

стновала. У 10 (3,3%) пациентов имели место осложнения: в 4 случаях – подострый тромбоз артерии, в 5 случаях – острый тромбоз артерии, в 1 случае – перфорация артерии проводником во время реканализации, успешно разрешенная консервативно. 2 пациентам из 10 была выполнена операция коронарного шунтирования, 5 – повторная успешная ангиопластика, и 2 пациента с острым тромбозом умерли.

Выводы: Эндovasкулярная хирургия у пациентов с ОКС является эффективным и безопасным методом лечения, позволяющая в подавляющем большинстве случаев позволяет добиться восстановления адекватного кровотока по инфаркт-зависимой артерии.

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ АНГИОПЛАСТИКА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Т.В. Кислухин, Н.В. Лапшина, Н.И. Книжник,
А.П. Семагин, С.М. Хохлунов (Самара).

Цель работы: оценка эффективности, непосредственных результатов и безопасности процедуры чрескожной транслюминальной ангиопластики (ЧТКА) и стентирования «незащищенного» ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Материал и методы: в отделении рентгенохирургии СОККД были выполнены эндovasкулярные вмешательства у 5 больных с поражением основного ствола ЛКА. У 1 (20%) больного выполнялась ангиопластика и у 4 (80%) больных – стентирование. Все больные на момент вмешательства имели «незащищенный» ствол ЛКА, у четырех пациентов процедура была плановой, в одном случае процедура ангиопластики проводилась экстренно в результате осложнившейся коронарографии. Все пациенты имели стабильную стенокардию III-IV ФК. Ангиографическая картина поражения ствола ЛКА в одном случае была представлена изолированным сегментарным стенозом в средней трети ствола, и в 4-х случаях – бифуркационным поражением I типа с вовлечением проксимальных сегментов передней межжелудочковой артерии и огибающей артерии. Одному пациенту (20%) было выполнено «прямое» стентирование ствола ЛКА, одному – бифуркационная пластика методом «kissing» баллонов, трем (60%) пациентам – бифуркационное стентирование основного ствола с переходом на устья магистральных артерий. Двум пациентам бифуркационное стентирование выполнили методом «crush»-стентирования, одному – методом модифицированного T-стентирования. Все процедуры бифуркационного стентирования заканчивали финишной «kissing»-пластикой баллонными катетерами номинальных размеров.

Результаты: ангиографический успех вмешательства (адекватный кровоток TIMI III) имел место в 4 случаях (80%), в одном случае субоптималь-

ный результат был обусловлен 50-типроцентным остаточным стенозом у больного с выполненной ЧТКА в экстренном порядке. Непосредственных осложнений при эндovasкулярных вмешательствах не наблюдалось.

Выводы: стентирование основного ствола ЛКА у больных со стабильной стенокардией является достаточно эффективным и безопасным методом лечения. Эндovasкулярный метод может служить альтернативой операции аорто-коронарного шунтирования, особенно при изолированном сегментарном поражении ствола ЛКА. У больных с острым коронарным синдромом данный метод может применяться как «паллиатив» для скорейшей стабилизации пациента и успешного выполнения в дальнейшем операции аорто-коронарного шунтирования.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ НЕЙРОРАДИОЛОГИИ

А.Б. Климов, Г.Е. Белозеров, В.Е. Рябухин
(Москва)

220 больным были выполнены эндovasкулярные нейрохирургические вмешательства. У больных с артериальными аневризмами головного мозга осложнения возникли в 7% (геморрагические – 4%, ишемические – 3%) и были связаны с интраоперационными разрывами аневризм, миграцией микроспирали в просвет сосуда. С появлением нового эндovasкулярного инструментария стало возможным предотвратить многие из этих осложнений. Артериальные аневризмы с широкой шейкой и фузиформные аневризмы эмболизируются с использованием техники баллонной ассистенции, когда в момент введения эмболизирующих микроспиралей в полость аневризмы на уровне шейки раздувается интракраниальный баллонный катетер, предотвращающий вывихивание спиралей из полости аневризмы. С этой же целью применяются интракраниальные стенты. Аналогичная техника возможна при разобщении каротидно-кавернозного соустья с сохранением антеградного кровотока по внутренней сонной артерии.

Ишемические и геморрагические осложнения при эндovasкулярном лечении артериовенозных мальформаций, артериосинусных и дуральных артериовенозных соустьев составили 6% и 3,3% соответственно. Эти осложнения были связаны с трудно контролируемым продвижением эмболизирующего вещества по афферентным и эфферентным сосудам. Такие осложнения стало возможным предотвратить применяя полимерный эмболизат последнего поколения (ONYX).

Использование стент-графтов при каротидно-кавернозных соустьях и носовых кровотечениях, связанных с формированием ложной аневризмы в основной пазухе дает возможность сохранить кровоток по внутренней сонной артерии и

избежать тяжелых ишемических осложнений при деконструктивных операциях у больных с несостоятельностью артериального круга головного мозга.

Применение современного эндоваскулярного инструментария позволяет избежать тяжелых осложнений в интервенционной нейрорадиологии.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ Q-ОБРАЗУЮЩИХ И Q-НЕ ОБРАЗУЮЩИХ ИНФАРКТАХ МИОКАРДА

Л.Л. Клыков, А.Ю. Лебедева, А.А. Филатов, В.В. Крылов (Москва)

Цель доклада: показать эффективность лечения инфаркта миокарда методом прямого стентирования инфаркт-зависимой артерии.

Материал и методы: С 2004 года по 2007 год нами был обследован 241 пациент с Q-образующим инфарктом, 27 из которых проведено прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии (первая группа пациентов), и 174 пациентам с Q-не образующим инфарктом миокарда, 48 из которых выполнено прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии (вторая группа пациентов).

Эндоваскулярное лечение в первой группе было произведено в течение первых 6 часов инфаркта миокарда. Эндоваскулярное лечение во второй группе было произведено в первые двое суток инфаркта миокарда.

Успешно процедура была выполнена у всех пациентов в первой группе. Нами не было отмечено стеноза in-stent и других гемодинамически значимых стенозов в течение полугода после проведенной процедуры, отмечалось отсутствие тромбозомболических осложнений во всех случаях.

Во второй группе пациентов: у двух пациентов наблюдались признаки рестеноза in-stent в течение трех и четырех месяцев соответственно (что потребовало проведения повторных эндоваскулярных процедур). С целью восстановления кровотока 6 пациентам в последующем была произведена полная реваскуляризация миокарда методом транслюминарной ангиопластики и стентирования.

Клиническое обследование в сроки от 6 месяцев до 1,5 года показало:

В первой группе: отсутствие приступов стенокардии у 27 пациентов (100%). Летальность составила: 0 пациентов (0%) в отдаленные сроки.

Увеличение сократительной функции миокарда (по данным контрастной вентрикулографии) отмечали у 9 пациентов (33%).

Во второй группе: отсутствие приступов стенокардии у 46 пациентов (96%). Повторное проведение эндоваскулярных процедур потребовалось 2 пациентам (4%). Летальность составила: 0 пациентов (0%) в отдаленные сроки.

Увеличение сократительной функции миокарда (по данным контрастной вентрикулографии) достоверно не изменилась.

Выводы: Прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии при Q-образующем инфаркте и Q-не образующем инфаркте миокарда сглаживает течение реперфузионного синдрома и уменьшает риск развития интраоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ СЕМЕЙСТВА VX (VX SONIC И VX VELOCITY) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Н.В. Кобешавидзе, С.П. Семитко, Д.Г. Иоселиани (Москва).

Цель. Изучить непосредственные и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты эндопротезирования коронарных артерий матричными стентами идентичного «дизайна»: VX Sonic и VX Velocity (фирмы Cordis, Johnson & Johnson).

Материалы и методы. С января 2000 по март 2005 года в Научно-практическом центре интервенционной кардиоангиологии 567 пациентам в 667 коронарных артерий был имплантирован 701 стент VX (176 стентов VX Velocity и 525 – VX Sonic). Средний возраст пациентов составил $58 \pm 12,4$ лет (от 32 до 83), подавляющее большинство больных было мужского пола – 472 (83,2%). Поводом для обследования и лечения в большинстве случаев была стенокардия напряжения различных функциональных классов (по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества) – 351 (61,9%); у 5 (0,9%) была диагностирована безболевая форма ИБС. Диагноз нестабильной стенокардии имел место у 138 (24,3%) пациентов; инфаркт миокарда – у 73 (12,9%). В сроки через $7,8 \pm 2,4$ месяца после процедуры стентирования контрольное обследование (включая коронароангиографию) прошли 329 (58%) пациентов; оценено состояние 389 протезов (87 – VX Velocity и 302 – VX Sonic).

Результаты. Непосредственный ангиографический успех процедуры составил 98,6%, частота осложнений – 1,4%. Среди данных осложнений встречались: угрожающая диссекция на дистальном конце стента (0,7%), окклюзия значимой боковой ветви (0,3%), эффект no-reflow (0,3%), перфорация коронарной артерии (0,1%). На госпитальном этапе неосложненное течение после процедуры стентирования было отмечено в 95,4% случаев, госпитальная летальность составила 0,5%. Сравнительный анализ двух стентов (VX Sonic и VX Velocity) не показал каких-либо достоверных различий по таким показателям как in-stent стеноз и окклюзия в стенте. По данным контрольной селективной коронароангиографии в среднеот-