

предотвращении КИН. На данном этапе можно заключить, что современные низкоосмолярные и изоосмолярные КВ хорошо переносятся, осложнения при их применении встречаются редко. Соблюдение простых мер профилактики в большинстве случаев предотвращать развитие КИН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.А. Ерошкин, А.В. Ерошенко, Ю.Г. Васильев, Л.С. Коков (Одинцово, Москва)

Цель: показать эффективность и выполнимость эндоваскулярной реваскуляризации у больных сахарным диабетом (СД), страдающих хронической критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы: 73 больных (35 мужчин (49,7%), 38 женщин (52,1%)) сахарным диабетом (СД 2 типа у 82% пациентов) в возрасте от 34 до 88 лет (средний возраст $64,2 \pm 8,8$ лет), страдающих хронической критической ишемией нижних конечностей (3 и 4 стадии по Fontaine–Покровскому) на 78 конечностях. Анамнез заболевания до момента обращения в госпиталь составил от 2 недель до 8 месяцев, анамнез ишемии нижних конечностей составлял от 6 месяцев до 15 лет, при этом у значительной части пациентов (58,2%) ишемия нижних конечностей дебютировала с проявлений критической ишемии.

Среди указанной группы на 13 конечностях (16,7%) выявлена ишемия 3 стадии, на 65 (83,3%) – ишемия 4 стадии. Степень язвенно-некротических поражений стоп оценивали по Wagner, при этом 1 степень имела место в 18 случаях (27,7%), 2 степень – в 13 случаях (20,0%), 3 степень – в 13 случаях (20,0%), 4 степень – в 21 случае (32,3%).

По данным ангиографии выявлены гемодинамически значимые окклюзионно-стенозические поражения на 142 артериальных сегментах конечностей. Изолированные поражения артериальных сегментов имели место в 20 случаях (25,4%), при этом значительную долю (65%) составляли поражения артерий голени. Многоэтажные поражения артерий нижних конечностей отмечены в 58 случаях (74,3%), при этом поражения артерий голени и стопы отмечены подавляющем большинстве наблюдений: 56 случаев (96,5%). В целом, поражения артерий голени и стопы зафиксированы нами в 97,4%.

Всего первично выполнено 78 рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) включающих в себя проводниковую реканализацию и баллонную ангиопластику артерий с имплантацией стентов или без нее. РЭВ выполнены на 172 артериальных сегментах с имплантацией 81 стента: в подвздошный сегмент – 3, в поверхностную бедренную артерию – 29, в подколенную артерию – 21, в артерии голени – 28. Показаниями к

имплантации стентов явились диссекция интимы, препятствующая кровотоку, а также остаточные стенозы более 30%.

Результаты: после проведения РЭВ ампутации в пределах стопы выполнены в 16 случаях (20,5%), ампутация выше уровня голеностопного сустава выполнена в 1 случае (1,3%) Первичное сохранение опороспособной конечности достигнуто в 77 случаях (98,7%). Смертности в период до 30 суток зафиксировано не было. Осложнения РЭВ имели место в 3 случаях (4,6%), из них 2 – кровотечения из места доступа, 1- острый тромбоз артерий голени. Осложнения на исход заболевания не повлияли.

Вывод: рентгенэндоваскулярные вмешательства у больных с язвенно-некротическими поражениями стоп и сахарным диабетом при наличии ишемии нижних конечностей и тяжелой сопутствующей патологии являются эффективным и выполнимым методом, позволяющим обеспечить спасение конечности от высокой ампутации и снизить летальность.

РЕСТЕНОЗИРОВАНИЕ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ BMS В РАЗЛИЧНЫХ СЕГМЕНТАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

С.В. Жернаков, Х.А. Бацигов, В.В. Коробов, А.З. Шарафеев (Альметьевск, Казань)

Применение стентов с полимерно-лекарственным покрытием значительно расширяет возможности интервенционной кардиоангиологии. Между тем нежелательным побочным эффектом стентирования остается in-stent стеноз в отдаленные сроки после процедуры. С различной частотой он наблюдается и у голометаллических стентов, и у стентов с лекарственным покрытием.

Цель работы: оценить степень рестенозирования при эндоваскулярном стентировании матричными голометаллическими стентами в различных сегментах коронарных артерий.

Материалы и методы: Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов коронарного стентирования у 570 больных, которым имплантировано 602 стента в нативные коронарные артерии по поводу первичного атеросклеротического сужения. Всех пациентов разделили на три группы: первая группа – ствол ЛКА и проксимальные сегменты ПКА, ПМЖВ, ОВ; вторая группа – медиальные сегменты; третья группа – дистальные сегменты вышеназванных ветвей коронарных артерий. Оценивались непосредственные результаты (ангиографический и клинический успех), наличие осложнений (смерть, ОИМ), а также отдаленные результаты – ухудшение клиники ИБС, развитие рестеноза в стентированном сегменте, ОИМ в стентированном бассейне коронарной артерии, последующая операция АКШ, повторное коронарное

вмешательство на целевом сосуде. Диагностика рестеноза основывалась на клинических данных, нагрузочных пробах и дальнейшей контрольной коронарографии в сроки от 6 до 11 месяцев.

Результаты: Непосредственный ангиографический успех достигнут в 99,5%. Оптимального эффекта в 3 случаях не удалось достигнуть ввиду: эффекта no-reflow в одном случае, окклюзии крупной боковой ветви и развитие ОИМ в 2-х случаях. Клиническая эффективность (отсутствие или снижение ФК стенокардии) в первой группе составила 98,2%, во второй группе – 99%, в третьей группе 97,6%. Контрольная коронарография проведена 310 пациентам, что составило 54,4% от всех стентированных больных. Частота развития рестеноза в первой группе составило 34,7%, во второй – 8,65%, в третьей группе – 28,6%.

Выводы: Применение матричных голометаллических коронарных стентов является безопасным и эффективным в эндоваскулярном лечении ИБС при атеросклеротическом поражении нативного коронарного русла. При сопоставлении с in-stent стеноза после имплантации стентов с лекарственным покрытием 6-9% (по данным литературы) и in-stent стеноза после имплантации голометаллических стентов в медиальные сегменты КА (8,5%) частота развития рестеноза является сопоставимой. Следовательно, в определенных случаях возможно использование голометаллических стентов и можно обойтись без применения дорогостоящих стентов с лекарственным покрытием.

РЕОЛИТИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

А.Г. Златовратский, С.А. Капранов, В.Ф. Кузнецова, Б.Ю. Бобров, А.А. Хачатуров (Москва)

За период с 2005 по 2007 г. система для реолитической тромбэктомии Jet-9000 с различными модификациями катетеров была использована у 15 пациентов с тромботическим поражением магистральных вен различной локализации. У 4 (27%) пациентов вмешательство выполнено по поводу тромбоза подвздошно-бедренного венозного сегмента, в 2 (13%) случаях – массивной тромбоземболии легочной артерии, в 6 (40%) – тромбоза в системе верхней полой вены и у 3 (20%) пациентов – в связи с окклюзией инфраренального отдела нижней полой вены (НПВ) после имплантации кава-фильтра (КФ). При выявлении стенотических поражений венозного сосудистого русла в 5 случаях эндоваскулярное вмешательство было завершено баллонной ангиопластикой с последующим стентированием пораженных участков сосуда. У 3 пациентов с тромбозом подключичной вены реолитическая тромбэктомия была дополнена курсом тромболитической терапии.

Абсолютная эффективность применения РТЭ при ОВТ составила 66,7%, частичная – 26,7% и в 6,7% эндоваскулярное вмешательство не привело к удовлетворительному результату.

Каких-либо серьезных осложнений при проведении реолитической тромбэктомии не было, во время вмешательства отмечалась невыраженная транзиторная гипотония, брадикардия. В послеоперационном периоде отмечалась незначительная гематурия. Отмечен единичный летальный исход в ближайшем послеоперационном периоде, связанный с критическим нарастанием сердечно-легочной недостаточности вследствие массивной ТЭЛА, несмотря на практически полностью восстановленный просвет легочной артерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

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

В период с 2003 г. по 2006 г. в госпитале выполнено 172 операции стентирования внутренних сонных артерий у 157 больных.

Больные – мужчины (81%) и женщины (19%), средний возраст 67 ± 14 лет, с «симптомными» (в 92% случаев) стенозами 50-99% внутренних сонных артерий. В большинстве случаев пациенты имели сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца – 73%, мультифокальный атеросклероз – 31%, диабет – 20%, артериальная гипертензия – 94%. У 8 (4,7%) пациентов присутствовала окклюзия контралатеральной сонной артерии.

Все операции проводились с использованием устройств защиты от дистальной эмболии. Устройства представлены дистальными моделями-фильтрами трех различных модификаций разных производителей. Использовались стенты для сонных артерий как и цилиндрического, так и конусного дизайна.

Технический успех вмешательства составил 99,4%. Госпитальная летальность – 0,6%. Осложнения присутствовали в 6 (3,5%) случаях и представлены «большим» инсультом (2,3%) и «малым» инсультом (1,2%). В 7,6% случаев при операции присутствовала транзиторная ишемия мозга.

Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 3 лет) прослежены у 73 пациентов. Ни один из этих пациентов не умер и не перенес инсульт. Рестеноз отмечен у 3 больных (4,1%), всем выполнено повторное стентирование.

Выводы. Стентирование «симптомных» стенозов внутренних сонных артерий – эффективный и безопасный метод хирургической профилактики ишемического инсульта.