

$p=0,049$), а также высоким количеством баллов по шкале SYNTAX ($r=0,272$, $p=0,049$).

Заключение. Коронарное стентирование у пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии является эффективным и безопасным методом лечения ИБС и может выполняться в клинике без кардиохирургической поддержки.

СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ИЗМЕРЕНИЕМ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА

Иванов В.А., Белякин С.А., Майсков В.В.,
Бобков Ю.А., Трунин И.В., Иванов А.В.,
Смирнов В.Л., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.
«3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны
России», Красногорск Московской обл., Россия.

Цель. Изучить отдаленные результаты избирательного стентирования бифуркационных стенозов (БС) коронарных артерий, выполненных с измерением фракционного резерва кровотока (ФРК).

Материал и методы. В проспективное исследование вошли 120 пациентов: 60 больных исследуемой группы (51 (85%) мужчина и 9 (15%) женщин) и 60 больных контрольной группы (53 (88,3%) мужчины и 7 (11,7%) женщин), обследованных за период 2007-2010 гг на базе 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого. Критерии включения: стабильная стенокардия II-III ФК; изолированное «истинное» или «ложное» бифуркационное поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) с функционально значимой диагональной ветвью (ДВ), диаметром 2,5 мм и более, с сужением устья ДВ на 70–80% по диаметру после стентирования ПМЖА «provisional-T» техникой DES стентом с паклитакселем, без острых ишемических изменений (ЭКГ и клинически). Критериями исключения из исследования являлись: многососудистое поражение, поражение ствола ЛКА более 50%, ОКС. В исследуемой группе адекватность имплантации стента и необходимость дальнейшего рентгенохирургического вмешательства на боковых ветвях определялись величиной ФРК, измеренного в ПМЖА и ДВ (постдилатацию в стенте ПМЖА выполняли при величине ФРК менее 0.94, ангиопластику ДВ – при величине ФРК менее 0.8, а стентирование ДВ – при величине ФРК менее 0.9), тогда как в контрольной группе ангиопластика устья боковой ветви выполнялась рутинно, а при неудовлетворительном ангиографическом результате завершалась стентированием.

Результаты. Измерения ФРК ПМЖА и ДВ были выполнены успешно у всех больных исследуемой группы: проведение постдилатации в стентах ПМЖА выполнялось у 35 (58,3%) пациентов, вмешательство на ДВ продолжено у 27 (45%) больных, из которых только у 8 (13,3%) выполнено

стентирование. В контрольной группе «киссинг»-ангиопластика ДВ выполнена 35 (58,3%) больным, из них в 20 случаях (33,3%) завершилась стентированием ДВ. Непосредственный технический успех процедуры был 100% в обеих группах. На госпитальном этапе не было выявлено достоверных различий между группами по уровню тропонина и толерантности к физической нагрузке, группы достоверно различались по частоте постдилатаций и количеству вмешательств на боковых ветвях. Отдаленные клинические результаты прослежены на протяжении 12 ± 2 мес, с обязательным выполнением тредмил-теста, у 113 (94,2%) больных. Значимых неблагоприятных коронарных событий зарегистрировано не было, возврат стенокардии наблюдался у 10 (16,7%) больных контрольной группы, и 3 (5%) исследуемой. Во всех случаях выполнялась контрольная коронарография: функционально значимый рестеноз, подтвержденный измерением ФРК, выявлен у 3 (5%) больных исследуемой группы (все в устье ДВ), и у 10 (16,7%) — контрольной группы: из них в 6 (10%) случаях рестеноз локализовался в устье ДВ, в 4 (6,6%) — в теле стента. Во всех случаях рестеноза выполнялось повторное ЧКВ.

Вывод. Визуальная оценка и количественная коронарная ангиография являются ненадежными методами при определении функциональной значимости компрометации устьев боковых ветвей при стентировании как «ложных», так и «истинных» БС. Методика избирательного рентгенохирургического вмешательства на боковых ветвях с измерением ФРК является функционально обоснованной, и имеет преимущества перед стратегией полной анатомической реваскуляризации БС коронарных артерий. Использование ФРК при стентировании БС позволяет избежать неоправданной агрессии по отношению к боковым ветвям и сделать процедуру менее затратной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Иванов В.А., Белякин С.А., Пилипосян Е.А.,
Бобков Ю.А., Иванов А.В., Трунин И.В.,
Майсков В.В., Смирнов В.Л.,
ФГУ «3 – й ЦВКГ им. А.А. Вишневого
Минобороны России»
Красногорск Московской обл., Россия.

Цель исследования. Оценить результаты стентирования аневризм инфраренального отдела аорты, бифуркационными стент-графтами, выполненного в центре рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России».

Материал и методы. В исследование включены пациенты с аневризмами абдоминального отдела аорты более 5 см, без признаков расслоения, с

высоким хирургическим и анестезиологическим риском.

В период с 2007 по 2010 гг. оперирован 21 больной. 19 пациентам произведена операция бифуркационного стентирования инфраренального отдела аорты стент-графтами и 2 пациентам имплантирован линейный стент – графт при ложной аневризме проксимального анастомоза аорто-бифуркационного протеза. Средний возраст больных — 68 (± 6 , 8) лет. Все пациенты мужского пола. Операции выполнялись под эпидуральной анестезией.

Использованы два стент-графта «AORFIX» (Lombard Medical), 9 стент-графтов «Excluder» (Gore), 7 стент-графтов «Talent» – (Medtronic) 1 стент-графт Zenit (COOK) и два линейных стент-графта. В 19 случаях имплантации стентов выполнялась двусторонняя поперечная артериотомия бедренных артерий, в 2 случаях – односторонняя поперечная артериотомия и контрлатеральный пункционный доступ. Для профилактики подтекания I типа у всех больных после имплантации выполнено «осаживание» баллонными катетерами.

Результаты. Непосредственный технический успех был во всех случаях. Подтеканий 2 типа – 2, что не потребовало дальнейших вмешательств. В ближайшем 30-дневном периоде у одного пациента после имплантации стента произошел тромбоз бранши основного ствола, в связи с чем была произведена тромбэктомия. В отдаленном периоде – через 8 месяцев произошла дислокация стента (в дальнейшем пациенту выполнено аортобифеморальное протезирование в плановом порядке). Выживаемость с момента первой имплантации – 100%.

Контрольная компьютерно-томографическая ангиография выполнена в сроки 6 и 12 месяцев 15 пациентам – стенты проходимы, состоятельны, аневризмы выключены из кровотока, подтеканий и дислокаций не отмечено.

Выводы. Эндоваскулярное стентирование аневризм инфраренального отдела аорты – малотравматичный, эффективный метод лечения, имеющий преимущество у пожилых больных с высоким хирургическим и анестезиологическим риском

ПЕРФОРАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧТКА

Иванов В.А., Трунин И.В., Бобков Ю.А., Смирнов В.Л., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий остается одной из главных причин инвалидизации и смертности в мире. За последние три десятилетия достигнут значительный прогресс в

лечении пациентов, как с помощью консервативной терапии, так и открытой хирургии и эндоваскулярных методик. Однако, несмотря на успехи в минимизации риска возникновения осложнений за счет улучшения инструментария и методик реваскуляризации, при вмешательствах на коронарных артериях могут встретиться жизнеугрожающие осложнения, такие как перфорация артерии. Перфорации артерий, или нарушение целостности стенки сосудов, при баллонной ангиопластике встречаются преимущественно при наличии резкого снижения эластичности стенки коронарной артерии (выраженный кальциноз). Перфорации проводником происходят при тяжелых окклюзиях и применении агрессивной тактики реканализации.

За период с 2002 по сентябрь 2010 года в ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России» было отмечено 6 случаев перфорации коронарных артерий. 3 случая перфорации проводниками и 3 — разрывы при выполнении баллонной ангиопластики. В одном случае удалось закрыть перфорацию длительным раздуванием баллона в зоне разрыва, в одном случае была выполнена эмболизация пораженной артерии микроспиральями, в двух случаях – экстренное АКШ, у двух пациентов – стентирование зоны перфорации стент-графтами. Один пациент умер после выполнения АКШ.

Перфорация коронарных артерий — грозное осложнение, однако при правильном и своевременном лечении позволяет надеяться на положительный результат.

В современной операционной рентгенохирургического отделения необходимо иметь все необходимые инструменты и оборудование для успешного лечения подобных осложнений (стент-графты, проточные баллонные катетеры, а также наборы для проведения пункции перикарда, устройства для баллонной контрпульсации и т.д.).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ БИЛОБАРНОМ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Иванов В.А., Белякин С.А., Трунин И.В., Филиппов А.В., Смирнов В.Л., Бобков Ю.А., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Единственным радикальным способом лечения злокачественных заболеваний печени является резекция, однако на момент диагностирования опухолевого поражения хирургическое вмешательство возможно лишь в 15% случаев. Остальным 85% пациентов необходимо пал-