

селезенки в среднем на 2 см по вертикальному размеру. При УЗИ через неделю после ЭСА у 7 больных выявили зоны инфаркта селезенки, с последующим их рубцеванием через 30 суток на фоне консервативной терапии. При доплерографии у 20 пациентов отметили снижение линейной скорости кровотока по селезеночной артерии в 3-4 раза от исходных показателей, у 4 — достигли полной окклюзии селезеночной артерии дистальнее эмболизационных спиралей. В двух наблюдениях через 1 и 2 месяца после первого сеанса ЭСА выявили реканализацию, в связи с чем была выполнена повторная процедура ЭСА. При сочетанном использовании ЭЛ, ДВВ и ЭСА рецидив ВРВП выявлен в 1 случае, что потребовало повторного курса ЭЛ. У пациентов, которым проводили комплексное малоинвазивное лечение, летальных исходов, связанных с развитием пищеводного кровотечения в раннем постманипуляционном периоде и при последующем наблюдении до 3 лет, не регистрировали.

Заключение. Самостоятельное и сочетанное применение рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии в качестве одного из хирургических методов малоинвазивной коррекции позволяет улучшить результаты лечения больных с ПГ и ее осложнениями.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИК ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОККЛЮЗИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Мовсесянц М.Ю., Пряников А.Д., Калашников С.В., Миронков А.Б.
ГУЗ Городская клиническая больница № 12 ДЗ
Москвы, Москва, Россия.

Введение. Чрескожные вмешательства при острых окклюзиях коронарных артерий — одна из наиболее актуальных проблем современной интервенционной кардиологии, что связано с высоким риском дистальной эмболии после выполнения баллонной ангиопластики и стентирования. Логическими предпосылками для использования различных систем для удаления тромба являются: предотвращение дистальной эмболии, уменьшение объема тромба в просвете артерии с лучшей визуализацией истинного поражения и возможность выполнения прямого стентирования без предварительной баллонной ангиопластики.

Материал и методы. Были выбраны 54 пациента с острыми окклюзиями коронарных артерий. Критерии включения: давность инфаркта с подъемом сегмента ST не более 12 часов, острая окклюзия одной из магистральных коронарных артерий по результатам коронарной ангиографии. Критерии исключения: кардиогенный шок, перенесенное в анамнезе коронарное шунтирование, блокада левой или правой ножки пучка Гиса, ритм электрокардиостимулятора. Всем пациентам первым этапом ЧКВ выполнялась механи-

ческая реканализация проводником. Далее пациенты были разделены на три группы. В первой группе выполнялась баллонная ангиопластика (n=23), во второй группе — удаление тромба катетерами мануальной аспирации Export или Diver (n=20) и в третьей группе — реолитическая тромбэктомия системой Angiojet (n=11). В завершение вмешательства всем пациентам были имплантированы стенты в пораженный сегмент артерии. Пациенты в группах были сопоставимы по основным клиническим характеристикам.

Адекватность реперфузии после выполнения вмешательства оценивали по степени кровотока по шкале TIMI и степени миокардиального контрастирования по шкале MBG по результатам коронарной ангиографии, и по резольвции сегмента ST по результатам контрольной ЭКГ. Под адекватной реперфузией понимали степень кровотока по шкале TIMI 3, степень миокардиального контрастирования по шкале MBG 2-3 и резольвцию сегмента ST на 70% и более через 1 час после завершения вмешательства. Неадекватной реперфузией считали степень кровотока по шкале TIMI 2 и менее, степень миокардиального контрастирования MBG 0 или 1, наличие феноменов «slow reflow» или «no reflow», и резольвцию сегмента ST менее чем на 70% через 1 час после завершения вмешательства.

Результаты.

Ангиографические критерии. Первая группа: 18 пациентов (78,3%) — TIMI 3, MBG 3; в 5 наблюдениях (21,7%) TIMI 2 и менее, MBG 0 или 1.

Вторая группа: 18 пациентов (90%) — TIMI 3, MBG 3; в 2 наблюдениях (10%) TIMI 2 и менее, MBG 0 или 1.

Третья группа: 10 пациентов (91%) — TIMI 3, MBG 3; в 1 наблюдении (9%) TIMI 2, MBG 1.

В группах, где использовались системы для удаления тромба, ангиографические критерии адекватной реперфузии определялись достоверно чаще.

Резольвция сегмента ST. В первой группе резольвция сегмента ST на 70% и более определялась у 13 (56,5%) пациентов, во второй группе у 15 (75%) и в третьей группе у 8 (73%) больных. В группах, где использовались системы для удаления тромба, резольвция сегмента ST на 70% и более определялись достоверно чаще.

Заключение. Использование систем для удаления тромба у пациентов с острыми окклюзиями коронарных артерий, позволяет достоверно чаще достигнуть адекватной реперфузии, определяемой по совокупности клинико-ангиографических критериев.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТЫХ И ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Мозговой П.В., Шукуров Б.М., Спиридонов Е.Г., Фролов Д.В., Перина В.А., Луковскова А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.