

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ СООННЫХ АРТЕРИЙ

АРАБЛИНСКИЙ А.В., ФРАНЦЕВИЧ А.М., ЛОГВИНЕНКО Р.Л.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

Кафедра терапии и подростковой медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО
alexar-card@mail.ru

Цель исследования: Оценить непосредственные результаты стентирования у больных с симптомным стенозом внутренней сонной артерии (ВСА).

Материал и методы: В период 2008–2018 гг. 112 больным было имплантировано 116 стентов в ВСА. Четверым пациентам провели поэтапное стентирование обеих ВСА. Возраст больных колебался от 44 до 82 лет, средний возраст составил 68,5±4,3 лет. Подавляющее большинство больных были мужского пола 88 (78,5%). Все пациенты были с симптомными стенозами ВСА более 70% (средняя степень 87,2±6,5%), бессимптомный стеноз до 70% или окклюзию контрлатеральной ВСА отмечали у 24 и 20 больных, соответственно. Большинство пациентов 91 (81%) были с многососудистым поражением коронарного русла, стеноз главного ствола левой коронарной артерии более 50% выявляли у 26 (23%) больных. В анамнезе инфаркт миокарда отмечен у 63 (56%) больных. У большинства больных 72 (64%) наблюдали клиническую картину стенокардии напряжения II–III функционального класса по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества. 14 больным стентирование выполняли по поводу выявленного рестеноза после ранее выполненной эндартерэктомии.

Во всех случаях имплантации стента использовали систему дистальной защиты от эмболии и различные типы самораскрывающихся стентов. В большинстве случаев использовали бедренный доступ, у 16 больных — лучевой доступ. За 3 дня до процедуры назначали клопидогрель в дозе 75 мг в сутки и аспирин 125 мг в сутки.

Результаты: Во всех случаях был достигнут хороший технический и клинический эффекты стентирования ВСА. Случаев развития летального исхода, «большого» инсульта, острого инфаркта миокарда отмечено не было. У одного больного отмечали транзиторную ишемическую атаку. У 4 больных наблюдалась стойкая гипотония в течение одних суток, которая потребовала введения симпатомиметиков. Все пациенты были выписаны в пределах одной недели после вмешательства. В течение 30 дней после вмешательства сердечно-сосудистых осложнений также не отмечали.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности выполнения стентирования у больных с симптомным поражением ВСА. Данный метод лечения может рассматриваться как метод выбора у пациентов высокого хирургического риска, в частности, с многососудистым поражением венечного русла.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГОЛОВАНЕВ К.Е.¹, КУЛАКОВА А.Л.², ПРОТАСОВ А.В.²

¹ Федеральное медико-биологическое агентство, Клиническая больница №85, Москва

² Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва
sable@ro.ru

Актуальность проблемы. Варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей с поражением большой и малой подкожных вен составляет около 30–40% в структуре патологий венозной системы. Кроссэктомия с инверсионным стриппингом несостоятельной подкожной вены и минифлебэктомия притоков были основными методами лечения до появления эндоваскулярных методов лечения. Радиочастотная абляция (РЧА) вен нижних конечностей является тепловым эндоваскулярным методом лечения, альтернативным флебэктомии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 человека обоих полов (44% женщин, 56% мужчин), возрастом от 24 до 81 года. Клиническая стадия варикозной болезни определялась с использованием С-компонента международной классификации CEAP (1994 г.). Больные распределились следующим образом: 83%-С2, 11%-С3, 6%-С4. Всем больным в предоперационном периоде проведено УЗДГ-исследование с целью определения несостоятельности клапанного аппарата вен, на предмет наличия вено-венозных рефлюксов, для оценки диаметра подкожных вен. Интраоперационное УЗДГ является неотъемлемой частью операции при проведении РЧА. Согласно стандартному протоколу операции с использованием аппарата VNUS Closure (VNUS Medical Technologies, Сан-Хосе, Калифорния), на прилежащий к сафено-фemorальному соустью сегмент вены необходимо оказывать два цикла лечения, на остальные сегменты вены — один. Однако при диаметре подкожной вены от 8 мм до 12 мм двух циклов лечения может быть недостаточно. 18,5 % (n=10) больным проведена модифицированная методика РЧА: на сафено-фemorальный сегмент оказано три цикла лечения, на последующий — два, на остальные — один цикл. 1,8 % (n=1) на сафено-фemorальное соустье оказано четыре цикла лечения. В раннем и позднем послеоперационном периоде для контроля степени индуцированного тепло-тромбообразования проводилось контрольное УЗДГ вен.

Результаты. При диаметре подкожной вены от 8 мм до 12 мм оправдано применение трехциклового РЧА. Проведение четырех циклов лечения может привести к появлению флотирующего тромба культы большой подкожной вены (БПВ).

Выводы. Метод РЧА является эффективным при лечении ВБ нижних конечностей. Количество циклов лечения, оказываемых на сегмент вены, зависит от диаметра последней. При диаметре вены свыше 8 мм оправдано проведение трех циклов лечения.