

пользования ВКТ (кровоток по ИЗА TIMI 3, миокардиальная перфузия 3 градации). Под успехом ЧКВ понималось отсутствие осложнений, антеградный кровоток по ИЗА TIMI 3, остаточный стеноз менее 10% после имплантации стента. Все пациенты получали стандартную дезагрегантную терапию аспирином и клопидогрелем до и после ЧКВ.

Результаты. Успех использования ВКТ – восстановление кровотока до уровня TIMI III, улучшение перфузии миокарда до уровня MBG III grade – составил 6% (2 больных). Процент неуспеха первичного ЧКВ составил 94% (один больной (3%) скончался на операционном столе, 91% пациентов по окончании процедуры имели уровень кровотока TIMI 0). Общая госпитальная летальность составила 15%. Рецидивов острого инфаркта миокарда, повторной реваскуляризации отмечено не было. У всех пациентов с летальными исходами отсутствовали коронарный кровоток (TIMI 0) и миокардиальная перфузия MBG (grade 0). Четырём пациентам (11,7%) для контроля уровня кровотока перед выпиской из стационара выполнена повторная коронарография – во всех случаях коронарный кровоток составил TIMI III, миокардиальная перфузия MBG – III grade.

Выводы.

1. Первичное ЧКВ при ИМСПсСТ, осложненное явлением no-reflow, сопровождается высокой (15%) госпитальной летальностью.
2. Проведение ВКТ при первичном ЧКВ осложненным явлением no-reflow является малоэффективным (лишь у 6% пациентов восстановлен коронарный и миокардиальный кровоток).

СИНДРОМ MAY-THURNER КАК ПРИЧИНА ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Петрушин А.В.
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГУ РДКБ Росздрава, Москва, Россия.

Обоснование. Сегодня общепринято выделение трех видов рефлюкса в гроздевидное сплетение при варикоцеле по Coolsaet. Это реносперматический (РС) рефлюкс (ретроградный кровоток по левой внутренней тестикулярной вене), илиосперматический рефлюкс (ретроградный кровоток по притокам бассейна левой подвздошной вены, ИС) и смешанный (РС+ИС). Наложение тестикулоилиакальных (тестикунонижнеэпигастральных) и прочих анастомозов с ветвями общей левой подвздошной вены при ИС и РС+ИС применяются без исследования регионарной гемодинамики и выяснения причин, приводящих к нарушению тестикулярного кровотока, что может отрицательно отразиться на результатах операции.

Материал и методы. Проведено флебографическое и флеботонометрическое исследование у 100 пациентов с 2-3 степенью варикоцеле, с целью

установить частоту ИС и РС+ИС рефлюкса в левое гроздевидное сплетение и определить возможности ультразвукового метода. Проводилась ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной веной и нижней полую веной (ЛПВ-НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева с измерением градиента давления между левой общей подвздошной веной (проксимальнее точки Кокета) и нижней полую веной (ЛОПВ-НПВ). Проведено измерение максимальной скорости рефлюкса в венах гроздевидного сплетения, выборочно проводилось измерение объемного кровотока в общих подвздошных венах.

Результаты. РС рефлюкс выявлен в 92%, РС+ИС 6%, ИС в 2% случаев. Выраженное нарушение оттока из левой почечной вены (мезентерикоаортальное или аортопозвоночное) обнаружено у 7% пациентов, умеренное у 14%. Максимальная скорость кровотока у этой группы, по ультразвуковым данным, не превышала 10 см/с. При отсутствии признаков компрессии левой почечной вены максимальная скорость кровотока составляла более 10 см/с (до 40 см/с). При РС+ИС и ИС рефлюксах, у всех пациентов, выявлена компрессия левой общей подвздошной вены в точке Кокета и коллатеральный кровоток на контралатеральную сторону, то есть синдром May-Thurner. Максимальная скорость рефлюкса при ИС составляла не более 10 см/с, в среднем 6 см/с. При РС+ИС типе, при отсутствии компрессии ЛПВ, более 10 м/с. При синдроме May-Thurner (компрессия ЛОПВ между общей правой подвздошной артерией и телом 5-го поясничного позвонка) сопровождавшегося варикоцеле, объемный кровоток по ЛОПВ был снижен в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Определение типа рефлюкса по ультразвуковым данным с применением пробы с пережатием пахового канала и пробой Вальсальвы отчетливого результата не выявило.

Заключение. Илиотестикулярный рефлюкс при варикоцеле обусловлен наличием синдрома May-Thurner. Предположить о наличии данного синдрома можно при обнаружении снижения объемного кровотока в ЛОПВ вене в 1,5-2 раза по сравнению с контралатеральной стороной. Наложение тестикулярных анастомозов с венами бассейна левой подвздошной вены при ИС рефлюксе не целесообразно, так как не обеспечивает хороший отток от гроздевидного сплетения.

ИМПЛАНТАЦИЯ МОДУЛЬНЫХ СТЕНТ-ГРАФТОВ: МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Осовских В.В., Иванов А.С., Яковлева Е.К., Красильникова Л.А., Корнюшина М.К.
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург, Россия