

Роль мультиспиральной компьютерной томографии в планировании TAVI у пациентов с аортальным стенозом

А.Н. Попова^{1,2}, К.А. Лашевич¹

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия
E-mail: popovaanastasia118@gmail.com

Актуальность

Аортальный стеноз – порок сердца, характеризующийся деформацией створок и/или сужением клапанного отверстия. Транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК/TAVI) была разработана в качестве минимально инвазивного хирургического вмешательства для лечения тяжелого аортального стеноза у пациентов с высоким риском хирургических осложнений. Одним из ключевых факторов успеха данного вмешательства является предоперационное планирование, в котором мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) играет важнейшую роль.

Цель

Определение роли МСКТ в оценке технической возможности выполнения TAVI на основании анализа данных, полученных по результатам проведенных исследований.

Материалы и методы

Ретроспективный отбор 100 пациентов в возрасте от 63 до 88 лет с тяжелым аортальным стенозом, которым планировалось проведение TAVI. Пациентам проводилось КТ исследование аорты с использованием ЭКГ-синхронизации и внутривенного болюсного введения контрастного препарата. С помощью программы CaScoring были определены степени кальцификации аортального клапана с определением ее распространенности, измерены максимальный и минимальный диаметры фиброзного кольца аортального клапана (ФК АК) и выводного тракта левого желудочка, а также высота устьев коронарных артерий и минимальные диаметры артерий нижних конечностей.

Результат

К проведению TAVI было рекомендовано 68 (68%), не рекомендовано – 32 (32%). В группе пациентов, которым было отказано в TAVI по результатам КТ, у 16 (50%) был выявлен выраженный кальциноз АК, осложняющий развертывание системы доставки клапана и увеличивающий риски асимметричного позиционирования протеза, неполного его раскрытия, а также возникновения выраженной параклапанной регургитации и дислокации устройства. У 6 (19%) определялись диаметры ФК АК менее 18 мм или более 32 мм, не соответствующие минимальным и максимальным размерам используемых клапанных протезов. Данное несоответствие размеров ФК АК и протеза может привести к неудовлетворительной фиксации, миграции устройства, формированию параклапанной регургитации или, наоборот, разрыву ФК АК и подклапанных структур. Калибры артерий нижних конечностей менее 6 мм и/или их выраженная извитость и кальциноз, препятствующие проведению интродьюсера и системы доставки, выявлены у 5 (15,5%) пациентов. Высота устьев коронарных артерий менее 10 мм выявлена у 5 (15,5%), что увеличивает риски обструкции коронарных артерий смещенными створками собственного аортального клапана.

Заключение

Компьютерная томография играет ключевую роль в планировании TAVI, предоставляет точную и детализированную информацию об анатомических особенностях пациента. Эти данные в свою очередь позволяют хирургам принять обоснованное решение о технической возможности выполнения TAVI, а также минимизировать риски и улучшить исходы лечения.

ЭКГ-синхронизированная КТ-ангиография в предоперационном периоде у пациентов с аневризмой брюшной аорты

И.Г. Воронова^{1,2}, Е.И. Зяблова^{1,2}

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия
E-mail: Chiffinch@mail.ru

Введение

У пациентов с аневризмой брюшной аорты существует повышенный риск сердечно-сосудистых со-

бытий, не связанных с аневризмой. Ишемическая болезнь сердца является ведущей причиной ранней смертности после операций по поводу аневризмы