

#479

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕНЕЧНОГО РУСЛА

Калугина Л. С., Урванцева И. А.

БУ ОКД «ЦД и ССХ» (Сургут, Россия)

Цель: оценить эффективность отдаленных результатов эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла в сочетании с хронической окклюзией коронарных артерий (ХОКА).

Методы: в исследование включены 74 пациента (58 мужчин и 16 женщин), средний возраст которых составил 53 года. За период с 01.01.2012 по 31.12.2012 года в условиях БУ ХМАО-ЮГРЫ ОКД «ЦД и ССХ» им выполнялось эндоваскулярное вмешательство по поводу ХОКА. В отдаленные сроки (40,1±17,3 месяцев) повторно обследовано 61 пациент, остальные 14 пациентов были опрошены по телефону или осмотрены амбулаторно. Отдаленные результаты вмешательства считались удовлетворительными в случае отсутствия: основных сердечно-сосудистых осложнений, рецидива или прогрессирования клиники стенокардии, а также имели положительный прирост толерантности к физическим нагрузкам. По данным КАГ оценен ангиографический результат, необходимость в повторной реваскуляризации миокарда.

Результаты: общая выживаемость в отдаленном периоде составила 97,3% (72 пациента) – 1 пациент умер вследствие декомпенсации по сопутствующему заболеванию (сансег мочевого пузыря) через 16 месяцев наблюдения. В другом случае, по данным вскрытия, причиной смерти послужил повторный трансмуральный ИМ в результате окклюзии стента ПМКВ. Частота развития Q-ИМ диагностирована у 2 пациентов (2,7%), у одного пациента в области ранее не стентированного пораненного стеноза, у второго пациента – окклюзия стента, прогрессирование атеросклеротического процесса в других венечных артериях. Клинику нестабильной стенокардии наблюдали у 4 (5,5%) пациентов, клинику стенокардии напряжения I-III ФК – у 18 (24%) пациентов. Велоэргометрия выполнена 56 пациентам. У подавляющего большинства критерием прекращения нагрузки послужило достижение субмаксимальной ЧСС без проявления во время исследования стенокардии и/или ишемических изменений на ЭКГ. В среднем показатель толерантности к физической нагрузке возрос с 64±10 Вт до 118±34 Вт. По данным эхокардиографии отмечается прирост ФВ ЛЖ 57,9±6,5 до 60,7±8,2. Ангиографическое исследование выполнено у всех прошедших контрольное обследование пациентов. Ресектоз выявлен у 14 (18,9%) пациентов, средний процент составил 55±29%. Коррекция результата путем повторных вмешательств проведена у 5 (6,7%) пациентов. Прогрессирование атеросклеротического процесса до гемодинамически значимого отмечалось у 28 (37,8%) пациентов. Средний процент составил 60,9±25%. Потребность в проведении ЧКВ – 11 (14,8%) больных, количество имплантированных стентов 1,46±0,66, в проведении АКШ – у 9 (10,8%) пациентов.

Выводы: у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла в сочетании с ХОКА отдаленные результаты эндоваскулярного лечения показали низкую частоту развития основных сердечно-сосудистых осложнений, высокую клиническую эффективность, хороший ангиографический результат.

#508

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИИ АОРТО-ПОДВАЗДНОГО СЕГМЕНТА

Чернявский М. А., Чернов А. В., Жердев Н. Н., Жуков Д. В., Чернова Д. В.

ФГБУ НМИЦ имени В.А. Алмазова (Санкт-Петербург, Россия)

Цель: оценить непосредственные и ближайшие результаты эндоваскулярного лечения пациентов с окклюзиями аорто-подвздошного сегмента.

Материалы и методы: за 2017 год на базе Отдела сосудистой и интервенционной хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» в условиях гибридной операционной, оборудованной ангиографической системой Artis Zeego Siemens, оперировано 44 пациента с хронической ишемией нижних конечностей, обусловленной окклюзирующими поражениями аорто-подвздошного сегмента. Средний возраст пациентов составил 64,46 ± 3,2 лет, мужчин – 32 (72,7%), женщин – 12 (27,2%). Распределение по степени тяжести хронической ишемии по классификации Fonteyna: Покровского: IIB стадия выявлена у 35 больных (79,5%), III стадия – у 6 человек (13,6%), IV стадия – у 3 человека (6,8%). У всех пациентов отмечается наличие совокупности нескольких факторов риска атеросклероза: гипертоническая болезнь 2-3й стадий у 44 человек (100%), ишемическая болезнь сердца 2 функционального класса (по классификации NYHA) у 20 (45,4%) пациентов, сахарный диабет в анамнезе – у 7 человек. Всем пациентам перед операцией выполнялось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), мультипланарная компьютерная томография аорты и артерий нижних конечностей с контрастированием (МСКТ-ангиография). Окклюзия терминального отдела аорты и подвздошных артерий выявлены у 15 (9,5%) пациентов, окклюзия общей (ОПА) и наружной (НПА) подвздошных артерий – 22 (50,0%), окклюзия обеих ОПА – 6 (13,6%), остальные поражения (20,5%) представляли изолированными унilaterальными окклюзиями ОПА или НПА. Для оценки первичной проходимости артерий после реканализации и ангиопластики со стентированием непосредственно после операции и через 3-6 месяцев выполнялись контрольные МСКТ-ангиография и УЗИ артерий нижних конечностей.

Результаты: во всех случаях эндоваскулярное лечение включало в себя реканализацию окклюзий подвздошных артерий жесткими гидрофильными проводниками с последующей баллонной ангиопластикой и стентированием. В 50% случаев реканализация осуществлялась ретроградно, в 29,4% случаев – антеградно через контралатеральную общую бедренную артерию. В 15,9% случаев была выполнена реканализация через обе ОПА с использованием методики «Kissing» при окклюзиях терминального отдела аорты и обеих подвздошных артерий. У одного пациента с двусторонним поражением ОПА не удалось выполнить реканализацию в связи с выраженным кальцинозом. Непосредственный технический успех в представленной группе пациентов составил 97%. Первичная проходимость реконструированных сегментов через 3-6 месяцев достигнута в 100%. Повышение ЛПИ в среднем на 0,55 ± 0,13. Интраоперационных осложнений не выявлено. Средний послеоперационный койко-день составил 2,1 ± 0,1 суток.

Выводы: наш опыт показывает безопасность и эффективность эндоваскулярного лечения атеросклеротического поражения аорто-подвздошного сегмента вне зависимости от характера и протяженности окклюзии и является альтернативой открытому хирургическому лечению.

#546

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ТИПОВ C И D ПО КЛАССИФИКАЦИИ TASC II

Папоян С. А.¹, Щеголев А. А.², Радченко А. Н.¹, Мугаев М. М.², Красников А. П.¹, Сазонов М. Ю.¹¹ФБУЗ ГБУ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ; ²ФНМИЦ имени Н.И. Пирогова (Москва, Россия)

Актуальность: Эндоваскулярные вмешательства (реканализация поверхностной бедренной артерии и ее стентирование) – минимально инвазивный способ лечения, позволяющий рассматривать его как альтернативу бедренно-подколенному шунтированию у большинства пациентов с атеросклеротическим поражением поверхностной бедренной артерии

Цель: Оценить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения больных с атеросклеротическим поражением поверхностной бедренной артерии по типу C и D по классификации TASC II.

Материал и методы: С июля 2013 года по сентябрь 2015г. в отделении сосудистой хирургии ГБУ им. Ф.И. Иноземцева 89 пациентам выполнена реканализация и баллонная ангиопластика и/или стентирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). Средний возраст пациентов составил 64,6±8,8 лет. Мужчин 55 (61,8%) женщин 34 (38,2%). По степени хронической ишемии пациенты распределялись в соответствии с классификацией Fonteyna–Покровского: у 61 (68,5%) 2Б стадия, 13 (14,6%) – 3 стадия, 15 (16,9%) – 4 стадия. Все пациенты страдали гипертонической болезнью 2–3й степени. ИБС у 48 (53,9%) пациентов, 6 (6,7%) перенесли стентирование коронарных артерий. Мерцательная аритмия у 23 (25,8%). Сахарный диабет у 21 (23,6%). Инфаркт головного мозга в анамнезе у 12 (13,5%). По TASCII распределены были по типу C и D. Тип C – 61 (68,5%) пациента, тип D – 28 (31,5%) пациента. Протяженность окклюзии ПБА составляла от 10 до 28 см, со средним значением 18±2см. Перед операцией среднее значение ЛПИ составляло 0,4.

Результаты: Технический успех процедуры был достигнут у 59 (96,7%) пациентов с типом C и у 26 (92,9%) с типом D. 66 (74,2%) пациентам выполнена баллонная ангиопластика ПБА без установки стента. 23 (25,8%) пациентам выполнена имплантация самораскрывающегося стента в ПБА с последующей постдилатацией. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 2–4 лет. Первичная проходимость через год составила 85%, через 2 года 80%, через 3 года 71%. Вторичная проходимость через 3 года составила 95,3%. Сохранить конечность удалось через год 94%, через 2 и 3 года сохранность конечности также составила 94%. Кумулятивная выживаемость через год составила 94%, через 2 года 93%, через 3 года 85%. **Выводы:** Наш опыт, как и данные литературы, говорит о возможности эндоваскулярной хирургии при лечении пациентов с поражением по типу C и D и позволяет достичь хороших непосредственных результатов. Эндоваскулярные методы вмешательства позволяют рекомендовать ангиопластику и/или стентирование ПБА как один из первых методов выбора лечения при поражении C типа и D типа по TASC II, при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей, с оставлением на дальнейшую перспективу на повторное эндоваскулярное вмешательство или для открытых реконструктивных операций.

#605

ПРИМЕНЕНИЕ БИОРЕЗОРБИРУЕМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА ABSORB (ABBOTT VASCULAR) ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Абдуллин З. М., Хубулава Г. Г., Козлов К. Л., Шишкевич А. Н., Олексюк И. Б., Михайлов С. С., Волков О. О., Бобровская Е. Е.

ВМА (Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: Определить возможность и безопасность применения биорезорбируемого сосудистого каркаса (БСК) при бифуркационных поражениях коронарных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: В первой клинике хирургии (усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. П.А. Куришова выполнена коррекция бифуркационных поражений коронарных артерий 12 (9 мужчин и 3 женщины) пациентам в возрасте от 63 до 90 лет (средний возраст 74,1±20 лет) при помощи БСК Absorb (Abbott Vasc., США). Все пациенты поступили в стационар в стабильном состоянии в плановом порядке. Тип бифуркационного поражения определялся по классификации Medina. По данным коронарографии, тип 1.1.0 диагностирован у 8 (66,6%) больных, тип 1.0.0 – у 4 (33,3%) пациентов. В 6 (50%) случаях бифуркационное поражение имело место в передней нисходящей артерии, в 2 (16,6%) в отходящей и в 4 (33,3%) случаях в правой коронарной артерии. Всем пациентам применялась методика провизорного Т-стентирования. Имплантация стентов проводилась по рекомендованной методике, с проведением обязательной преддилатации пораженного участка по принципу «размер-в-размер», и последующим поэтапным раскрытием стента по 2 атм. каждые 5 секунд. Образовавшиеся в 10% случаев после выполнения преддилатации диссекции были полностью корригированы имплантированными в последующем БСК. Среднее давление имплантации стента составило 12-14 атм. с последующей постдилатацией некомплансанными баллонами для более полной опозиции балок стента к стенке коронарной артерии. Дилатация боковой ветви выполнялась баллонным катетером диаметром не более 2,0 мм. Преимущественно использовался радиальный доступ.

Результат: Во время операции, в раннем и позднем послеоперационном периоде летальных исходов зафиксировано не было. У всех оперированных больных был достигнут оптимальный ангиографический результат с восстановлением коронарного кровотока (TIMI III). На фоне проводимой двойной антиагрегантной терапии не выявлены ни одно случая осложнений больших и малых кровотоков.

Выводы: Использование биорезорбируемого сосудистого каркаса при бифуркационных поражениях коронарных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста является высокоэффективным и безопасным методом лечения с хорошим непосредственным и средне-отдаленным результатом, при условии выполнения преддилатации по принципу «размер-в-размер», так же при достаточном опыте клиники имплантации БСК и лечения бифуркационных поражений.