

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., Луковская А.А.  
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

**Введение.** В настоящий момент основным видом операции при билатеральном поражении аорто-подвздошного сегмента является аорто-бифеморальное шунтирование. Данный вид вмешательства характеризуется высокой травматичностью и летальностью, достигающей 2,5 – 5,0 %. В связи с этим возрастает интерес к операциям, с минимальной травмой, в частности к гибридным вмешательствам, позволяющим снизить травматизм и фатальные осложнения.

**Целью нашей работы** была сравнительная оценка традиционных операций на аорто-подвздошном сегменте и операций, сочетающих в себе элементы открытых и эндоваскулярных вмешательств.

**Материал и методы.** Первая группа — 53 человека, им выполнялись операции на аорто-подвздошном артериальном сегменте по стандартной («классической») технологии – тотальная срединная лапаротомия или забрюшинный доступ по Робу и бифуркационное шунтирование (протезирование) синтетическим протезом. Вторая группа — 44 человека, которым выполнялись эндоваскулярные операции на подвздошных артериях со стороны стеноза и подвздошно-бедренное протезирование синтетическим протезом со стороны окклюзии.

Ликвидация второго блока при сочетанной окклюзии бедренно-подколенного артериального сегмента в первой группе выполнялась у 2 пациентов (3,8%), во второй у 8 (18,2%).

**Результаты.** В первой группе ранняя летальность составила 7,5%, во второй — умерших не было. Поздние тромботические реокклюзии в аорто-подвздошной зоне после операции наблюдались в первой группе — 4 пациента (7,5%), что потребовало выполнить повторную реконструкцию в объеме тромбэктомии с реконструкцией бранши протеза у двоих пациентов. У одного больного высокую ампутацию конечности. Во второй группе тромбоз зоны реконструкции подвздошных артерий в отдаленные сроки п/о наблюдались у 10 пациентов (22,7%).

Из двух пациентов первой группы, у которых производилась ликвидация второго блока, поздние тромботические реокклюзии зарегистрированы у всех (100%). Во второй группе отдаленный тромбоз в зоне бедренно-подколенной пластики у 9 пациентов (39,1% от числа бедренно-подколенных реконструкций), из них в 4 наблюдениях данное осложнение сочеталось с окклюзией подвздошных артерий. Всем этим пациентам выполнена тромбэктомия (совместно с вмешательством на подвздошных артериях), одному пациенту повторное оперативное лечение не выполнялось (из-за компенсации кровообращения конечности), остальным выполнена повторная реконструкция бедренно-подколенного артериального сегмента. Ампутации пациентам второй группы не выполнялись.

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенных исследований отмечено отсутствие летальности и высоких ампутаций, значительно меньшее количество тяжелых осложнений в группе с гибридными операциями. Поздних тромботических реокклюзий после реконструкции значительно больше у пациентов с гибридными технологиями оперативного лечения, однако всем пациентам удалось выполнить повторное оперативное лечение и сохранить конечности. Несмотря на значительно большее количество тромботических реокклюзий, у пациентов с пролонгированными стенозами подвздошных артерий с одной стороны и окклюзией с другой предпочтительно выполнять гибридные операции. Эти вмешательства имеют значительно меньший риск смертельных и тяжелых осложнений для пациента, соответственно расширяются показания для операции. Ликвидация второго блока вторым этапом оперативного лечения производится у большинства пациентов на стороне эндоваскулярной реконструкции и имеет меньшее количество осложнений, в том числе и тромботических.

#### **ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПЛАСТИКА (ПАП) ПРИ НЕТИПИЧНОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИИ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ**

Овчаренко Д.В., Капутин М.Ю., Воронков А.А., Платонов С.А.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения  
СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе  
Санкт-Петербург, Россия.

**Введение.** ПАП окклюзий артерий голени стала ценным методом реваскуляризации у пациентов с критической ишемией, в особенности у пациентов с диабетом. Однако при выполнении вмешательства нередко бывает трудно определить источники кровоснабжения стопы у конкретного пациента, что может приводить к возникновению специфических осложнений — перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий.

**Цель** данного исследования — оценить распространенность нетипичных вариантов кровоснабжения стопы и их влияние на возникновение этих осложнений при реканализации окклюзий артерий голени.

**Материал и методы.** В период с февраля 2005 года по сентябрь 2010 года нами были выполнены первичные процедуры ПАП на 248 конечностях у 240 пациентов. Был проведен ретроспективный анализ интраоперационных ангиограмм и протоколов процедур ПАП. Оценивались распространенность нетипичных вариантов, когда тыльная артерия стопы (ТАС) и/или подошвенная артерия стопы (ПАС) яв-