

в конечном счете улучшение качества лечения, проявившееся, к примеру, в снижении летальности при остром инфаркте миокарда до 4,2% в 2008 г. При этом любопытно, что средний возраст умерших от острого инфаркта миокарда составил в 2006 г. – 75,4, в 2007 г. – 79,1, а в 2008 г. – 79,8 года. В 2008 г. 8 пациентов скончались в результате массивной тромбоэмболии легочной артерии (средний возраст – 79,6 лет), 3 больных умерли от острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст – 86,0 лет).

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТЫ

Осиев А.Г., Редькин Д.А., Верещагин М.А., Кретов Е.И., Марченко А.В., Гранкин Д.С. Бирюков А.В. Крестьянинов О.В., Зубарев Д.Д.
ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия

Цель исследования: оценка эффективности эндопротезирования аорты.

Материал и методы: В ННИИПК с декабря 2006 г. по август 2009 г. эндопротезирование аорты было произведено у 16 пациентов. У 5 было произведено эндоваскулярное протезирование аневризмы грудного отдела аорты, у 11 пациентов инфраренального отдела. Возраст больных аневризмой аорты составил от 29 до 79 лет. Больных женского пола – 4 (25%), мужского – 12 (75%). Методы предоперационного исследования включали в себя: ЭхоКГ, аортографию, МСКТ. Одним из основных методов исследования была выбрана спиральная компьютерная томография. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием позволила получить полную информацию об участках предполагаемой имплантации, максимальном диаметре аневризмы, наличии тромбов и кальцификации. Для точного позиционирования эндопротеза относительно устья почечных артерий (для инфраренального отдела аорты) и подпочечной артерии (для грудного отдела) всем пациентам выполнялась аортография с использованием маркированного катетера. Всем пациентам выполнено эндопротезирование с имплантацией стент-графтов. Вмешательство выполнялось в условиях рентгеноперационной с использованием ангиографической установки Innova фирмы GE. В случае с грудным отделом аорты использовались эндопротезы GORE TAG 1 пациент (6.3%), MEDTRONIC VALENT 3 пациента (18.8%), RELAY 1 пациент (6.3%). В случае с инфраренальной аневризмой использовались бифуркационные аортоподвздошные стент-графты GORE EXCLUDER 3 пациента (18.8%), MEDTRONIC TALENT (6 пациентов 37.5%) и AORFIX 2 пациента (12.6%).

Результаты: По данным контрольной аортографии выполненной непосредственно после

имплантации эндопротеза подтекание контрастированной крови в полость аневризмы определялось у одного пациента с большой инфраренальной аневризмой (77 мм) (через коллатерали (люмбарные поясничные артерии) – 2 тип) в остальных случаях произведено герметичное закрытие аневризмы. У всех пациентов (100%) перед выпиской на контрольной МСКТ отмечались признаки герметизации и тромбоза полости аневризмы. Средний период госпитализации составил 5 суток. Летальный исход зафиксирован у одного пациента (6.3%). Контрольное обследование выполнено было 6 (37.5%) пациентам. Четверем пациентам с инфраренальной аневризмой через 6 месяцев и у 2-м с аневризмой грудного отдела через 2 месяца. У всех пациентов по данным контрольной МСКТ отмечается полная изоляция и тромбоз полости аневризмы.

Заключение: Эндопротезирование аорты является эффективным методом лечения аневризм грудного, инфраренального отделов аорты и не требующим длительного периода госпитализации. Эндопротезирование аорты ассоциируется с высокой частотой успешного непосредственного ангиографического результата. Результаты эндопротезирования в отдаленном периоде характеризуются хорошим ангиографическим и клиническим эффектом, успешное закрытие аневризмы выявлено в 100% случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОГРАДНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Осиев А.Г., Бирюков А.В., Верещагин М.А., Редькин Д.А., Гранкин Д.С., Кретов Е.И., Марченко А.В., Крестьянинов О.В., Байструков В.И.
ФГУ ННИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий, Новосибирск, Россия

Цель исследования: показать возможность и эффективность метода ретроградной реканализации хронических окклюзий коронарных артерий.

Материал и методы: С октября 2007 года по июль 2009г. 69 пациентам выполнена ретроградная реканализация хронических окклюзий (более 1 года) коронарных артерий. 62 (89,5%) больным ранее была предпринята попытка реканализовать окклюзию антеградным путем. 59 (85,5%) мужчин и 10 (14,5%) женщин. 52 (75,4%) вмешательств на правой коронарной артерии, 14 (20,3%) на передней нисходящей артерии, 2 (2,9%) на огибающей артерии и 1 (1,4%) случай ретроградной реканализации аортокоронарного венозного шунта. Для реканализации хронической окклюзии использовались следующие методики: прямое проведение ретроградного проводника – 21 (30,4%), методика целующихся проводников – 39 (56,5%), CART техника – 7 (10,1%), и методика загнутого проводника – 2 (2,8%). 65 (94,2%) операций

выполнялись через септальные коллатерали, в 32 (49,2%) случаях производилась их дилатация, и в 4(5,7%) случаях вмешательство проходило через эпикардиальные перетоки. Стенты с лекарственным покрытием имплантировались у 38 (55%) пациента, в 31 (45%) случаях имплантированы стенты без лекарственного покрытия.

Результаты: После стентирования TIMI 3 кровотоков получен у 64 (92,7%) пациентов. Операционная летальность составила 0%. В результате дилатации септальных каналов интрамиокардиальная гематома диагностирована в 4 (5,8%) случаях. В раннем послеоперационном периоде у 3 (4,3%) пациентов выявлен гемоперикард, у 2 (2,9%) пациентов отмечались явления почечной недостаточности. Других осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. В отдаленном периоде 6-24 месяцев контроль проведен 38 пациентам. Серьезные кардиологические события отмечены у 9 (23,6%) пациентов.

Выводы: Ретроградная реваскуляризация может успешно проводится пациентам, которым ранее не удалось реканализовать окклюзию антеградным путем, либо когда анатомически невозможно установить проводниковый катетер к устью коронарной артерии (окклюзия от устья). Новые техники выполнения ретроградной реваскуляризации коронарных артерии позволяют расширить показания к применению данной методики, и дают интервенционному кардиологу больше вариантов к успешному завершению операции.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СО СТЕНОЗОМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Осиев А.Г., Редькин Д.А., Марченко А.В., Гранкин Д.С., Верещагин М.А., Бирюков А.В., Кретов Е.И., Зубарев Д.Д., Крестьянинов О.В., Ибрагимов Р.У., Байструков В.И.

ФГУ НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий, Новосибирск, Россия

Цель сообщения: Проанализировать результаты стентирования ствола левой коронарной артерии и показать эффективность эндоваскулярного лечения данной категории больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: Эндоваскулярному лечению стенозов ствола левой коронарной артерии с января 2006 по декабрь 2008 года в нашем институте подверглись 105 пациентов. Средний возраст больных составил 59,8±8,4года. Среди них преобладали мужчины (82,1% против 17,9% женщин). По форме нозологии больные распределились следующим образом: 83 пациента (79,1%) имели стабиль-

ную стенокардию II-IV функционального класса, у 7 пациентов (6,7%) был зарегистрирован Q-необразующий инфаркт миокарда, инфаркт с зубцом Q имел место у 3 пациентов, что составило 2,8%, у 12 пациентов (11,4%) -нестабильная стенокардия. Средняя фракция выброса левого желудочка составила 49%. Изолированное поражение ствола ЛКА наблюдалось у 5 (4,8%) пациентов, сочетание поражения ствола ЛКА и одной коронарной артерии было у 20пациентов (19%), два и более сосудов у 80 (76,2%) пациентов. При этом в 16случаях наряду с поражением ствола ЛКА присутствовала окклюзия правой коронарной артерии. По данным коронарографии поражение ствола в устье наблюдалось в 13 (12,4%) случаях, тела ствола в 17(16,2%) случаях, бифуркационное поражение – 75 (71,4%). Средний процент стеноза ствола ЛКА составлял 72,2%. В 8 случаях (7,6%) ЧКВ проводилось по экстренным показаниям, 97 (92,4%) процедур проводились планово. «Защищенный ствол» был у 25 пациентов (23,8%), 80 (76,2%) – «незащищенный». Было имплантировано стентов: DES-41, BMS-30, DES+BMS-34. Стентирование выполнялось с использованием различных техник: Provisional Т-стентирование (1 стент) 94(89,5%), Т-стентирование 2(1,9%), «Culotte» 5(4,8%),«V-стентирование» 3(2,9%), «Y-метод»-1(0,9%). Внутриаортальная баллонная контрпульсация выполнялась у 2 пациентов(1,9%).

Результаты: Непосредственный ангиографический успех процедуры был достигнут у 103 пациентов (98%). В одном случае пациент погиб на фоне развившегося периоперационного инфаркта с последующим кардиогенным шоком, еще один пациент был переведен в операционную для проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Средний срок наблюдения пациентов составил 8±2 месяца. Клинический успех (отсутствие, или снижение стенокардии напряжения на два функциональных класса) было зафиксировано у 95 пациентов (92,2%). В 2 случаях диагностирован инфаркт миокарда (1,9%). За период наблюдения было выполнено 87 (84,4%) коронарографий. В 17 случаях потребовалось повторная реваскуляризация, 12 эндоваскулярных вмешательств и 2 больным выполнена операция аортокоронарного шунтирования.

Выводы: Эндоваскулярное лечение стеноза ствола левой коронарной артерии безопасный и эффективный метод лечения у больных ИБС. В случаях «незащищенного» ствола левой коронарной артерии стентирование также достаточно безопасно, однако в довольно сложных случаях не стоит пренебрегать операцией АКШ. В случае острого инфаркта миокарда стентирование ствола ЛКА является спасительным методом лечения.