

больных (85%). Почти 17% пациентов полностью прекратили приём гипотензивных препаратов, 63% пациентов отмечали значительное снижение терапевтических доз, у 27% пациентов сохранялась выраженная артериальная гипертония, обусловленная нарушением функции почки на уровне паренхимы (нефросклероз, нефропатия). У 16 больных (10,2%), из них у 5 – с имплантированными стентами, выявлены рестенозы различной степени, 11 больным с гемодинамически значимыми рестенозами произведена повторная ангиопластика и эндопротезирование с хорошим клиническим эффектом.

Заключение: Отдаленный результат почечной ангиопластики позволяет определить её как метод выбора при лечении больных с поражением почечных артерий и вазоренальной гипертензией.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СРАВНИЮ ТРАНСРАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА И ТРАНСФЕМОРАЛЬНОГО ДОСТУПА С ПРИМЕНЕНИЕМ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ АКТИВНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРНОЙ АНГИПЛАСТИКИ

З.А. Кавтеладзе, Ю.В. Артамонова, А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев, С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов, Г.Ю. Травин (Москва)

Цель: выбор оптимального доступа для проведения чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА).

Материалы и методы: С мая 2005г в отделении сердечно-сосудистой хирургии Центра эндохирургии и литотрипсии начато рандомизированное одноцентровое исследование по сравнению трансрадиального доступа (ТР) и трансфemorального доступа (ТФ) с применением устройств для достижения активного гемостаза при проведении ЧТКА. В исследование включаются первичные пациенты со стабильной стенокардией и острым коронарным синдромом.

В исследование было включено 128 пациентов, по 64 в каждой группе. В группе ТР доступа было 50 мужчин и 14 женщин, в группе ТФ мужчин было 48, а женщин 16. Средний возраст пациентов при ТР доступе составил 60 лет, при ТФ 57 лет. Сахарным диабетом страдали 21 пациента в группе ТР и 31 пациента в группе ТФ. Гиперлипидемия была выявлена в 57,6 % группе с ТР и в 63,1% в группе ТФ. В анамнезе у 46,3% с ТР отмечалось курение, с ТФ у 47,8%. 28 % в ТР группе составляли с острым коронарным синдромом, при ТФ таких было 34%.

В оценку характеристики ангиографического исследования были включены время пункции (сек), размер интродюссера (F), время постанов-

ки интродюссера (сек), необходимость замены интродюссера (сек), время до селективной катеризации (сек), общее время процедуры (мин), время рентгеноскопии (мин), общая доза облучения (mGy/cm²), количество контрастного вещества (мл, без проведения вентрикулографии). Существенных различий между сравниваемыми группам по этим показателям получено не было.

Для предотвращения спазма радиальной артерии применялось внутриаартериальное введение смеси верапамила+нитроглицерина+гепарина. У 1 пациента в группе с трансфemorальным доступом использовались GP ингибиторы IIb/IIIa рецепторов.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ SPSS-PC.

Критериями исключения являлись следующие: раннее использование ушивающих устройств при ТФ доступе; отрицательный Allen тест; отсутствие пульсации на aa.radialis и aa.femoralis; ожидаемое гемодинамическое ухудшение во время проведения ЧТКА, ведущее к интрааортальной баллонной контрапульсации; ожидаемая необходимость постановки ЭКС; кардиогенный шок; АКШ в анамнезе.

Конечными точками являются:

- 1) связанные с доступом: снижение уровня гемоглобина, управляемое сосудистое кровотечение;
- 2) связанные с ЧТКА: резидуальный стеноз >50%, смерть, ОИМ, АКШ.

Конечные точки оцениваются в первый день при рандомизации пациента, на 3-й день после проведения ЧТКА и через 6 месяцев после проведения ЧТКА.

Для достижения активного гемостаза были использованы устройства Perclose 9 пациентов (14%) и Starclose 6 пациентов (10%) фирмы Abbott Vascular, Vasoseal 16 пациентов (25%) и On-Site 2 пациента фирмы Datascope (3%), Cook Vascular Closures Device 31 пациент (24%).

Результаты: Образование паракатетерной гематомы отмечено у 23 пациентов при ТР доступе и у 10 пациентов при ТФ (разница достоверна).

Замена интродюссера потребовалась у 29 пациентов с ТР и у 8 пациентов с ТФ. Группы достоверно не различались по количеству используемого контраста (трансрадиальный доступ – 165 мл, при трансфemorальном доступе – 150 мл). Время рентгеноскопии в случае ТР составило 23,2 мин, а в случае ТФ -17,5 мин (разница достоверна), время проведения процедуры (мин) и общая доза облучения (mGy/cm²) существенно не отличались. Бифуркационное стентирование было выполнено в 23,6% случаев при ТР и в 23,8% случаях при ТФ, прямое стентирование в 70% и в 73% случаев соответственно, по количеству стентов существенных отличий не было. В 100% случаев был достигнут кровоток TIMI III в двух группах. Наиболее короткими были сроки активизации в группе с ТР -2,6 ч по сравнению с 3,2 ч. при ТФ (разница достоверна).

Выводы: При сравнении трансрадиального доступа и трансфеморального доступа с применением закрывающих устройств, существенных различий в развитии таких осложнений как диссекция, кровотечение, псевдоаневризма не было. Нет существенных различий также и по функциональности доступов, их травматичности, «комфортности».

В группе с радиальным доступом наиболее часто встречались спазм артерии, окклюзия артерии и образование подкожной гематомы.

Преимущества закрывающих устройств перед мануальным гемостазом остается до конца не изученным. Актуальным для нашей страны остается добавочная стоимость к стоимости операции – стоимость закрывающего устройства.

Выбор доступа – выбор хирурга.

АНГИОПЛАСТИКА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

З.А. Кавталадзе, С.А. Дроздов, А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, К.В. Былов, Д.С. Карташов (Москва)

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты реканализации и ангиопластики изолированных атеросклеротических хронических окклюзий и стенозов терминального отдела аорты.

Материалы и методы: проведено лечение 17 пациентов. Средний возраст 63,4 года. Произведена реканализация окклюзий терминального отдела аорты у 12 пациентов, в 5-ти случаях устранялись гемодинамически значимые стенозы. Средняя длина поражения 7,6 см. Имплантирован 21 стент (2 Wallstent, 19 – ZA stent).

Результаты: Положительные непосредственные результаты отмечены во всех случаях. Средний койко-день составил 2,5 суток. В раннем послеоперационном периоде отмечены такие осложнения как гематома мягких тканей в месте пункции – 1, проводилось консервативное лечение с использованием компрессионных повязок. Отдаленные результаты прослежены до 7-ти лет у 9 больных.

Первичная проходимость отмечена у 7 больных, стенозы обнаружены в 2 случаях, окклюзий не отмечалось.

Больным проведена успешная повторная ангиопластика с восстановлением кровотока.

Заключение: Применение реканализации и стентирования терминального отдела аорты позволяет достичь успеха в большинстве случаев с хорошим отдаленным результатом. Преимущества: отсутствие необходимости в общей анестезии и абдоминальном доступе, более низкая цена и смертность, короткое время процедуры и пребывания в стационаре. Подобные больные требуют неукоснительного регулярного амбулаторного наблюдения, с определением плечелодыжечного индекса, не реже чем 1 раз в полгода.

АНГИОПЛАСТИКА ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

З.А. Кавталадзе, С.А. Дроздов, К.В. Былов, Д.С. Карташов, Д.П. Дундуа, А.М. Бабунашвили (Москва)

Цель: Оценка эффективности реканализации и ангиопластики атеросклеротических окклюзий и стенозов при бифуркационном поражении аорто-подвздошной зоны.

Материалы и методы: Нами проведено лечение 191 больного с данной патологией. Средний возраст пациентов – 58,2±2,1 года. У 112 больных отмечена 2 стадия ХАН, а у 79 – 3-4 стадия. По данным обследования, у 63 больных выявлены окклюзии общей подвздошной артерии, у 83 – наружной подвздошной артерии, и у 28 распространенное окклюзионное поражение общей и наружной подвздошных артерий, в 188 случаях выявлены стенозы общей или наружной подвздошной артерии. У всех больных отмечено бифуркационное поражение. Наряду с этим у 123 больных выявлено значимое поражение дистального артериального русла, что составило 64,4%.

Реканализация осуществлялась с использованием гидрофильных проводников. При проведении ангиопластики использовалось эндопротезирование. Всего имплантировано 632 стента.

Результаты: Положительные непосредственные результаты отмечены у 93% больных с окклюзионными поражениями и в 100% при стенозирующих поражениях. В 3-х случаях отмечен тромбоз зоны пункции, и лишь в 2-х случаях – тромбоз зоны ангиопластики, потребовавший проведения шунтирующей операции. Микроэмболии возникли у 4-х больных, перфорации – у 3-х, ложная аневризма – в 4-х случаях, артериовенозная фистула – в 2-х случаях. Умерли в раннем п/о периоде 3 больных (1,5%).

Отдаленные результаты до 5 лет прослежены у 76 больных. Отсутствие гемодинамически значимых поражений в зоне ранее проведенного вмешательства выявлено у 84% больных. В 6 случаях отмечены гемодинамически значимые стенозы в зоне пластики (7,9%). В 4 случаях выявлена реокклюзия в месте процедуры (5,3%). В случаях стенозов проведена повторная успешная ангиопластика. Таким образом, с учетом успешной повторной ангиопластики положительные отдаленные результаты составляют 94,7%.

Заключение: Эндоваскулярная реканализация при лечении синдрома Лериша возможна вне зависимости от протяженности и давности окклюзии. Подобные результаты не уступают данным реконструктивных операций в этой зоне, а с учетом минимальной инвазивности, методу реканализации и баллонной ангиопластики с эндопротезированием следует отдать предпочтение.