

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

В.А. Иванов, С.А. Терехин, Ю.А. Бобков,
И.В. Трунин, А.В. Иванов, В.Л. Смирнов,
М.Ю. Мовсесянц, С.П. Витязев,
Е.А. Пилипосян (Красногорск).

Проведен ретро- и проспективный анализ рентгенохирургических вмешательств у больных с окклюзионно-стенотическим поражением терминального отдела аорты. В период 2004-2007 г.г. 43 больным выполнено 46 рентгенохирургических вмешательств на терминальном отделе аорты с применением методики бифуркационного стентирования.

Наиболее частыми анатомическими зонами поражения были:

- терминальный отдел аорты и проксимальные отделы общих подвздошных артерий;
- терминальный отдел аорты и проксимальная треть одной из подвздошных артерий;
- проксимальные отделы общих подвздошных артерий.

В большинстве случаев (у 39 больных) применялся двухсторонний пункционный доступ и у четырех пациентов – пункционный доступ в сочетании с бедренной артериотомией с противоположной стороны.

Непосредственный успех операций составил 97,5% (в одном случае не удалось выполнить реканализацию окклюзированного сегмента общей подвздошной артерии).

Случаев операционной летальности, инфарктов миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения и острого тромбоза стентов не было. Экстренная операция потребовалась в одном случае.

Отдаленные результаты (более 6 месяцев после вмешательства) прослежены у 27 больных. Первичная проходимость оперированных сегментов составила 95%, вторичная проходимость – 100%. Подострый тромбоз стента имел место у одного пациента – выполнена тромбэктомия. В четырех случаях отмечалась подкожная гематома места пункции (консервативное лечение). Рестеноз внутри стента был у двух больных, что потребовало повторных рентгенохирургических вмешательств (в одном случае выполнена повторная ангиопластика, у другого пациента произведено повторное стентирование).

Выводы: Рентгенохирургическое лечение больных с окклюзионно-стенотическим поражением терминального отдела аорты – эффективный и безопасный метод хирургического лечения.

ВЛИЯНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ МАНОМЕТРИИ НА ТАКТИКУ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНОГО РУСЛА

В.А. Иванов, М.Ю. Мовсесянц, Ю.А. Бобков,
С.А. Терехин, И.В. Трунин, А.В. Иванов,
В.Л. Смирнов, С.П. Витязев (Красногорск)

Цель исследования: определение диагностической значимости внутрисосудистой манометрии при выборе тактики рентгенохирургического вмешательства на бифуркационных поражениях коронарных артерий.

Материалы и методы.

Критериями включения в исследование являлись:

- наличие у пациентов стабильной стенокардии напряжения, функциональный класс которой оценивался по классификации Канадской ассоциации кардиологов;
- бифуркационное поражение передней межжелудочковой артерии;
- первичный (не рестенотический) характер сужений коронарных артерий;
- диаметр боковой ветви – 2 мм, протяженность поражения в боковой ветви < 10 мм;
- после выполнения стентирования основной ветви – ангиографические характеристики боковой ветви: компрометация устья, кровоток TIMI 3;
- фракционный резерв кровотока в боковой ветви > 0,75 по результатам внутрисосудистой манометрии;
- выполнение стентирования стентами с лекарственным покрытием.

В исследование не включались пациенты с поражением ствола левой коронарной артерии, с острым коронарным синдромом, с ранее выполненной операцией аорто-коронарного шунтирования, с выраженной дисфункцией левого желудочка (ФВ < 40%).

На базе 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского обследовано 17 пациентов с бифуркационным поражением передней межжелудочковой артерии. Первую группу составили 9 пациентов, которым выполнялось бифуркационное стентирование с имплантацией одного или двух стентов. Вторая группа – 8 пациентов, которым выполнялось стентирование только основной ветви.

Всем пациентам после стентирования основной ветви, через ячейку стента выполнялась внутрисосудистая манометрия боковой ветви. Величина фракционного резерва кровотока боковой ветви была гемодинамически незначимой во всех наблюдениях. Результаты оценивались на интраоперационном, госпитальном этапах и через 6 месяцев наблюдения по наличию или отсутствию больших кардиальных событий.