

Попытка реканализации хронической окклюзии коронарной артерии предпринимается в 8% -15 % случаев при ее обнаружении. При этом известны достоинства реканализации хронической окклюзии: улучшение насосной функции ЛЖ, снижение уровня предрасположенности к желудочковым аритмиям, увеличение толерантности к ишемии контралатеральной коронарной окклюзии, при этом наличие ХОКА является наиболее распространенной причиной для направления пациента на АКШ. В США Реканализация ХКО проводится в 20% случаев от общего числа ангиопластик, это примерно 500000-100000 человек ежегодно. На сегодняшний день существует значительное количество устройств позволяющих выполнять реканализацию окклюзированной коронарной артерии. Однако мы хотим предложить вашему вниманию опыт использования методики не требующей особых технических приспособлений.

С апреля 2007 года у семерых пациентов была выполнена процедура ретроградного прохождения окклюзированного участка коронарной артерии. Для ретроградной реканализации во всех случаях мы использовали коронарный проводник Whisper LS фирмы Cordis. В одном случае дополнительно использовался микрокатетер Vasco+ фирмы Balton. Во всех случаях необходимость применения указанной методики была продиктована техническими сложностями при проведении стандартной процедуры реканализации хронической окклюзии. Коронарный проводник проводился через септальную ветвь передней нисходящей артерии в правую коронарную артерию с последующей реканализацией окклюзированного участка. В дальнейшем антероградно проводилась баллонная ангиопластика и последующее стентирование ранее окклюзированного сегмента. У одного пациента реканализовать окклюзию на всем протяжении не удалось.

Следует сделать заключение, что ретроградная реканализация хронической окклюзии коронарной артерии может быть методом выбора в лечении пациентов.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

П.И. Павлов, А.Р. Белявский, А.Н. Серенко,
В.И. Козлов, А.Г. Мизин, Н.Л. Шариков,
Т.А. Майорова, С.А. Акинина (Ханты-Мансийск)

Неудачи и разочарования в медикаментозном лечении пациентов с острым коронарным синдромом в последнее время привели к изменению тактики лечения данной группы. Выполнение первичной ангиопластики при остром инфаркте миокарда и раннего инвазивного лечения пациентов с нестабильной стенокардией позволило значительно снизить смертность и оптимизировать лечение обострений у больных с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования: оценить результаты 2-х летнего опыта чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения с января 2006 года выполнено 204 экстренных коронароангиографии, возраст пациентов 29-80 лет, мужчин 171 (84%), 128 (62,7%) пациентам выполнены ЧКВ: 82 (64%) пациентам при остром инфаркте миокарда, 46 (36%) при нестабильной стенокардии. Всем пациентам выполнен комплекс клинично-инструментального обследования: электрокардиография, коронароангиография, внутрисосудистое ультразвуковое исследование (случаях отсутствия признаков гемодинамически значимого стеноза по данным коронароангиографии), определение количественного тропонина Т до вмешательства, через 8 и 24 часа.

Результаты. Ангиографический успех составил 100 %, летальность в течение 30 дней – 5 (3,9%), повторные вмешательства выполнены у 2 (1,5%) пациентов в связи с острым тромбозом стента, инсультов 0%, кровотечение у 1 (0,75%) пациента. В результате выполнения ЧКВ при ОКС, летальность при остром инфаркте миокарда снизилась с 13,7% (данные 2005 года) до 5,7% (данные 2007 года).

Выводы:

1. ЧКВ при остром коронарном синдроме являются эффективными и безопасными методами реваскуляризации.
2. Выполнение ЧКВ у пациентов с острым инфарктом миокарда позволяет значительно снизить смертность и увеличить выживаемость данной категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ JET 9000 В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

П.И. Павлов, А.Р. Белявский, А.Н. Серенко,
В.И. Козлов, А.Г. Мизин, Н.Л. Шариков (Ханты-Мансийск)

В последнее время высокотехнологичные методы лечения пациентов с острыми тромбозами заняли ведущие позиции, это в свою очередь заставляет искать наиболее оптимальные и эффективные подходы к инвазивному лечению. Уникальность системы для реолитической катетерной тромбэктомии JET 9000 состоит в возможности одномоментного разрушения и удаления материала тромботических окклюзий без применения тромболитических средств и с минимальным риском дистальных эмболий. Система позволяет устранять как мелкие, так и массивные тромбы, за относительно короткий промежуток времени. Она увеличивает частоту успеха

процедуры, снижает риск развития осложнений, сокращает продолжительность госпитализации пациентов, уменьшает смертность.

Цель исследования: Оценить непосредственные результаты, эффективность и безопасность реолитической катетерной тромбэктомии системой JET 9000 у пациентов с острыми сосудистыми и венозными тромбозами.

Материалы и методы: В 2007 году в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения выполнено 27 реолитических катетерных тромбэктомий, средний возраст которых составил 50,9 лет (42-66), мужчин – 25. Вмешательства при остром инфаркте миокарда выполнено у 20 пациентов. Ангиографическая характеристика пациентов: 70% оперированных пациентов имели многососудистый характер поражения коронарного русла, вмешательства на передней межжелудочковой артерии были выполнены в 40%, на огибающей ветви в 20% и на правой коронарной в 40%. У 17 (85%) пациентов реолитическая тромбэктомия выполнялась как первый этап перед традиционной транслюминальной коронарной ангиопластикой и стентированием в сроки до 12 часов от начала развития острого коронарного синдрома, у 2 (10%) после первичной ангиопластики на 3 сутки тромбэктомия и последующая транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика выполнялась в связи с подострым тромбозом стента. У 1 (5%) пациента тромбэктомия выполнялась при плановом чрезкожном коронарном вмешательстве, когда возник острый тромбоз в незаинтересованной коронарной артерии. У 3 (11,2%) пациентов (все мужчины) процедуру выполняли в связи с острым тромбозом аорто-бедренного протеза, у 1 (3,7%) пациента вмешательство выполнено при остром тромбозе общей подвздошной артерии. У 2 (7,4%) пациенток выполнено вмешательство при тромбозомболии легочной артерии.

Результаты: Ангиографический и технический успех составил 100%. Летальность – 0 %. Инсульты – 0 %.

Выводы:

1. Реолитическая катетерная тромбэктомия с помощью комплекса JET 9000 является эффективным и безопасным методом у пациентов с острым и подострым коронарным тромбозом.
2. По-видимому, этот вид чрезкожного коронарного вмешательства позволяет оптимизировать лечение пациентов с острыми тромбозами артериальных протезов и пациентов с тромбозомболией легочной артерии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОТАЦИОННОЙ АТЕРЭКТОМИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЯХ

П.И. Павлов, А.Р. Белявский, А.Н. Серенко,
В.И. Козлов, А.Г. Мизин, Н.Л. Шариков
(Ханты-Мансийск)

Трудности при выполнении чрезкожных коронарных вмешательств у пациентов с рестенозом внутри стента и кальцинированном поражении коронарного русла очевидны. Применение у данной категории пациентов ротационной атерэктомии открывает новые возможности улучшения ближайших и отдаленных результатов.

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты, ротационной атерэктомии у пациентов с рестенозом внутри стента и кальцинированном поражении коронарных артерий.

Материалы и методы: в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения в 2007 году чрезкожные коронарные вмешательства выполнены 270 пациентам. В исследование на проспективной основе включено 6 пациентов, мужчин – 4 (67%), возраст оперированных пациентов 58-79 лет. Ангиографическая характеристика пациентов: 3 (50%) пациента прооперированы по поводу рестеноза внутри стента. У 3(50%) пациентов вмешательства выполнены при хронических тотальных окклюзиях, с выраженным кальцинированным, ригидным атеросклеротическим поражением. Всем пациентам первоначально выполнялась традиционная баллонная коронарная ангиопластика. Выполнить адекватную преддилатацию баллонными катетерами разной величины профиля и диаметра не удалось в исследуемой группе пациентов. Ротационную атерэктомию проводили аппаратом Rotablator (Boston Scientific Int., USA). Ротационную атерэктомию начинали выполнять с минимального размера бура 1,5 мм, и увеличивая при необходимости размер бура до 2,0 мм. У 5 (83%) пациентов после успешной ротоблации выполняли стентирование, у 1 (17%) пациента с рестенозом внутри стента была выполнена изолированная ротоблация с хорошим ангиографическим результатом.

Результаты: Ангиографический и технический успех составил 100%. Перфорации, диссекции – 0%, летальность – 0 %. инсульты – 0 %. В отдаленном периоде в сроке свыше 6 месяцев всем пациентам выполнено контрольное обследование, включая проведение коронароангиографии: рестеноз – 0%, повторные вмешательства – 0%, инфаркт миокарда – 0%, летальность – 0%.

Выводы:

1. Ротационная атерэктомию, по-видимому, является эффективным и безопасным методом реваскуляризации у пациентов с рестенозом внутри стента и кальцинированным поражением коронарного русла.
2. Возможно, применение этого метода реваскуляризации позволит оптимизировать отдаленные результаты лечения этой группы пациентов.