

нию ретроградной эндоваскулярной окклюзии (РЭО) левой внутренней яичковой вены (ЛВЯВ) у мальчиков было клиническое варикоцеле II-III степени по Dubin. Проведенные исследования показали неуклонное нарастание гемодинамических расстройств в рено-тестикулярном бассейне с течением времени, диаметр яичковой вены в старшей возрастной группе (20-29 лет) больше, чем в группе 12-летних подростков в 1,7 раз ($t=7,3$). Обязательно проводилась флеботонометрия, измерялся градиент давления между левой почечной и нижней полой венами. Пациентам с градиентом давления, не превышающим 10 мм рт. ст., проводили РЭО, причем были выделены такие анатомические варианты ЛВЯВ, которые отличались особенностями проведения РЭО ЛВЯВ. Вены до 5 мм, особенно при визуализации сателлитных вен, окклюзировались 3% раствором тетрадецила сульфата натрия (ТСН). Вены с диаметром более 5 мм окклюзировались с применением спиралей и ТСН в виде Foam-form. Правостороннее варикоцеле встретилось в 1,9 % случаев. Особенности в проведении РЭО не было. В послеоперационном периоде отмечалось отсутствие клинических проявлений с улучшением показателей RI по УЗДГ. Количество рецидивов составило 2,6%. У девочек показаниями к проведению РЭО были полименорея, меноррагия, гиперплазия эндометрия. РЭО проводилось с применением спиралей и ТСН в виде Foam-form. В послеоперационном периоде у всех девочек нормализовалась менструация и купировалась гиперплазия эндометрия. Сроки наблюдения составили до 1 года.

Заключение: РЭО является эффективным и безопасным методом лечения патологии гонадных вен у детей и позволяет предупредить более серьезные гемодинамические расстройства в рено-гонададном бассейне в будущем.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ И ВЕНОЗНЫЙ КРОВОТОК. КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Попова Е.В., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю., Панунцев В.С., Комков Д.Ю., Панунцев Г.К., Разоренова Т.С.
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Введение: по современным стандартам в диагностический комплекс для больных с вертебробазилярной недостаточностью обязательно входит ультразвуковое исследование артерий шеи и головного мозга, с определением скоростных параметров по ним. В последние годы, с постепенным совершенствованием УЗИ оборудования и накопления информации о физиологии мозгового кровообращения, отмечается все больший интерес и к показателям венозного кровотока

головного мозга. Однако недостаток информации об особенностях венозного кровообращения препятствует клинической интерпретации полученных данных. Проведен анализ взаимосвязи между показателями интракраниального артериального и венозного кровотоков у больных с вертебробазилярной недостаточностью

Материал и методы: обследовано 78 больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярном бассейне, из них мужчин - 27, женщин - 51. Средний возраст больных составил 48,6 лет (от 18 до 77 лет). В клинической картине чаще выявлялись статическая и динамическая атаксия легкой и умеренной степени выраженности, пирамидная симптоматика (анизорефлексия, диссоциация рефлексов по оси, пирамидная недостаточность, легкие гемипарезы), нистагм, синдром Горнера, нерезкие расстройства зрения (ограничение зрения вверх, ослабление конвергенции) и изменения поля зрения, несколько реже отмечались признаки нарушения функции черепных нервов (V, VIII, IX, X).

24 больных имели в анамнезе ОНМК в ВББ, 13 больных перенесли ТИА в ВББ, у 41 больного острых эпизодов, связанных с дисциркуляцией в ВББ, не отмечено.

Всем больным проводился стандартный диагностический комплекс: осмотр невролога, нейроофтальмолога, отоневролога, лабораторные методы диагностики, ЭЭГ, МРТ, триплексное сканирование артерий и вен головы и шеи. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Siemens SonoLine Versa plus, датчиками 2,5 и 7,5 МГц.

При интракраниальном обследовании лоцировались передние (ПМА), средние (СМА), задние мозговые (ЗМА), основная (ОА) и позвоночные (V4) артерии и вены Розенталя (ВР).

Для определения взаимосвязи параметров артериального и венозного кровотока использовался корреляционный анализ по Spearman с помощью пакета программ Statistica 6,0. Достоверными считались показатели с $p < 0,05$, достоверность на уровне тенденции рассматривалась при $p \leq 0,1$.

Результаты: при сопоставлении скоростных показателей по СМА и ВР нами не получено достоверных корреляций. Аналогичная картина была отмечена при сравнении кровотоков по ПМА и ВР.

При изучении показателей кровотока в ВББ нами получено достоверные корреляции между ЛСК по ОА и скоростными показателями (максимальная и средняя линейная скорости) вены Розенталя (по Spearman r - от 0.006 до 0.016).

Также получена отчетливая корреляционная зависимость между пиковой систолической скоростью по ЗМА и показателями кровотока по правой ВР. Взаимосвязь со скоростью кровотока по левой ВР просматривалась только на уровне тенденции.

Обращало внимание, что ни по одному из других артериальных бассейнов корреляций с кровотоком по ВР не наблюдалось.

Заключение: Следует отметить, что анатомически вены Розенталя больше связаны с бассейном СМА, а корреляций с ним получено не было. У больных с вертебробазилярной недостаточностью скорость кровотока в базальных венах мозга коррелирует только с показателями артериального кровотока вертебробазилярного бассейна.

СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ И КЛИПИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

К.Е. Пошатаев, В.Я. Рудман, М.В. Шевчук, Е.А. Шубин, Ким Вон Ги, А.В. Першенков, М.В. Космачев
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Хабаровского края
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Цель: Сравнение непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярных методов и клипирования у больных с артериальными аневризмами сосудов головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы: В исследование были включены 103 пациента с артериальными аневризмами головного мозга. В зависимости от метода операции все они были разделены на две группы. В первую группу (эндоваскулярного лечения) было включено 47 пациентов. Во вторую группу (открытого клипирования аневризмы) – 56 пациентов. Обе группы были сопоставимы по основным клиническим параметрам. Оценивалась госпитальная летальность в послеоперационном периоде, неврологический дефицит и послеоперационный койко-день.

Результаты: Послеоперационная летальность в группах эндоваскулярного лечения и открытого клипирования составила 6% и 15% ($p < 0,05$) соответственно. Той или иной степени выраженности неврологический дефицит и когнитивные нарушения составили 32% у пациентов первой группы и 34% у пациентов второй группы ($p > 0,05$). Средний послеоперационный койко-день составил 12 в группе эндоваскулярных методов и 16 при открытом клипировании аневризмы ($p > 0,05$).

Выводы: у больных с артериальными аневризмами головного мозга непосредственные результаты эндоваскулярных методов лечения в виде послеоперационной летальности, среднего послеоперационного койко-дня и неврологического дефицита в послеоперационном периоде не уступают открытым методам лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ДИФфуЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Д.М.Рамазанов, Т.А.Батыралиев, Л.В.Шульженко, Б.К.Кадыров, К.А.Абдраманов, И.А.Лазарев, Ю.В.Пя, Д.В.Фетцер, З.А.Ниязова-Карбен, И.В.Першуков, Б.А.Сидоренко

Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии (cardio.ru@gmail.com):

Медицинский центр им. Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция,
Центральный госпиталь нефтяников ГНК, Баку, Азербайджан,
УНМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение: Диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ) – заболевания, характеризующиеся воспалительными изменениями в соединительной ткани, которые фактически могут развиваться в любой системе организма. К ДБСТ относятся: дерматомиозит (ДМ), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД), ревматоидный артрит (РА). Лечение атеротромбоза при ДБСТ представляет значительные сложности, т.к. описаны лишь единичные случаи ведения больных с ДБСТ, имеющих острые нарушения коронарного кровоснабжения, зачастую с ближайшим или среднесрочным неблагоприятным исходом. Поэтому до настоящего времени остаются неизученными вопросы: Какое лечение острого ИМ при ДБСТ более оптимально? Насколько часты осложнения, и каково их распределение после тромболитической терапии (ТЛТ) и после ЧКВ при ДБСТ? Какой отдаленный прогноз после различного вида реперфузии?

Материал и методы: с 2000 года по 2004 год в 5 клиниках России, Азербайджана, Турции пролечены 11640 больных с острым ИМ с подъемом ST. Им проводились ТЛТ или ЧКВ (баллонная ангиопластика, коронарное стентирование, реолитическая тромбэкстракция). Из 11640 пациентов у 111 больных ИМ протекал на фоне различных ДБСТ (0,95%). В группе ТЛТ СКВ была у 8 больных, РА – у 33 больных, а ССД – у 1 больного. В группе ЧКВ СКВ была у 21 больного, РА – у 46, а ССД – у 2 больных. В момент развития ИМ или в течение предшествующих 7 суток 65% перенесших ЧКВ и 60% получивших ТЛТ находились на терапии стероидами. ТЛТ проводилась только на догоспитальном этапе. Тромболизис был строго системным и выполнялся при невозможности быстрого (в течение 150 минут) поступления больного в катетерную лабораторию. ЧКВ выполнялись первично, если больной не получал ТЛТ до поступления в стационар. Кроме первичных ЧКВ проводились при неэффективности ТЛТ. Во все поражения имплантировались стандартные металлические стенты.

Результаты: Доля непосредственного успеха при тромболизисе оказалась чрезвычайно низ-