

Материал и методы. В период с января 2009 по июль 2010 года 82 пациентам (муж. — 92,7%, ср. возраст $58,8 \pm 12,4$ лет; 24%/11% — СД/инсулин-зависимый ИЗСД) с облитерирующим атеросклерозом артерий подвздошно-бедренного сегмента и артерий нижних конечностей с клиникой хронической ишемии ≥ 2 ст. было выполнено 138 процедур стентирования. При этом в 42 случаях вмешательство выполнялось по поводу протяженного окклюзирующего поражения ПБА. Средняя протяженность окклюзии составила 112 ± 86 мм; ср. протяженность стентированного участка составила 138 ± 72 мм; в 14 (33,3%) случаях процедура реканализации ПБА сочеталась с баллонной ангиопластикой артерий голени.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех процедуры составил 90,5%. случаев развития тяжелых осложнений потребовавших к.л. дополнительного хирургического вмешательства отмечено не было. В трех случаях (7,2%) при использовании ипсилатерального антеградного доступа отмечалось развитие малых осложнений: 2 случая (4,8%) — подкожной гематомы без снижения уровня Hb крови $\geq 15\%$; 1 случай (2,4%) — пульсирующей гематомы, потребовавшей повторного мануального гемостаза. В средне-отдаленные сроки (≥ 6 месяцев) изучен результат в 28 случаях: в 3-х (10,7%) случаях наблюдался возврат клиники ишемии н/к (в двух случаях — острой) обусловленной продолженным тромбозом в стенте. Причиной тромбоза были: поломка стента в области перехода ПБА в подколенную артерию — 1 случай; необусловленный отказ от приема клопидогреля и аспирина после выписки из стационара — 1 случай; неоптимальный результат эндоваскулярного вмешательства на артериях голени на фоне ИЗСД — 1 случай. Развитие значимого рестеноза (по данным УЗДГ), потребовавшего повторного вмешательства, отмечено в 6 случаях — 21,4% (в 5-ти на фоне СД).

Выводы. Современные методы рентгеноэндоваскулярного лечения позволяют в большинстве случаев добиться непосредственного ангиографического и клинического успеха при протяженном окклюзирующем поражении ПБА. При этом сочетанное поражение артерий голени и наличие СД в значительной степени ухудшают средне-отдаленные результаты эндоваскулярного лечения.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПЛАНИРОВАНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Семитко С.П., Климов В.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Губенко И.М., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия

Внедрение в клиническую практику стентов с лекарственным покрытием (СЛП), наряду с бесспорными достижениями, обнажила ряд проблем, требующих дополнительного решения. А именно: оптимизации непосредственного результата стентирования и дальнейшего планирования длительности и объема дезагрегантной и антикоагулянтной терапии.

Цель. Оценить клинические возможности оптической когерентной томографии (ОКТ) в планировании комбинированной дезагрегантной и антикоагулянтной терапии у больных ИБС после рентгенэндоваскулярных вмешательств.

Методы. В период с января 2009 по октябрь 2010 года было выполнено 42 внутрисосудистых исследования с использованием ОКТ. По результатам этих исследований было оценено состояние 16 СЛП и 22 ранее имплантированных голометаллических стентов (ГМС) в сроки от 2-х до 6 лет.

Результаты. По результатам ОКТ была выявлена полная эпителизация всех ГМС с признаками значимого рестеноза в 26% случаев. При оценке 16 СЛП в 4-х случаях выявлены признаки частичной эпителизации балок стентов (имплантированных в сроки до 16 месяцев) причиной которой было наличие мальаппозиции стента в результате неоптимального непосредственного результата стентирования. Результаты ОКТ позволили оптимизировать состояние стентированного сегмента артерии с помощью дополнительной баллонной дилатации и рекомендовать продолжить режим двойной дезагрегантной терапии. С другой стороны в двух случаях по результатам ОКТ была выявлена полная эпителизация СЛП имплантированных 8 и 11 месяцев соответственно, двойная дезагрегантная терапия была отменена в связи с необходимостью приема варфарина у больного с постоянной формой мерцания предсердий в одном случае, и перед плановой операцией протезирования бедренного сустава — в другом.

Выводы. ОКТ — как метод «тонкой» внутрисосудистой визуализации позволяет определять степень эпителизации СЛП, что в свою очередь определяет тактику дальнейшей эндоваскулярной коррекции и объем и необходимость в продолженной двойной дезагрегантной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Семитко С.П., Климов В.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Губенко И.М., Шогенов З.С., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС), обусловленный поражением ствола левой коронарной ар-

терии (Ст ЛКА), в большинстве случаев является причиной развития острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока (КШ), грозных нарушений сердечного ритма и, как следствие, ранней летальности этих пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность рентгенхирургического метода лечения этой сложной категории пациентов.

Методы. В период с января 2009 по дек. 2010 года 16 пациентам (14 мужчин и 2 женщины; ср. возраст $63,4 \pm 16,8$ лет) с ОКС (Q-ИМ с элевацией ST — 6; non-Q-ИМ без элевации ST — 8; и с прогрессирующей тропонин-позитивной стенокардией — 2 случая) было выполнено эндоваскулярное вмешательство на стволе ЛКА. В 8 случаях процедура выполнялась на фоне внутриаортальной баллонной контрапульсации (ВАБКП) по поводу КШ, в 2-х случаях с профилактической целью. Из 16 пациентов изолированное поражение устья и «тела» ствола ЛКА имели 4 пациента. В остальных 12 случаях имело место поражение терминальных отделов Ст ЛКА с распространением поражения на устья основных ветвей ЛКА. В связи с этим линейное стентирование в пределах ствола ЛКА выполнено в 4 случаях, в 6 случаях выполнено линейное стентирование Ст ЛКА с переходом на устье одной из ветвей ЛКА, дополненное ангиопластикой (дебалкинг) устья другой ветви «через стент»; в 6-ти случаях выполнялось бифуркационное стентирование: в 3-х случаях выполнялось provisional-стентирование; по одному случаю — с использованием техники mini-krush; техники-kulot и одномоментного V-стентирования. В трех случаях единомоментно выполнялось вмешательство на правой коронарной артерии, учитывая гемодинамическую нестабильность больных и критическое многососудистое поражение коронарного русла.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех был достигнут во всех 16 случаях. В 2 случаях (12,5%) больные с Q-ИМ на фоне КШ скончались на 2 и 4 сутки после процедуры от нарастающей ЛЖ-недостаточности и полиорганной недостаточности. В остальных 14 (87,5%) случаях состояние больных было стабилизировано, пациенты были выписаны (ср койко-день составил 26,4 дня) из стационара. Каких либо прочих осложнений связанных с выполнением эндоваскулярного вмешательства в течении госпитального периода наблюдения отмечено не было. При выписке 4 больным рекомендовано выполнение хирургической рекаскуляризации по поводу многососудистого характера поражения в восстановительном периоде заболевания, остальным — проведение контрольного обследования в сроки от 6 до 12 месяцев.

Выводы. У больных ОКС, обусловленном поражением ствола ЛКА, метод рентгеноэндоваскулярного лечения позволяет в большинстве случаев добиться непосредственного ангиографического и клинического успеха и улучшить прогноз заболевания.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БИФУРКАЦИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТЫ: ОШИБКИ, СЛОЖНОСТИ И МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Семитко С.П., Хамитов Ф.Ф., Климов В.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Губенко И.М., Тимиряев С.М., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

Эндопротезирование аневризм аорты является перспективным, быстро развивающимся методом лечения у больных «высокого хирургического риска».

Материал и методы. В 2010 году в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГKB №81 было выполнено 4 операции бифуркационного эндопротезирования аорты с использованием бифуркационных стент-графтов Aurfix (Lombard Medical, UK) через хирургический артериотомический доступ у пожилых (ср возраст $68,2 \pm 4,7$ лет) пациентов мужского пола по поводу веретенообразной аневризмы интрависцерального отдела аорты (ср макс диаметр аневризмы составил 58 ± 11 мм) с билатеральным распространением на общие подвздошные артерии в 3-х случаях. Все пациенты имели тяжелые сопутствующие заболевания: у 3-х пациентов — сахарный диабет; у всех 4-х пациентов — ИБС и перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе; у 2-х пациентов — ОНМК в анамнезе; у всех больных имелись различные проявления мультифокального атеросклероза; у 2-х — хронической почечной недостаточности; у 2-х — ожирение 2-3 ст.

Результаты. Оптимальный ангиографический непосредственный результат операции был достигнут во всех 4-х случаях. При этом: в одном случае потребовалась дополнительная имплантация дистального стент-графта-экстензора по поводу укорочения основной бранши протеза при имплантации на фоне выраженной S-образной извитости артерий доступа. В одном случае дополнительно было имплантировано 4 самораскрывающихся стента в наружные подвздошные артерии в связи с выраженным их атеросклеротическим поражением. В 3-х случаях ср кровопотеря не превысила 100 мл; в одном случае — составила 350 мл, потребовавшая гемотрансфузии. Ранний послеоперационный период протекал гладко во всех случаях. У 3-х пациентов отмечалась субфебрильная лихорадка продолжительностью до 2 недель не связанная с развитием к.л. воспалительных или септических осложнений. Все больные прошли контрольное обследование в сроки 3-6 месяцев с выполнением УЗ дуплексного сканирования и мультиспиральной компьютерной аортографии с контрастированием по данным которого был документирован хороший средне-отдаленный результат вмешательства.