

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

Акчурин Р.С., Имаев Т.Э., Османов М.Р., Лепилин П.М., Марголина А.А., Дзевлинская Е.В., Комлев А.Е., Никонова М.Э.

Отдел сердечно-сосудистой хирургии НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Актуальность. Транскатетерные имплантации аортального клапана в последнее время становятся методом выбора в лечении клапанного стеноза устья аорты, особенно у пациентов высокого хирургического риска.

Цель работы. Оценить непосредственные результаты применения данных технологий в хирургии аортального клапана.

Материал и методы: за период с февраля 2010 года по октябрь 2010 года в отделе сердечно-сосудистой хирургии выполнено 13 процедур транскатетерной имплантации аортального клапана (в т.ч. в 1 случае у больной, ранее перенесшей протезирование митрального клапана и коронарное шунтирование. Средний возраст пациентов составил 78 ± 3 лет. У всех пациентов имелся стеноз устья аорты тяжелой степени. По данным ЭХО-КГ средний градиент систолического давления (ГСД) на аортальном клапане до операции составил $76,3 \pm 22,5$ мм.рт.ст. ($102-62$ мм.рт.ст) Все больные находились в III-IV функциональном классе НК по NYHA. Риск традиционного хирургического вмешательства по EuroSCORE $>20\%$, STS $>10\%$. Всем больным имплантировали биологический клапана Edwards Sapien valve (Edwards Lifesciences, США). У 5 пациентов имплантация выполнялась с использованием трансфеморального доступа, у 8 больных в связи с выраженными атеросклеротическими изменениями подвздошных и бедренных артерий был использован транспикальный доступ.

Результаты. Интраоперационная летальность составила 7,6%, 1 пациентка погибла в результате массивной кровопотери с развитием геморрагического шока. 30 дневная летальность составила 7,6% 1 больной погиб на 4 сутки от острой сердечной недостаточности. У 11 больных осложнений не было, средний градиент давления на протезе аортального клапана после операции составил $9,6 \pm 5,5$ мм рт. ст. Средняя кровопотеря составила около 250 мл. Все больные в группе транспикальной имплантации протеза аортального клапана были экстубированы в течении 12 часов после оперативного вмешательства. Продолжительность госпитализации не превышала 7 дней.

Выводы: Транскатетерная имплантация протезов аортального клапана сердца может быть с успехом применена для хирургической коррекции критического аортального стеноза у больных с высоким риском операции на открытом сердце, являясь реальной альтернативой традиционному протезированию аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.

СТЕНТИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Араблинский А.В., Ковалев Ю.А., Терехин С.А. Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Департамент здравоохранения г. Москвы Кафедра терапии и подростковой медицины ГОУ ДПО РМАПО, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить результаты стентирования внутренних сонных артерий (ВСА) у больных с тяжелым течением ИБС и многососудистым поражением венечного русла.

Материал и методы. В период 2008–2010 года 18 больным имплантировано 20 стентов в ВСА. Возраст больных колебался от 48 до 78 лет, средний возраст составил $68,9 \pm 4,5$ лет. Большинство больных были мужского пола 11 (73%). Все пациенты были с симптомными стенозами ВСА более 70%. У 2 больных было билатеральное поражение ВСА. Все пациенты были с многососудистым поражением коронарного русла, у 6 (33%) больных стеноз ствола более 50%, поражение артерий нижних конечностей у 8 (44%) больных. В анамнезе у 11 (61%) больных инфаркт миокарда, у 3 (17%) больных стентирование коронарных артерий, у 1 больного эндартерэктомия из ВСА. У 14 (78%) больных отмечалась стенокардия напряжения III-IV функционального класса, при этом четверым больным планировалась эндартерэктомия из ВСА, однако на вводимом наркозе у них отмечались признаки острой ишемии миокарда, что явилось причиной отказа от дальнейшего хирургического вмешательства. Одному пациенту стентирование проводили по поводу рестеноза после эндартерэктомии.

Во всех случаях использовали систему защиты от дистальной эмболии FilterWire и самораскрывающиеся стенты Carotid Wallstent (Boston Scientific). Все вмешательства проводили через бедренный доступ. За 3 дня до процедуры назначали плавикс в дозе 75 мг в сутки и аспирин 100 мг в сутки.

Результаты. Во всех случаях был достигнут хороший технический и клинический эффекты стентирования ВСА. Случаев летального исхода,

«большого» инсульта, транзиторной ишемической атаки отмечено не было. У 1 больного наблюдалась стойкая гипотония в течение одних суток, которая потребовала введения адреномиметиков. Все пациенты были выписаны в пределах одной недели после вмешательства. Отдаленные результаты (от 6 до 24 месяцев) прослежены у всех больных. Ни один из пролеченных больных не умер и не перенес инсульт.

Заключение. у больных с тяжелым течением ИБС и многососудистым поражением венечного русла стентирование является эффективным и безопасным методом лечения симптомного атеросклеротического поражения ВСА, при этом у наиболее тяжелого контингента больных данная методика может оказаться единственной возможностью предупреждения ишемического инсульта.

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Араблинский А.В., Хайрутдинов Е.Р., Танхилевич Б.М.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Департамент здравоохранения г. Москвы
Кафедра терапии и подростковой медицины ГОУ ДПО РМАПО, Москва, Россия

Введение. Лечение больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST является одной из важнейших проблем неотложной кардиологии. Представлены результаты проведения реперфузионной терапии с использованием фибрилитического и рентгенохирургического методов лечения у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. С января 2008 по октябрь 2010 года 452 больным выполнено 621 эндоваскулярное вмешательство. Средний возраст составил 68,21±8,3 лет, колебался от 29 до 85 лет. Преобладали пациенты мужского пола 347 (76,7%). Среди факторов риска выделяли артериальную гипертензию 354 (78,3%), гиперхолестеринемию 311 (68,8%) и курение 302 (66,8%). Сахарный диабет отмечали у 81 (18%) больного. 163 (36%) больных перенесли в анамнезе инфаркт миокарда. Наиболее часто инфаркт-ответственной артерией являлась передняя нисходящая артерия 232 (51,3%). В подавляющем большинстве случаев чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) завершалось имплантацией стента.

Больные были разделены на 3 группы. 1 группу (первичное ЧКВ) составили 123 пациента (27,2%), которым проводили лечение в сроки до 12 часов от начала ангинозных болей. 2 группу составили 214 больных (47,3%), которым первично проводили тромболитическую терапию (ТЛТ): 122 пациентам на догоспи-

тальном этапе и 92 больным на госпитальном этапе. В зависимости от результата ТЛТ больные были разделены на 2 подгруппы: 2-а подгруппа — 163 больных (76,6%) с успешным тромболизом, 2-б подгруппа — 51 больной (23,3%) с безуспешным тромболизом. Вторым этапом проводилось эндоваскулярное лечение, в группе 2-а в сроки от 6 до 24 часов после начала ТЛТ («фармакоинвазивная» стратегия), в группе 2-б в сроки от 2 до 3 часов после начала ТЛТ («спасительное» ЧКВ). В 3 группу вошли 115 больных (25,4%), которым первично проводилась ТЛТ и была достигнута реперфузия инфаркт-ответственной артерии, эндоваскулярное лечение проводилось в случае возврата стенокардии или положительного результата нагрузочного тестирования. Высокая доля больных с внутригоспитальной ТЛТ объясняется постепенным внедрением круглосуточного режима работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех составил 93,9%. Выполнение коронарного вмешательства в подавляющем большинстве случаев обусловило стабилизацию клинического состояния: прекращение эпизодов ишемии миокарда и стабилизацию гемодинамики. Общая летальность за время госпитализации составила 15 (3,3%) случаев и в зависимости от тактики лечения, составила в группах больных: 1 группа — 6 (4,8%) случаев, 2-а группа — 3 (1,8%) случая, 2-б группа — 3 (6,0%) случая и 3 группа — 3 (2,6%) случая, соответственно. Факторами риска госпитальной летальности были: позднее выполнение эндоваскулярного вмешательства, кардиогенный шок, окклюзия второго венечного сосуда, многососудистое поражение коронарного русла, снижение ФВ<40%, передняя локализация инфаркта миокарда. В большинстве случаев непосредственной причиной смерти являлась острая сердечная недостаточность на фоне снижения сократительной способности миокарда левого желудочка.

Вывод: Фармакоинвазивная стратегия является эффективным и безопасным методом лечения пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Араблинский А.В., Хайрутдинов Е.Р.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Департамент здравоохранения г. Москвы
Кафедра терапии и подростковой медицины ГОУ ДПО РМАПО, Москва, Россия