

точки (смерть, инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация и возврат стенокардии) различия между группами стали еще более заметны, 43 и 19,5% ($p = 0,007$).

Заключение. Измерение ФРК у пациентов с пограничными стенозами коронарных артерий является эффективным и безопасным, позволяя непосредственно в рентгенооперационной определить функциональную значимость стенозов коронарных артерий, провести и проконтролировать эндоваскулярное лечение. В отдаленном периоде у пациентов, которым ЧКВ проводилось или было отложено, исходя из данных ФРК серьезные неблагоприятные события происходили реже, чем в группе стандартного ангиографического контроля.

Сравнительный анализ хирургического и эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты

Мозговой П.В., Зюбина Е.Н., Спиридонов Е.Г., Шукуров Б.М., Пироженов П.А., Перица В.А., Луковская А.А., Уфимцев В.С., Пономаренко В.Б., Моисеев Д.В., Семилетова Г.В., Алейникова Е.С.

ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" МЗ РФ
Клиника № 1, г. Волгоград

Цель работы: оценить эффективность открытых и эндоваскулярных методов лечения аневризмы инфраренального отдела аорты.

Материал и методы. За период с 2010 по 2013 г. в отделении сердечно-сосудистой хирургии было выполнено 37 операций по поводу аневризм инфраренального отдела аорты. В 22 случаях была выполнена резекция аневризмы аорты с протезированием, в 15 – эндоваскулярное протезирование аорты. В качестве эндоваскулярных протезов у одного пациента был использован протез "Ella-CS" (Чешская Республика), в 4 случаях имплантировали Zenith Flex (Cook), в 9 – Zenith Low Profile (Cook), в 1 – Zenith Low Profile и Zenith Branch iliac (Cook). В связи с распространением аневризматического процесса на одну из наружных подвздошных артерий была выполнена предварительная односторонняя эмболизация внутренней подвздошной артерии на стороне поражения с последующим перекрытием ее устья браншей протеза. В одном случае выявлено распространение аневризматического процесса на обе наружные подвздошные артерии. Для профилактики ишемических расстройств со стороны кишечника и тазовых органов решено было сохранить одну из внутренних подвздошных артерий, в связи с этим пациенту был имплантирован браншированный протез с эндоваскулярным протезированием правой внутренней подвздошной артерии.

После операции в рамках скрининга выполняли ультразвуковое исследование магистральных сосудов и органов брюшной полости, обследование пациентов после эндоваскулярного протезирования дополнительно включало КТ-ангиографию. Сроки наблюдения за больными составили от 5 мес до 3 лет.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения в группе открытых оперативных вмешательств наблюдались в 3 (13,6%) случаях. В одном (4,4%) наблюдении послеоперационный период осложнился пневмонией. У одного (4,4%) пациента после операции развился мезентериальный тромбоз в системе верхней брыжеечной артерии с некрозом тонкого кишечника. Пациенту была выполнена резекция кишечника с первичным межкишечным анастомозом. В одном (4,4%) случае ранний послеоперационный период осложнился тромбозом бранши протеза, по поводу чего проведена тромбэктомия. В последующем у этого же пациента развилось глубокое инфицирование одной из ран на бедре с аррозивным кровотечением из дистального анастомоза. В связи с указанным выше была выполнена резекция бранши протеза и аксилло-фemorальное шунтирование. На 4-е сутки после последней операции пациент умер вследствие развившегося острого инфаркта миокарда и острой сердечно-сосудистой недостаточности. Таким образом, послеоперационная летальность в этой группе составила 4,4%.

В группе эндоваскулярного лечения технический успех процедуры был достигнут в 100% случаев. Из ранних осложнений в одном случае (15,0%) наблюдался эндолик типа IV. В раннем послеоперационном периоде на 3-и сутки произошло спонтанное прекращение подтекания (данные УЗИ и КТ-ангиографии).

Длительность послеоперационного периода в группе открытых оперативных вмешательств колебалась от 10 до 30 сут ($M = 14,93 \pm 3,21$), в группе пациентов – от 7 до 14 сут ($M = 9,88 \pm 2,43$) ($p < 0,05$). После выписки из стационара осложнения, связанные с операцией, наблюдались в группе открытых вмешательств у 3 пациентов: в 2 (9,1%) случаях – тромбоз бранши протеза, в одном (4,4%) наблюдении – послеоперационная вентральная грыжа. У пациентов из группы эндоваскулярного протезирования аорты после выписки из стационара осложнения наблюдались в 2 случаях: пристеночный тромбоз главного тела эндоваскулярного протеза – 1 (15,0%), тромбоз подвздошной ножки протеза – 1 (15,0%).

Выводы. Сравнительный анализ хирургического и эндоваскулярного методов лечения аневризм брюшной аорты демонстрирует сопоставимые результаты. Эндоваскулярные методы отличаются меньшей травматичностью и более короткими сроками реабилитации.

Современные устройства для эндоваскулярного протезирования аорты представлены широкой линейкой стент-графтов, что позволяет осуществлять селективный подход при выборе тактики в случае распространения аневризматического процесса на наружные подвздошные артерии. При одностороннем поражении наружных подвздошных артерий для профилактики эндоликов типа IV показана эмболизация внутренней подвздошной артерии с последующим ее перекрытием браншей протеза. При двустороннем распространении аневризматического процесса на наружные подвздошные артерии для профилактики ишемических расстройств со стороны тазовых органов и кишечника с успехом можно использовать браншированный стент-графт с восстановлением проходимости одной из внутренних подвздошных артерий.

Применение блокаторов ангиогенеза в лечении артериовенозных мальформаций у детей

Мыльников А.А., Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Голенищев А.И., Нарбутов А.Г., Мосин А.В.
ФГБУ "РДКБ" Росздрава, г. Москва

В мировой литературе в последние годы появились работы, указывающие на развития патологического ангиогенеза у этой категории больных. В частности, Grace H. Kim, D.K. Hahn, Ch.P. Kellner и другие в 2009 г. доказали наличие активного патологического ангиогенеза у пациентов с артериовенозными мальформациями головного мозга. Andrew Szilagyi и Maged P. Ghali в 2006 г. и Juergen Bauditz и H. Lochs в 2007 г. изучали участие ангиогенеза в кровотечениях из ЖКТ, вызванных артериовенозными дисплазиями стенки кишки и доказали эффективность применения у этих пациентов различных блокаторов ангиогенеза.

Эти исследования позволили нам предположить, что именно активный патологический ангиогенез играет важную роль в развитии нарушений трофики и кровотечений у больных с артериовенозными дисплазиями.

Цель: изучить эффективность блокаторов ангиогенеза у больных с артериовенозными дисплазиями, осложненными трофическими язвами и рецидивирующими кровотечениями

Материал и методы. Мы остановились на β -андреноблокаторе пропранололе, который сейчас стал широко использоваться для этих целей у больных с инфантильными гемангиомами как эффективный и безопасный.

В группу исследования вошло семь пациентов с артериовенозными дисплазиями различной локализации, осложненные длительно не заживающими трофическими язвами и рецидивирующими кровотечениями, сопровождающимися постгеморрагической анемией. Всем пациентам в предшествующий период проводились этапные эндоваскулярные окклюзии, комплексная симптоматическая терапия без существенного улуч-