

**Результаты.** Морфология поражений: аневризменная киста — 3 (42%), гигантоклеточная опухоль 2 (29%), метастатическое поражение у 2 пациентов (29%).

Ангиография позвонков производилась после КТ и МРТ исследований которые определяют количество и уровень поражения.

Во время проведения ангиографического исследования при наличии патологического кровотока (массы извитых, штопорообразных разнокалиберных артерий с очагами контрастных озер) на уровне поражения, производилась эмболизация регионарных артерий. Также было отмечено, что гиперплазированные афферентные артерии питающие костное новообразование, могут быть деформированными собственными артериями или артериями коллатерального кровотока, которые не контрастируются при типичной ангиографии данной области.

Решение о проведении эмболизации принималось только после локализации источника и определения типа спинального кровоснабжения шейного отдела спинного мозга.

У 5 пациентов через 3-4 дня после эмболизаций, проводились плановые хирургические вмешательства с резекцией новообразований и установки металлоконструкции системы стабилизации позвоночника, во время которых кровопотеря была на 30-40% меньше по сравнению с таковой при операциях без предварительной эмболизации патологических сосудов. Опиерирующими хирургами отмечается возможность минимизации оперативного доступа и более гладкое течение послеоперационного периода.

У двух пациентов хирургическое лечение не применялось. Через 2-3 суток после выполнения эндоваскулярного вмешательства, полностью или частично был купирован болевой синдром. Его снижение отмечалось в среднем на 40%. На контрольных рентгенограммах через 6-12 месяцев реканализации окклюзированных артерий не отмечалось.

Из осложнений в ходе эндоваскулярного вмешательства следует отметить случай внутримозговой дистальной эмболизации гранулами ПВА 300 у пациента 28 лет с аневризменной кистой левого поперечного отростка С3. При выполнении дистальной эмболизации левой восходящей шейной артерии, на предварительном этапе не был выявлен анастомоз с левой позвоночной артерией. Проводилась эмболизация гранулами ПВА восходящей шейной артерии. Анастомоз с левой позвоночной артерией появился на контрольной ангиограмме только после эмболизации очага на уровне С3.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациента отмечались диффузные головные боли без четкой локализации и очаговой симптоматики. Лечение симптоматическое. Через сутки оперирован, — послеоперационное течение без особенностей.

В дальнейшем, нами не производилась дистальная ПВА эмболизация восходящей шейной артерий, без предварительной установки окклюдизирующих спиралей IMWCE (COOK).

**Выводы.** Анализ результатов рентгенэндоваскулярной окклюзии патологических сосудов, кровоснабжающих новообразования, показал ее высокую эффективность. Редукция патологического кровотока сопровождалась уменьшением интраоперационной кровопотери на 30-40%.

Принимать решение об эмболизации артерий шеи следует только после точного определения источников спинального кровоснабжения.

Эмболизация регионарных артерий при новообразованиях шейного отдела позвоночника может применяться и как метод предоперационной подготовки, и как самостоятельный метод лечения.

### НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Крамаренко А.В, Акбашева М.Т., Фоменко Е.П., Областной сосудистый центр ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия.

**Цель.** Оценить возможности и эффективность эндоваскулярного лечения ОКС в условиях Областного сосудистого центра.

**Материал и методы.** В 2009–2010 гг. в Областном сосудистом центре ГУЗ Ростовской ОКБ выполнена коронарокардиография 467 пациентам с ОКС. При этом 394 (84,4%) пациентам проведено эндоваскулярное вмешательство, 19 (4,1%) больным выполнено экстренное коронарное шунтирование, 54 (11,5%) пациента лечились консервативно. Из 394 пациентов, которым выполнено стентирование, у 193 (48,9%) была диагностирована нестабильная стенокардия, 153 (38,9%) поставлен диагноз ИМ с подъемом сегмента ST и 48 (12,2%) — ИМ без подъема сегмента ST. Средний возраст пациентов  $56,2 \pm 7,9$  лет, больные мужского пола составляли 78,9% (311 чел.). Фракция выброса левого желудочка в среднем составляла  $48,1 \pm 8,4\%$ . У 47 (11,9%) больных отмечалась нестабильная гемодинамика. Желудочковая экстрасистолия III-V класса по Lown наблюдалась в 17 (13,7%) случаев. В анамнезе ИМ имелся у 117 (29,7%) пациентов, коронарное шунтирование — у 24 (6,1%), стентирование коронарных артерий — у 9 (2,3%). Сопутствующая патология, отягощающая ОКС, выявлена у 281 (71,3%) пациента: сахарный диабет — 106 (26,9%) пациентов, артериальная гипертензия — 256 (64,9%) пациентов, цереброваскулярные заболевания — 91 (23,1%) пациент, хроническая обструктивная болезнь легких — 56 (14,2%) пациентов, хроническая ишемия нижних конечностей — 76 (19,3%) пациентов.

По данным коронарографии, однососудистое поражение имелось в 96 (24,4%) случаях, двух-

сосудистое — в 189 (47,9%), трехсосудистое — в 109 (27,7%). Поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 26 (6,6%) пациентов.

Стентирование клинко-зависимой артерии проведено 241 (61,2%) пациенту, стентирование двух и более коронарных артерий — 153 (38,8%) больным. При этом полная реваскуляризация произведена в 47,9% (189 пациенту) случаев. Стентирование ствола левой коронарной артерии выполнено 24 (6,1%) пациентам, аорто/мammаро-коронарного шунта — 14 (3,6%) больным. Трансрадиальный доступ применялся в 9,1% (36 пациентов) случаев, блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов — в 16,2% (64 пациента). ВАБК проводилась 29 больным с нестабильной гемодинамикой в течение 24-48 ч.

**Результаты.** После проведения эндоваскулярного лечения 193 пациента с нестабильной стенокардией 39 (20,3%) относились к 0-I ФК стенокардии, у 135 (69,9%) пациентов диагностирован II ФК стенокардии и у 19 (9,8%) пациентов — III ФК. У пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипо- и акинеза, увеличение ФВ при ЭхоКС на  $8,1 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ), улучшение перфузии миокарда по данным ОФЭКТ. Летальность составила 0,3% (1 пациент с кардиогенным шоком в результате обширного трансмурального ИМ).

**Выводы.** Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ОКС являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с нестабильной стенокардией и мультифокальным поражением коронарных артерий при ОКС возможно успешное проведение полной реваскуляризации. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются методом выбора. Эндоваскулярное лечение ОКС возможно и безопасно без кардиохирургической поддержки.

## НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЗГА

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Крамаренко А.В., Акбашева М.Т., Фоменко Е.П., Областной сосудистый центр ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность эндоваскулярных вмешательств при ИБМ в условиях Областного сосудистого центра.

**Материал и методы.** В 2009–2010 гг. в Областном сосудистом центре ГУЗ Ростовской ОКБ обследовано 246 пациентов с поражением брахиоцефальных артерий. Из них эндоваскулярное лечение проведено 119 (48,4%) больным. Перед операцией всем пациентам выполнялось комплексное исследование сосудов головного мозга

с оценкой состояния интракраниальных артерий и функционирования Виллизиевого круга с помощью УЗТС, ТКДГ, КТ, МРТ, ОФЭКТ и ангиографии, позволившее выявить гемодинамически значимое поражение интракраниальных сосудов у 15 (12,6%) пациентов, одиночные и множественные аневризмы церебральных сосудов — у 6 (5,0%) больных. Средний возраст больных  $62,4 \pm 7,6$  лет, пациенты мужского пола составляли 73,1% (87 чел.). В анамнезе острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу имелись у 62 (52,1%) пациентов, транзиторные ишемические атаки — у 36 (30,2%), ИМ — у 14 (11,8%), мерцательная аритмия — у 10 (8,4%), артериальная гипертензия — у 91 (76,5%), сахарный диабет — у 21 (17,6%) пациента.

Стентирование ВСА выполнено 73 (61,3%) пациентам: шейного сегмента ВСА — 61 (51,3%) пациенту, из них 3 (2,5%) пациентам при остром ишемическом инсульте, 2 (1,7%) больным совместно с эмболизацией мешотчатой аневризмы ПСА и СМА, 5 (4,2%) пациентам выполнена реканализация и стентирование хронической окклюзии шейного сегмента ВСА; интракраниального отдела ВСА — 12 (10,1%) пациентам, из них двоим (1,7%) больным при ОНМК по ишемическому типу. Выполнена 1 (0,8%) баллонная ангиопластика супраклиноидного сегмента ВСА при остром ишемическом инсульте. Стентирование подключичной артерии проведено 24 (20,2%) пациентам, брахиоцефального ствола — 4 (3,4%), ОСА — 4 (3,4%) пациентам. Стентирование позвоночной артерии выполнено 11 (9,2%) больным: шейного сегмента — 6 (5,0%), интракраниального отдела — 3 (2,5%) пациентам, одномоментное стентирование экстра- и интракраниального отделов позвоночной артерии проведено 2 (1,7%) пациентам. Стентирование базилярной артерии выполнено 3 (2,5%) пациентам, из них одному больному стентирование базилярной артерии проводилось вследствие ОНМК по ишемическому типу. Из 7 (5,9%) пациентов с ОНМК по ишемическому типу перед стентированием внутриартериальный тромболизис выполнен 6 (5,0%) пациентам, дополненный механической тромбэктомией у 2 (1,7%) больных.

**Результаты.** После проведения эндоваскулярного лечения хорошие ангиографические и клинические результаты достигнуты у 115 (96,6%) пациентов. Стентирование шейного сегмента ВСА у всех пациентов проводилось с применением устройств для защиты от дистальной эмболии. В 3 случаях стентирования ВСА зарегистрирована транзиторная ишемическая атака, разрешившаяся без неврологических дефицитов. При ультразвуковом контроле стенты проходимы. Летальных случаев не было.

**Выводы.** Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ИБМ являются эффективным и