

ность в России достигает 61%. Частота ампутаций нижних конечностей в течение года после постановки диагноза составляет 10–40%. Летальность после ампутации в течение года – до 20%, в течение пяти лет – до 40–70%, через 10 лет – 80–95%.

Материал и методы. Для вмешательства отбирались пациенты с поражением артерий нижних конечностей, с классом ишемии не ниже IV по Rutherford, с сопутствующими заболеваниями, утяжеляющими их состояние. Большинство пораженных относились к классу А или В по TASC II. Однако ряд пациентов были прооперированы и с более выраженным поражением – С и D по TASC. Это было связано с невозможностью проведения открытой реконструктивной операции. Использовались следующие устройства: система катетерной направленной атерозектомии TurboHawk – 35 случаев, система для удаления тромботических масс Rotrex&Aspirex – 7 случаев, режущий баллон – 7 случаев, использование Re-entry device Outback – 4 случая, комбинация с покрытым баллоном в бедренно-подколенном сегменте – 9 случаев, в берцовом сегменте – 11 больных.

Результаты. Технический успех операций составил 92%. Однако при выписке пациентов проходимость пораженного сегмента и сохранение конечности составили 69 и 84% соответственно. Таким образом, не каждая реконструкция в раннем периоде приводила к потере конечности. Хотя до операции более чем в 70% случаев “грозила” ампутацией выше коленной щели.

Выводы. Применение высокотехнологичной помощи в лечении пораженных артерий нижних конечностей позволило сохранить ноги пациентам, которым ранее было невозможно выполнить органосохраняющую реконструктивную операцию.

Опыт получения стереорентгенографических изображений у пациентов с сосудистыми дисплазиями печени и головного мозга

Шарафутдинов М.Р.¹, Зарипов Р.А.²

¹ ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны,

² Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Современные методы медицинской визуализации постоянно совершенствуются. Вслед за стереоэндо스코пами появились аппараты УЗИ с 3D в реальном времени.

В 1896 г. Мах предложил идею стереорентгенографии. Позднее Ц.Я. Руссо создал устройство для стереорентгеноскопии.

На современном этапе развития интервенционной радиологии стереоизображение в реальном времени приобретает особую актуальность. Главным фактором получения стереоизображений является бинокулярность.

Основная формула определения величины стереобазы была предложена М. Levy-Dorn: $A = N(N+E)/50E$, где А – базис съемки; N – расстояние от фокуса рентгеновской трубки до кассеты; E – толщина исследуемого объекта.

Эта формула предложена для длиннофокусных систем с расстояниями 2–3 метра. При использовании С-дуги данная формула непригодна из-за выраженного параллакса.

Материал и методы. Данные изображение были получены на ангиографическом комплексе “Artis zee” (Siemens). В качестве объектов, использовались пациенты с гемангиомой печени и аневризмой головного мозга. Изображения были отредактированы с помощью программы Anaglyph Maker.

Результаты. В результате анализа полученных изображений в формуле предложенный Леви-Дорн был введен поправочный коэффициент, равный соотношению расстояния от фокуса до стола к фокусному расстоянию системы. Проще воспринималось изображение с угловой стереобазой, находящееся в центре, с малой толщиной объекта. Увеличение толщины объекта, увеличение параллакса окружающих тканей ухудшало восприятие. Уменьшение параллакса приводило к уменьшению пространственного разрешения по глубине.

Заключение. Субтракция и коллимация заметно облегчают наблюдение стереоэффекта. Использование крайних частей

конусного пучка рентгеновских лучей нецелесообразно ввиду выраженного параллакса.

Лечение постпункционных пульсирующих гематом

Шевченко Ю.Л., Боломатов Н.В., Виллер А.Г., Харпунов В.Ф.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель исследования: оценить результаты внедрения нового метода лечения постпункционных пульсирующих гематом (ППГ) с помощью пункции и компрессии под контролем УЗИ.

Материал и методы. В нашем центре в период с 2005 по 2013 г. было проведено 19 556 эндоваскулярных операций и зарегистрировано 117 (0,6%) ППГ. Все пациенты с гематомами проходили лечение методом пункции и компрессии под контролем УЗИ. Перед началом манипуляции проводилась ультразвуковая оценка ППГ, выявлялся дефект в артерии и шеечной части ложной аневризмы. Затем в асептических условиях проводилось обкалывание раствором новокаина или лидокаина места предполагаемой пункции и под контролем УЗИ проводилась пункция и аспирация шприцем крови из ППГ. Одновременно с этим проводилась компрессия ультразвуковым датчиком над дефектом в артерии до прекращения кровотока в полости ППГ. Использование ультразвукового контроля при пункции и последующей компрессии дефекта в артерии необходимо для оценки эффективности сдавления артерии. Время компрессии 10–30 мин, затем накладывалась давящая повязка на 8–12 ч и назначался постельный режим. После удаления давящей повязки проводилось контрольное УЗИ для оценки эффективности процедуры.

Результаты. После проведения лечения окклюзия достигнута у 109 (93%) больных. Из них у 102 (87,1%) человек достигнута окклюзия после первого применения метода, у 7 (5,9%) больных – после второго. В 8 (7%) случаях потребовалась операция по ушиванию артерии. Инфекционных осложнений, травм кровеносных сосудов и нервов, кровотечений не отмечалось. Выписка из стационара 48 (44%) больных с ППГ была задержана на одни сутки, 15 (13,7%) – на двое суток. У остальных 54 (42,3%) больных с развитием ППГ и вылеченных при помощи пункции и компрессии под ультразвуковым контролем осложнение не повлияло на сроки пребывания в стационаре. После проведения пункции и компрессии только 3 (2,5%) больных жаловались на боли и нарушение чувствительности в области пункции и в ноге, которые продолжались не более 7 дней.

Выводы. 1. Метод пункции и аспирации ППГ по эффективности не отличается от других методов. 2. Он прост в использовании. 3. Кроме того, не требует специализированного оборудования, расходного материала и введения дополнительных лекарственных препаратов (антибиотиков, факторов свертываемости крови). 4. Уменьшение размера гематомы вследствие аспирации крови из полости позволяет снизить риск инфицирования, невротии бедренного нерва и болевые ощущения пациентов.

Острый коронарный синдром: современные рекомендации в реальной практике

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А., Петров А.С.

НУЗ “ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО “РЖД”, г. Москва
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Цель: оценить эффективность и безопасность современных методов медикаментозного обеспечения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. В исследование отобрано 202 пациента. В ходе рандомизации включено 180 пациентов, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 48 пациентов, оперированных по поводу ОКС с подъемом сегмента ST в ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО “РЖД” с использованием во время операции бивалирудина. Во 2-ю группу вошли 54 пациента, оперированные по поводу ОКС в кардиодиспансере