% до 99%). Предилатация 30%. Постдилатация 100%. Остаточный стеноз по QCA 16% (от 10% до 40%). Бедренный доступ в 100%, 6 Fr — 70%, 5 Fr — 20%, 8Fr — 10%. Антиагрегантная и антитромботическая терапия: 100мг АСК+75мг Клопидогрель 3 дня до и 6 мес после стентирования, болюс 5000 ЕД Гепарина в начале катетеризации.

Результаты. В 1 случае (10%) дистальная защита макроскопически и по ангиографии показала свою клиническую эффективность. Технический успех составил 90% (1 случай миграции стента с неполным охватом поражения и установкой дополнительного стента внахлест). Ангиографический успех 100%. Клинический успех 100%. 4 пациентам с мультифокальным поражением успешно и без неврологических осложнений проведено на одном госпитальном периоде плановое АКШ. Все пациенты выписаны без неврологического дефицита.

Заключение. Отбор пациентов позволяет внедрить методику каротидного стентирования с высоким уровнем безопасности на госпитальном периоде.