

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-

тока. У 30 (23.4 %) пациентов были аневризмы без разрывов. 98 (76.6%) пациента перенесли внутричерепное нетравматическое кровоизлияние.

По экстренным показаниям были прооперированы 59 (46.1 %) пациентов в остром гемморрагическом периоде (до 21 суток после кровоизлияния).

В 120 (93.8%) случаях выполнялась эмболизация аневризм с помощью отделяемых микроспиралей: механически отделяемых MDS (Balt), Axium (EV3), и электролитически отделяемых Matrix, GDC (Boston Scientific). При эмболизации интракраниальных аневризм в 47 (36.7%) случаях применялась техника ремоделирования несущего сосуда: стент ассистенция в 28 (21.9%) случаях, баллон ассистенция в 19(14.8%) случаях. У 4 (3.1%) больных были выявлены гигантские аневризмы внутренних сонных артерий, которые были выключены методом баллонной окклюзии несущего сосуда баллонами GOLDBAL (Balt). 3 (2.3%) больным последовательно были имплантированы по 2 стента Leo (Balt) «stent-in-stent» в проекцию аневризмы, что вызвало спонтанный тромбоз аневризм, с сохранением просвета несущего сосуда. У 1 (0.8%) пациента с фузиформной расслаивающей аневризмой V4 сегмента левой позвоночной артерии данная методика (stent-in-stent) привела к снижению размеров аневризмы почти вдвое через 2 мес. после стентирования.

Результаты: У 125 (97,7%) пациентов повторных кровоизлияний в послеоперационном периоде не отмечалось. Летальность составила 17.2% (22 пациента). Все умершие больные были прооперированы в экстренном порядке в остром гемморрагическом периоде, 12 больных из них поступили в тяжёлом состоянии (уровень сознания по шкале Hunt-Hess – IV-V). У 2 (1.6%) пациентов повторное кровоизлияние развилось в первые сутки после эмболизации, что в обоих случаях привело к гибели больных. У 4 (3.1%) пациентов были интраоперационные разрывы аневризм, что стало причиной смерти этих больных. В 2 (1.6%) случаях был острый тромбоз стента, что привело к смерти пациентов. 1 (0.8%) больная с разорвавшейся гигантской аневризмой внутренней сонной артерии умерла от ишемических нарушений после баллонной окклюзии внутренней сонной артерии.

В группе плановых больных, куда вошли больные в холодном периоде (более 21 суток после кровоизлияния) и больные с неразорвавшимися аневризмами, летальность 0%.

Заключение. Рентгенэндоваскулярная хирургия интракраниальных аневризм сосудов головного мозга является альтернативой открытой хирургии, что обусловлено малой травматичностью, невысоким процентом осложнений. А для больных с уровнем сознания Hunt-Hess IV и V, для больных с аневризмами бассейна позвоночных артерий, для больных с низко расположенными аневризмами внутренних сонных артерий (клиноидный сегмент, офтальмический сегмент, иногда коммуникантный сегмент) эндоваскулярная эмболизация является методом выбора.

ПРЕДИКТОРЫ ВЫРАЖЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Фетцер Д.В., Батыралиев Т.А., Першуков И.В., Преображенский Д.В., Кочак А., Сидоренко Б.А. Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии: Медицинский центр им. Сани Конукоглы, г. Газиантеп, Турция, УМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение: Основной артерией-доступом при чрескожных коронарных вмешательствах по-прежнему является бедренная артерия. Однако выраженные кровотечения из артерии-доступа приводят к увеличению сроков госпитализации и, как результат, увеличению стоимости лечения. В связи с этим, определение предикторов кровотечения и их возможная профилактика необходимы для снижения затрат на проведение чрескожных коронарных вмешательств.

Цель: выявить предикторы выраженных кровотечений из бедренной артерии-доступа при проведении чрескожных коронарных вмешательств.

Методы: С января 2001 по февраль 2002 гг в исследование было включено 1457 больных, которым в Медицинском центре Сани Конукоглы (г. Газиантеп, Турция) выполнялись чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с использованием доступа через бедренную артерию.

После проведенного ЧКВ больные находились в стационаре как минимум в течение 24 часов. Гематомой считалось скопление крови в месте пункции более 10 см в диаметре. Ретроперитонеальная гематома определялась как любое количество крови в забрюшинном пространстве, диагностированное с помощью УЗИ или компьютерной томографии. Первичной конечной точкой исследования являлось кровотечение из бедренной артерии (бедренные кровотечения, бедренные и ретроперитонеальные гематомы) в результате проведения ЧКВ. Стандартно все пациенты получали двойную антитромбоцитарную терапию аспирином и клопидогрелом, во время вмешательства вводился гепарин, при необходимости вводились ингибиторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов. Во время ЧКВ использовались интродьюсеры от 6 до 8F. После вмешательства интродьюсер удалялся сразу, после чего выполнялся мануальный гемостаз. На постельном режиме больные находились от 6 до 12 часов.

Результаты: Средний возраст больных в исследовании составил 63,4±11,2 года. Мужчины составили 70,9% от всех больных. Сахарным диабетом страдало 24,0% пациентов. Артериальная гипертензия имела у 59,0% больных, а подтвержденное заболевание периферических артерий было 11,6% случаях. В анамнезе ангиографические исследования или ЧКВ переносили 20,9% больных.