

рестенозами выполнялась повторная ангиопластика со стентированием.

Результаты. Реканализация была успешной в 100% случаях. Всем больным реканализация окклюзированной артерии производилась с помощью гидрофильного проводника Raptor 0,035 и Terumo 0,035. Успех антеградной реканализации окклюзии составил 100% у 14 (60,8%) пациентов. Сочетанные вмешательства с ангиопластикой подколенно-тибиального и берцового сегмента проведены у 10 больных (43,4%). Из ранних послеоперационных осложнений выявлен в одном случае тромбоз стента. Интраоперационных осложнений не было. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Отдаленные результаты через 6 месяцев: рестеноз в стенте у 1 пациента, рестеноз после ангиопластики у 3 пациентов. Первичная проходимость (82,6%).

Выводы. Чрескожная транслюминальная ангиопластика является эффективным и безопасным методом лечения длинных окклюзий поверхностной бедренной артерии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Карпенко А.А., Чернявский М.А., Старосоцкая М.В., Чернявский А.М. ФГУ «НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина, Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия.

Цель исследования. Определить тактику хирургического лечения больных с острой массивной тромбоэмболией легочных артерий (ТЭЛА).

Материалы и методы. За период с 2008 по 2010 год в клинике наблюдалось 62 пациента с острой ТЭЛА. Средний возраст больных $57,6 \pm 1,9$ лет. Время от возникновения клинических симптомов до поступления составило 12 ± 2 дня. Причиной ТЭЛА у 54 больных (84%) был тромбоз глубоких вен нижних конечностей. При поступлении в клинику всем пациентам выполнялась ангиопульмонография (АПГ). Индекс Миллера (ИМ) составил $26 \pm 0,6$ баллов. Среднее инвазивное систолическое давление $52 \pm 3,4$ мм.рт.ст. После проведения АПГ у 57 (92%) пациентов выполнялась катетерная фрагментация тромбозов, которая в 56 случаях (90%) дополнялась селективным тромболизисом (внутритромбальным введением пуrolазы 2-4 млн. ЕД-40 больным, актилизе – 16 пациентам). У 54 (87%) пациентов с тромбозом глубоких вен была выполнена имплантация кава-фильтра. У 44 больных (72 %) для оценки эффективности и определения дальнейшей тактики через 3-5 дней выполнена контрольная АПГ.

Оперировано девять больных. Пяти из них после выполнения АПГ, учитывая тяжесть состояния и прогрессирующую правожелудочковую недостаточность, по жизненным показаниям

выполнена тромбэмбоlectомия из ветвей ЛА. У одного пациента, учитывая тромбоз правых отделов сердца по данным эхокардиографии, высокий риск эмболии в легочные артерии во время катетерной фрагментации, выполнено открытое оперативное вмешательство. Диагноз ТЭЛА при этом установлен при помощи МСКТ ангиографии легочных артерий. У 4-х других больных при неэффективности катетерной фрагментации и селективного тромболизиса оперативное вмешательство выполнено через 48-72 часов. Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения, краниocereбральной гипотермии и циркуляторного ареста при температуре 16°C .

Результаты. При оценке результатов катетерной фрагментации и селективного тромболизиса у 41 (73%) больных наблюдалась существенная положительная динамика, т.е. восстановление проходимости легочного русла, клиническое улучшение состояния. У 12 (21%) в результате тромболитической терапии и катетерной фрагментации эмболов, отмечен частичный лизис тромбов со снижением давления в легочной артерии (ЛА). Среднее систолическое давление в ЛА снизилось до $36 \pm 3,3$ мм.рт.ст, ИМ снизился до $17 \pm 1,6$ баллов. Учитывая клиническое улучшение состояния, стабилизацию гемодинамики, пациенты оставлены для динамического наблюдения в клинике.

Зарегистрировано пять случаев госпитальной летальности. Три из них после операции тромбэмбоlectомии из ветвей ЛА и два случая после катетерной фрагментации и внутритромбального тромболизиса актилизе. У остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. В лечении острой ТЭЛА отмечена высокая эффективность катетерной фрагментации в сочетании с тромболизисом. Операция тромбэмбоlectомии из ветвей ЛА, также показала свою высокую эффективность, однако, сопряжена с высоким риском летальности, из-за крайне тяжелого состояния больных. Тромбоз правых отделов сердца является показанием к открытому оперативному вмешательству, при этом диагностика ТЭЛА должна проводиться при помощи МСКТ ангиографии легочных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОУРОВНЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карпенко А.А., Чернявский М.А., Кужугет Р.А., Стародубцев В.Б. ФГУ «НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия.

Цели. Оценить непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения пациентов

с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включен 21 пациент с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей. Возраст больных колебался от 47 до 78 лет (средний возраст $61 \pm 8,5$ лет), мужчин было 57%. Мультифокальный атеросклероз выявлен у 21 (100%) пациента. 17 (81%) больных с ишемической болезнью сердца. Сахарный диабет верифицирован у 14 (66,6%) больных. У всех пациентов имелось многоуровневое поражение артерий нижних конечностей, то есть поражение двух и более сегментов. Выполнено коррекция поражений аорто-подвздошного сегмента у 8 (38%), подвздошно-бедренного сегмента у 9 (42,8%) пациентов, у 4 (19%) дополнялось ангиопластикой берцовых артерий.

Результаты. Реканализация окклюзированного сегмента артерии выполнялась у 17 (80%) пациентов. Технический успех варьировался от 95% до 100%. Клиническое улучшение было достигнуто в 90-100% случаев. Смертельных исходов не отмечено. Из осложнений в двух случаях были дистальная эмболия, что потребовало открытого вмешательства, у пяти пациентов гематомы в месте пункции и у одного пациента в раннем послеоперационном периоде отмечен тромбоз стента в ПБА. Псевдоаневризм, диссекций и разрыв артерий нами не отмечено. Среднее пребывание пациента в отделении после операции составило около 3 дней. При контрольном обследовании пациентов через 7 месяцев после операции нами не обнаружено поломок и рестенозов в стентах, первичная проходимость составила 90%.

Выводы. Полученные результаты показали высокую эффективность эндоваскулярных операций у пациентов с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОВОДНИКОВ ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОВЕРХНОСТНЫХ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ

Киселев Н.С.¹, Чернышев С.Д.¹, Фоминых А.Н.¹, Хмельникер С.М.², Идов Э.М.¹

¹Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург

²Отделение сосудистой хирургии МУ ГКБ №14, Екатеринбург, Россия.

Нередко при эндоваскулярной коррекции сосудистых нарушений нижних конечностей у больных с критической ишемией приходится сталкиваться с хроническими окклюзиями поверхностных бедренных артерий (ПБА). По данным литературы успех реканализаций таких поражений составляет 80-90% (Krishna Kandarpa, 2007). Несмотря на это вопросы

тактики выбора проводников для этих процедур остаются дискуссионными.

Цель работы. Оценить эффективность применения различных групп проводников для реканализации хронических окклюзий ПБА.

Материалы и методы. С января 2009 года в Центре сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1» и отделении сосудистой хирургии МУ ГКБ №14 г. Екатеринбурга было выполнено 72 попытки реканализации хронических окклюзий ПБА у пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Успешно реканализованы 64 (88,9%) окклюзии. В 8 (11,1%) случаях результат не был достигнут. Длина окклюзионного поражения ПБА составила $10,5 \pm 4,1$ см. В зависимости от того, какой из проводников был использован для реканализации окклюзии первым, ретроспективно все случаи разделены на четыре группы. В первой группе (8 человек) применялись стандартные стальные проводники диаметром 0,035" с PTFE-покрытием. Во второй (42 человека) — стальные проводники типа Newton диаметром 0,035" с PTFE-покрытием, которые в отличие от стандартных проводников имеют прямой, устойчивый к перегибам рабочий конец длиной 10 см. В третьей группе (14 человек) использовались нитиновые проводники диаметром 0,035" с гидрофильным покрытием. В четвертой группе (6 человек) — проводники диаметром 0,014". Во всех группах оценивались вероятность успеха при использовании только одного проводника, частота использования при неэффективности других проводников и вспомогательного инструмента для прохождения окклюзий ПБА.

Результаты. В первой группе из 8 реканализованы 7 (87,5%) окклюзий. При этом успешное прохождение пораженного участка стандартными проводниками без вспомогательного инструмента было только в 2 (28,6%) случаях. Во второй группе при использовании проводников типа Newton частота успеха была самой высокой — 40 из 42 случаев (95,2%) с минимальным использованием дополнительного инструмента (77,5% реканализаций только одним проводником). В третьей группе (проводник первого выбора — нитиновый с гидрофильным покрытием) удалось успешно реканализовать окклюзии ПБА у 11 (79%) пациентов. Из них только одним проводником — у 2 (18%). В четвертой группе при выборе хирургом проводников диаметром 0,014" были получены наихудшие результаты — успех составлял 66% при обязательном применении OTW-баллонов для поддержки и использовании не менее 2 проводников на каждого пациента. При сравнительном анализе групп выявлены достоверные различия по частоте использования дополнительного инструмента ($p=0,028$).