

кером нежели ТТ и МВ-КФК. Не установлено четкой корреляционной связи между уровнями ГЦ и МПО; ГЦ, МПО и возрастом обследованных соответственно. Не складывается впечатление также и о связи уровней ГЦ и МПО с клинически оцененной тяжестью течения ОКС; Q- и неQ-ОИМ; наличием ближайших осложнений. Однако в одном наблюдении тромбоз внутрикоронарного стента сочетался с повышением содержания МПО с 399 до 1042 нг/мл.

Заключение. Повышение содержания ГЦ и МПО у больных с ОКС при поступлении в клинику – явление частое и проливающее свет на некоторые новые стороны патогенеза коронарной болезни. Требуются более масштабные и продолжительные проспективные исследования для уточнения роли ГЦ и МПО в прогнозе ОКС и эффективности интервенционного лечения.

РЕСТЕНОЗ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

Семиголовский Н.Ю., Титков Ю.С., Козлов К.Л., Агасиян А.Л., Титков А.Ю., Хмельницкий А.В., Сапегин А.А., Дьячук А.В.
Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова
ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Гипергомоцистеинемия является независимым маркером высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Фремингемское исследование, 1996; Warren C., 2002) наряду с систолическим артериальным давлением и уровнем С-реактивного белка (Blacher J. e.a., 2002). Известно также о повышенной частоте развития рестенозов коронарных артерий после выполнения ангиопластики у лиц с гипергомоцистеинемией (Marsucci R. e.a., 2000; Schnyder G. e.a., 2002). По данным G. Schnyder и соавторов (2001), при гомотеистеинемии менее 9 мкмоль/л частота рестенозов возникает почти в 2 раза реже, чем у пациентов с более высоким уровнем гомотеистеина. В 2001 году эти же авторы продемонстрировали возможность уменьшения частоты рестенозов путем снижения уровня гомотеистеина крови на фоне терапии витаминами B₆, B₁₂ и фолиевой кислотой. В нашей практике имеется 3 наблюдения рестенозов в разные сроки после ангиопластики у больных на фоне гипергомотеистеинемии.

Материал и методы: Приводим случай рестеноза стентированной артерии у пациента с гипергомотеистеинемией и установленной впоследствии гомозиготной C677T мутацией гена метилентетрагидрофолатредуктазы (по данным «Медицинской лаборатории СПб»), которая встречается у 4–14% населения (Brophy J., 1997).

47-летний больной Г. (история болезни №5678 с 18 по 25.11.2008) был госпитализи-

рован с диагнозом: «Синкопальное состояние после велоэргометрии (ВЭМ)», выполненной амбулаторно спустя 1 год после стентирования в нашей клинике передней межжелудочковой (ПМЖВ) и правой (ПКА) венечных артерий в связи с Q-инфарктом миокарда. При поступлении жаловался на слабость, «тяжесть» в груди, кратковременную потерю сознания сразу после ВЭМ. По ЭКГ – синусовый ритм, pQ-0.18; QT-0.36; гипертрофия левого желудочка, рубцы задней стенки; ЭхоКГ- размеры полостей не изменены, без зон гипо/акинезии, фиброз задней стенки. Фракция выброса левого желудочка - 62%. Тропонин I – 0,00; холестерин – 4,7; D-димеры-500; калий плазмы - 4.2; Na-143; лактат-5.0; АсТ-22; АлТ-38; КФК-123; МВ-КФК-50; глюкоза-6.1; МНО-1.08. Гомоцистеин -19.1 мкмоль/л (норма - 3,4-13,8; среднее значение у здоровых людей 7,9±0,6).)

Результаты: При коронарной ангиографии (19.11.2008) стенты ПМЖВ без рестеноза, в ПКА стеноз 90% по проксимальному краю стента, в средней трети – рестеноз в стенте – 60%. Выполнена операция повторного (хром-кобальт 2,5×12мм) стентирования в установленном стенте ПКА после дилатации под давлением 14 атм.

Даны рекомендации по приему наряду с плавиксом (75 мг в течение 1 года ежедневно), аспирином (100 мг ежедневно), эгилоком 25 мг (дважды, ежедневно) и зокором (20 мг ежедневно), препарата ангиовит (1 таблетка дважды ежедневно), обладающего гомотеистеин-снижающим действием и содержащего фолиевую кислоту, витамины B₆ и B₁₂. Контроль липидограммы и уровня гомотеистеина. Последний может снижаться также и под влиянием статинотерапии (Соболева Е.В., 2007).

Заключение. Приведенный случай является примером рестенозирования на фоне наследственной гипергомотеистеинемии и возможной коррекции этой патологии.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ситников М. Г.
Омская Государственная Медицинская Академия
Кафедра Факультетской хирургии с курсом урологии, Омск, Россия

Введение: В 1990 году ХОБЛ занимала 13-е место, оставляя впереди инфекции нижних дыхательных путей (1е место) и туберкулез(7-е место); к 2020 г. предполагается, что ХОБЛ будет на 5-м месте, превосходя все заболевания органов дыхания.

По сводной статистике, от 7 до 5% всех больных ХОБЛ, страдают легочными кровотечениями и кровохарканьями. Легочные кровотечения

при ХОБЛ встречаются в 9—60% наблюдений и частота их с годами не уменьшается. Несмотря на прогресс эндоскопических методов, хирургической техники, применение новых лекарственных препаратов и активной инфузионной терапии проблема лечения легочных кровотечений все еще сложна.

Материал и методы: С 2008 года на базе отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения Областной клинической больницы выполнена ангиография и эмболизация бронхиальных артерий у 9 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких при обострении, сопровождающемся легочным кровотечением. Возраст больных составил от 53 до 69 лет (средний возраст — 58 лет).

Продолжительность заболевания у данной группы пациентов от 5 до 15 лет. Продолжительность кровотечения от 5 до 12 дней. Показанием к выполнению данной операции явилась неэффективность консервативного лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких III-IV степени тяжести, осложненной кровотечением. До проведения данной манипуляции все пациенты обследованы. Им выполнены клинические исследования, спирография, проведены исследования газового состава артериальной и венозной крови и кислотно-щелочного равновесия. Всем пациентам выполнена компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки и бронхоскопия с биопсией слизистой сегментарных бронхов.

Эндоваскулярное вмешательство проводилось на ангиографическом комплексе «Allura FD20» фирмы «Philips». Произведена катетеризация и эмболизация обеих бронхиальных артерий у всех пациентов. Эмболизация артерий выполнялась эмболизирующим материалом (тефлоновыми шариками диаметром 0,3-0,4 мм). Скорость введения эмболизационного материала составляла 0,1 мл в секунду во избежание вымывания эмболов в нисходящие отделы артерий.

Результаты: В послеоперационном периоде легочное кровотечение купировано у всех пациентов, что подтверждено данными бронхоскопии. Проведена повторная спирография и исследован газовый состав крови больных на 7 и 14 день после манипуляции. Отмечено улучшение показателей газового состава крови и кислотно-щелочного равновесия с 7 суток послеоперационного периода.

Улучшились показатели спирометрии. Клинически это проявилось в исчезновении одышки в покое и повышением толерантности к физическим нагрузкам.

Заключение: Эмболизация бронхиальных артерий у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, осложненной кровотечением не только позволяет купировать это смертельное осложнение, но и улучшает качество жизни больных.

Выявляется, что, помимо гемостатического эффекта от эмболизации бронхиальных артерий, метод оказывает положительное воздействие на течение воспалительного процесса в бронхах и легких. Этот метод в комплексе с другими лечебными процедурами позволяет в более короткие сроки купировать обострение хронического процесса и тем самым уменьшить количество необходимых лечебных фибробронхоскопий, сократить койко-день, и тем самым уменьшить финансовые затраты на лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Соколов А.А., Страхов К.А., Ефимов С.Ю.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Проблема лечения варикоцеле у мужчин весьма актуальна. По данным литературы частота варикозного расширения вен семенного канатика среди лиц мужского пола составляет 4,4-30,7%. При этом удельный вес варикоцеле в группе стерильных мужчин достигает 39%, а нарушение сперматогенеза у пациентов с варикоцеле, по оценке разных авторов, колеблется от 20 до 90%. Выбор способа лечения данной патологии является сложной задачей для всех специалистов, занимающихся этой проблемой.

В настоящее время широко используются рентгеноэндоваскулярные способы окклюзии гонадных вен: ретроградная и антеградная склерозирующая терапия. Эти способы приводят к тотальному тромбозу вен до гроздевидного сплетения и исключают возможное влияние портосистемных анастомозов.

Нами проведено исследование, целью которого было изучение ближайших и отдаленных результатов использования антеградной склеротерапии гонадных вен. Материалом исследования послужили 154 больных варикоцеле, которым проводилась антеградная катетеризация и склеротерапия яичковой вены. Диагностика варикозного расширения гонадных вен включала клиническое обследование, а также ультразвуковое и комплексное флебографическое исследование.

Результаты: Проведенное исследование показало, что при антеградной склеротерапии с дополнительной перевязкой яичковых вен у наружного пахового кольца или без нее можно достигнуть положительных результатов в 98% случаев. Осложнения, возникшие при антеградной катетеризации вен, составили всего 1,3% (тромбофлебит вен гроздевидного сплетения, связанный с неконтролируемым ретроградным распространением склерозирующего вещества; лимфостаз мошонки, который возник при неудачной антеградной катетеризации узких, спазмированных яичковых вен III сегмента и являлся