

но одномоментное сочетанное эндоваскулярное вмешательство: септальная абляция и коронарное стентирование. По результатам коронарографии 2 пациента имели однососудистые поражения (стеноз LAD 90%, стеноз RCA 85%), 1 пациент имел двухсосудистое поражение (стеноз LAD 85% и стеноз LCx 90%). У всех пациентов была выявлена выраженная обструкция выходного тракта ЛЖ в покое с градиентом давления от 55 до 85 мм рт.ст. В клинической картине преобладал ангинозный синдром (III ФК), резистентный к медикаментозному лечению.

Септальная абляция выполнялась под контролем эхо-контрастирования целевой зоны миокарда МЖП. В результате абляции достигнуто интраоперационное снижение градиента до 20-30 мм рт.ст. Пациентам с однососудистым поражением имплантирован 1 стент с лекарственным покрытием в LAD и 1 простой стент в RCA, пациенту с двухсосудистым поражением – покрытый стент в LAD и простой металлический стент в LCx. Осложнений в виде полной поперечной блокады, желудочковых аритмий не возникло ни в одной случае.

Сразу после операции все больные отмечали значительное улучшение самочувствия со снижением ФК стенокардии до I. В течение последующего года наблюдения эффект лечения устойчиво сохранялся: стенокардия не беспокоила, градиент давления оставался гемодинамически незначимым, редуцировалась толщина МЖП, ФВ оставалась нормальной, признаков рестенозирования коронарных артерий не было.

Несмотря на небольшой пока опыт таких вмешательств, наше исследование продемонстрировало эффективность и безопасность одномоментного эндоваскулярного вмешательства при сочетании обструктивной ГКМП и ИБС. Такой подход к лечению этих пациентов может рассматриваться в качестве альтернативы хирургическому.

МЕТОД ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМ МАТКИ

Б.М. Шукуров, А.В. Каплиева (Волгоград)

Выполнены эмболизации маточных артерий у 25 женщин в возрасте 35-49 лет. Показанием к операции явилось наличие симптомной миомы матки, или ее бессимптомный быстрый рост. Большинство женщин жаловались на значительные менструальные кровотечения (18), симптомы компрессии соседних органов (12), слабость (20) быструю утомляемость (21). Анемия разной степени тяжести наблюдалась у 15 женщин. Четыре женщины не имели субъективных клинических проявлений, но по данным обследований у них выявлялся быстрый рост миоматозных узлов.

Размеры миоматозных узлов варьировали от 15 мм до 12 см в диаметре, все узлы располага-

лись в большем своем объеме (более 60-75%) интрамурально, субсерозно и субмукозно и не имели шейки. В 12 наблюдениях имелись множественные момотозные узлы.

Операции выполнялись по стандартной методике с использованием катетера Робертс, гидрофильного проводника и взвеси поливинилалкоголя размером частиц 500-700 микрон с обеих сторон.

Непосредственный технический успех операции составил 94%.

В одном случае не удалось эмболизировать маточные артерии с обеих сторон в связи со сложной анатомией. Однако, клинический результат был достигнут, по-видимому, за счет возникшего нарушения кровотока в успешно эмболизированной маточной артерии. (при этом миоматозные узлы располагались со стороны успешно закрытой артерии)

Осложнений не наблюдали. Постэмболизационный синдром разной степени выраженности наблюдался у 20 женщин, который нивелировался через 8-36 часов.

Больные выписывались из клиники на 2-3-е сутки после операции

Контрольное ультразвуковое исследование кровотока в миоматозных узлах после операции показало нарушение кровотока разной степени во всех случаях.

Субъективное клиническое улучшение отметили все пациентки.

Результаты эмболизации маточных артерий при лечении миом матки показали высокую их клиническую эффективность, малую травматичность и быструю реабилитацию после операции.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРИ ПОМОЩИ НОВОГО ТИПА ОТЦЕПЛЯЮЩИХСЯ СПИРАЛЕЙ

Б. М. Шукуров, Г.В. Козлов А.П. , Фролов М.В., Душкина, В.А. Немчук (Волгоград)

Предметом нашего исследования явились 61 больной с открытым артериальным протоком, у которых была выполнена эндоваскулярная эмболизация протока новым типом спиралей.

34 пациента были женского пола, 27 – мужского, возраст их колебался от 1г.1мес. до 27лет и в среднем составил $5,9 \pm 0,65$ мес., а вес был от 9 кг. до 73 кг. и в среднем составил $22 \pm 1,8$ кг. В возрасте до 3-х лет было прооперировано 20 пациентов, из них 10- мужского пола, 10- женского. В возрасте от 3 до 6 лет было прооперировано 38 пациентов, из них 14- мужского пола, 24- женского и в возрасте старше 16 лет выполнено 3 операции, из них 2- лицам мужского пола и 1- женского. Среди больных с ОАП 49 (80%) имели изолированный проток, у 5 (8%)- имела реканализация протока после хирургиче-

ской перевязки и у 7 (12%) – проток сочетался с такой сердечной патологией как, клапанный стеноз легочной артерии (3 пациента), рестриктивный дефект межжелудочковой перегородки (3 пациента), вторичный дефект межпредсердной перегородки (1 пациент). Общее состояние всех пациентов расценено как удовлетворительное. 29 (47,5%) больных не предъявляли каких-либо жалоб. У некоторых пациентов отмечались такие сопутствующие заболевания как, синдром Дауна, ожирение, узловый зоб, атопический дерматит, хронический гастрит, хронический пиелонефрит, неполное удвоение почек, железодефицитная анемия и другие.

Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от диаметра ОАП, полученного по данным АКГ. Диаметр ОАП колебался от 0,7мм. до 4мм. В I группу с диаметром ОАП до 1,0мм. включено 14(23%) пациентов, во II группу с ОАП от 1,0 до 2мм. 25(41%) больных, в III с ОАП от 2,0 до 3мм. 19(31%) пациентов и в IV группу с ОАП от 3,0 до 4мм. включено 3(5%) больных. Диагностическое ангиографическое исследование предшествовало эмболизации. После выполнения аортографии при обнаружении ОАП определяли анатомическую форму протока. В соответствии с классификацией А.Криченко у 41 нашего пациента (67,2%) протоки относились к типу А, у 9 (14,8%) к типу С, у 6(9,8%) к типу Е и у 5 пациентов (8,2%) был реканализированный ОАП после выполненных ранее хирургических операций. Диаметр ОАП, полученный по результатам выполненных аортографий, варьировался в I группе от 0,7 до 1,2 мм. и в среднем составил $1\pm 0,03$ мм., во II группе от 1,5 до 2 мм. и в среднем составил $1,84\pm 0,04$ мм., в III группе от 2,5 до 3 мм. и в среднем составил $2,8\pm 0,06$ мм., в IV группе от 3,5 до 4 мм. и в среднем составил $3,8\pm 0,16$ мм.

После катетеризации сердца определялась стадия легочной гипертензии (классификация В.А. Бухарина, Л.Р. Плотниковой, 1976г.). Были получены следующие результаты: у 56 (92%) пациентов отсутствовала легочная гипертензия, у 5(8%) больных имелась I стадия легочной гипертензии, из них у 3(4,8%) (2 пациента из III группы и 1 из IV) – IA стадия, а у 2 (3,2%) (оба пациента из IV группы) – IB стадия легочной гипертензии.

Анализ непосредственных клинических результатов применения нового типа отцеplяющихся спиралей для эмболизации ОАП у 63 больных показал, что эмболизация была успешно выполнена у 58 больных (92%): в I группе у 12 (19%); во II группе у 25 (39,7%); в III группе у 19(30,2%); в IV группе у 2 (3,1%). У одного (1,6%) больного из IV группы наблюдался небольшой резидуальный сброс крови через ОАП, однако, при проведении ЭХОКГ на следующие сутки после выполненной эмболизации патологический сброс через ОАП не выявлен. Не удалось выполнить эмболизацию спиралью у 4-х (6%) пациентов, но у 2 (3%) из них произошла окклю-

зия протока, связанная с деструкцией его интимы и с последующим тромбообразованием.

Наблюдалась миграция спирали у 1 пациента (1,6%), причиной которой явился неправильный подбор диаметра использованной спирали.

В отдаленном периоде наблюдений через 1- 5 лет при контрольных ЭХО-КГ и рентгенологических исследованиях выявлена стабильная фиксация спиралей в имплантированных местах без признаков сброса крови.

Выводы: отцеplяющиеся спирали нового типа показали высокую эффективность и безопасность при устранении открытого артериального протока.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Б.М. Шукуров, Г.В. Козлов, М.В. Фролов,
А.П. Душкина, В.А. Немчук (Волгоград)

В ВОККЦ с октября 2003г. выполняются эндоваскулярные операции у пациентов с врожденными дефектами межпредсердной перегородки (ДМПП) с использованием септального окклюдера Амплатца.

ДМПП устранен у 70 пациентов, из них 65 больных женского пола, 5 мужского. Возраст колебался от 18месяцев до 38 лет (ср. $10,7\pm 5,2$ лет).

Пациенты предъявляли жалобы на слабость, плохую переносимость физических нагрузок, одышку. У большинства больных (41) в анамнезе отмечены частые простудные заболевания, у 5 из них пневмонии. Всем пациентам перед оперативным вмешательством проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) по стандартному протоколу, при необходимости производилась трансэзофагеальная ЭХО-КГ. По данным ЭХО-КГ все дефекты межпредсердной перегородки были центральными, размеры варьировали от 12 до 36 мм. (ср. $23,7\pm 6,1$). При этом верхний край дефектов варьировал от 2 мм. до 15 мм. ($7,8\pm 2,6$ мм.), нижний от 7 мм до 13 мм. ($9,4\pm 0,7$ мм.). При выполнении зондирования сердца изменения гемодинамики в малом круге кровообращения у большинства больных соответствовали второй стадии легочной гипертензии. Давление в легочной артерии варьировало от 37 мм. рт. ст. до 46 мм. рт. ст. (ср. 37 ± 10 мм.рт. ст.). Сброс крови в МКК колебался от 38% до 53% (в среднем $41\pm 8\%$). Во всех случаях эндоваскулярное закрытие ДМПП осуществлялось под ЭХО КГ (64 – трансторакально, 6 – трансэзофагеально) и рентгеноскопическим контролем. У 2-х пациентов не удалось получить надежной фиксации устройств Amplatzer в проекции межпредсердного сообщения. После раскрытия обоих дисков устройства при проведении пробных тракций происходило смещение устройства