

НАШ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ВАЛЬВУЛОДИЛЯТАЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Осиев А.Г., Колесников В.В., Третьяков Е.В.,
Резепин С.А., Верещагин М.А., Гранкин Д.С.,
Марченко А.В., Редькин Д.А.
ФГУ ННИИ патологии кровообращения имени
академика Е.Н. Мешалкина росмедтехнологий,
Новосибирск, Россия

Введение: Цель данного исследования – оценить результаты баллонной дилатации у больных с врожденным изолированным стенозом клапана легочной артерии.

Материал и методы: В данное исследование включено 168 больных, которым выполнена баллонная вальвулодилатация легочной артерии. Среди них: 102 мужчины и 66 женщин. Возраст больных колебался от 3 месяцев до 41 года (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрастным группам.

Возраст	n	%
До 1 года	51	30,35
От 1 года до 3 лет	69	41,07
Старше 3 лет	48	28,58
Всего	168	100

Причиной формирования врожденного клапанного стеноза легочной артерии следует считать сращение створок клапана без каких-либо нарушений развития выходного тракта правого желудочка. Размер просвета клапана варьировал от нескольких миллиметров до одного и более сантиметра.

В зависимости от стадии заболевания (по В.И. Пипия) больные были разделены на три группы (табл. 2). Систолический градиент колебался от 30 до 107 мм.рт.ст.

Таблица 2. Распределение больных по возрастным группам.

Группа	n	%
Стадия 1	57	33,9
Стадия 2	90	53,6
Стадия 3	21	12,5
Стадия 4	0	0
Всего	168	100

Результаты: Абсолютные цифры изменения давления в правых отделах сердца приведены в таблице 3.

Таблица 3.

Группа	Исходное давление (мм.рт.ст.)			После вальвулопластики (мм.рт.ст.)		
	ПЖ	ЛА	АДсис.	ПЖ	ЛА	АДсис.
1	68±4,4	23±0,6	118±2,3	39±1,8	22±0,7	108±1,5
2	110±3,1	22±0,9	113±3,7	58±5,8	24±1,3	108±4,4
3	161±16,4	22±2,2	120±2,6	75±21,6	25±2,4	103±4,9

Заключение: Баллонная вальвулодилатация изолированного стеноза легочной артерии приводит к нормализации гемодинамики сердца и является альтернативой операциям на открытом сердце.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОККЛЮЗИЯМИ

Павлов П.И., Лебедев И.А., Бежавский А.Р.,
Иванова Н.Е., Серенко А.Н., Мизин А.Г., Шариков
Н.Л., Папинен А.В., Анищенко П.Н., Франц В.В.
Окружная клиническая больница, отделение
рентгенохирургических методов диагностики и
лечения, г. Ханты-Мансийск, Россия.
Южно-Уральский научный центр РАМН, г. Ханты-
Мансийск, Россия.
Научно-исследовательский нейрохирургиче-
ский институт им. профессора А.Л. Поленова, г.
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий у пациентов с хроническими окклюзиями.

Материал и методы: С июля 2005 по октябрь 2009 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийска эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях выполнены у 125 пациентов. В исследование на проспективной основе включено 8 пациентов - мужчин, которым была предпринята попытка реканализации хронической окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА). Средний возраст пациентов составил 62,8 лет (53-72), вмешательства были выполнены на 9 сонных артериях. Всем больным выполнен комплекс клинко-инструментального обследования, включающий в себя проведение дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов, КТ или МРТ головного мозга. Все пациенты перед эндоваскулярным вмешательством осматривались неврологом. Для детальной оценки поражения сосудистого русла, состояния мозгового кровотока и коллатерального кровоснабжения выполнялась селективная ангиография церебральных артерий. Пациентов с асимптомным течением процесса было 2 (25%). Двусторонний характер поражения сонных артерий отмечен у 4 (50%) больных: ипсилатеральная хроническая окклюзия и контралатеральный стеноз у 3 (37.5%), у 1 (12.5%) пациента окклюзия носила двусторонний характер. Стентирование сонных артерий выполнено у 2 (25%) больных из 8.

Вмешательства проводили следующим образом: после выполнения тотальной церебральной ангиографии, проводили оценку коллатерализации бассейна окклюзированной артерии и, в случае удовлетворительного коллатерального заполнения передней и средней мозговых арте-

рий окклюзированной внутренней сонной артерии (ВСА) из контралатеральной ВСА, выполняли попытку реканализации. Была использована коронарная техника прохождения хронических окклюзий ВСА: после установки проводникового катетера JR4 8F (Cordis, USA), последовательно использовали коронарные проводники линейки (TERUMO, Japan), поддержка проводника проводилась с помощью микрокатетеров (TERUMO, Japan; Cordis, USA), после реканализации окклюзии коронарными баллонами диаметром от 2 до 4 мм, выполняли предилатацию. В случае удовлетворительного антеградного кровотока, дистальнее стеноза ВСА устанавливали противоземболический фильтр Accunet (Abbott, USA) и выполняли процедуру стентирования. Всем больным имплантированы стенты Acculink (Abbott, USA). Процедуру постдилатации выполняли баллонными катетерами диаметром 5 мм Amia (Cordis, USA) и Ultra Soft (Boston Scientific, USA). Решение о прекращении вмешательства принимали после 30 минут манипуляций или использовании 200 мл контрастного препарата, а также после выполнения предилатации и отсутствии антеградного кровотока.

Результаты: У 2 (25%) пациентов достигнут ангиографический успех, у 4 (50%) после реканализации окклюзии удовлетворительного кровотока получено не было. В 2 (25%) случаях окклюзию пройти не удалось, осложнений в виде острого инфаркта миокарда, инсульта и летальных исходов не было. У 1 (12,5%) больного после успешного стентирования окклюзии ВСА, через 1 месяц выполнено стентирование контралатеральной ВСА, 2 (25,0%) пациентам выполнено стентирование контралатеральных ВСА в течение 3 месяцев.

Выводы: По-видимому, эндоваскулярные вмешательства при хронической окклюзии ВСА имеют определенные перспективы, безопасны и, возможно, вносят свой вклад в профилактику ишемического инсульта у данной группы больных.

АМБУЛАТОРНАЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Павлов П.И., Белявский А.Р., Серенко А.Н., Мизин А.Г., Шариков Н.Л., Акинина С.А., Амеличкина Н.В., Фросин С.А., Марочкина М.М., Майорова Т.А., Анищенко П.Н., Кипров Р.Ю.

Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия.

ПНИЛ «Ангиопластика и реология крови» ЮУНЦ РАМН, г. Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: оценить безопасность проведения коронароангиографии в амбулаторных условиях многопрофильной клиники, с возможностью оптимизации лечебно-диагностического этапа у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы: В период с ноября 2008 года по июль 2009 в окружной клинической больницы выполнено 40 амбулаторных коронароангиографий (АК) трансрадиальным доступом. Все процедуры выполнены в условиях рентгенооперационной, с последующим наблюдением в дневном стационаре. Средний возраст составил 53,6 (37-72), мужчин – 27 (67,5%). Амбулаторно, всем пациентам выполнен комплекс клинико-инструментального обследования, включая определения теста Аллена. У 33 (82,5%) пациентов использовался левый трансрадиальный доступ, у 7 (17,5%) правый трансрадиальный доступ. Для катетеризации лучевой артерии использовали диагностические наборы 4 F Trasradial Kit (Cordis, USA) и 5 F Radifocus (Terumo, Japan), при катетеризации коронарных артерий использовали стандартные катетеры Judkins Left, Right. После установки интродьюсера, внутриапериально вводили 1 мл верапамила, 2,5 тыс. ед. гепарина. По окончании процедуры перед удалением интродьюсера внутриапериально вводили 200 мкг нитроглицерина. Гемостаз осуществляли сразу после АК с использованием давящих манжет TR Band (Terumo, Japan). После АК пациенты в течение 4 часов наблюдались в условиях дневного стационара поликлиники, выполнялась контрольная электрокардиография в 12 отведениях, на место давящей манжеты накладывали асептическую повязку и после осмотра рентгенохирурга и кардиолога, пациентов отпускали домой. Через 1 сутки все пациенты контрольно осматривались кардиологом поликлиники.

Результаты: У всех 40 пациентов технически коронароангиография трансрадиальным доступом выполнена успешно. У 2 (5%) пациентов при катетеризации левой лучевой артерии мы получили стойкий спазм, но при этом успешно была катетеризирована правая лучевая артерия. Многососудистое поражение коронарного русла выявлено у 7 (17,5%) пациентов, 6 (15%) пациентам выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) в плановом порядке в течение 1 месяца, 1 (2,5%) пациент с субтотальным поражением ствола левой коронарной артерии был немедленно госпитализирован и в течение 3 дней прооперирован. У 27 (67,5%) пациентов гемодинамически значимого поражения коронарного русла не было выявлено, 2 (5%) из 4 (10%) пациентов с двухсосудистым поражением коронарного русла выполнена Ad hoc ангиопластика и стентирование, с госпитализацией в кардиохирургическое отделение, остальным чрескожные коронарные вмешательства выполнены планово в течение месяца. У 2 (5%) пациентов было выявлено однососудистое поражение коронарных артерий, 1 (2,5%) пациенту выполнено АКШ, 1 (2,5%) пациенту - ангиопластика и стентирование в плановом порядке.

Осложнения: Спазм лучевой артерии у 3 (7,5%) пациентов, у 2 (5%) потребовал перехода