

шлом переносили ИМ, 47 человек (37,3%) – ЧКВ. Эндovasкулярное лечение нативных коронарных артерий (КА) выполнено у 94 человек (74,6%), которым проведено 101 ЧКВ, из них в 12 случаях – баллонная ангиопластика и 89 – ангиопластика со стентированием (всего имплантировано 106 стентов, в т.ч. – 29 стентов с антипролиферативным покрытием). Рентгенохирургическое лечение аутовенозных шунтов выполнено у 32 больных (25,4%), которым проведено 44 ЧКВ: 10 баллонных ангиопластик и 34 ангиопластики со стентированием (всего имплантировано 34 стента, в т.ч. – 5 стентов с антипролиферативным покрытием); защита от дистальной эмболии использована у 4 больных. Для предупреждения тромботических осложнений при выполнении ЧКВ всем больным проведена антитромботическая терапия по схеме: при НС – нагрузочная пероральная доза клопидогреля (300 или 600 мг) и аспирин (250 мг) не позднее 2-6 часов до операции, парентеральное введение нефракционированного гепарина (НФГ) во время вмешательства на КА под контролем активированного времени свертывания (не менее 250 сек) и продолжение приема внутрь аспирин 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 6 месяцев; при проведении планового рентгенохирургического вмешательства у больных ССН клопидогрель в дозе 75 мг\сут и аспирин в дозе 100 мг\сут. назначался в течение 5-7 дней до операции, при выполнении ЧКВ и послеоперационном периоде объем медикаментозного сопровождения не изменялся по сравнению с НС.

Результаты: в группе эндоваскулярного лечения нативных КА положительный клинико-ангиографический успех достигнут в 98,9% случаев, 1 больной (1,1%) умер в результате тромбоза сосуда, на котором проводилось вмешательство. В группе рентгенохирургического лечения аутовенозных шунтов положительный клинико-ангиографический успех достигнут в 96,9% случаев, у 1 больного (3,1%) развился нефатальный ИМ без зубца Q.

Выводы:

1. ЧКВ в нативном русле и в аутовенозных шунтах у больных, перенесших КШ, обладают высокой клинической эффективностью.
2. Рентгенохирургические вмешательства у больных НС возможны на фоне двухкомпонентной АТТ (аспирин+клопидогрель).

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ЯИЧНИКОВЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НАЛИЧИИ ОСОБЕННОСТЕЙ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Б.Ю. Бобров, С.А. Капранов, М.А. Курцер, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: Общеизвестно, что эмболизация маточных артерий (ЭМА) является эффективным

методом лечения миомы матки. Однако в ряде случаев, при наличии особенностей кровоснабжения матки и яичников для достижения полной деваскуляризации миомы необходима дополнительная эмболизация ветвей яичниковых артерий.

Материалы и методы: за период с 2002 по 2007 годы ЭМА была выполнена 1420 пациенткам с миомой матки. У 53% больных имелись маточно-яичниковые анастомозы разного типа. У 86% этих больных имелся первый (А или Б) тип, у 11% – второй тип и у 3% (22 наблюдения) – третий тип.

Результаты: У 40 пациенток с 1-Б и 3 типами анастомозов после ЭМА наблюдалось сохранение кровоснабжения части миоматозных узлов. У 26 из них в связи с этим была выполнена эмболизация яичниковых артерий при помощи микрокатетеров. В 21 наблюдении – односторонняя; и в 5 наблюдениях – двусторонняя. При невозможности проведения микрокатетера ниже уровня отхождения собственно яичниковых ветвей производилась эмболизация от устья яичниковой артерии крупными сферическими частицами. Во всех случаях эмболизация яичниковых артерий была эффективной, как в отношении деваскуляризации миомы, так и клинически. Ни в одном случае не было признаков яичниковой аменореи.

Заключение: при наличии особенностей кровоснабжения матки и яичников ЭМА может потребовать дополнительной эмболизации маточно-яичниковых анастомозов. Эмболизация таких анастомозов через яичниковую артерию является эффективным и безопасным методом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.Ю. Бобров, С.А. Капранов, М.А. Курцер, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: Миома матки является далеко не единственной патологией, при которой целесообразно использование эмболизации ветвей маточных артерий (ЭМА). Помимо гинекологической патологии, такой как амилоидоз сосудов матки, артерио-венозных мальформаций матки и кровотечений при онкологических заболеваниях органов малого таза, ЭМА может использоваться и в акушерстве.

Материалы и методы: За период с 2004 по 2007 год нами было выполнена ЭМА у 14 пациенток с акушерской патологией, что составило примерно один процент от общего количества таких вмешательств, выполненных нами – более 1400 наблюдений с 2002 по 2007 год.

У четырех случаях ЭМА выполнялась по поводу послеродового кровотечения, связанного с атонией матки. В четырех наблюдениях ЭМА