

следствием оперативного доступа). Основными путями уменьшения частоты осложнений при выполнении рентгеноэндоваскулярной окклюзии гонадных вен является совершенствование техники вмешательства.

Рецидивы заболевания были отмечены у 4 больных (2,6%). Причинами их были недостаточное введение склерозанта при наличии портокавальных анастомозов (2 больных), у 1 больного было глубокое введение катетера в вену (больше 4 см) и у 1 больного склеротерапия проводилась через боковую узкую ветвь яичковой вены с недостаточным введением этоксисклерола. С целью предупреждения рецидивов мы рекомендуем вводить 3% этоксисклерол не менее 6 мл. дробно.

Выводы: Таким образом, применение апробированного нами способа окклюзии гонадных вен у больных с варикоцеле позволяет достичь полного клинического эффекта у 98% больных. Вероятность осложнений и рецидивов при этом может быть сведена до минимума, что делает данный способ лечения варикоцеле общедоступным в широкой клинической практике.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИИ СТВОЛА ЛКА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ОПТИМАЛЬНОГО ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Костянов И.Ю., Ковальчук И.А., Громов Д.Г., Мкртумян С.А., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

ОИМ, вызванный острой окклюзией ствола ЛКА – крайне тяжелое состояние, часто не совместимое с жизнью, имеющее неблагоприятный прогноз, сопровождающееся кардиогенным шоком, жизнеугрожающими нарушениями ритма, а иногда и клинической смертью.

В настоящее время НПЦИК располагает опытом успешного лечения 14 пациентов с ОИМ вследствие острой окклюзии ствола ЛКА. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 2,3$ года. 12 (85,7%) больных были мужского пола. У 9 (64,3%) пациентов имел место кардиогенный шок различной степени тяжести. У 8 из них (57,4%) проводилась ВАБК во время и после ЭВП. Во всех случаях выполненные ЭВП заканчивались стентированием ствола ЛКА в различных вариантах. Голометаллические стенты использовались в 11 (78,8%) случаях, у 3 (21,2%) пациентов производили стентирование протезами с лекарственным антипролиферативным покрытием. Непосредственный успех ЭВП наблюдался в 13 (92,8%) случаев, в одном случае (7,2%) отмечался феномен “no reflow” после выполненных механической реканализации и ТЛАП ствола ЛКА. Четыре (28,6%) пациента скончались на

госпитальном этапе в различные сроки в связи с нарастающими признаками сердечной недостаточности. Острых и подострых тромбозов, реокклюзий, повторных инфарктов в зоне ЭВП не отмечалось. Все пациенты во время и после процедуры получали стандартную двухкомпонентную дезагрегантную терапию.

В сроки 8 ± 4 месяца контрольное исследование прошли 8 (57,2%) пациентов. Наряду с клиническими методами обследования (ХМ, проба с физ. нагрузкой, ЭхоКГ и др.) всем больным выполнялась контрольная КАГ с левой ВГ, по результатам, которых был выявлен гемодинамически значимый рестеноз у 4 (50%) пациентов, что повлекло за собой ТЛАП “in stent” стеноза в 2 случаях, в 1 случае был имплантирован стент с лекарственным антипролиферативным покрытием и еще в 1 случае была рекомендована хирургическая реваскуляризация миокарда в связи с множественным поражением коронарного русла. У остальных 4 (50%) больных наблюдался хороший средне-отдаленный результат ЭВП (у 2 были имплантированы протезы с антипролиферативным покрытием).

Исходя из нашего опыта, мы рекомендуем проводить у данной категории тяжелейших больных следующий комплекс неотложных мероприятий:

1. Адекватное восстановление кровотока в стволе ЛКА, возможно с одновременным применением цитопротекторов (мексикор), способных уменьшить реперфузионное повреждение миокарда;
2. Обязательная двухкомпонентная дезагрегантная терапия;
3. Продленная поддержка гемодинамики с применением ВАБК;
4. При необходимости – вспомогательная ИВЛ;
5. Также при необходимости гемосорбция или ультрафильтрация крови.

Только применение комплексного подхода в лечении этих пациентов позволяет увеличить зону жизнеспособного миокарда и, тем самым, спасти жизни этих крайне тяжелых больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ АВМ СПИННОГО МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЮЩИХСЯ ИЗ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧНИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тиссен Т.П., Яковлев С.Б., Бухарин Е.Ю., Бочаров А.В., Арустамян С.Р., Виноградов Е.В., Тиссен Б.Т.
ГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва, Россия

В НИИ нейрохирургии за период с 1983 по 2009 года проходили лечение 68 пациентов с артериовенозными мальформациями (АВМ) шейного отдела спинного мозга.

Всем пациентам с АВМ шейного отдела спинного мозга проводились МРТ и селективная спинальная ангиография. После ангиографического

исследования получали полную картину об источниках кровоснабжения, путях оттока крови, локализации и гемодинамических характеристик, а также о строении сосудистого конгломерата АВМ. На основании этих данных решался вопрос о выборе методики эндоваскулярного лечения АВМ.

Методы: В основном кровоснабжение АВМ осуществлялось из радикуломедуллярных ветвей позвоночных артерий, реберношейного и щитошейных стволов. Среди методов лечения применялись окклюзия отделяемыми баллонами по методу Ф.А.Сербиненко, окклюзия ПВА-эмболами и клеем гистакрилом.

При эндоваскулярном лечении АВМ шейного отдела спинного мозга было окклюзировано 118 сосудов. Вмешательства проводились под местной анестезией и внутривенным наркозом. Для эмболизации в двух случаях применялась комбинация окклюзии баллонами и ПВА-эмболами. Комбинированный метод применялся в тех случаях, когда АВМ имела многоканальное кровоснабжение. В 9 случаях применялась окклюзия отделяемыми баллонами по методу Ф.А. Сербиненко. Окклюзия ПВА-эмболами размерами 100-300 микрон выполнена у 42 пациентов, у 23 из них требовалось повторное проведение эмболизации. Во время эмболизации постоянно производилась контрольная ангиография. Окклюзия с помощью клеевой композиции липоида и гистакрила выполнена 17 пациентам. При катеризации афферентных сосудов АВМ использовались различные микрокатетеры с микропроводниками фирмы «BALT». Во избежание тромбирования клея в просвете микрокатетера, перед каждым введением гистакрила, предварительно вводился 40% раствор глюкозы или раствор липоида. Важны контрольные идентификации АВМ контрастным веществом для оценки «перестройки» кровообращения в аневризме и спинном мозге во время эмболизации.

После эндоваскулярных операций для определения качества окклюзии АВМ проводились пролонгированные ангиографии афферентных сосудов. Через несколько дней производились МРТ. В режиме T1 извитые сосуды аневризмы, имеющие низкий сигнал на дооперационных томограммах, не определялись при контрольном исследовании после операции. Вместо них выявлялся повышенный сигнал от тромбированных сосудов АВМ.

Результаты: Эффективность эндоваскулярной операции оценивалась относительно каждого больного и каждого симптома заболевания. Значительный регресс неврологического дефицита отмечен у 62 пациентов. В эту группу вошли больные со сложной неврологической симптоматикой: парапарез, параплегия, тетрапарез, тетраплегия, сочетавшиеся с нарушением чувствительности и функций тазовых органов. Отсутствие регресса неврологической симптоматики отмечено у 6 пациентов. Из них у 4 пациентов до поступления в институт нейрохирургии была

произведена ламинэктомия, выявившая АВМ. Мальформация не была удалена. Развивался рубцово-спаечный процесс с окклюзией субарахноидального пространства. Несмотря на эмболизацию, в этих случаях, основные симптомы заболевания остались практически прежними.

Вывод: Таким образом, оценивая положительную неврологическую симптоматику у 91% больных с АВМ шейного отдела спинного мозга после перечисленных методов эндоваскулярного лечения, следует отметить, что они являются адекватными методами выбора лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АВМ СПИННОГО МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЮЩИХСЯ ИЗ МЕЖРЕБЕРНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тиссен Т.П., Яковлев С.Б., Бухарин Е.Ю., Бочаров А.В., Арустамян С.Р., Виноградов Е.В., Тиссен Б.Т.
ГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва, Россия

Для диагностики артериовенозных мальформаций (АВМ) спинного мозга предпочтение отдается селективной спинальной ангиографии. В основном кровоснабжение на среднегрудном уровне спинного мозга (от D-IV D-XI сегментов) осуществляется из большой корешковой артерии (а. Адамкевича) и мелких корешковых артерий, которые отходят от межрёберных артерий. Нижнегрудной и пояснично-крестцовый отделы получают кровь от конечных отделов большой корешковой артерии и в 15-20% случаев из восходящей поясничной артерии. Это происходит в том случае, когда большая корешковая артерия имеет высокое отхождение от межрёберных артерий на уровне D5-D8 позвонков.

Методы и материал: В институте нейрохирургии за период 1983 по 2009 года окклюзировано более 1000 афферентных сосудов АВМ. Возраст больных колебался от 6 до 76 лет. Всего оперировано более 394 человек. Выработаны алгоритмы методов эмболизации АВМ, показания к применению ПВА-эмболов, клея (гистакрил), микроспиралей или комбинированные методы.

Результаты: При выполнении эндоваскулярных вмешательств при АВМ необходимо детально изучить анатомическое строение мальформаций по данным ангиографии. При этом учитывалось состояние афферентных сосудов, линейной скорости кровотока, состояние дренажной системы, то есть учитывались все гемодинамические особенности всех отделов аневризмы. В тех случаях, когда выявлялось одновременное кровоснабжение АВМ и спинного мозга, проводилась частичная эмболизация с сохранением афферентного сосуда. Главной задачей при эмболизации АВМ является исключение сосудистого конгломерата аневризмы с сохранением артерий кровоснабжающих спинной мозг.