

рост. Большинство женщин жаловались на значительные менструальные кровотечения (15), симптомы компрессии соседних органов (5), слабость (20) быструю утомляемость (21). Анемия разной степени тяжести наблюдалась у 11 женщин. Четыре женщины не имели субъективных клинических проявлений, но по данным обследований у них выявлялся быстрый рост миоматозных узлов.

Размер миоматозных узлов варьировал от 2 см до 7.5 см в диаметре. У 4-х пациенток имелись множественные миоматозные узлы. (от 2-х до 4-х). Узлы располагались интрамурально (12) субмукозно (6) и субсерозно (3) и большей частью были погружены в миометрий.

Методика операции была стандартной. Во всех случаях использовался правосторонний бедренный доступ по Сельдингеру, а в одном он был дополнен и левосторонним бедренным доступом. В 19 случаях для селективной катетеризации маточных артерий применяли катетера Робертс. В остальных использовали катетер типа кобра.

Шесть вмешательств было выполнено сферическим эмболизационным материалом Countur SE, у 11 частицами Countur производства фирмы Бостон Сцайнтифик размером 500-700 МК. У 4х больных вмешательство было выполнено несферическими частицами поливинилалкоголя того же размера фирмы СООК.

Технический успех вмешательства достигнут при эмболизации 41 маточной артерии. Попытка эмболизации одной маточной артерии из за резкой извитости подвздошных и маточных артерий оказалась безуспешной.

Осложнений не наблюдали. Постэмболизационный синдром разной степени выраженности наблюдался у 18 женщин, который нивелировался через 8-36 часов.

Больные были выписаны из клиники на 3-4-е сутки после операции

При наблюдении больных в сроки 1-3 месяца положительный клинический эффект отмечен у всех наблюдавшихся на момент обследования пациенток. Отмечено уменьшение болей, объема менструальных кровотечений, симптомов компрессии соседних органов.

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

Сравнительный анализ клинического применения поливинилалкогольных частиц сферической и не сферической формы показал, что использования сферического эмболизационного вещества при лечении миом матки более удобно в применении, безопасно при выполнении вмешательства и клинически эффективно.

Дальнейшее накопление опыта его применения позволит сделать статистически более достоверные выводы.

МИНИМИЗАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ АГРЕССИИ В ХИРУРГИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОСРЕДСТВОМ ШИРОКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ И ГИБРИДНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Шульц А.А., Гогонадзе Л.К., Шульц О.Г.,
Грошевой Д.В., Макарова М.В., Абашева Е.В.,
Русинова Е.Ю.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на
ст. Горький» ОАО РЖД
Н. Новгород, Россия.

Оптимальным условием для успешного эндоваскулярного лечения у больных с окклюзионно-стенотическим поражением подвздошных артерий согласно классификации TASC признан класс поражения А. Однако следует признать, что больных с подобным уровнем облитерации магистральной артерии немного. Значительно чаще приходится сталкиваться с диффузным «многоэтажным» процессом, требующим при отсутствии возможности эндоваскулярной коррекции, проведения обширных травматичных вмешательств, сопряженных с высоким уровнем риска. Следует принять во внимание, что, в связи с вероятной изменчивостью течения атеросклероза как болезни, в последние 10-15 лет подавляющее большинство больных с патологией аорто-подвздошного сегмента имеют диффузное поражение инфраингвинального русла, а также клинически значимые ИБС и церебральный атеросклероз. Ведение таких пациентов бывает трудным в связи с их общесоматическим статусом, требует паритетной курации как сердечно-сосудистым хирургом, так и кардиологом. В связи с данными реалиями чрезвычайно актуальным становится вопрос минимизации хирургической агрессии при вмешательстве именно на аорто-подвздошном сегменте.

В настоящем сообщении анализируется опыт эндоваскулярного лечения больных со стенозами и окклюзиями подвздошных артерий в отделении сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО РЖД. Мы придерживаемся следующей позиции: невзирая на класс поражения терминального отдела аорты и подвздошных артерий, предметом для стандартной «открытой» реконструктивной операции могут быть некоторые больные, имеющие класс С и D. В большинстве случаев следует предпринимать попытку эндоваскулярной коррекции. Камнем преткновения являются протяженные стенозы или окклюзии при классе С и D, выходящие за пределы подвздошной артерии, вовлекающие общую бедренную и нижележащие артерии. Данные поражения не оставляют шансов для проведения перкутанного эндоваскулярного вмешательства, однако могут быть уверенно оперированы посредством гибридной хирургии. В этом случае целесообраз-

ным видом локальной реконструкции мы считаем ультразвуковую эндартерэктомию с переходом последней на терминальный сегмент наружной подвздошной артерии с пластикой путей оттока. Данная процедура сочетается с одним из методов эндоваскулярной коррекции путей притока. Еще одним используемым нами вмешательством является сочетание стентирования донорской менее пораженной подвздошной артерии и перекрестное шунтирование. Другим путем оптимизации эндоваскулярного лечения аорто-подвздошных поражений считаем обязательную интраоперационную ультразвуковую навигацию, применение которой обеспечивает максимально корректное проведение перкутанного доступа, а также функциональной оценки проведенной операции.

С 2003 по 2010 годы эндоваскулярные коррекции аорто-подвздошных поражений выполнены у 93 больных, из них у 23 гибридным методом, описанным выше. Еще в 5 случаях инфраингвинальный реконструктивный этап лечения был выполнен отсрочено спустя 2-3 дня после проведения стентирования. В 2003-2006 годах стентирование подвздошных артерий проводили отечественным стентом «Алекс», однако на современном этапе закономерное предпочтение нами отдано самораскрывающимся стентам Astron и Maris Plus, в том числе длинным стентам (120-200 мм). При необходимости проведения прямого стентирования на уровне общей подвздошной артерии в последнее время нами используется кобальт-хромовый стент Scuba с закрытой ячейкой, позволяющий добиться гарантированной фиксации окклюзирующего субстрата и предотвратить его протрузию. При проведении стентирования на уровне устья общей подвздошной артерии считаем нормальной практикой позиционировать проксимальный сегмент стента (до 1 см) в просвете аорты, что также позволяет избежать протрузию субстрата и последующую эмболию.

Непосредственные положительные результаты были получены у 90 больных, включая больных с классом TASC D. У трех больных развились жизнеугрожающие осложнения: в 1 случае – расслоение терминального отдела аорты, в 1 случае – аналогичное расслоение подвздошной артерии, еще в 1 случае – разрыв наружной подвздошной артерии при проведении постдилатации в процессе реканализации и последующего стентирования. Во всех трех случаях причиной осложнений явилось субинтимальное прохождение гидрофильного проводника; исход у всех трех больных был благоприятный благодаря проведенной немедленной конверсии.

Отдаленные результаты прослежены у 82 больных. Реокклюзия констатирована в 1 случае. Еще в 12 случаях выявлены гемодинамически значимые рестенозы после стентирования стентом «Алекс», устраненные повторными эндоваскулярными

вмешательствами. Еще у 2 больных в отдаленном периоде выполнена ампутация конечности в связи с тяжелым неоперабельным поражением дистального русла и критической ишемией.

Таким образом, эндоваскулярная коррекция поражений аорто-подвздошного артериального сегмента является высокоэффективной малоинвазивной методикой хирургического лечения. При диффузном поражении артерий классов С и D во многих случаях эндоваскулярная операция возможна, но подход к ней требуется взвешенный и индивидуальный в каждом отдельном клиническом случае. При проведении эндоваскулярного лечения при классах С и D необходимо иметь готовность к немедленной конверсии операции в «открытую» реконструкцию.

ОПЫТ АКТИВНОГО ВНЕДРЕНИЯ РЕНТГЕНОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ АРТЕРИЙ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНОГО РУСЛА В ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Шульц А.А., Гогондзе Л.К., Шульц О.Г.,
Грошевой Д.В., Макарова М.В., Абашева Е.В.,
Русинова Е.Ю.
НУЗ «Дорожная клиническая больница на
ст. Горький» ОАО РЖД
Н. Новгород, Россия.

На сегодняшнем этапе развития ангиологии показания к хирургической коррекции стенозов прецеребральных артерий четко установлены. Нет сомнений, что интраторакальные стенозы должны быть объектом для эндоваскулярного вмешательства, однако предметом для неразрешенной дискуссии остаются поражения сонных и позвоночных артерий. Учитывая тот факт, что каротидная эндартерэктомия является золотым стандартом хирургии стенозов каротидных бифуркаций, путь в жизнь эндоваскулярных вмешательств на этой зоне во многих случаях бывает сложным. Тем не менее, в настоящее время опубликовано достаточно исследований, которые наглядно демонстрируют, что каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование по своей итоговой результативности в части достижения искомого эффекта конкурируют равновелико. Что же касается устранения стенозов устьев позвоночных артерий, то более чем очевидно, что сложная анатомическая зона, трудоемкий доступ, опасность повреждения важных нервов, грудного лимфатического протока отдают несомненное предпочтение эндоваскулярному вмешательству, которое, напротив, является в этой зоне несложным, минимально рискованным и быстровыполнимым.

В отделении сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии НУЗ «Дорож-