

при ХОБЛ встречаются в 9—60% наблюдений и частота их с годами не уменьшается. Несмотря на прогресс эндоскопических методов, хирургической техники, применение новых лекарственных препаратов и активной инфузионной терапии проблема лечения легочных кровотечений все еще сложна.

Материал и методы: С 2008 года на базе отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения Областной клинической больницы выполнена ангиография и эмболизация бронхиальных артерий у 9 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких при обострении, сопровождающемся легочным кровотечением. Возраст больных составил от 53 до 69 лет (средний возраст — 58 лет).

Продолжительность заболевания у данной группы пациентов от 5 до 15 лет. Продолжительность кровотечения от 5 до 12 дней. Показанием к выполнению данной операции явилась неэффективность консервативного лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких III-IV степени тяжести, осложненной кровотечением. До проведения данной манипуляции все пациенты обследованы. Им выполнены клинические исследования, спирография, проведены исследования газового состава артериальной и венозной крови и кислотно-щелочного равновесия. Всем пациентам выполнена компьютерная томография высокого разрешения органов грудной клетки и бронхоскопия с биопсией слизистой сегментарных бронхов.

Эндоваскулярное вмешательство проводилось на ангиографическом комплексе «Allura FD20» фирмы «Philips». Произведена катетеризация и эмболизация обеих бронхиальных артерий у всех пациентов. Эмболизация артерий выполнялась эмболизирующим материалом (тефлоновыми шариками диаметром 0,3-0,4 мм). Скорость введения эмболизационного материала составляла 0,1 мл в секунду во избежание вымывания эмболов в нисходящие отделы артерий.

Результаты: В послеоперационном периоде легочное кровотечение купировано у всех пациентов, что подтверждено данными бронхоскопии. Проведена повторная спирография и исследован газовый состав крови больных на 7 и 14 день после манипуляции. Отмечено улучшение показателей газового состава крови и кислотно-щелочного равновесия с 7 суток послеоперационного периода.

Улучшились показатели спирометрии. Клинически это проявилось в исчезновении одышки в покое и повышением толерантности к физическим нагрузкам.

Заключение: Эмболизация бронхиальных артерий у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, осложненной кровотечением не только позволяет купировать это смертельное осложнение, но и улучшает качество жизни больных.

Выявляется, что, помимо гемостатического эффекта от эмболизации бронхиальных артерий, метод оказывает положительное воздействие на течение воспалительного процесса в бронхах и легких. Этот метод в комплексе с другими лечебными процедурами позволяет в более короткие сроки купировать обострение хронического процесса и тем самым уменьшить количество необходимых лечебных фибробронхоскопий, сократить койко-день, и тем самым уменьшить финансовые затраты на лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Соколов А.А., Страхов К.А., Ефимов С.Ю.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Проблема лечения варикоцеле у мужчин весьма актуальна. По данным литературы частота варикозного расширения вен семенного канатика среди лиц мужского пола составляет 4,4-30,7%. При этом удельный вес варикоцеле в группе стерильных мужчин достигает 39%, а нарушение сперматогенеза у пациентов с варикоцеле, по оценке разных авторов, колеблется от 20 до 90%. Выбор способа лечения данной патологии является сложной задачей для всех специалистов, занимающихся этой проблемой.

В настоящее время широко используются рентгеноэндоваскулярные способы окклюзии гонадных вен: ретроградная и антеградная склерозирующая терапия. Эти способы приводят к тотальному тромбозу вен до гроздевидного сплетения и исключают возможное влияние портосистемных анастомозов.

Нами проведено исследование, целью которого было изучение ближайших и отдаленных результатов использования антеградной склеротерапии гонадных вен. Материалом исследования послужили 154 больных варикоцеле, которым проводилась антеградная катетеризация и склеротерапия яичковой вены. Диагностика варикозного расширения гонадных вен включала клиническое обследование, а также ультразвуковое и комплексное флебографическое исследование.

Результаты: Проведенное исследование показало, что при антеградной склеротерапии с дополнительной перевязкой яичковых вен у наружного пахового кольца или без нее можно достигнуть положительных результатов в 98% случаев. Осложнения, возникшие при антеградной катетеризации вен, составили всего 1,3% (тромбофлебит вен гроздевидного сплетения, связанный с неконтролируемым ретроградным распространением склерозирующего вещества; лимфостаз мошонки, который возник при неудачной антеградной катетеризации узких, спазмированных яичковых вен III сегмента и являлся

следствием оперативного доступа). Основными путями уменьшения частоты осложнений при выполнении рентгеноэндоваскулярной окклюзии гонадных вен является совершенствование техники вмешательства.

Рецидивы заболевания были отмечены у 4 больных (2,6%). Причинами их были недостаточное введение склерозанта при наличии портокавальных анастомозов (2 больных), у 1 больного было глубокое введение катетера в вену (больше 4 см) и у 1 больного склеротерапия проводилась через боковую узкую ветвь яичковой вены с недостаточным введением этоксисклерола. С целью предупреждения рецидивов мы рекомендуем вводить 3% этоксисклерол не менее 6 мл. дробно.

Выводы: Таким образом, применение апробированного нами способа окклюзии гонадных вен у больных с варикоцеле позволяет достичь полного клинического эффекта у 98% больных. Вероятность осложнений и рецидивов при этом может быть сведена до минимума, что делает данный способ лечения варикоцеле общедоступным в широкой клинической практике.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИИ СТВОЛА ЛКА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ОПТИМАЛЬНОГО ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Костянов И.Ю., Ковальчук И.А., Громов Д.Г., Мкртумян С.А., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

ОИМ, вызванный острой окклюзией ствола ЛКА – крайне тяжелое состояние, часто не совместимое с жизнью, имеющее неблагоприятный прогноз, сопровождающееся кардиогенным шоком, жизнеугрожающими нарушениями ритма, а иногда и клинической смертью.

В настоящее время НПЦИК располагает опытом успешного лечения 14 пациентов с ОИМ вследствие острой окклюзии ствола ЛКА. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 2,3$ года. 12 (85,7%) больных были мужского пола. У 9 (64,3%) пациентов имел место кардиогенный шок различной степени тяжести. У 8 из них (57,4%) проводилась ВАБК во время и после ЭВП. Во всех случаях выполненные ЭВП заканчивались стентированием ствола ЛКА в различных вариантах. Голометаллические стенты использовались в 11 (78,8%) случаях, у 3 (21,2%) пациентов производили стентирование протезами с лекарственным антипролиферативным покрытием. Непосредственный успех ЭВП наблюдался в 13 (92,8%) случаев, в одном случае (7,2%) отмечался феномен “no reflow” после выполненных механической реканализации и ТЛАП ствола ЛКА. Четыре (28,6%) пациента скончались на

госпитальном этапе в различные сроки в связи с нарастающими признаками сердечной недостаточности. Острых и подострых тромбозов, реокклюзий, повторных инфарктов в зоне ЭВП не отмечалось. Все пациенты во время и после процедуры получали стандартную двухкомпонентную дезагрегантную терапию.

В сроки 8 ± 4 месяца контрольное исследование прошли 8 (57,2%) пациентов. Наряду с клиническими методами обследования (ХМ, проба с физ. нагрузкой, ЭхоКГ и др.) всем больным выполнялась контрольная КАГ с левой ВГ, по результатам, которых был выявлен гемодинамически значимый рестеноз у 4 (50%) пациентов, что повлекло за собой ТЛАП “in stent” стеноза в 2 случаях, в 1 случае был имплантирован стент с лекарственным антипролиферативным покрытием и еще в 1 случае была рекомендована хирургическая реваскуляризация миокарда в связи с множественным поражением коронарного русла. У остальных 4 (50%) больных наблюдался хороший средне-отдаленный результат ЭВП (у 2 были имплантированы протезы с антипролиферативным покрытием).

Исходя из нашего опыта, мы рекомендуем проводить у данной категории тяжелейших больных следующий комплекс неотложных мероприятий:

1. Адекватное восстановление кровотока в стволе ЛКА, возможно с одновременным применением цитопротекторов (мексикор), способных уменьшить реперфузионное повреждение миокарда;
2. Обязательная двухкомпонентная дезагрегантная терапия;
3. Продленная поддержка гемодинамики с применением ВАБК;
4. При необходимости – вспомогательная ИВЛ;
5. Также при необходимости гемосорбция или ультрафильтрация крови.

Только применение комплексного подхода в лечении этих пациентов позволяет увеличить зону жизнеспособного миокарда и, тем самым, спасти жизни этих крайне тяжелых больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ АВМ СПИННОГО МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЮЩИХСЯ ИЗ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Тиссен Т.П., Яковлев С.Б., Бухарин Е.Ю., Бочаров А.В., Арустамян С.Р., Виноградов Е.В., Тиссен Б.Т.
ГУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва, Россия

В НИИ нейрохирургии за период с 1983 по 2009 года проходили лечение 68 пациентов с артериовенозными мальформациями (АВМ) шейного отдела спинного мозга.

Всем пациентам с АВМ шейного отдела спинного мозга проводились МРТ и селективная спинальная ангиография. После ангиографического