

данным разных авторов составляет 15 – 20%, или одно на каждые 5 – 6 супружеских пар. Проблема бесплодного брака мультифокальна, одно из первых мест в патогенезе бесплодного брака занимает трубно-перетениальный фактор. Обструкция маточного конца фаллопиевых труб отмечается в 20% гистеросальпингограмм.

Селективная сальпингография и реканализация фаллопиевых труб рекомендуется в качестве первого вмешательства у пациенток с обструкцией проксимальной части фаллопиевых труб.

Материал и методы. В период с января 2006 по декабрь 2009 года в РКДЦ выполнено 102 процедур 82 женщинам. Все женщины обследовались в РКДЦ по поводу бесплодия. Во всех случаях предварительно была выполнена гистеросальпингография, результаты гистеросальпингографии явились основанием для выполнения реканализации фаллопиевых труб.

Во всех случаях селективная сальпингография и реканализация маточных труб выполнялась амбулаторно. После выполнения процедуры в условиях рентгенооперационной после 2-3 часов наблюдения в дневном стационаре женщины отпускались домой, с контрольным осмотром гинекологом на следующий день.

При реканализации фаллопиевых труб применялся стандартный набор фирмы COOK. Первым этапом выполнялась гистеросальпингография. В 20 (24,3%) случаях при гистеросальпингографии было выявлено двусторонняя окклюзия фаллопиевых труб. У 20 (24%) женщин были выявлены дополнительные факторы бесплодия. В 2 (2,4%) случае были выявлена аномалия развития матки – однорогая матка, у 2 (2,4%) одной пациентки выявлена аномалия развития матки — седловидная матка.

Вторым этапом выполнялась собственно реканализация фаллопиевых труб. Реканализация выполнялась с использованием гидрофильного проводника TERUMO 0.035» и, или микропроводника 0.014» и микрокатетера диаметром 2.0 Fr COOK.

Результаты. В 3 (3,6%) случаях реканализировать фаллопиеву трубу не удалось. У 37 (45,1%) женщин после восстановления проходимости фаллопиевых труб беременность не наступила. После реканализации фаллопиевых труб у 42 (51,2%) женщин наступила беременность. В 3 (3,6%) случаях наступила трубная беременность, у 37 (45,1%) женщин беременность закончилась родами.

Выводы. Селективная сальпингография и реканализация фаллопиевых труб является достаточно эффективным, малотравматичным, безопасным методом при лечении трубного бесплодия.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ РОТАЦИОННОЙ АНГИОГРАФИИ АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЯМОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Климов В.П., Губенко И.М., Семитко С.П., Журавлев И.В., Азаров А.В., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

При рецидиве стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших операцию аортокоронарного шунтирования выбор адекватной тактики дальнейшего лечения зависит от состояния аортокоронарных шунтов и коронарных артерий. Инвазивная коронаро- и шунтография остается «золотым стандартом» в оценке состояния шунтов и нативных артерий, позволяющим одномоментно выполнить эндоваскулярную коррекцию выявленных изменений. Усовершенствование этого метода является важной клинической задачей в лечении данной категории больных.

Цель. Оценить эффективность использования ротационной ангиографии (РА) при селективном рентгеноконтрастном исследовании аутовенозных аортокоронарных шунтов у больных ишемической болезнью сердца с рецидивом стенокардии в различные сроки после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. У 39 больных ИБС, в возрасте от 48 до 77 лет, с рецидивом стенокардии после операции АКШ (средний срок рецидива стенокардии 26,4 мес.: от 10 мес до 14 лет) было исследовано 64 функционирующих аортокоронарных шунта. Ангиографическое исследование выполнялось по традиционной методике с дополнительным выполнением ротационной ангиографии. При ротационной методике С-дуга совершает вращательное движение вокруг пациента в заданном угловом диапазоне; контрастное вещество вводится однократно с помощью автоматического инжектора.

Результаты. Использование ротационной ангиографии показало, что для полноценной визуализации одного шунта в 94,1% случаях требовалось однократное введение контрастного вещества. В сложных диагностических случаях (5,9%) было достаточно одной дополнительной процедуры ротационной ангиографии в другой плоскости ротации.

Данный метод позволяет выполнить исследование с использованием меньшего количества контрастного вещества в сравнении с традиционным способом (28,6 против 64,4 мл); при меньшем времени флюороскопии (1,2 против 2,8 мин) и соответственно с меньшей лучевой нагрузкой на пациента и врача.

Заключение. Ротационная селективная ангиография аортокоронарных шунтов у больных, перенесших АКШ, является безопасным, высокоинформативным методом, повышающим диагностические возможности традиционной полипроекционной ангиографии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Климов В.П., Семитко С.П., Губенко И.М., Журавлев И.В., Азаров А.В., Верткина Н.В.
Городская клиническая больница №81, Москва, Россия.

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярного лечения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с рецидивом стенокардии после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 46 больных ИБС в возрасте от 53 лет до 77 лет с рецидивом стенокардии (в сроки 26,4 мес от 10 мес до 14 лет после АКШ). У 32 больных стенокардия соответствовала III ФК по NYHA, у 14 — IV ФК.

Результаты. По данным диагностической коронаро- и шунтографии, рецидив клиники ИБС был обусловлен: в 39,1% (18) случаев значимым атеросклеротическим поражением шунтов; в 10,9% (5) — прогрессированием атеросклероза в нативных нешунтированных коронарных артериях; в 15,2% (7) — прогрессированием атеросклероза в шунтированных артериях; сочетание выше перечисленных причин было причиной рецидива — в 34,8% случаях (16). Первичный ангиографический успех вмешательства был достигнут в 95,7% случаев. В двух случаях (4,3%) попытки реканализации хронической окклюзии ранее шунтированной артерии и окклюзированного шунта были безуспешными. Были выполнены успешные процедуры стентирования 11 ранее нешунтированных и 12 — ранее шунтированных коронарных артерий; в 4-х случаях вмешательство выполнено на «незащищенном» и в двух случаях — на «защищенном» стволе ЛКА; в 23 случаях эндоваскулярной коррекции подверглись аутовенозные аортокоронарные шунты. Голометаллические стенты имплантировались при диаметре коронарной артерии 3,5 мм и более и при высоком риске длительной дезагрегантной терапии. В остальных случаях были имплантированы стенты с лекарственным покрытием. Ангиографический успех во всех случаях выражался в улучшении клинического состояния пациентов: уменьшении ФК стенокардии от III-IV ФК до 0-II. В среднеотдаленном периоде повторно были обследованы 14 (30,4%) пациентов с ухудшением клинического

состояния. Причиной возврата клиники был выявлен рестеноз в голометаллических стенках ранее имплантированных в аутовенозные шунты — 9 случаев (19,6%) и в 5 случаях в нативные артерии. Ангиографический успех повторных вмешательств составил 92,9% (один случай безуспешной попытки реканализации реокклюзии шунта в стенке).

Заключение. Эндоваскулярное лечение коронарных артерий и аортокоронарных шунтов является методом выбора в лечении больных ИБС с рецидивом стенокардии после операции АКШ.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST-T В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА ЗА ПЕРИОД 2008-2010 ГГ.

Коваленко И.Б., Афанасьев А.В., Плетянов М.В., Филатов М.В., Бояринцев М.И.
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Белгород, Россия.

Цель работы. Сравнение эффективности тромбэктомии с последующим стентированием и прямого стентирования у больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T.

Материал и методы. За период 2008-2010 гг. в Белгородской областной клинической больнице было выполнено 32 случая эндоваскулярной тромбэктомии с последующим стентированием (группа 1) и 29 случаев прямого стентирования (группа 2) у больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T. Тромбэктомия из ПМЖА была выполнена в 19 случаях (59,4%), тромбэктомия из ПКА — 10 случаев (31,2%). Тромбэктомия из ОА и ВТК выполнялась в 3 случаях: ОА — 2 случая (6,2%), ВТК — 1 случай (3,1%), и связано это прежде всего с анатомическими особенностями отхождения бассейна ОА от ствола ЛКА — угол 90° и более, что явилось основным препятствием для проведения тромбэктомического катетера. В группе пациентов, которым выполнялась тромбэктомия, мужчин было 30 (93,75%), женщин — 2 (6,25%). Для проведения тромбэктомии мы использовали систему «ThrombCat». Во всех случаях в качестве сосудистого доступа использовалась бедренная артерия.

В группе из 29 пациентов, которым выполнялось прямое стентирование, в 2 случаях мы наблюдали дистальную эмболию. Пациентам обеих групп выполнялась медикаментозная поддержка — нагрузочная доза клопидогреля 300 мг, низкомолекулярные гепарины, блокаторы гликопротеинов IIb/IIIa тромбоцитов, b-блокаторы.