

Материал и методы. За период с октября 2009 по август 2010 года в ФГУ ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова 33 пациентам выполнена транскатетерная эмболизация открытого артериального протока с применением систем Amplatzer Duct Occluder (AGA Medical Corp., США), HeartR PDA Occluder device (Lifetech (Shenzhen) Scientific Corp., Китай) и SeraCare HeartR VSD Occluder device (Lifetech (Shenzhen) Scientific Corp., Китай).

В исследуемую группу входили пациенты в возрасте от 15 месяцев до 70 лет, 15 (45,5%) пациентов – мужского пола. По данным аортографии, средний диаметр протока со стороны легочной артерии составлял $3,0 \pm 1,6$ мм, диаметр ампулы протока – $4,87 \pm 2,97$ мм; длина протока колебалась от 2 до 16 мм. Среднее инвазивное систолическое давление в легочной артерии перед имплантацией окклюдера составляло $26,0 \pm 14,26$ мм. рт. ст., диастолическое — $16,08 \pm 6,17$ мм. рт. ст., при системном систолическом артериальном давлении $101,1 \pm 56,14$ мм. рт. ст.

Результаты. У 31 пациента (94 %) для эндоваскулярной коррекции использовалась система Amplatzer Duct Occluder, размеры устройств от 5/4 до 14/12 мм, в одном случае (3%) окклюзия выполнена с помощью HeartR PDA Occluder device, размер имплантированного окклюдера 6/4. У одного больного (3%) артериальный проток по типу «аорто-легочного окна» окклюзирован при помощи устройства для эндоваскулярной коррекции дефекта межжелудочковой перегородки SeraCare Heart VSD Occluder device, с диаметром шейки окклюдера 6 мм.

У 32 больных (97 %) эндоваскулярная коррекция протока выполнена антеградно, по стандартной методике. В 6 случаях (18 %) в ходе имплантации устройства применялась техника «петли-ловушки» для проведения системы доставки окклюдера через проток.

У одного больного ненадежная фиксация окклюдера в протоке, потребовала его интраоперационную замену на устройство большего диаметра.

Одному пациенту эндоваскулярная окклюзия ОАП выполнена одноэтапно, с эмболизацией металлической спиралью крупной аортолегочной коллатерали, выявленной интраоперационно.

После имплантации окклюдера среднее инвазивное систолическое давление в легочной артерии составляло $23 \pm 15,7$ мм. рт. ст., диастолическое — $14,79 \pm 5,21$ мм. рт. ст. Среднее время рентгеноскопии, затраченное на операцию $8,34 \pm 3,57$ минуты. У одного больного (3 %) послеоперационный период осложнился образованием пристеночного тромба в общей бедренной артерии, выявленного по данным УЗИ, который лизировался на фоне специфической терапии. Таких осложнений, как миграция имплантированного окклюдера, развитие коарктационного синдрома или внутрисосуди-

стого гемолиза, в исследуемой группе больных не наблюдалось.

Полная окклюзия ОАП к моменту окончания операции достигнута у 21 больного (64%). У 12 пациентов (36%) на момент окончания операции визуализировался тривиальный резидуальный ток через центр окклюдера, исчезнувший при контрольной ЭХО КГ, выполненной на следующие сутки после вмешательства. Таким образом, частота успеха через одни сутки после операции составляла 100%. По данным контрольного эхокардиографического исследования, проведенного через один месяц после операции, у всех больных была подтверждена окклюзия протока.

Вывод. Эндоваскулярная окклюзия открытого артериального протока с помощью нитиновых самораскрывающихся окклюдеров — эффективный метод лечения с минимальным количеством осложнений.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Даниленко С.Ю., Дашибалова Т.Л., Плеханов, А.Н., Даниленко Н.А.
Республиканская Клиническая Больница им. Н.А.Семашко, Улан-Удэ, Россия.

Цель. Оценить возможность эндоваскулярного лечения артерий нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы. Показать опыт ангиобаллонопластики пациентов с синдромом диабетической стопы в Республике Бурятия.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко г. Улан-Удэ. Проведен анализ 28 интервенционных вмешательств у 13 пациентов, на 16 конечностях. Ранее проведен анализ ангиографий нижних конечностей 28 пациентам с синдромом диабетической стопы за период 2009 года. Исходя из клинической картины, ангиографических данных, отобраны пациенты для проведения эндоваскулярных вмешательств. Все оперированные пациенты распределены по группам. По данным анализа ангиографий выявлена локализация поражения поверхностной бедренной артерии в 15 случаях, что составило (24,1%), в подколенной артерии 7 случаев, (11,2%), передней большеберцовой артерии 15 случаев, (24,1%), задней большеберцовой артерии 13 случаев, (20,9%), малоберцовой артерии 12 случаев, (19,3%). На момент обследования всем пациентам было показано стационарное лечение по поводу гнойно-некротических осложнений сахарного диабета.

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.