

## ИМПЛАНТАЦИЯ БИФУРКАЦИОННОГО СТЕНТ-ГРАФТА, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФРАРЕНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ, ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Чернышев С.Д., Идов Э.М., Фадин Б.В., Лещенко И.Г.  
Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского  
ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия

Аневризма брюшной аорты является жизнеугрожающим состоянием, приводящему у 40% больных с установленным диагнозом, к ее разрыву в течение года. Консервативное лечение аневризм брюшной аорты отсутствует, и в течение сорока лет данное заболевание лечилось только оперативным путем.

**Цель работы:** Продемонстрировать эффективность эндопротезирования бифуркационными стент-графтами аневризм инфраренального отдела аорты.

**Материал и методы:** С сентября 2005 по август 2009 года произведено 17 протезирований инфраренальной аневризм брюшной аорты бифуркационными стент-графтами. Возраст больных от 57 до 78 лет, средний  $63 \pm 13,2$ . Среди пациентов было 14 мужчин, 3 женщины. Все аневризмы выявлены при УЗИ брюшной полости, подтверждены ангиографическим исследованием и спиральной компьютерной томографией (КТ). Типы аневризм по Покровскому А.В.: у 10 больных – 2 типа, у 5 больных – 3 типа. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия 2-3 ф.к. – 11 больных, аритмогенный вариант ИБС – 2 больных, АГ 2-3 ст. у 11 больных, ожирение 3-4 ст. – 1 больной.

Подбор эндоваскулярных протезов проводился по данным спиральной КТ. Установлено 12 стент-графтов EXCLUDER (W.L.Gore) 1 стент-графт TALENT (Medtronic), 3 стента AORFIX (Lombard Medical). Анестезия – спинномозговая. Во всех случаях доставка эндопротезов осуществлялась через бедренные артерии после их выделения сосудистыми хирургами. У больных с 2 типом аневризм имплантированы основная (ипсилатеральная) и контралатеральная ножки протезов. У больных с 3-м типом аневризм в 3-х случаях произведена эмболизация одной внутренней подвздошной артерии спиральями, у одного больного были эмболизированы артерии с двух сторон, выключение внутренних подвздошных артерий не привело к тазовым расстройствам. В одном случае катетеризовать и эмболизировать внутреннюю подвздошную артерию не удалось.

Перипротезное подтекание крови при контрольной аортографии в конце процедуры выявлено у 4 больных. При проксимальном подтекании были имплантированы 2 добавочных аортальных протеза, при дистальном подтекании проведена дополнительная ангиопластика дистального конца протеза с хорошим непосредственным

результатом в обоих случаях. В одном случае поступление контрастированной крови в полость аневризмы осуществлялось по поясничным артериям. По данным КТ, проведенной через неделю после операции, поступления крови в полость аневризмы нет, последняя тромбирована.

Мы имеем одно осложнение – тромбоз контрольной ножки непосредственно в момент имплантации стент-графта, была проведена баллонная ангиопластика и установлен баллонорасширяемый стент. Кровоток восстановлен.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Места доступа зажили первичным натяжением. Отдаленные результаты прослежены от 1 месяца до 1,5 лет. При КТ контроле – аневризмы выключены из кровообращения, перипротезного подтекания нет.

**Выводы:** Операция эндоваскулярного протезирования аневризмы инфраренального отдела аорты является эффективным и безопасным методом лечения. Данный метод позволяет с наименьшими осложнениями осуществить выключение аневризмы из кровотока, особенно у больных высокого риска.

## РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ КАРДИОАНГИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

Честухин В.В., Миронков Б.Л., Тюняева И.Ю., Рядовой И.Г., Миронков А.Б., Цветков Р.С.  
ФГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова Минздрава России», Москва, Россия

**Введение:** Основной причиной поздней летальности пациентов после трансплантации сердца является болезнь коронарных артерий аллотрансплантата, которая протекает без болевой симптоматики в силу отсутствия афферентной иннервации и характеризуется развитием острого инфаркта миокарда, сердечной недостаточностью, либо внезапной смертью.

**Материал и методы:** Представлены результаты наблюдения 49 пациентов (40 мужчин и 9 женщин в возрасте от 16 до 65 лет), у которых в сроки от 9 дней до 15 лет после трансплантации сердца выполнялись коронарографические исследования.

**Результаты:** У 23 пациентов выявлены ангиографические признаки болезни коронарных артерий пересаженного сердца (БКАПС). В большинстве случаев (12 человек) БКАПС проявлялась локальным одно или многососудистым стенозированием (тип «А»), которое коррегировали с помощью коронарной ангиопластики (выполнено 28 процедур). У 11 пациентов наблюдали прогрессирование «С» типа БКАПС, который характеризуется диффузным, облитерирующим поражением преимущественно дистальных отделов

коронарного русла. Выполнение адекватной реваскуляризации в такой ситуации представляется малореальной, и в одном случае «С» тип БКАПС послужил показанием к ретрансплантации сердца. Коронарной ангиопластике подвергли 42 артерии и имплантировали 18 стентов преимущественно с лекарственным покрытием. Анализ результатов эндоваскулярных вмешательств выявил две группы пациентов, различающиеся по возрасту и характеру реакции коронарных артерий на вмешательство и имплантацию стентов. К первой группе отнесены 7 человек (5 мужчин и 2 женщины), которым выполнено 9 коронарных ангиопластик в 12 сегментах коронарного русла в связи с развитием «de novo» поражения. Был получен положительный ангиографический результат баллонной дилатации и имплантировано 2 металлических стента. Во всех случаях имели стойкий ангиографический результат на протяжении всего периода наблюдения (от 2 до 6 лет). Возраст пациентов на момент ОТТС составил 45,6 года (от 19 до 57 лет).

Другая группа из 5 пациентов (3 мужчин и 2 женщины), которым выполнено 19 ЧТКА. Возраст на момент ОТТС - 30,2 года (от 19 до 38 лет). У всех предшествующее заболевание ДКМП. Интервал между ОТТС и ЧТКА - 4,18 года (1 – 10 лет). Каждому пациенту данной группы выполнено в среднем по 4 (от 3 до 5) коронарные ангиопластики. Необходимость повторных вмешательств определялась развитием рестеноза в стенте. Всего имплантировано 11 стентов, 9 из которых имели антипролиферативное покрытие. Повторные ЧТКА выполняли с интервалом от 4 до 12 месяцев. У всех пациентов данной группы поражение было локализовано в проксимальном сегменте ПМЖВ, и сочеталось со стенозированием огибающей ветви (ОВ) (3 случая) и ПКА (2 случая). В одном случае характер поражения устьев ПМЖВ и ОВ потребовал стентирования ствола ЛКА.

**Заключение.** У большинства пациентов в возрасте более 40 лет наблюдается высокая частота стойкого эффекта баллонной дилатации и практическое отсутствие осложняющих ангиопластику диссекций. У молодых пациентов (22-29 лет) отмечается рецидивирующее рестенозирование даже при использовании стентов с антипролиферативным покрытием.

### **КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

Честухин В.В., Миронков Б.Л., Томилина Н.А., Ким И.Г., Рядовой И.Г.  
ФГУ «НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов Росздрава», Москва, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одно из наиболее частых и нередко фатальных кардиоваскулярных осложнений после трансплантации

почки (ТП). Ее частота у реципиентов аллогенной почки в 3-5 раз выше, чем в общей популяции, и составляет 14-20%. Летальность вследствие ИБС у больных после трансплантации почки составляет по данным разных авторов от 35 до 50%. Тем не менее, количество реваскуляризаций миокарда у этих больных невелико, что связано с высокой летальностью при АКШ, с техническими сложностями при проведении эндоваскулярной реваскуляризации, а также с опасением за функцию почечного трансплантата в результате действия контрастного вещества.

**Цель исследования:** Проанализировать результаты и особенности коронарной ангиопластики у больных ишемической болезнью сердца после трансплантации почки, с оценкой функции трансплантата после вмешательства.

**Методы:** Проспективно и ретроспективно были проанализированы результаты коронарных вмешательств у 37 пациентов после ТП, 30 из которых были мужчины. Всем выполнялась ЭКГ, Эхо-КГ, проба с нагрузкой; исследовались лабораторные показатели крови. Средний возраст составил  $37,3 \pm 11,0$  лет. Средний срок после ТП составил  $81,1 \pm 44,3$  месяца, было выполнено 51 коронарное стентирование (КС) за период с 1999 по 2008 гг. Всем больным была выполнена эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в максимально возможном объеме. Использовалось контрастное вещество «визипак-350». Средний срок наблюдения составил 52 месяца.

**Результаты:** Было имплантировано 99 стентов, 19 из них с лекарственным покрытием. Успех процедур был равен 100%. В трех случаях использовалась внутриаортальная баллонная контрпульсация. Госпитальной летальности не было. После КС практически у всех больных отмечался стойкий (не менее 12 месяцев) положительный клинический эффект. Определенные трудности при выполнении эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у этой категории пациентов создают: большая протяженность и многососудистость стенотического поражения, выраженный кальциноз и извитость коронарных артерий. Вероятно, в связи с этими особенностями коронарного русла у данных больных мы получили следующие осложнения. У 14% - диссекция коронарной артерии, потребовавшая дополнительного стентирования, у 11% острый тромбоз стента потребовавший введение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов, 26% - осложнения в области пункции в виде крупных гематом и ложных аневризм. В первые двое суток и через месяц после КС достоверного повышения уровня креатинина и случаев дисфункции почечного трансплантата у реципиентов не выявлено.

**Заключение:** Коронарная ангиопластика со стентированием является эффективным и безопасным методом лечения ИБС у пациентов после ТП. При этом функция почечного трансплантата в ближайшем и отдаленном периодах не страдает.