

Результаты. Анализ обработанных данных показывает, что в группу оперированных пациентов вошли 32,1% мужчин и 67,9% женщин в возрасте от 30 лет до 81 года. Средний возраст пациентов, подвергшихся диагностическому исследованию, составил 67,7 лет. Мужчин 30%, женщин 70%. Протяженность поражения артериальных сегментов составила от 1 до 20 см. Технический успех в 100% случаях. Изолированные вмешательства на одной из магистральных артерий голени выполнялись в 30,7%. Из анализа оперированных артерий следует, что наиболее часто поражение отмечалось в передней большеберцовой артерии.

Проведенный анализ локализации язв стоп показал, что большинство язв в общем количестве исследованных пациентов локализовались по наружной поверхности стопы – 38,4%. У большинства пациентов страдала левая нижняя конечность – 62,5%. На фоне проводимого лечения у 84,7% пациентов наблюдалось полное заживление раны, у двух пациентов (15,3%) потребовалось дополнительное оперативное вмешательство (ампутация II, III пальцев у 1 пациента. Одному пациенту проводилась поясничная сипатэктомия).

Выводы. Ранняя и точная диагностика играет немаловажную роль в лечении пациентов с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета. Единственным методом точной диагностики для выбора тактики дальнейшего лечения является контрастная ангиография.

Ангиобаллонопластика артерий нижних конечностей является эффективным способом лечения гнойно-некротических осложнений при синдроме диабетической стопы. У больных с диабетической ангиопатией ангиобаллонопластика является подчас единственным способом коррекции нарушенного кровотока.

Своевременное обращение пациентов с синдромом диабетической стопы в кабинеты диабетической стопы может существенно снизить риск ампутации нижних конечностей. Дальнейшее наблюдение оперированных пациентов позволит изучить отдаленные результаты данного метода.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Деды Т.В. *, Гришин Г.П. **, Зинин Д.С. **

*Московский Государственный медико-стоматологический университет

** НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия.

Актуальность. Ультразвуковая диагностика состояния миомы матки после проведения эмболизации маточных артерий основывается, главным образом, на анализе происходящих в миоме

матки изменений через 3, 6, 9, 12 месяцев после проведения рентгенэндоваскулярного лечения. Представляется интересной ультразвуковая оценка состояния миоматозных узлов в течение первых 12-24 часов после операции.

Материал и методы. Обследовано 50 пациенток с одноузловой миомой матки в возрасте от 25 до 55 лет. Всем пациенткам выполнено ультразвуковое исследование высокого разрешения с цветовым доплеровским картированием и энергетическим доплером, а также клинические и лабораторные исследования в условиях стационара до и после проведения эмболизации маточных артерий.

Результаты и обсуждения. Эхографически было выявлено наличие одноузловой миомы матки, размерами в среднем от 28 до 72 мм, локализующейся в разных стенках, имеющей интрамуральное, субсерозно-интрамуральное и субсерозное расположение (в последнем случае анализировалось состояние узлов с широким основанием). В В-режиме все узлы характеризовались ровными, четкими контурами, умеренно неоднородной или неоднородной структурой, различной степенью эхогенности. В режиме ЦДК в 30 узлах определялся хорошо выраженный периферический кровоток с показателями ИР в среднем 0.55-0.69, в 13 узлах наблюдался смешанный тип кровотока с ИР 0.42-0.58, в 7 узлах, (преимущественно субсерозных), лоцировался пенетрирующий (центральный кровоток) с ИР 0.54-0.74. При проведении ультразвукового исследования после эмболизации маточных артерий в первые 12-24 часа во всех случаях отмечалось изменение эхоструктуры и эхогенности узлов, с появлением диффузно расположенных зон повышенной эхогенности без четких контуров в 32 узлах, в остальных 18 случаях изменение эхогенности было очаговым. При проведении ЦДК во всех узлах отмечалось отсутствие васкуляризации. При проведении ЭДК – единичные локусы кровотока регистрировались в 5 субсерозных узлах, преимущественно в проекции основания. Измерение ИР в этих случаях не представлялось корректным из-за низких скоростей кровотока.

Заключение. Оценка эффективности эмболизации маточных артерий с применением ультразвукового исследования высокого разрешения с ЦДК и ЭД возможна уже в первые 12-24 часа после вмешательства.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

Демин В.В., Демин А.В., Алмакаев А.К.,

Славгородский А.В., Степанов А.Н.,

Федичев А.П., Демин Д.В.

ГУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», Оренбург, Россия.

Введение. Стентирование сонных артерий является одной из наиболее быстро развивающихся операций в эндоваскулярной хирургии. В течение короткого времени эндоваскулярными специалистами были достигнуты целевые показатели, установленные ангиохирургами как граничные с точки зрения возможных неблагоприятных последствий операции: 6% для симптомных и 3% — для асимптомных пациентов. Технологичность и относительная несложность стентирования каротидных артерий в опытных руках, небольшая частота осложнений, связанная с малотравматичностью, малая частота рестенозов породили достаточно благодушное отношение к техническим аспектам выполнения вмешательства. Мы придерживаемся точки зрения о необходимости повышенного внимания к техническим аспектам операции, что обеспечивает ее безопасность и улучшает отдаленные результаты, и считаем попытки упрощенного подхода к этим вопросам ошибочными.

Материал и методы. С 2001 года по сентябрь 2010 года в отделении выполнены 243 рентгеноэндоваскулярные операции на внутренних сонных артериях. Все операции произведены с использованием противоэмболической защиты: противоэмболических фильтров четырех видов в 95%, проксимальной защиты с помощью системы М.О.М.А. в 5%. Во всех случаях операции закончены имплантацией стентов (98,8% — саморасширяющиеся нитиновые стенты пяти видов). К принципиальным особенностям интраоперационного ведения пациентов, влияющим на результат операции и используемым в нашей клинике, относятся: бедренный доступ, с варьированием вида и жесткости используемого шаттла в зависимости от исходной анатомии; осуществление временной электрокардиостимуляции во всех без исключения случаях; интраоперационное внутривенное введение нимотопа с целью вазодилатирующего и нейропротекторного эффекта; тщательный контроль интраоперационного гемодинамического баланса анестезиологами, проведение основного этапа операции на фоне нормотонии или регулируемой гипертензии; строгий подход к точному выбору размера имплантируемого стента (избегая неоправданно длинных эндопротезов) и баллона для постдилатации (баллон достаточного диаметра, от 5 до 8 мм, всегда меньше стента по длине).

Результаты. Из первых 52 пациентов, прооперированных до 2005 года, умерло 3, отмечалось 2 ишемических инсульта, из которых в одном случае произошел полный регресс симптоматики. Частота значимых неблагоприятных событий у оперированных пациентов составила в ближайшем послеоперационном и 30-дневном периоде в этой группе 9,6% (летальность 5,8%). После приобретения опыта и внедрения упомянутых выше подходов к ведению пациентов. В последующем на 191 операцию смер-

тельных исходов не было, в трех случаях отмечены кратковременные транзиторные ишемические атаки в ближайшем послеоперационном периоде (1 – 2 сутки), полностью купированные. Частота значимых неблагоприятных событий – 1,7% (летальность 0%). Суммарная частота значимых неблагоприятных событий у оперированных пациентов составила в ближайшем послеоперационном и 30-дневном периоде в этой группе 3,5% (летальность 1,3%).

Эти показатели, с одной стороны, свидетельствуют о важности опыта, приобретаемого оператором и всем отделением, для достижения хороших результатов, а с другой – являются возможным подтверждением правильности тех подходов к обеспечению безопасности операций, которые были отработаны в отделении.

Заключение. Несмотря на достаточно малую продолжительность и относительную техническую простоту, операция стентирования внутренних сонных артерий требует полноценного участия анестезиолога для адекватного контроля и своевременной коррекции гемодинамики и гемогидробаланса. Выполнение стентирования сонных артерий требует внимательного соблюдения технологии операции, оптимального подбора необходимых инструментов и средств защиты, с возможностью их быстрой замены или дополнения при необходимости. Использование субоптимальных размеров стентов и баллонов для постдилатации потенциально может привести в последующем к увеличению количества неблагоприятных отдаленных результатов.

ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ПРИ АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Демин В.В., Демин А.В., Алмакаев А.К.,
Лавренко С.А., Дегтярев А.Г., Федорова М.М
ГУЗ «Оренбургская областная клиническая
больница», Оренбург, Россия.

Введение. Несмотря на то, что эндоваскулярное лечение давно зарекомендовало себя как один из ведущих способов терапии вазоренальной гипертензии, не уступающий открытым операциям в эффективности и превосходящий их по малотравматичности, существуют противоречивые данные относительно его результатов. Исследование AS-TRAL зародило сомнения относительно целесообразности хирургического лечения поражения почечных артерий, хотя и было безупречным с точки зрения методологии. Один из возможных путей улучшения результатов операций – совершенствование самого этапа вмешательства, в частности, посредством более оптимального выбора размеров используемых инструментов.

Материал и методы. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения с 1997 года выполнено 118 операций на почечных