

**Результаты.** Непосредственный успех при катетеризации составил 98%. При этом успех катетеризации в первый год освоения доступа составлял 95%, в 5% случаев приходилось переходить на бедренный доступ. С накоплением опыта успех катетеризации, проводимой РД, составил 99%. Основная причина неуспеха — отсутствие пульса в проекции лучевой артерии (ЛА). Значительно в меньшем количестве случаев препятствием для успешного проведения диагностической или интервенционной процедуры являлись анатомические варианты отхождения ЛУ, ее значительная извитость, малый калибр или ее стойкий спазм. Использование гидрофильных проводников, проводников малого калибра (0,014"), интродюсеров с гидрофильным покрытием 5 и 6F, накопление опыта позволило повысить частоту успеха катетеризации. Рутинное применение спазмолитических коктейлей, адекватное местное обезболивание и нейроанальгезия в значительной степени уменьшили вероятность стойкого спазма при катетеризации ЛА. Осложнения при РД, в первую очередь, это окклюзия РА. В первый год окклюзия РА отмечалась в 22% случаев. Переход на интродюсеры с гидрофильным покрытием и рутинное применение гепарина 5000 ед. интраартериально позволило снизить частоту осложнения до 3%. Из 42 пациентов с подострой или хронической окклюзией РА у 28 (67%) удалось провести ретроградную реканализацию РА и использовать ее для повторного доступа. Кровотечения из места пункции, с необходимостью переливания крови за все время не было. Подкожные гематомы отмечены у 5 % больных, в единичных случаях гематома занимала большую часть предплечья. Всего было 3 случая перфорации ЛА и плечевой артерии, с образованием гематом, не требовавших хирургического лечения, 2 случая неврита, с затяжным болевым синдромом, без потери функции руки. Случаев критической ишемии не отмечено. Сроки госпитализации при диагностической КАГ и ангиографии составляли несколько часов, при проведении ЧКВ – 2 суток.

**Заключение.** РД для проведения диагностических и лечебных интервенционных процедур удобен и безопасен. Для внедрения в клиническую практику следует шире практиковать РД, обучать опытных и начинающих интервенционалистов технике и особенностям применения РД.

#### **ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СОХРАНЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Ерошенко А. В., Ерошкин И.А., Ерошенко А.В.  
Филиал №2 ФГУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н.Бурденко МО РФ», Москва, Россия.

**Цель.** Оценить влияние состояния артериального русла после рентгенохирургической реваскуляризации на сохранение конечностей у пациентов с ишемической и нейро-ишемической формой синдрома диабетической стопы (СДС).

**Материал и методы.** 71 пациент (37 мужчин), в возрасте от 30 до 88 лет (средний возраст  $64,4 \pm 10,2$  лет) с СДС на 75 конечностях, которым выполнялись ренгенэндоваскулярные вмешательства на артериях голени и стопы. Гнойно-некротические поражения были представлены преимущественно глубокими инфицированными формами (по классификации Техасского медицинского университета): 1С – 6%; 2С – 41%; 2D – 3%; 3С – 24%; 3D – 27%. Данные изменения в 72% случаев локализовались в области пальцев, в 26% случаев определялось сочетание поражений нескольких зон стопы. После проведения реваскуляризации оценивали сохранение конечностей в течение 12 месяцев без учета летальности.

Оценку характера и тяжести атеросклеротических изменений проводили по финальным ангиограммам по модифицированной методике A.Bollinger et al. (1989) для 12 артериальных сегментов нижней конечности. По результатам оценки определяли суммарный балл поражений артериальных сегментов конечности (СБК), суммарный балл поражения артериальных сегментов голени (СБГ), суммарный балл поражения артериальных сегментов стопы (СБС), а также суммарный балл сегмента конечности «голень-стопа» (СБГС).

Полученные результаты сравнивали для групп пациентов с сохраненными (группа 1) и ампутированными (группа 2) конечностями с использованием U-критерия Манна-Уитни.

По результатам наблюдения в течение 12 месяцев 3 пациента (4 конечности) умерли без достижения заживления язв/ран на стопе и были исключены из исследования. В 5 случаях (7%,  $n=71$ ), несмотря на проведенную реваскуляризацию, была выполнена высокая ампутация конечности, в 66 случаях (93%,  $n=71$ ) конечность была сохранена.

Для группы 1 показатели СБК, СБГ, СБС и СБГС составили  $56,4 \pm 19,8$ ;  $29,4 \pm 11,5$ ;  $15,9 \pm 9,7$  и  $45,3 \pm 17,0$  баллов. Для группы 2 данные показатели были равны  $72,4 \pm 12,3$ ;  $30,8 \pm 10,2$ ;  $27,6 \pm 5,1$  и  $58,4 \pm 8,4$  баллов соответственно.

В группе ампутированных конечностей численные показатели тяжести поражения были выше, однако статистически значимых различий между группами по показателям СБК, СБГ и СБГС не наблюдалось. Различия были выявлены для суммарного балла стопы при  $U=48,0$  и  $p=0,008554$ .

**Заключение.** значимым фактором для сохранения конечностей при ишемической и нейро-ишемической форме синдрома диабетической

стопы является состояние артерий стопы после реваскуляризации.

### **НАШ ОПЫТ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ**

Захаров С.В., Ситько И.Г., Захаров А.С.  
ФГУ «2ЦВКГ им. П.В. Мандрыка»,  
Москва, Россия.

**Цель.** Оценить эффективность стентирования пораженных артерий у больных ишемической болезнью сердца старшей возрастной группы – старше 75 лет.

**Материал и методы.** С ноября 2005 года по ноябрь 2010 года в отделении рентгенохирургии обследовано 146 больных в возрасте старше 75 лет, которым выполнялась коронарография. Признаки острого нарушения коронарного кровообращения (ОКС) наблюдались у 11 больных. У 135 больных отмечалась стабильная стенокардия II – IV функционального класса и различной давности. Стентирование коронарных артерий выполнено у 39 пациентов (48 артерий). Средний возраст пациентов составил  $77 \pm 3$  года. 31 пациент был мужского пола, 8 – женского. Имплантировано стентов с лекарственным покрытием (DES) – 50, без лекарственного покрытия (BMS) – 18. Соотношение стент/пациент составило 1,7. Выполнено 15 реканализаций артерий. Бифуркационное стентирование проводилось у 4 больных. Стентирование ствола выполнено у двух больных. Операция АКШ в анамнезе была у 2 больных. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование выполнялось у 6 пациентов. Все больные получали двойную антиагрегантную терапию по стандартной схеме не менее 12 месяцев. Блокаторы GP IIb/IIIa рецепторов не применялись.

Ангиографический успех вмешательства был достигнут у 37 (95%) больных. В одном случае результат был субоптимальный, связанный с выраженным кальцинозом артерии. Резидуальное сужение около 45%, при выраженном клиническом улучшении. В одном случае реканализовать артерию не удалось. В трех случаях отмечалась диссекция артерии за пределы стента, потребовавшая имплантации дополнительного стента. Тромботических осложнений у пациентов анализируемой группы не наблюдалось. Общая интраоперационная и госпитальная летальность составила 0%.

В отдаленном периоде контрольная коронарография выполнялась только при возобновлении признаков стенокардии или снижении толерантности к физической нагрузке. У одного пациента был выявлен рестеноз BMS стента более 50% и в последующем выполнена имплантация DES стента, у 5 отмечалось прогрессирование атеросклероза в дистальных ветвях коронарных артерий

при проходимости стентов. Состояние остальных больных оценивалось клинически при динамическом наблюдении кардиологом и семейным врачом.

#### **Выводы.**

1. Стентирование коронарных артерий у больных старшей возрастной группы является эффективным и достаточно безопасным методом лечения.
2. Применение стентов с лекарственным покрытием значительно снижает частоту рестенозов и улучшает отдаленный прогноз.
3. Адекватная и длительная двойная антиагрегантная терапия снижает частоту тромбозов при стентировании коронарных артерий

### **ОСОБЕННОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС ПОСЛЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА**

Зырянов И.П., Кузнецов В.А., Бессонов И.С., Семухин М.В., Горбатенко Е.А., Панин А.В., Бухвалов В.А., Сапожников С.С., Прохорихин А.В.  
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»,  
Тюмень, Россия.

**Цель.** Оценить отдаленные результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) после догоспитального тромболиза.

**Материал и методы.** Из 4651 пациента, включенных в «Регистр проведенных операций транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики»® было отобрано 46 пациентов с ОКС, которым в период с апреля 2008 года по апрель 2010 года на догоспитальном этапе проводилась тромболитическая терапия препаратом Метализе®.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $55,7 \pm 1,3$  года, среди них 42 (91,3%) мужчин и 4 (8,7%) женщин. Большинство пациентов были курящие (79,1%), страдающие ожирением (60%), артериальной гипертонией (71,1%). Сахарный диабет был у 4 (8,9%) пациентов. У 11 (24,4%) больных имелся инфаркт миокарда в анамнезе. Среднее время от начала болевого синдрома до проведения тромболитической терапии составило  $110,3 \pm 13,6$  минуты. По данным коронароангиографии у 21 (45,7%) имелось однососудистое, у 9 (19,6%) двухсосудистое, у 16 (34,8%) трехсосудистое поражение коронарного русла. В 19 (41,3%) случаях инфаркт-связанной была передняя нисходящая артерия, в 16 (34,8%) – правая коронарная артерия, в 7 (15,2%) – огибающая артерия, в 2 (4,3%) – ветвь тупого края, в 1 (2,2%) – интермедиарная артерия. В 1 (2,2%) случае инфаркт-связанной артерией был ствол левой коронарной артерии. Среднее время от поступления пациентов в стационар, до проведения ЧКВ составило  $8,7 \pm 0,8$  часа. В 25 (54,3%)