

Для проведения окклюзии мальформации использовались микрокатетеры с микропроводниками фирмы «BALT» для суперселективной катетеризации афферентного сосуда. При окклюзии гистоакрилом и ПВА-эмболами необходимо учитывать характер венозного оттока, во избежание тромбирования вен и возникновения венозной ишемии спинного мозга вследствие затруднения венозного оттока. Для подбора ПВА-эмболов нужного диаметра и количества клеевых композиций для эмболизации учитывается диаметр афферентных сосудов, размер АВМ. При гипертрофированном афферентном сосуде и высокой линейной скорости кровотока в АВМ использовались микроспиральи, которые устанавливались непосредственно у стромы мальформации, то есть до образования шунта «артерия-вена»

Выводы: Для окклюзии АВМ необходимо детальное изучение кровоснабжения спинного мозга и строения мальформации, которое осуществляется при проведении селективной спинальной ангиографии. Необходимо учитывать линейную скорость кровотока, диаметр афферентных и эфферентных сосудов, клиническую симптоматику больного. Всё это учитывается для подбора эндоваскулярного инструментария и проведения адекватного выключения из кровообращения спинного мозга мальформации.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тихомиров А.Л., Гришин Г.П., Зинин Д.С.
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ, Москва, Россия

Введение: ЭМА – известна и продуктивно используется в лечении больных миомой матки. В силу целого ряда причин, основные из которых – низкая информированность пациенток и врачей, недостаточная техническая оснащенность медицинских учреждений и отсутствие ЭМА в медико-экономических стандартах оказания медицинской помощи, распространение и применение метода явно не соответствует потребностям и социально-эпидемиологической значимости проблемы – миомы матки. Кроме этого, на наш взгляд, потенциал этого метода лечения полностью не исчерпан, и возможно расширение спектра клинического применения методики.

Цель исследования: Обосновать перспективные направления развития органосохраняющего лечения больных миомой матки, с использованием ЭМА в качестве самостоятельного метода, а также до и после консервативной миомэктомии мультифокальных и гигантских миом матки.

Материал и методы: Исследование основано на анализе результатов лечения с использова-

нием рентгенэндоваскулярной окклюзии маточных артерий 536 пациенток, находившихся на стационарном лечении в отделениях гинекологии клинических баз кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ. Проведен предварительный анализ возможностей ЭМА в этапном, комплексном органосохраняющем лечении гигантских и «сложных» миом матки. Для этого проведена оценка клинических результатов лечения с использованием эмболизации маточных артерий у больных гигантской миомой, и, в частности, в качестве первого этапа перед консервативной миомэктомией для создания необходимых условий для выполнения операции. Кроме этого проведена оценка особенностей и эффективности эндоваскулярного гемостаза пациенток после консервативной миомэктомии со вскрытием полости матки.

Результаты и обсуждение. ЭМА эффективное вмешательство, но очевидны ограничения метода у больных миомой больших размеров, когда даже «хорошие результаты» асимптомность и сокращение матки с 38-40 до 18-22 недель, не позволяют констатировать достаточность лечения и рассчитывать на осуществление репродуктивной функции.

Отсутствие четких тактических подходов к хирургическому лечению данного контингента больных, на практике выглядит безальтернативным предложением гистерэктомии. В соответствии с предлагаемым алгоритмом в подобных клинических ситуациях на первом этапе выполняется ЭМА, на втором КМ. Это подтверждено практически.

Из совокупности описываемых данных можно сделать вывод, что ЭМА позволяет получить зачастую единственный шанс для выполнения органосохраняющего хирургического вмешательства в крайне не выгодных, зачастую относимых в категорию «неоперабельных» клинических ситуациях.

Кроме этого описываемый клинический опыт демонстрирует как наиболее типичные варианты использования рентгенэндоваскулярного гемостаза, так и неописанные прежде варианты гемостаза в раннем послеоперационном периоде КМ со вскрытием полости матки (n=4), когда повторный хирургический гемостаз представляется губительным для репродуктивной функции.

Эндоваскулярный гемостаз обладает существенными преимуществами такими как малоинвазивность, эффективность и возможность прецизионной визуализации и воздействия на источник кровотечения. Результаты позволяют включить этот ценный инструмент в арсенал органосохраняющего хирургического лечения миомы матки.

Заключение. Возможность сохранения матки и потенциальной репродуктивной функции – положительный эффект, позволяющий пропагандировать комплексное хирургическое органосохраняющее лечение больных даже «сложными» и гигантскими миомами матки.

Выводы:

- Расширению возможностей органосохраняющего лечения больных миомой матки способствует применение ЭМА как в качестве самостоятельного эффективного микроинвазивного метода, так и в комбинации с миомэктомией при мультифокальных и гигантских опухолях.
- Использование ЭМА в качестве первого этапа органосохраняющего хирургического лечения позволяет достичь условий для выполнения КМ в сложных клинических ситуациях, и при гигантских размерах миомы матки. Возможно эффективное использование ЭМА в лечении рецидивов миомы матки после КМ.
- ЭМА позволяет выполнить надежный эффективный гемостаз при ранних послеоперационных осложнениях КМ со вскрытием полости матки, когда повторный хирургический подход губителен для репродуктивной функции.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ДВУХ И БОЛЕЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Федорченко А.Н., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лясковский К.О., Тупикин Р.С., Ткачëв В.В.
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель исследования: Анализ результатов эндоваскулярного лечения двух и более артерий у больных с мультифокальными стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий. Оценка риска развития возможных осложнений при одномоментном стентировании брахиоцефальных артерий.

Материал и методы: За период с 2006 по август 2009 года в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения по поводу стенотических поражений брахиоцефальных артерий было прооперировано 537 пациентов, которым было выполнено 605 вмешательств, из них со стентированием 593 (98%) и 12 (2%) баллонных ангиопластик.

64 (12%) пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства со стентированием двух и более брахиоцефальных артерий, которым имплантировано 103 стента. При вмешательствах на внутренних сонных артериях, общих сонных артерий, подключичных артерий, брахиоцефального ствола в 100% случаев были имплантированы саморасширяемые стенты Precise (Cordis), AccuLink (Abbot Vascular), Protégé (EV3), Wallstent (Boston Scientific) диаметром 7-12 мм и длиной от 30 до 60 мм. При стентировании позвоночных артерий всем пациентам были имплантированы коронарные баллонрасширяемые стенты Cypher (Cordis), Zeta, Ultra (Abbot Vascular), Taxus (Boston Scientific) диаметром 3-5 мм и длиной от 8 мм до 28 мм. Все вмешательства на внутренних сонных артериях выполнялись с исполь-

зованием устройств дистальной защиты Angioguard (Cordis), Accunet (Abbot Vascular), Spider (EV3), Filter Wire (Boston Scientific). Реканализации сонных артерий выполнялись с использованием системы проксимальной защиты MOMA (Invatec). Всем больным, которым необходимо было стентировать более двух артерий, а так же при двустороннем поражении сонных артерий, эндоваскулярное лечение проводилось в два этапа, с целью снижения риска развития гиперперфузионного синдрома. Все больные в послеоперационном периоде принимали плавикс в терапевтической дозировке в течение 4-8 месяцев.

Результаты: У всех пациентов был достигнут хороший ангиографический результат. В раннем послеоперационном периоде отмечались осложнения у 6 (6.3%) пациентов: у 1 (1.6%) пациента после имплантации саморасширяемого стента в устье левой ВСА был стойкий гипотензивный синдром с брадикардией, что потребовало наблюдение больного в палате интенсивной терапии и проведение кардиотонической терапии в течение 1 суток; в 1 (1,6%) случае преходящие нарушения мозгового кровообращения, регрессировавшие в течение суток, в 1 (1,6%) случае острейший тромбоз стентов у пациента с одномоментным стентированием обеих внутренних сонных артерий, не повлекший за собой неврологической клиники; в 1 (1,5%) случае ишемический инсульт в бассейне перфорирующих артерий левой внутренней сонной артерии. Летальность составила 0%.

В позднем послеоперационном периоде 45 пациентов (более 6 мес.) у 1 (1.6%) пациента были выявлены значимые рестенозы (более 60%) в месте имплантированных стентов, что потребовало проведение баллонной ангиопластики.

Заключение. Рентгенэндоваскулярное лечение больных со стенотическими поражениями двух и более брахиоцефальных артерий является безопасным и эффективным методом лечения, что обусловлено малой травматичностью, низким процентом осложнений, коротким реабилитационным периодом.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Федорченко А.Н., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лясковский К.О., Тупикин Р.С., Ткачëв В.В.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель исследования: Оценка эффективности эндоваскулярного лечения интракраниальных аневризм сосудов головного мозга.

Материал и методы: За период с 2006 г по август 2009 года в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения аневризмы сосудов головного мозга были выявлены у 503 больных, из них 128 пациентам было выполнено эндоваскулярное выключение аневризм из крово-