

патогенетически целесообразной и необходимой одномоментную септальную спиртовую абляцию и коронарную реваскуляризацию при сочетании обструктивной ГКМП и ИБС. Такой подход к лечению этих пациентов может рассматриваться в качестве альтернативы хирургическому.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМИ БИФУРКАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А.  
НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва  
Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, Москва, Россия.

Проблема эндоваскулярного лечения бифуркационных стенозов коронарных артерий (БСКА) до сих пор остается до конца не решенной. В настоящее время известно более 12 методик бифуркационного стентирования. Наиболее существенными их недостатками являются избыточная локальная «металлизация» стентированной артерии из-за наложения стентов друг на друга, а также нарушение целостности полимерно-лекарственного слоя стентов во время операции. Все это может служить субстратом для развития рестеноза и тромбоза артерий бифуркации, что снижает клиническую эффективность бифуркационного стентирования в отдаленном периоде. Внедрение в практику стентов с лекарственным покрытием у больных с истинными БСКА способствовало снижению частоты рестеноза в стенке магистральной артерии до 3 - 5%, однако частота рестенозов боковой ветви, требующих повторных вмешательств, остается по-прежнему достаточно высокой

**Цель.** Изучить влияние предложенного дифференцированного подхода к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА на отдаленные результаты вмешательства.

**Материал и методы.** В исследование вошли 145 пациентов с истинными бифуркационными стенозами коронарных артерий. Выбор стратегии бифуркационного стентирования обсуждался для каждого пациента индивидуально, на консилиуме, с участием кардиохирурга, кардиолога и эндоваскулярного хирурга и основывался на выявлении факторов риска эндоваскулярного вмешательства и определения степени риска вмешательства по шкале SYNTAX на дооперационном этапе. Таким образом, 86 (59,3%) пациентам было выполнено «provisional T» стентирование, а 59 (40,7%) пациентам полное бифуркационное стентирование по методике «T-стентирования» (n=32), «V-стентирования» (n=11), «crush» (n=7), «mini-crush» (n=4), «double-kissing crush» (n=5). Средний период наблюдения составил  $16,23 \pm 2,11$  месяцев. Всем пациентам в

область бифуркации были имплантированы стенты с лекарственным покрытием (n=204), среди которых были стенты «CYPHER» (n=106) и «TAXUS» (n=98). Для оценки отдаленных результатов всем пациентам выполняли коронарографию, нагрузочные тесты, стресс-ЭХО КГ с добутамином. Результаты считали удовлетворительными в случае отсутствия: рестеноза в стенке по данным цифровой ангиографии; клинической картины стенокардии напряжения III-IV функционального класса через 12 месяцев после операции; положительных нагрузочных тестов; снижения толерантности к физической нагрузке; кардиальных осложнений (смерть, ИМ, повторные вмешательства).

**Результаты.** Общая выживаемость пациентов в обеих группах составила 100%. У всех пациентов в отдаленном периоде, по сравнению с показателями на госпитальном этапе, отмечено достоверное улучшение кинетики миокарда, а также увеличение толерантности к физической нагрузке и показателей фракции выброса левого желудочка ( $p < 0,0001$ ). Частота рестеноза в боковой ветви бифуркации составила 5,5 и 2,94% соответственно в группах «provisional T» стентирования и полного бифуркационного стентирования ( $p > 0,05$ ), тогда как в магистральной ветви рестеноз отсутствовал. Повторное вмешательство на стентированном сосуде выполнялись у 5,5 и 5,8% пациентов соответственно ( $p = 0,7$ ). Повторные операции на стентированном сегменте — у 5,5 и 3% пациентов соответственно ( $p = 0,2$ ). ИМ наблюдали у 2,7% пациентов из I группы и у 5,8% пациентов из II группы ( $p = 0,3$ ), при этом, у пациента из группы полного бифуркационного стентирования, причиной ИМ послужил тромбоз стента «Taxis Liberte». Выживаемость, свободная от стенокардии, ИМ и повторных вмешательств, составила 83,33% в группе «provisional T» стентирования и 91,18% в группе полного бифуркационного стентирования ( $p = 0,3$ ).

**Заключение.** Дифференцированный подход к выбору стратегии эндоваскулярного лечения больных с истинными БСКА, основанный на выявлении факторов риска вмешательства и оценки степени риска вмешательства по шкале SYNTAX позволил существенно улучшить отдаленные результаты бифуркационного стентирования коронарных артерий.

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СФЕРИЧЕСКОГО ЭМБОЛИЗАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМ МАТКИ**

Шукуров Б.М., Исаева Л.В.  
Клиника № 1 Волгоградского  
Госмедуниверситета, Волгоград, Россия.

Выполнены эмболизации маточных артерий у 21 женщины в возрасте 30-50 лет. Показанием к операции явилось наличие симптомной миомы матки, или ее бессимптомный быстрый

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-