

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Курцер М.А.
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, РГМУ, Москва,
Россия

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярных вмешательств в лечении акушерской патологии.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2010 год различные эндоваскулярные вмешательства выполнены более чем 70 пациенткам с различной акушерской патологией, включающей послеродовые кровотечения, аномалии плаценты, эктопическую беременность и др.

Результаты. Применяли эмболизацию маточных артерий, интраартериальное введение препаратов, баллонную окклюзию внутренних подвздошных артерий. Во всех наблюдениях эндоваскулярные методы оказывались эффективными для обеспечения гемостаза, что позволило не только сохранить жизни больных, но и избежать удаления матки у всех прооперированных женщин.

Выводы. Эндоваскулярные методы являются эффективным и быстрым способом остановки акушерских кровотечений различной этиологии. Кроме того, их применение в комплексе с другими лечебными мероприятиями позволяет избежать удаления матки у большинства пациентов.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В БЕРЕМЕННОСТИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Бреусенко В.Г., Краснова И.А.
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, РГМУ, Москва,
Россия

Цель. Оценить эффективность ЭМА в лечении пациенток с миомой матки, заинтересованных в беременности. Усовершенствовать методику ЭМА в этой группе больных.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2010 год мы выполнили ЭМА 1300 пациенткам, отмечавшим заинтересованность в сохранении репродуктивной функции.

Результаты. Были разработаны технические приемы, позволяющие минимизировать воздействие на здоровую часть миометрия и яичники, а также обеспечить максимальную эмболизацию сосудов перифиброидного сплетения. Разработаны критерии, позволяющие определить оптимальную тактику лечения миомы матки у пациенток, заинтересованных в беременности. Определена тактика комбинированных вмешательств у таких больных. Кроме того, определены факторы, позволяющие разрешить прервать контрацепцию и планировать беременность после ЭМА.

Выводы. Эмболизация маточных артерий может применяться в лечении пациенток с миомой матки, имеющих заинтересованность в беременности при наличии ограничений для выполнения миомэктомии. Методика ЭМА у таких пациентов имеет свои особенности.

КОЛЛАТЕРАЛЬНОЕ ЗАПОЛНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИ ОККЛЮЗИРОВАННОЙ ИНФАРКТСВЯЗАННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Болдуева С.А., Архаров И.В., Кочанов И.Н., Каледин А.Л., Имран С.М.
ГОУ ВПО С-Пб ГМА им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

На прогрессирование сердечной недостаточности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, влияет «острота» окклюзии артерии, локализация поражения коронарного русла, наличие коллатералей в пораженном сосуде. Коронарная ангиография (КАГ) выявляет коллатеральное антеградное, ретроградное (или их комбинация) заполнение дистального сегмента окклюзированной артерии, что важно для обеспечения жизнеспособности (ЖС) миокардиоцитов при хронической коронарной окклюзии (ХКО). Для выявления ЖС миокарда используется позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). Комплексная оценка дисфункции миокарда левого желудочка, наличия ЖС миокарда методом ПЭТ, данных КАГ необходимо для решения вопроса о реканализации ХКО инфарктсвязанной коронарной артерии.

Цель работы. Выявить зависимость наличия жизнеспособного миокарда в зоне постинфарктного кардиосклероза от коллатерального заполнения дистального отдела хронически окклюзированной инфаркт-связанной артерии.

Методы исследования. В исследование включено 55 пациентов с перенесенным ОИМ различной локализации в сроки от 3-х до 6 месяцев. Всем пациентам выполнена КАГ и ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой для оценки ЖС миокарда.

Результаты. Предполагаемая длительность («возраст») окклюзии определялась как период времени от перенесенного ОИМ в области, кровоснабжаемой окклюзированной артерией, либо от эпизода стенокардии большей, чем обычно, интенсивности. Длительность окклюзии от 3 до 6 мес. выявлен у 54% больных, 6-12 мес. – 33% и у 13% больных свыше 12 мес. По данным КАГ из 55 больных, у 38% выявлен правый тип кровоснабжения, у 46% – левый, у 16% – сбалансированный. ХКО передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) диагностирована у 40% больных, у 29% больных – огибающей артерии (ОА), у 31% больных – правой коронарной артерии (ПКА). Анализ коллатерального заполнения показал следующие результаты.

Из 22-х больных с ХКО ПМЖВ у 16% больных было антеградное заполнение (внутрисистемное), у 12% больных имелось анте- и ретроградное заполнение, у 9% больных — ретроградное заполнение. У 16-и больных с ХКО огибающей артерии выявлено: антеградное заполнение у 7% больных, анте- и ретроградное заполнение — у 14% больных, ретроградное заполнение — у 5% больных, отсутствовало дистальное заполнение у 1-го больного (2%). Из 17-и больных с ХКО ПКА, у 10% имелось анте- и ретроградное заполнение, у 20% больных — ретроградное заполнение. По данным ПЭТ, при ХКО ПМЖВ жизнеспособный миокард (ЖСМ) выявлен у 22% больных, нежизнеспособный миокард (НЖСМ) — у 16% больных. У больных с НЖСМ в бассейне ПМЖВ у 3-х имелось анте- и ретроградное заполнение, у 5-и — антеградное заполнение, у 1-го — ретроградное. При ХКО ОА ЖСМ имелся у 16% больных, у 13% больных выявлен НЖСМ. У больных с НЖСМ в бассейне ОА, у 3-х имелось анте- и ретроградное заполнение, у 2-х — антеградное заполнение, у 2-х — ретроградное. При ХКО ПКА явления ЖСМ отмечались у 29% больных, у 2% больных выявлен НЖСМ, у которого имелось ретроградное заполнение. Ретроградное заполнение выявлено у 9-и больных (16%) с ЖСМ и у 7-и (13%) с анте- и ретроградным заполнением.

Исследования показали, что при ХКО ПКА наличие НЖСМ минимальны вследствие дистального ретроградного заполнения по внутрисистемным и(или) межсистемным коллатералям, примерно, в равном соотношении. Вопрос о реканализации ХКО инфарктсвязанной ПКА, имеющей достаточное коллатеральное дистальное заполнение, при отсутствии стенотических повреждений в других артериях, представляется дискуссионным. Требуется дальнейшее проведение исследования в виду небольшого количества исследованных пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДОСТУПОВ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ МЕТОДАМИ

Бондарь В.Ю., Поляков К.В., Лысов С.Е.,
Пушкарев А.И.
Краевой клинический кардиоцентр
Краевая Клиническая больница №1 г. Хабаровска
им. проф. С.И.Сергеева, Хабаровск, Россия.

Цель. Изучить возможность применения различных артериальных доступов для эндоваскулярной диагностики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В краевом клиническом кардиологическом центре на базе ГУЗ ККБ№1 в период с января 2010 по сентябрь 2010 гг. трансрадиальный доступ для коронарографии был применен у 124 пациентов, из них мужчин 91 чел. (73,9%), женщин 33 чел. (26,1%). Средний возраст пациентов составил

56,50±11,31 (от 33,0 до 76,0) лет. Использовались правая и левая лучевая артерия. Коронарография проводилась на фоне внутриаартериального введения 5000 ЕД гепарина. Для устранения спазма лучевой артерии, интраартериально вводили 100 мкг нитроглицерина. В некоторых случаях использовали 23 см интродьюсер, что помогало избежать контакта катетера со стенкой артерии в спазмогенной зоне, при этом нитроглицерин не вводился. Размер используемых инструментов 4-6 F. Время процедуры при лучевом доступе в среднем составило 23,50±2,97 (от 18,0 до 38,0) мин.

У 13 пациентов был применен трансбрахиальный доступ, из них мужчин 8 чел. (61,5%), женщин 5 чел. (38,5%). Средний возраст пациентов составил 50,08±5,10 (от 38,0 до 64,0) лет. Использовалась только правая плечевая артерия. Гепаринизация проводилась, как и при трансрадиальном доступе. Размер используемых инструментов 5-6 F. Время процедуры при плечевом доступе в среднем составило 22,08±4,06 (от 16,0 до 40,0) мин.

Результаты. По сравнению с трансфеморальным доступом длительность процедуры увеличилась несущественно — время процедуры составило при трансрадиальном доступе 23,50±2,97 мин, при плечевом доступе 22,08±4,06 мин. При использовании трансрадиального доступа осложнений не было зафиксировано. В группе трансбрахиального доступа в 1 случае имело место осложнение в послеоперационном периоде — тромбоз плечевой артерии. После произведенной тромбэктомии был полностью восстановлен артериальный кровоток.

Заключение. Трансрадиальный доступ несложен в исполнении и безопасен в плане возможных осложнений. Трансбрахиальный доступ вполне приемлем для катетеризации, что связано с большим калибром плечевой артерии, но при возникновении тромбоза плечевой артерии требуется экстренное оперативное вмешательство. Разница по времени исполнения обоих доступов несущественная. При использовании как трансрадиального, так и трансбрахиального доступов не требуется строгий постельный режим на период наложения давящей повязки, что значительно сокращает период госпитализации.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С БИОИНЖЕНЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ «GENOUS» ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ДВОЙНОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Бохан Н.С., Шилив А.А., Ганюков В.И., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН,
Кемерово, Россия.

Введение. В последнее время в клинической практике стал применяться биоинженерный стент нового поколения «Genous». Данный стент покрыт анти-телами к стволовым клеткам-предшественникам