

торым относятся внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) и измерение фракционного резерва кровотока (ФРК), являются современными методами нерентгеновской диагностики, позволяющими получить данные о строении сосуда, составе, протяженности и форме атеросклеротических бляшек (АСБ), функциональной значимости стенотического поражения, а также подобрать стент и проконтролировать его оптимальную имплантацию у пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарного русла.

Целью данной работы явилась оценка роли дополнительных методов исследования для определения морфологической (ВСУЗИ) и функциональной (ФРК) значимости поражения коронарного русла.

Материал и методы. За период с марта 2009 по октябрь 2010 г. было выполнено 57 ВСУЗИ и 24 измерений ФРК у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца, у которых по данным КАГ были выявлены стенозы $\geq 50\%$ в одной или нескольких коронарных артериях. Исследования проводились по стандартной методике.

Результаты. В 19 случаях измерения ФРК были получены данные о функциональной незначимости поражения коронарного русла, в 5 случаях подтвердились данные КАГ о гемодинамической значимости поражения венечных артерий. У 43 пациентов при ВСУЗИ были выявлены гемодинамически значимые поражения коронарного русла, тогда как при коронарографии отмечались лишь неровности контуров стенки коронарных артерий. В 14 случаях при ВСУЗИ были выявлены гемодинамически незначимые поражения коронарного русла, что позволило отказаться от оперативного лечения. У 16 пациентов были выявлены АСБ с тонкой покрышкой и большим липидным ядром, так называемые «нестабильные АСБ». Во всех случаях гемодинамически значимого поражения было выполнено стентирование, с ультразвуковым контролем. В 3 случаях при ВСУЗИ-контроле после имплантации стента было выявлено неполное прилегание стента к стенке артерии, что потребовало постдилатации баллоном высокого давления.

Заключение. Таким образом, ВСУЗИ и ФРК являются эффективными дополнительными методами исследования коронарного русла. Применение их в рутинной практике позволит повысить эффективность лечения больных с ИБС и снизить расходы на эндоваскулярные методы лечения.

МЕСТО РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Михин С.В., Мозговой П.В., Шукуров Б.М., Спиридонов Е.Г., Кондаков В.И., Перина В.А. Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

Введение. Хирургическое лечение осложненного цирроза печени остается актуальной проблемой современной гепатологии. Применение «традиционных» методик, сопряженных с высокой степенью агрессивности и наркозно-операционного риска, не дает удовлетворительных результатов у данной категории больных. В клинике ВолГМУ №1 используем тактику этапной малоинвазивной комплексной хирургической коррекции ПГ. Схема включает применение вмешательств на грудном лимфатическом протоке, эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода, лапароскопическую диссекцию венечной вены желудка и рентгенэндоваскулярную эмболизацию селезеночной вены (ЭСА).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с ПГ посредством применения рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии.

Материал и методы. В данном сообщении представлены результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 24 больных с ПГ, которые начали применять в нашей клинике с 2008 года. У 20 пациентов причиной развития ПГ явился цирроз печени (ЦП), у 4 – внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ). Декомпенсированная стадия ПГ определена у 18, субкомпенсированная Ч у 6 больных. Как самостоятельный метод рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии (ЭСА) выполнили у 6 больных с ЦП. Последовательно использовали малоинвазивные эндоскопические методики (эндоскопическое лигирование ВРВП подслизистого слоя пищевода (ЭЛ), лапароскопическая диссекция венечной вены желудка (ДВВ)) и ЭСА в 18 наблюдениях. В группе ЦП комбинации малоинвазивных хирургических методик применили в 14 наблюдениях (ЭЛ+ДВВ+ЭСА-6; ЭСА+ДВВ-2; ЭЛ+ЭСА-6); при ВПГ – в 4 наблюдениях (ЭЛ+ЭСА-1; ЭЛ+ЭСА-3). Катетеризацию селезеночной артерии у 18 пациентов осуществили путем пункции правой общей бедренной артерии в верхней трети. У 6 пациентов попытка катетеризации таким путем оказались не удачными, в связи с чем была пунктирована и катетеризована левая плечевая артерия в средней трети. Стволовая ЭСА выполнялась металлическими спиралями “Gianturco” 0,035-10-8 (“Cook”) у 18 больных, у оставшихся 6 дополнительно для получения полного блока использовали спираль “Tornado” 0,035-8-5 (“Cook”). Для достижения блока селезеночной артерии было использовано от 2 до 7 металлических спиралей.

Результаты. После ЭСА у пациентов с гиперспленизмом в большинстве случаев были выявлены положительные сдвиги в показателях крови. На 18 сутки у 23 пациентов отметили статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества тромбоцитов и лейкоцитов. У одного больного с декомпенсированным ЦП показатели крови остались без изменений. Во всех наблюдениях отмечали сокращение размеров

селезенки в среднем на 2 см по вертикальному размеру. При УЗИ через неделю после ЭСА у 7 больных выявили зоны инфаркта селезенки, с последующим их рубцеванием через 30 суток на фоне консервативной терапии. При доплерографии у 20 пациентов отметили снижение линейной скорости кровотока по селезеночной артерии в 3-4 раза от исходных показателей, у 4 — достигли полной окклюзии селезеночной артерии дистальнее эмболизационных спиралей. В двух наблюдениях через 1 и 2 месяца после первого сеанса ЭСА выявили реканализацию, в связи с чем была выполнена повторная процедура ЭСА. При сочетанном использовании ЭЛ, ДВВ и ЭСА рецидив ВРВП выявлен в 1 случае, что потребовало повторного курса ЭЛ. У пациентов, которым проводили комплексное малоинвазивное лечение, летальных исходов, связанных с развитием пищеводного кровотечения в раннем постманипуляционном периоде и при последующем наблюдении до 3 лет, не регистрировали.

Заключение. Самостоятельное и сочетанное применение рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии в качестве одного из хирургических методов малоинвазивной коррекции позволяет улучшить результаты лечения больных с ПГ и ее осложнениями.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИК ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОККЛЮЗИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Мовсесянц М.Ю., Пряников А.Д., Калашников С.В., Миронков А.Б.
ГУЗ Городская клиническая больница № 12 ДЗ
Москвы, Москва, Россия.

Введение. Чрескожные вмешательства при острых окклюзиях коронарных артерий — одна из наиболее актуальных проблем современной интервенционной кардиологии, что связано с высоким риском дистальной эмболии после выполнения баллонной ангиопластики и стентирования. Логическими предпосылками для использования различных систем для удаления тромба являются: предотвращение дистальной эмболии, уменьшение объема тромба в просвете артерии с лучшей визуализацией истинного поражения и возможность выполнения прямого стентирования без предварительной баллонной ангиопластики.

Материал и методы. Были выбраны 54 пациента с острыми окклюзиями коронарных артерий. Критерии включения: давность инфаркта с подъемом сегмента ST не более 12 часов, острая окклюзия одной из магистральных коронарных артерий по результатам коронарной ангиографии. Критерии исключения: кардиогенный шок, перенесенное в анамнезе коронарное шунтирование, блокада левой или правой ножки пучка Гиса, ритм электрокардиостимулятора. Всем пациентам первым этапом ЧКВ выполнялась механи-

ческая реканализация проводником. Далее пациенты были разделены на три группы. В первой группе выполнялась баллонная ангиопластика (n=23), во второй группе — удаление тромба катетерами мануальной аспирации Export или Diver (n=20) и в третьей группе — реолитическая тромбэктомия системой Angiojet (n=11). В завершение вмешательства всем пациентам были имплантированы стенты в пораженный сегмент артерии. Пациенты в группах были сопоставимы по основным клиническим характеристикам.

Адекватность реперфузии после выполнения вмешательства оценивали по степени кровотока по шкале TIMI и степени миокардиального контрастирования по шкале MBG по результатам коронарной ангиографии, и по резольвции сегмента ST по результатам контрольной ЭКГ. Под адекватной реперфузией понимали степень кровотока по шкале TIMI 3, степень миокардиального контрастирования по шкале MBG 2-3 и резольвцию сегмента ST на 70% и более через 1 час после завершения вмешательства. Неадекватной реперфузией считали степень кровотока по шкале TIMI 2 и менее, степень миокардиального контрастирования MBG 0 или 1, наличие феноменов «slow reflow» или «no reflow», и резольвцию сегмента ST менее чем на 70% через 1 час после завершения вмешательства.

Результаты.

Ангиографические критерии. Первая группа: 18 пациентов (78,3%) — TIMI 3, MBG 3; в 5 наблюдениях (21,7%) TIMI 2 и менее, MBG 0 или 1.

Вторая группа: 18 пациентов (90%) — TIMI 3, MBG 3; в 2 наблюдениях (10%) TIMI 2 и менее, MBG 0 или 1.

Третья группа: 10 пациентов (91%) — TIMI 3, MBG 3; в 1 наблюдении (9%) TIMI 2, MBG 1.

В группах, где использовались системы для удаления тромба, ангиографические критерии адекватной реперфузии определялись достоверно чаще.

Резольвция сегмента ST. В первой группе резольвция сегмента ST на 70% и более определялась у 13 (56,5%) пациентов, во второй группе у 15 (75%) и в третьей группе у 8 (73%) больных. В группах, где использовались системы для удаления тромба, резольвция сегмента ST на 70% и более определялись достоверно чаще.

Заключение. Использование систем для удаления тромба у пациентов с острыми окклюзиями коронарных артерий, позволяет достоверно чаще достигнуть адекватной реперфузии, определяемой по совокупности клинико-ангиографических критериев.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТЫХ И ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Мозговой П.В., Шукуров Б.М., Спиридонов Е.Г., Фролов Д.В., Перина В.А., Луковскова А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.