

- ангиопластика со стентированием коронарных артерий);
- ранняя транспортировка больных, которым показано проведение экстренного чрескожного коронарного вмешательства со стентированием коронарных артерий, из первичных центров в Региональный сосудистый центр.
 - За 2009 г. и первое полугодие 2010 г. в отделении РХМДиЛ обследовано и пролечено 545 пациентов с диагнозом острый коронарный синдром.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Винтизенко С.И., Пекарский С.Е., Варваренко В.И., Мордовин В.Ф., Крылов А.Л.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Вопросы, связанные с лечением артериальной гипертензии, по сей день остаются актуальной темой для исследований. В небольших клинических работах, проведенными учеными США, Франции, Германии и Польши, был изучен метод симпатической денервации почек и его антигипертензивная эффективность. Данный метод основан на разрушении симпатических нервных волокон, иннервирующих почку, проходящих непосредственно в стенке почечной артерии, с помощью катетерной радиочастотной абляции.

Целью исследования явилось изучение возможностей использования радиочастотной абляции в лечении резистентной артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследование включено 15 больных, у которых с помощью комбинации из представителей 3 классов антигипертензивных препаратов и применения немедикаментозных методов лечения не удавалось добиться снижения артериального давления. Средние цифры артериального давления составили $179/103 \pm 20$ мм рт.ст. Всем исследуемым пациентам через бедренный доступ с помощью управляемого абляционного электрода «5Fr RF Mariner SCXL» была проведена радиочастотная абляция почечных артерий высокочастотными электрическими токами. Было выполнено по 4 аппликации в основном стволе почечных артерий продолжительностью 2 минуты каждая, мощностью до 10 Ватт и нагревания окружающих тканей до 50 градусов Цельсия.

Результаты. Через 1 месяц после проведения радиочастотной абляции артериальное давление снизилось в среднем на $19/10 \pm 4/3$. По данным ультразвукового исследования почечных артерий осложнений выявлено не было.

Выводы. Катетерная симпатическая денервация почек привела к антигипертензивному эффекту в течение месяца после вмешательства, без серьезных осложнений. Полученный эффект и безопасность

процедуры позволяет надеяться на успешное использование методики у данной категории больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ СИСТЕМОЙ ANGIOJET

Волков С.В., Луценко М.М., Удовиченко А.Е., Соколов А.Л., Мостовой И.В., Лядов К.В.
ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава», Москва, Россия

Хирургические методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при тромбозе глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) характеризуются высокой травматичностью и часто требуют общей или спинальной анестезии. Имплантация кава-фильтра, как вариант малоинвазивной эндоваскулярной профилактики ТЭЛА, сопровождается риском массивной эмболии в фильтр с развитием синдрома нижней полой вены.

Материал и методы. В исследование вошли 16 пациентов с эмболоопасным флотирующим тромбозом глубоких вен в системе нижней полой вены: у 3 пациентов — на уровне подколенной вены (ПкВ), у 6 — на уровне поверхностной бедренной вены (ПБВ), у одного из этих пациентов тромбоз носил билатеральный характер с флотацией верхушки в обеих ПБВ, у 5 — на уровне общей бедренной вены (ОБВ), у 2 — с флотирующим тромбом наружной подвздошной вены (НарПВ). У 3 пациентов на момент госпитализации были клинические признаки состоявшейся ТЭЛА, что подтвердили данные КТ-ангиографии легких. У одного из этих пациентов ТЭЛА носила рецидивирующий характер.

У данной группы пациентов в гемостазиограмме отмечалось выраженное и стойкое снижение фибринолитической активности плазмы, повышение агрегации тромбоцитов, у двух выявлен волчаночный антиген, а у пациента с рецидивирующей тела генетическая тромбофилия (мутация гена V фактора Лейдена).

Всем пациентам была выполнена тромбэктомия системой Angio-JET 9000® с использованием различных модификаций катетеров согласно диаметру пораженной вены в срочном порядке.

При выполнении тромбэктомии в условиях проксимального тромбоза (ОБВ, наружная подвздошная вена) с большой длиной флотации (6-15 см) предварительно в обязательном порядке имплантировался кава-фильтр с целью профилактики ТЭЛА при возможной фрагментации тромба в процессе выполнения реологической тромбэктомии.

Эффективность вмешательства — составила 93,75%. У одного пациента не удалось в полном объеме удалить флотирующую верхушку тромба, а лишь верхнюю ее треть (4 см из 12).

Длительность выполнения тромбэктомии составила от 1,5 до 5 минут.

В 5 случаях отмечена гематурия (31,25%). В течение первых суток послеоперационного периода у 2 пациентов (12,5%) отмечены признаки ОПН – проводилось лечение с хорошим эффектом.

Все пациенты находились на антикоагулянтной терапии НМГ соответственно рекомендованным стандартным дозам, с 1-х – 2-х суток послеоперационного периода начинали терапию оральными антикоагулянтами (варфарин).

Результаты. Результаты оценивались при контрольных ультразвуковых исследованиях на 1-е и 7-е сутки послеоперационного периода. Из 16 пациентов у 13 (81,25%) при контрольных УЗАС было подтверждено отсутствие флотирующей верхушки и начальные признаки реканализации уже на 7-е сутки послеоперационного периода.

Кава-фильтры были установлены 7 пациентам (43,75%), в 3 (18,75%) случаях были съёмными и имплантировались лишь на время вмешательства. У остальных имплантация постоянного кава-фильтра была обусловлена наличием крайне высоких рисков ВТЭО (онкопатология, гемипарез на фоне обширного ОНМК).

У 3 (18,75%) пациентов на первые сутки был выявлен ретромбоз сегмента венозного русла с повторным формированием флотирующей верхушки, где проводилась тромбэктомия (у 2 пациентов – на уровне ОБВ и у 1 – на уровне НарПВ), у двух (12,5%) из них выявлены признаки эмболии в кава-фильтр до $\frac{1}{4}$ его диаметра.

Пациенты с онкопатологией и ОНМК продолжили лечение в профильных отделениях, остальные были выписаны в удовлетворительном состоянии переведенные на терапию антагонистами витамина К.

Заключение. Реолитическая эндоваскулярная тромбэктомия системой Angio-JET является быстрым, эффективным и малотравматичным методом в устранении эмболоопасных тромбозов вен нижних конечностей.

СТЕНТИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Волков С.В., Мостовой И.В., Удовиченко А.Е., Петрий В.В., Попов В.В.
ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава», Москва, Россия

Введение. Стенотические поражения внутренних сонных артерий (ВСА) являются актуальной проблемой современной ангиохирургии. Наибольший интерес представляют пациенты, у которых поражение ВСА сочетается с ишемической болезнью сердца. Выбор оптимального метода лечения в подобных случаях является залогом успеха.

Материал и методы. С 2005 года выполнено 97 стентирований ВСА. Все операции проводились с применением внутрисосудистой церебральной про-

текции. С целью оценки эффективности стентирования у 15 пациентов с различной степенью выраженности стенотического поражения ВСА проводилась оценка перфузии головного мозга методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ). Исследование проводилось за 24-48 часов до операции, спустя 8-10 дней, 6 и 12 месяцев после вмешательства.

Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию до, во время и после стентирования. В течение 1-2 суток после операции пациенты находились в реанимационном отделении, где проводился контроль и коррекция гемодинамики. На 3-4 сутки после стентирования пациенты выписывались из стационара. У 80 пациентов в качестве сопутствующей патологии присутствовала ИБС, которая в 65 случаях потребовала эндоваскулярного лечения, в 15 случаях – аорто-коронарного шунтирования (АКШ). Пациентам, которым предстояло АКШ, первым этапом выполнялось стентирование ВСА. Пациентам, которым предстояло эндоваскулярное лечение, оценивалась значимость коронарной патологии, которая и влияла на этапность эндоваскулярных операций. В трех случаях выполнялось одномоментное стентирование коронарных и каротидных артерий.

Результаты. Ишемических осложнений и летальных исходов на этапе стационара и в отдаленном периоде не отмечено. В группе АКШ неврологических осложнений также не было. В двух случаях после стентирования ВСА у пациентов, планирующих вторым этапом на АКШ отмечалась нестабильная стенокардия в послеоперационном периоде, что потребовало неотложного эндоваскулярного вмешательства на «симптом-зависимой» артерии. У четверых пациентов с ишемическим инсультом в анамнезе и окклюзированной ВСА на стороне инсульта проводилось стентирование гемодинамически значимых стенозов контралатеральных ВСА. При этом, до операции отмечался дефицит корковой перфузии в области дистальных отделов средней мозговой артерии (СМА): на стороне инсульта перфузия составляла 60-70%, на стороне стеноза – 70-80%. После стентирования отмечалось достоверное улучшение корковой перфузии на 15-20%. У 10 пациентов с «асимптомными» гемодинамически значимыми стенозами до стентирования отмечались зоны формирования гипоперфузии на стороне поражения и симметричное общее снижение перфузии. После операции отмечалось усиление корковой перфузии на 15-25% в данных зонах.

Заключение. Стентирование может эффективно использоваться как метод профилактики инсульта при стенозах ВСА у пациентов с поражением коронарных артерий в том числе у группы пациентов, планирующих на АКШ. Метод ОФЭКТ может использоваться для оценки эффективности каротидного стентирования. В ряде случаев ОФЭКТ может служить определяющим фактором в выборе тактики лечения «асимптомных» стенозов.