

обструктивная болезнь легких, атеросклероз артерий конечностей, почек или головного мозга). Инфаркт в анамнезе был у 8 (14,3%) пациентов. При коронарографии многососудистые поражения коронарного русла были выявлены в 21,4% (двухсосудистые – 19,6%, трехсосудистые – 1,8%) случаях. Наиболее часто вмешательства проводились на передней межжелудочковой артерии – 29 (51,8%) пациентов. На правой коронарной артерии и огибающей артерии операции были выполнены соответственно в 17 (30,4%) и 10 (17,8%) случаях. Интраоперационно острая АВ-блокада развилась у 2 (3,6%) больных, что потребовало постановки наружного ЭКС. Перед вмешательством на клиничко-связанной артерии все больные получали 600 мг клопидогреля per os. Интраоперационно 3 (5,4%) больным вводился ингибитор IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов «Монафрам». В 98,2% вмешательства выполнялись бедренным доступом с использованием гайд-катетеров 6 или 8F. У 1 (1,8%) больного с окклюзией обеих подвздошных артерий вмешательство выполнялось радиальным доступом.

Результаты. Ангиографический успех был достигнут в 100% случаев, в то время как клинический успех был получен у 98% пациентов. У 2 (3,6%) больных после восстановления кровотока в коронарной артерии развился феномен no-reflow. В послеоперационном периоде у 1 (1,8%) больного развился острый тромбоз в стенте, закончившийся летально. Еще у 2 (3,6%) больных был подострый тромбоз стента, по поводу которого в 1 случае было выполнено успешное повторное вмешательство, во 2 случае больной умер. Таким образом, госпитальная летальность после операций по поводу ОКС составила 3,6%.

Заключение. Полученный первый опыт эндоваскулярных вмешательств по поводу острого коронарного синдрома показал высокую эффективность данного метода. В большинстве случаев эндоваскулярные вмешательства позволяют восстанавливать магистральный кровоток по коронарным артериям с минимальной частотой осложнений.

ИМПЛАНТАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

Малюков М. В., Фетцер Д. В., Анисимов В. В.,
Литвиненко А. А., Огнев П. О.
Областная клиническая больница, Липецк,
Россия.

Введение. Имплантация противоэмболических КАВА-фильтров на данный момент является ведущим методом в предотвращении рецидивов ТЭЛА в случаях острых тромбозов в системе нижней поллой вены. В настоящее время предложено

множество моделей фильтров различных производителей, однако в нашей стране наиболее доступными и распространенными остаются фильтры отечественного производства.

Цель. Оценить интраоперационные результаты имплантации отечественных КАВА-фильтров в профилактике ТЭЛА и ее рецидивов.

Материал и методы. За 5 лет работы в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения нами выполнена имплантация КАВА-фильтра производства «КОМЕД» 91 больному (50 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 20 до 78 лет. Средний возраст — 48 лет. У 49 больных имело место наличие одного или нескольких сопутствующих заболеваний. Одна пациентка была беременна со сроком 30 недель. Среди имплантированных фильтров «РЭПТЭЛА» было 12, «Песочные часы» — 14, «Песочные часы» в модификации «Зонтик» — 47 и в модификации «Челнок» — 18 фильтров. Перед операцией во всех случаях проводилось ангиографическое исследование нижней поллой вены и ее притоков с целью определения локализации эмбологенного тромбоза, в 17 — дополнительно произведена ангиопульмонография для уточнения объема поражения сосудистого русла легких. Показанием к имплантации устройства в 52 случаях была рецидивирующая ТЭЛА, в 35 — флотирующий тромб или окавальный сегмент, осложненный в 16 случаях ТЭЛА. Для имплантации использовался доступ через подключичную или яремную вену.

Результаты. Во всех наблюдениях отмечена успешная имплантация КАВА-фильтра. Осложнения: гематома в месте пункции — 12, тромбоз вены-доступа — 5. Все пациенты были пролечены консервативно. В 3-х случаях имела место эмболия в фильтр с его окклюзией и развитием синдрома нижней поллой вены. Рецидивов ТЭЛА в послеоперационном периоде и госпитальной летальности не было.

Заключение. Современные типы отечественных КАВА-фильтров в полной мере отвечают предъявляемым к подобным устройствам требованиям и обеспечивают эффективную профилактику тромбоэмболии легочной артерии и ее рецидивов. Наибольшим удобством при имплантации обладает КАВА-фильтр «Песочные часы» и его модификации «Зонтик» и «Челнок», что связано с наличием в их структуре центрирующих лучей.

ЯРКИЙ ПРИМЕР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕПЕРFUЗИИ МИОКАРДА В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Мачитидзе Е.Ц., Громов Д.Г., Колединский А.Г.,
Костянов И.Ю., Васильев П.С., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель исследования. Провести оценку 30-ти дневного госпитального течения больных острым Q-образующим инфарктом миокарда после эндоваскулярной реперфузии миокарда в сравнении с консервативной медикаментозной терапией.

Материал и методы. Обследовано 864 пациента с Q-образующим острым инфарктом миокарда (ОИМ), которые в зависимости от тактики лечения, были разделены на 2 группы. 1 группу составили 529 (61,2%) больных, которым, наряду с традиционной медикаментозной терапией, было выполнено 695 лечебных эндоваскулярных процедур в разные сроки заболевания: в 70,3% случаев эндоваскулярное лечение выполнялось в первые 24 часа от начала заболевания, в 29,7% - отсрочено – в сроки от 2 до 21 дня. 2 группу больных составили 335 (38,8%) пациентов, которым проводилась консервативная медикаментозная терапия. По основным клинико-лабораторным и анамнестическим данным группы достоверно не различались.

Результаты. В 1 группе непосредственный ангиографический успех выполненных эндоваскулярных процедур (ЭВП) составил 92,4% (n=489). Среди осложнений, связанных непосредственно с ЭВП, в 21 (4,0 %) случае отмечали тромбоз/реокклюзию инфаркт-ответственной артерии (ИОА) в области вмешательства: в 1 (0,2%) случае в результате рецидива инфаркта миокарда (ИМ) наступила смерть больного, в 8 (1,5%) случаях развился нефатальный рецидив ИМ. Еще у 12 (2,2%) пациентов с затяжным ангинозным приступом и субокклюзией ИОА данных за повреждение миокарда не получено. Всем 20 (3,8%) пациентам с тромбозом ИОА, а также 9 (1,7%) пациентам с клиникой нестабильной стенокардии и угрожающей диссекцией сосуда после первичной ангиопластики проведены успешные повторные ЭВП с восстановлением антеградного кровотока TIMI 3 и последующим неосложненным течением заболевания.

Неосложненное клиническое течение заболевания отмечали у 82,4% (n=436) пациентов 1 группы и 51,0% (n=171) пациента 2 группы ($P<0,05$). В 1 группе достоверно реже наблюдали рецидив стенокардии (4,2% против 15,0%; $P<0,01$) и рецидив ИМ (1,5% против 7,5%; $P<0,05$). Частота развития клинически значимой СН (3-4 кл. по NYHA) была достоверно ниже у больных 1 группы: 9,8% против 15,0%, ($P<0,01$).

По частоте развития некардиальных осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, желудочно-кишечное кровотечение, нарушение мозгового кровообращения) достоверных различий между изученными группами не было.

30-ти дневная общая летальность в 1 группе составила 2,1% против 11,6% во второй группе; кардиальная летальность 1,3% против 10,5% ($P<0,05$). При этом, достоверность различий между группами не зависела от сроков поступления больных в стационар.

Основными причинами 30-ти дневной кардиальной летальности в 1 и во 2 группах соответственно были: кардиогенный шок - 2,0% против 20,0%; разрыв миокарда - 4,0% против 24,0%; рефрактерная ЛЖ недостаточность - 4,0% против 18,0%; нарушения ритма и проводимости - 2,0% против 8,0%.

Заключение. Проведенное исследование убедительно показало, что успешная эндоваскулярная реперфузия при ОИМ способствует значительному улучшению ближайшего прогноза этих пациентов, что заключается в существенном снижении госпитальной летальности, рецидивов ИМ, ликвидации приступов стенокардии и уменьшении частоты развития левожелудочковой недостаточности. При этом, эффект реперфузии наблюдается как у пациентов, которым реперфузия была выполнена в первые часы, так и у пациентов, которым эта процедура выполнялась в более поздние сроки заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОККЛЮЗИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Мельников А.В., Столяров Д.П., Кочкина Т.А., Федченко Я.О., Гавриков П.Г., Кузнецов А.Л., Протопопов А.В.,
Региональный сосудистый центр, Красноярск, Россия.

Цель исследования. Оценка непосредственной эффективности чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с окклюзиями коронарных артерий (ОКА).

Материал и методы. В региональном сосудистом центре города Красноярска в период с января 2008 года по январь 2010 в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДЛ) было обследовано 10855 пациентов, выполнено 3522 ЧКВ. Количество ЧКВ при окклюзиях коронарных артерий с 2008 по 2010 составило 1262.

Результаты. Количество пациентов с окклюзиями коронарных артерий, которым выполнено ЧКВ, в 2008 году составило 610 человек. Из них 259 (42,46%) острых окклюзий коронарных артерий. Хронических окклюзий 351 (57,54%). В 2009 году ЧКВ по поводу окклюзий коронарных артерий 652. Из них 340 (52,15%) при острых окклюзиях коронарных артерий и 312 (47,85%) при хронических окклюзиях коронарных артерий.

Технический успех вмешательств в 2008 году при острых окклюзиях коронарных артерий составил 96,57%. При хронических окклюзиях коронарных артерий (ХОКА) – 83,48%. В 2009 году технический успех при острых окклюзиях коронарных артерий 97,56% при ХОКА – 87,82%. Осложнений при реканализации острых окклюзий коронарных артерий в 2008 году зарегистрирова-