

пользования ВКТ (кровоток по ИЗА TIMI 3, миокардиальная перфузия 3 градации). Под успехом ЧКВ понималось отсутствие осложнений, антеградный кровоток по ИЗА TIMI 3, остаточный стеноз менее 10% после имплантации стента. Все пациенты получали стандартную дезагрегантную терапию аспирином и клопидогрелем до и после ЧКВ.

Результаты. Успех использования ВКТ – восстановление кровотока до уровня TIMI III, улучшение перфузии миокарда до уровня MBG III grade – составил 6% (2 больных). Процент неуспеха первичного ЧКВ составил 94% (один больной (3%) скончался на операционном столе, 91% пациентов по окончании процедуры имели уровень кровотока TIMI 0). Общая госпитальная летальность составила 15%. Рецидивов острого инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации отмечено не было. У всех пациентов с летальными исходами отсутствовали коронарный кровоток (TIMI 0) и миокардиальная перфузия MBG (grade 0). Четырём пациентам (11,7%) для контроля уровня кровотока перед выпиской из стационара выполнена повторная коронарография – во всех случаях коронарный кровоток составил TIMI III, миокардиальная перфузия MBG – III grade.

Выводы.

1. Первичное ЧКВ при ИМСПсСТ, осложненное явлением no-reflow, сопровождается высокой (15%) госпитальной летальностью.
2. Проведение ВКТ при первичном ЧКВ осложненным явлением no-reflow является малоэффективным (лишь у 6% пациентов восстановлен коронарный и миокардиальный кровоток).

СИНДРОМ MAY-THURNER КАК ПРИЧИНА ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Петрушин А.В.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГУ РДКБ Росздрава, Москва, Россия.

Обоснование. Сегодня общепринято выделение трех видов рефлюкса в гроздевидное сплетение при варикоцеле по Coolsaet. Это реносперматический (РС) рефлюкс (ретроградный кровоток по левой внутренней тестикулярной вене), илиосперматический рефлюкс (ретроградный кровоток по притокам бассейна левой подвздошной вены, ИС) и смешанный (РС+ИС). Наложение тестикулоилиакальных (тестикунонижнеэпигастральных) и прочих анастомозов с ветвями общей левой подвздошной вены при ИС и РС+ИС применяются без исследования регионарной гемодинамики и выяснения причин, приводящих к нарушению тестикулярного кровотока, что может отрицательно отразиться на результатах операции.

Материал и методы. Проведено флебографическое и флеботонометрическое исследование у 100 пациентов с 2-3 степенью варикоцеле, с целью

установить частоту ИС и РС+ИС рефлюкса в левое гроздевидное сплетение и определить возможности ультразвукового метода. Проводилась ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной веной и нижней полую веной (ЛПВ-НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева с измерением градиента давления между левой общей подвздошной веной (проксимальнее точки Кокета) и нижней полую веной (ЛОПВ-НПВ). Проведено измерение максимальной скорости рефлюкса в венах гроздевидного сплетения, выборочно проводилось измерение объемного кровотока в общих подвздошных венах.

Результаты. РС рефлюкс выявлен в 92%, РС+ИС 6%, ИС в 2% случаев. Выраженное нарушение оттока из левой почечной вены (мезентерикоаортальное или аортопозвоночное) обнаружено у 7% пациентов, умеренное у 14%. Максимальная скорость кровотока у этой группы, по ультразвуковым данным, не превышала 10 см/с. При отсутствии признаков компрессии левой почечной вены максимальная скорость кровотока составляла более 10 см/с (до 40 см/с). При РС+ИС и ИС рефлюксах, у всех пациентов, выявлена компрессия левой общей подвздошной вены в точке Кокета и коллатеральный кровоток на контралатеральную сторону, то есть синдром May-Thurner. Максимальная скорость рефлюкса при ИС составляла не более 10 см/с, в среднем 6 см/с. При РС+ИС типе, при отсутствии компрессии ЛПВ, более 10 м/с. При синдроме May-Thurner (компрессия ЛОПВ между общей правой подвздошной артерией и телом 5-го поясничного позвонка) сопровождавшегося варикоцеле, объемный кровоток по ЛОПВ был снижен в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Определение типа рефлюкса по ультразвуковым данным с применением пробы с пережатием пахового канала и пробой Вальсальвы отчетливого результата не выявило.

Заключение. Илиотестикулярный рефлюкс при варикоцеле обусловлен наличием синдрома May-Thurner. Предположить о наличии данного синдрома можно при обнаружении снижения объемного кровотока в ЛОПВ вене в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Наложение тестикулярных анастомозов с венами бассейна левой подвздошной вены при ИС рефлюксе не целесообразно, так как не обеспечивает хороший отток от гроздевидного сплетения.

ИМПЛАНТАЦИЯ МОДУЛЬНЫХ СТЕНТ-ГРАФТОВ: МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Осовских В.В., Иванов А.С., Яковлева Е.К., Красильникова Л.А., Корнюшина М.К.
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить результаты коррекции аневризм абдоминального отдела аорты (AAA) с помощью имплантации стент-графтов.

Материал и методы. С июля 2007 по октябрь 2010 г. эндопротезирование AAA с помощью модульного стент-графта выполнено у 30 больных: 25 мужчин и 5 женщин. Среди них 19 пациентов (63,3%) были пожилого и старческого возраста (66-89 лет, в среднем $72,4 \pm 1,2$ года), с различными сопутствующими заболеваниями; у 17 (89,5%) из них с сочетанием патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Еще в шести наблюдениях в анамнезе были онкологические заболевания и неоднократные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Все пациенты имели AAA с наружным диаметром от 46 до 84 мм (в среднем $55,4 \pm 3,6$ мм) и наличием пристеночных тромбов.

Для определения возможности выполнения эндоваскулярного протезирования выполняли спиральную компьютерную томографическую аортографию (СКТА). Показанием для лечения считали наличие AAA диаметром более 50 мм либо увеличение ее диаметра более 5 мм за 6 мес.

Эндопротезирование осуществляли в рентгеноперационной под субарахноидальной анестезией с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики. Для имплантации использовали следующие модели стент-графтов: Aorfix (Lombard Medical, Великобритания) (n=21), Excluder (W.L.Gore & Associates, США) (n=6), Talent (Medtronic Corp., США) (n=3). Этапы установки модульного стент-графта:

- хирургическое выделение бедренных артерий с двух сторон, наложение турникетов;
- катетеризация артерий, диагностическая аортография;
- артериотомия, проведение, позиционирование и раскрытие ипсилатерального основного и контралатерального модулей эндопротеза;
- «усадка» частей эндопротеза баллонным катетером;
- контрольная аортография;
- швы на артерии, послойные швы на раны.

Контрольную СКТА выполняли через 1, 6 и 12 мес. после эндоваскулярного протезирования, затем один раз в год.

Результаты. Имплантация была технически успешна во всех наблюдениях. Бифуркационное протезирование выполнено в 29 случаях (96,6%). Из-за окклюзии правой общей подвздошной артерии, у одного пациента выполнено аортоунилатеральное протезирование AAA с наложением бедренно-бедренного перекрестного шунта. Среднее время оперативного вмешательства составило $171 \pm 12,3$ мин; рентгеноскопии $31,9 \pm 3,8$ мин. Интраоперационная кровопотеря $134,6 \pm 22,9$ мл; период послеоперационного стационарного лечения $7,8 \pm 0,6$ сут.

Интраоперационно наблюдались следующие типы «подтекания» (endoleak): Ia и Ib (n=8) –

устранены повторной «усадкой» частей эндопротеза баллонным катетером; IIb (n=3) и IV (n=3) – не требовали дополнительного вмешательства, при контрольной СКТА не определялись.

К настоящему времени живы 28 из 30 больных (93%) в сроки от 1 до 38 (в среднем $20,3 \pm 2,6$) мес. По данным контрольных СКТА аневризмы выключены из кровотока, признаков «подтекания» нет, увеличения аневризм в размерах не отмечено.

Погибли два пациента: через 7 и 3 мес. после эндоваскулярного протезирования AAA от острого инфаркта миокарда.

Заключение. Применение модульных стент-графтов расширяет возможности оказания хирургической помощи при AAA, особенно у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в пожилом и старческом возрасте. Имплантация эндопротеза может стать методом выбора в лечении данной категории больных.

БЕЗОПАСНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Голощапов-Аксенов Р.С., Терновых М.В., Лебедев А. В.

МУ Мытищинская городская клиническая больница, Мытищи, Московской обл., Россия.

Цель. Оценить безопасность стентирования ствола левой коронарной артерии (СЛКА) у больных острым коронарным синдромом.

Материал и методы. В 2008-2010 годах стентирование ствола левой коронарной артерии выполнили 19 больным острым коронарным синдромом. Возраст больных $54 \pm 6,7$ лет. Операцию выполняли в сроки до 90 минут после развития ангинозного статуса после предварительного назначения клопидогреля в дозе 600 мг и гепарина в разовой дозе 10000 ЕД. У 9 больных причиной острого коронарного синдрома был критический стеноз ствола левой коронарной артерии. У 10 больных было выявлено окклюзирующее (тромбоз) или критически стенозирующее поражение устьевых сегментов ветвей левой венечной артерии с распространением на ствол. Имплантировали 23 стента с лекарственным покрытием. Стентирование одним стентом ствола левой венечной артерии в направлении огибающей или передней нисходящей ветвей выполнили 15 больным, 4 больным провели Y-образное стентирование ствола с использованием двух протезов. Финальную баллонную ангиопластику ствола «целующимися» баллонами выполнили 17 пациентам. Двум больным этот этап не проводили из-за наличия хронической окклюзии устья огибающей ветви левой коронарной артерии. Диаметр использованных стентов для стентирования СЛКА был не менее 4,5 мм, давление имплантации эндопротеза — не менее 20 атмосфер. В послеоперационном перио-