

Рентгенэндоваскулярная окклюзия в лечении кровотечения из псевдоаневризмы маточной артерии**Власенко С.В., Попов В.В.¹, Суворова Ю.В.²**¹Городская больница №40 Курортного административного района, г. Санкт-Петербург²“ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий” МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Больная Б., 33 лет, поступила в ГБ№40 с диагнозом: маточное кровотечение в репродуктивном периоде. Из анамнеза: у пациентки трубное вторичное бесплодие. Проводились два ЭКО, родоразрешение в плановом порядке путем операции Кесарева сечения в 2008 и 2012 гг. Выписана на 5-е сутки после операции без осложнений. На 68-е сутки на фоне полного благополучия возникли обильные кровянистые выделения из половых путей, пациентка была госпитализирована. После выскабливания полости матки кровотечение, несмотря на проводимое лечение, продолжалось. Общая кровопотеря к моменту перевода в наш стационар составила 700 мл. На момент перевода: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,5 \cdot 10^{12}$, гематокрит – 21,9%. Коагулограмма: МНО – 1,13, фибриноген – 2,8 г/л, ПТИ по Квику – 80%, АЧТВ – 30 с. Продолжена консервативная гемостатическая, антианемическая терапия, гемотрансфузии.

В ходе обследования по данным УЗИ с доплерограммическим картированием сосудов малого таза интрамурально по передней стенке матки лоцируется пульсирующее образование с артериальным кровотоком длиной до 15 мм. Для уточнения локализации образования выполнена КТ-ангиография, при которой выявлено наличие крупной псевдоаневризмы маточной артерии слева протяженностью 3 см в диаметре до 0,9 см, прилежащей к области послеоперационного рубца на передней поверхности матки.

В связи с высоким риском рецидива кровотечения выполнена ангиография сосудов малого таза с последующей эмболизацией псевдоаневризмы. На ангиограммах визуализировано накопление контрастного препарата в виде озера неправильной формы, кровоснабжаемого из левой маточной артерии. Выполнена катетеризация ПМА и ее эмболизация 0,5 см³ гемостатической губки. В левую маточную артерию установлено две микроспиральи размерами 2,5 × 2 мм. На контрольных снимках кровотока по левой маточной артерии не определялся.

На 5-е сутки после выполненной эмболизации маточной артерии при контрольном УЗИ органов малого таза кровотока в полости псевдоаневризмы не отмечено, пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. При контрольной КТ-ангиографии через 3 мес после эмболизации признаков псевдоаневризмы не выявлено.

Таким образом, методы интервенционной радиологии находят все большее применение в клинической практике. В представленном клиническом наблюдении эмболизация псевдоаневризмы маточной артерии – современная и безопасная альтернатива открытому хирургическому вмешательству, позволившая избежать связанных с ним рисков и сохранить репродуктивную функцию.

Особенности и нюансы трансрадиального доступа**Волков С.В., Коробков А.О., Удовиченко А.Е., Багин С.А., Мостовой И.В.**

ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” МЗ РФ, г. Москва

Цель исследования: проанализировать проблемы, возникающие при использовании трансрадиального доступа и определить оптимальные пути их решения.

Материалы и методы. С 2010 по 2013 г. в ФГБУ “ЛРЦ” было выполнено 2765 интервенционных вмешательств трансрадиальным доступом. Среди них диагностических исследований – 1786 (64,6%), оперативных вмешательств – 979 (35,4%). Из диагностических исследований выполнялись коронарография и шунтография – 1574 (88%), ангиография периферических артерий – 212 (12%). Оперативные вмешательства осуществлялись на коронарных – 976 (99,7%) и сонных – 3 (0,3%) артериях.

Результаты. При использовании трансрадиального доступа проблемы могут возникнуть на любом из этапов вмешательства. Наиболее часто возникающие трудности и пути их решения: при пункции (возможно выполнение гиперэкстензионного маневра в кистевом суставе, предварительное проведение гидрофильного или “коронарного” проводника); спазм лучевой артерии (предотвращается адекватной премедикацией/седацией больного, использованием гидрофильных интродьюсеров и 5F-инструментария, купируется внутриартериальным введением спазмолитических “коктейлей”, более глубокой интраоперационной седацией). К менее частым трудностям можно отнести: перфорацию лучевой артерии при проведении проводника (холодные компрессы над областью перфорации, тугое бинтование); перелом катетера; отрыв катетера; тромбоз и отрыв лучевой артерии. Использовался инструментарий диаметром от 4 до 7F. Успешно применяются билатеральные катетеры как при диагностических, так и при оперативных вмешательствах.

Заключение. Накопленный опыт и разнообразие инструментария позволяют расширить спектр вмешательств, осуществляемых через лучевой доступ. А дальнейшее совершенствование технологий и материалов позволят ему стать полноценной альтернативой классическому “бедренному” доступу.

Стентирование стенозов ствола левой коронарной артерии – мифы и реальность**Волков С.В., Удовиченко А.Е.**

ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” МЗ РФ, г. Москва

Стенозы ствола левой коронарной артерии (ЛКА) являются одним из наиболее тяжелых вариантов поражения коронарного русла. Традиционный метод лечения при стенозах ствола ЛКА – аортокоронарное шунтирование (АКШ), однако в последнее время встречается все больше работ, посвященных стентированию ствола ЛКА.

В исследовании SYNTAX смертность и частота тяжелых сердечно-сосудистых осложнений (ТССО) в течение одного года была одинакова в группе АКШ и в группе стентирования; частота ТССО через три года зависела от исходного SYNTAX score (SS).

Материал и методы. В исследование включены 27 пациентов, мужчины составили 77,8%, средний возраст – 58,19 ± 10,03 года. Характеристики поражения по SYNTAX score составили: <22–63%; от 22 до 32 – 25,9%; >32 – 0,1%.

Результаты. Элективное стентирование ствола было выполнено у 81,5% пациентов; у 18,5% пациентов стентирование ствола не планировалось заранее (гемодинамически незначимое поражение), однако было выполнено в качестве “спасительного” в связи с развитием диссекции. У 37% пациентов был имплантирован 1 стент, у 48,2% пациентов – 2 стента, у 7,4% – 3 стента и у 7,4% – 4 стента. У 48,2% пациентов были использованы только покрытые стенты. Внутриаортальная баллонная контрпульсация была применена у 51,9% пациентов. Смертность составила 7,4%. Полная анатомическая реваскуляризация была достигнута у 70,4% пациентов.

Средний срок наблюдения составил 18,8 мес. Свое состояние как относительно удовлетворительное оценили 70,3% пациентов; повторная реваскуляризация была выполнена у 14,8% пациентов.

Выводы. Наши данные, полученные на ограниченной группе пациентов, подтверждают, что стентирование ствола ЛКА является эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда, в том числе в отдаленном периоде. ЧКВ ствола ЛКА может проводиться как элективно, по ограниченным показаниям, так и в качестве “спасительного” метода при диссекции ствола ЛКА.