

в плане подготовки к аорто-коронарному шунтированию. У 8 (12,3%) пациентов ангиопластика позвоночных артерий была выполнена одновременно со стентированием сонных артерий. 62 (95,4%) пациентам стенты были имплантированы в устьевые и приустьевые отделы, 3 (4,6%) больным стенты были имплантированы в интракраниальные сегменты позвоночных артерий. У 3 (4%) пациентов ангиопластике подверглись гипоплазированные ($d < 3\text{ мм}$) вертебральные артерии, оканчивающиеся задней нижней мозжечковой артерией (ЗНМА).

Результаты: Ангиографический эффект достигнут в 100%. Летальность составила 1,5%: у 1 больного острый тромбоз стента (в первые сутки) в устьевом отделе правой позвоночной артерии, на КТ сканах определялся инфаркт правого полушария мозжечка. У больных с ишемической болезнью сердца (21 пациент), которым после стентирования позвоночных артерий были выполнены вмешательства на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения, во время операции и в раннем постоперационном периоде нарушений мозгового кровообращения (НМК) в вертебробазилярном бассейне отмечено не было.

Контрольная ангиография проводилась 24 (37%) больным в сроки от 3 мес. до 8 мес. после ангиопластики. Повторной имплантации стентов не потребовалось ни одному больному. 2 (8,3%) пациентам выполнена баллонная ангиопластика выраженных рестенозов, у 1 (4%) больного возникла окклюзия в стенте, не приведшая к грубым неврологическим расстройствам.

Выводы: эндоваскулярное стентирование позвоночных артерий – это эффективный и достаточно безопасный метод лечения. У больных, которым планируется проведение вмешательства на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения, стентирование позвоночных артерий эффективно предотвращает развитие НМК во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Мы считаем, что с целью определения показаний для стентирования поражённой позвоночной артерии при интактной второй необходимо проводить объективные методы диагностики, которые позволяют оценить перфузионный резерв головного мозга.

ВЛИЯНИЕ ДАВЛЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ НА РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

А.Н. Федорченко, А.В. Протопопов, А.Г. Осиев,
Р.С. Тупикин, А.Ю. Бухтояров, М.Г. Шматов,
К.О. Лясковский, Д.А. Корж, О.С. Волколуп,
А.А. Усачев, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина
(Краснодар, Красноярск, Новосибирск)

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты коронарного стентирования у больных с использованием тактики высокого давления.

Материалы и методы: В исследование вошли 934 пациента с клинически значимым поражением коронарного русла. Больные были разделены на группы дилатации стентов низким давлением (8-13 атмосфер) 466 пациентов и высоким давлением (15-20 атмосфер) 468 пациентов. Имплантировались стенты, наиболее широко используемые нами в повседневной практике – Multi Link stent, Flex Master F1 (Abbot Vascular). Под «высоким» давлением подразумевали давление имплантации в пределах 15-20 атмосфер. «Низкое» давление имплантации определялось, как давление от 8 до 13 атмосфер для безопасного выполнения дилатации, в соответствии с давлением разрыва баллонного катетера.

Результаты: У больных, включенных в исследование, во время стентирования не отмечалось перфорации коронарных артерий или других жизнеугрожающих осложнений. В течение 30-дневного наблюдения неблагоприятные побочные события (осложнения) составили 2,8% для группы высокого давления и 3,0% для группы низкого давления. Пациенты без побочных неблагоприятных событий (осложнений) в течение первых 30 дней наблюдения определялись для дальнейшего изучения отдаленных результатов в течение 6 месяцев. Такому исследованию, с выполнением контрольной коронарографии были подвергнуты 372 (83%) больных из группы высокого давления и 370 (82,2%) больных из группы низкого давления. Частота рестенозов в группе высокого давления составила 30,4%, а в группе низкого давления 31,4%, однако частота тотальных окклюзий стентированных сегментов коронарных артерий в группе высокого давления была 3,8%, тогда как в группе низкого давления 5,9%. В течение 1 года наблюдений, основные клинические параметры не достигали статистической разницы между двумя группами, сочетанный показатель, включающий отсутствие Q-ИМ и повторных вмешательств у больных группы высокого давления составил 78,8%, в группе низкого давления 75,5%. Повторные ЧКВ были выполнены у 67 (14,3%) больных из группы высокого давления и 78 (16,7%) больным в группе низкого давления.

Заключение: Частота тромбозов стентов в течение 30 дней после вмешательства в группах низкого и высокого давления достоверно не отличается. Частота ранних осложнений (смерть, Q-ИМ, повторные реваскуляризации) также сопоставима между группами с разным давлением имплантации стентов.

Исследование группы высокого давления при стентировании пораженных коронарных артерий выявило положительные тенденции в клинических исходах при наблюдении отдаленных

результатов вмешательств в течение 1 года, хотя и без достижения достоверной статистической разницы.

Выполнение вмешательства требует от рентгенохирурга гибкости исполнения, своевременной оценки динамично развивающейся ситуации, применение широкого спектра значений давления в баллонном катетере, на основе накопленного опыта выполненных вмешательств и в зависимости от характера поражения коронарных артерий.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕННОГО ФАКТОРА КЛИНИКИ ОИМ НА ФРАКЦИЮ ВЫБРОСА ЛЖ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА МЕТОДОМ ЧТКА

А.Н. Федорченко, Р.С. Тупикин, К.О. Лясковский, Д.А. Корж, М.Г. Шматов, А.А. Усачев, О.С. Волколуп, А.Ю. Бухтояров, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина, Л.К. Круберг Краснодар

Цель исследования: оценить влияние фактора времени между возникновением клиники острого инфаркта миокарда (ОИМ) и выполнением эндоваскулярного вмешательства на изменение сократимости миокарда в раннем послеоперационном и отдаленном периоде.

Материал и методы: Начиная с февраля 2006 года, через отделение рентгенохирургии в экстренном порядке прошло 1109 пациентов. Всем им была выполнена коронарография (КАГ).

Клинические и лабораторно-инструментальные признаки ОИМ имелись у 710 (64%) больных, клиника ОКС у 399 (36%) больных. Среди больных с ОИМ 102 (14,4%) пациентам проведены консервативная терапия и тромболизис, 28 (4%) пациентам выполнено аорто-коронарное шунтирование (АКШ), 580 (81,6%) – экстренная чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТКА).

Для данного исследования было отобрано 3 группы по 50 больных, которым проводилась экстренная ЧТКА одной «инфаркт-связанной» артерии в сроки до 6 часов (1-я группа), 6-12 часов (2-я группа) и более 12 часов (3-я группа). Всем больным проводилась ЭХО-КС до вмешательства, после вмешательства в раннем послеоперационном периоде и во время планового осмотра в поликлинике в период 1-1,5 мес. после выписки из стационара.

Результаты: До вмешательства ФВ варьировала: в первой группе от 35 до 48 (в среднем $41,6 \pm 4,2$), во второй группе от 30 до 55 (в среднем $43,9 \pm 5,1$), в третьей группе от 20 до 48 (в среднем $39,5 \pm 5,8$). Длительность госпитализации варьировала от 3 до 19 дней, в среднем составила 7 дней. На момент выписки, после вмешательства, ФВ варьировала: в первой группе от 38 до 55 (в среднем $49 \pm 4,7$), во второй группе от 30 до 55 (в среднем $46,9 \pm 4,2$), в третьей группе

от 34 до 52 (в среднем $43,8 \pm 5,6$). Увеличение фракции выброса на момент выписки из стационара в первой группе составило в среднем на $7,4 \pm 1,2$ (17,8%), во второй группе $3 \pm 0,9$ (6,8%), в третьей группе $4,3 \pm 1$ (10,8%) от первоначальных показателей. Во время планового осмотра через 1-1,5 месяца в первой группе больных фракция выброса по данным ЭХО-КС варьирует от 38 до 56 (в среднем $53,3 \pm 3,3$), во второй группе от 34 до 57 (в среднем $49,6 \pm 4,7$) и в третьей группе от 38 до 59 (в среднем $49,7 \pm 2,1$) соответственно. Фракция выброса через 1-1,5 месяца в первой группе увеличилась в среднем на $4,3 \pm 0,7$ (8,8%), во второй группе $2,7 \pm 0,6$ (5,8%), в третьей группе $2,9 \pm 0,7$ (6,6%) по сравнению с показателями на момент выписки.

Выводы: Проведение реваскуляризации миокарда методом ЧТКА в экстренном порядке в возможно более ранние сроки от начала развития клиники (до 6 часов) позволяет минимизировать последствия острого инфаркта миокарда и обеспечивает лучшую сократительную способность миокарда в раннем послеоперационном периоде. В отдаленном периоде (1-1,5 месяца) разница в показателях ЭХО-КС групп исследованных больных не достоверна.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОИМ

А.Н. Федорченко, Р.С. Тупикин, А.Ю. Бухтояров, М.Г. Шматов, К.О. Лясковский, Д.А. Корж, О.С. Волколуп, А.А. Усачев, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина (Краснодар)

Цель исследования: анализ результатов стентирования у больных с ОИМ.

Материал и методы: С февраля 2006 года по декабрь 2007 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения была оказана помощь 1109 больным с диагнозом ОКС или ОИМ. Из них, больных с ОКС 399 (36%), пациентов с ОИМ – 710 (64%). Возраст больных составил от 30 до 70 лет (средний 54 года ± 5 лет). Мужчин было 89%, женщин – 11%. Всем пациентам была выполнена КАГ. У 155 больных (13,9%) коронарные сосуды были с минимальным поражением, требовавшие консервативного лечения и динамического наблюдения. 189 пациентам (17%) с ОКС и ОИМ было проведено АКШ. 85 (12%) больным с ОИМ выполнялся тромболизис и/или многокомпонентная консервативная терапия ОИМ.

712 больным (64,2%) было проведено рентгенэндоваскулярное вмешательство, 580 (81,5%) составили пациенты с ОИМ (из них 86 пациентам с многососудистым поражением выполнено ЧТКА инфаркт – связанной артерии), 132 (18,5%) больных с ОКС.

ЧТКА с имплантацией стента было выполнено 561 (97%) и без имплантации 19 (3%) пациентам с ОИМ. Общее количество имплантированных