

следствием оперативного доступа). Основными путями уменьшения частоты осложнений при выполнении рентгеноэндоваскулярной окклюзии гонадных вен является совершенствование техники вмешательства.

Рецидивы заболевания были отмечены у 4 больных (2,6%). Причинами их были недостаточное введение склерозанта при наличии портокавальных анастомозов (2 больных), у 1 больного было глубокое введение катетера в вену (больше 4 см) и у 1 больного склеротерапия проводилась через боковую узкую ветвь яичковой вены с недостаточным введением этоксисклерола. С целью предупреждения рецидивов мы рекомендуем вводить 3% этоксисклерол не менее 6 мл. дробно.

Выводы: Таким образом, применение апробированного нами способа окклюзии гонадных вен у больных с варикоцеле позволяет достичь полного клинического эффекта у 98% больных. Вероятность осложнений и рецидивов при этом может быть сведена до минимума, что делает данный способ лечения варикоцеле общедоступным в широкой клинической практике.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИИ СТВОЛА ЛКА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ОПТИМАЛЬНОГО ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Костянов И.Ю., Ковальчук И.А., Громов Д.Г., Мкртумян С.А., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

ОИМ, вызванный острой окклюзией ствола ЛКА – крайне тяжелое состояние, часто не совместимое с жизнью, имеющее неблагоприятный прогноз, сопровождающееся кардиогенным шоком, жизнеугрожающими нарушениями ритма, а иногда и клинической смертью.

В настоящее время НПЦИК располагает опытом успешного лечения 14 пациентов с ОИМ вследствие острой окклюзии ствола ЛКА. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 2,3$ года. 12 (85,7%) больных были мужского пола. У 9 (64,3%) пациентов имел место кардиогенный шок различной степени тяжести. У 8 из них (57,4%) проводилась ВАБК во время и после ЭВП. Во всех случаях выполненные ЭВП заканчивались стентированием ствола ЛКА в различных вариантах. Голометаллические стенты использовались в 11 (78,8%) случаях, у 3 (21,2%) пациентов производили стентирование протезами с лекарственным антипролиферативным покрытием. Непосредственный успех ЭВП наблюдался в 13 (92,8%) случаев, в одном случае (7,2%) отмечался феномен “no reflow” после выполненных механической реканализации и ТЛАП ствола ЛКА. Четыре (28,6%) пациента скончались на

госпитальном этапе в различные сроки в связи с нарастающими признаками сердечной недостаточности. Острых и подострых тромбозов, реокклюзий, повторных инфарктов в зоне ЭВП не отмечалось. Все пациенты во время и после процедуры получали стандартную двухкомпонентную дезагрегантную терапию.

В сроки 8 ± 4 месяца контрольное исследование прошли 8 (57,2%) пациентов. Наряду с клиническими методами обследования (ХМ, проба с физ. нагрузкой, ЭхоКГ и др.) всем больным выполнялась контрольная КАГ с левой ВГ, по результатам, которых был выявлен гемодинамически значимый рестеноз у 4 (50%) пациентов, что повлекло за собой ТЛАП “in stent” стеноза в 2 случаях, в 1 случае был имплантирован стент с лекарственным антипролиферативным покрытием и еще в 1 случае была рекомендована хирургическая реваскуляризация миокарда в связи с множественным поражением коронарного русла. У остальных 4 (50%) больных наблюдался хороший средне-отдаленный результат ЭВП (у 2 были имплантированы протезы с антипролиферативным покрытием).

Исходя из нашего опыта, мы рекомендуем проводить у данной категории тяжелейших больных следующий комплекс неотложных мероприятий:

1. Адекватное восстановление кровотока в стволе ЛКА, возможно с одновременным применением цитопротекторов (мексикор), способных уменьшить реперфузионное повреждение миокарда;
2. Обязательная двухкомпонентная дезагрегантная терапия;
3. Продленная поддержка гемодинамики с применением ВАБК;
4. При необходимости – вспомогательная ИВЛ;
5. Также при необходимости гемосорбция или ультрафильтрация крови.

Только применение комплексного подхода в лечении этих пациентов позволяет увеличить зону жизнеспособного миокарда и, тем самым, спасти жизни этих крайне тяжелых больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ АВМ СПИННОГО МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЮЩИХСЯ ИЗ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тиссен Т.П., Яковлев С.Б., Бухарин Е.Ю., Бочаров А.В., Арустамян С.Р., Виноградов Е.В., Тиссен Б.Т.
ГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва, Россия

В НИИ нейрохирургии за период с 1983 по 2009 года проходили лечение 68 пациентов с артериовенозными мальформациями (АВМ) шейного отдела спинного мозга.

Всем пациентам с АВМ шейного отдела спинного мозга проводились МРТ и селективная спинальная ангиография. После ангиографического