

альной дуге. У 12 пациентов выполнена ангиопластика одной из большеберцовых артерий, у 9 пациентов выполнена ангиопластика двух артерий и 3 пациентам выполнена ангиопластика 3 артерий голени.

**Результаты.** Первичный успех вмешательства с восстановлением магистрального кровотока, как минимум, по одной из артериальных дуг стопы отмечен у 17 (71%) пациентов. В качестве методов использованы антеградная пункция поверхностной бедренной артерии с установкой интродьюсера 23 или 40 см, проводниковая антеградная реканализация, баллонная ангиопластика. У 5 пациентов ангиопластика артерий голени сочеталась с одномоментной ангиопластикой подколенной и поверхностной бедренной артерий. Клиническое улучшение в ближайшем послеоперационном периоде с уменьшением болевого синдрома, улучшением состояния раны наблюдалось у 20 (83%) пациентов. Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены в 4 (16%) случаях, из них в 2 – гематома в месте пункции и в 2 – ухудшение функции почек. Смерть одного пациента связана с развитием тяжелого сепсиса.

В раннем послеоперационном периоде пациентам выполнялись некрэктомии, малые ампутации. Большие ампутации (выше голеностопного сустава) оперированной конечности выполнены у 3 пациентов (12,5%). Хороший клинический результат в виде сохранения конечности и заживления ран наблюдался у 87,5% пациентов.

**Заключение.** Эндovasкулярные вмешательства у пациентов с поражением артерий голени, в том числе на фоне сахарного диабета и синдрома диабетической стопы, имеют непосредственный технический успех в большинстве случаев и позволяют добиться сохранения конечности у большинства пациентов. Основным условием клинического успеха является восстановление магистрального кровотока на стопе. Ангиопластика артерий голени при ее более широком внедрении позволит значительно сократить число ампутаций у пациентов с СДС. Основной проблемой, мешающей ее повсеместному применению, остается дороговизна расходных материалов.

### Факторы риска и технические возможности снижения частоты *no-reflow*

**Крылов А.Л., Марков В.В., Варваренко В.И., Баев А.Е., Винтизенко С.И., Марков В.А., Вышлов Е.В.**  
НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск

Патогенез *no-reflow* обусловлен тремя основными причинами: поражением миокарда в результате острого инфаркта, реперфузионным поражением и дистальной эмболией микросудистого русла в результате проведенного ЧКВ.

**Цель:** изучить факторы риска возникновения *no-reflow* и возможности снижения частоты *no-reflow* путем применения фармакоинвазивного подхода и использования стента Net Protectiv MGuard Prime (Inspire MD).

**Материал и методы.** В исследование включено 1500 больных ОКС с подъемом сегмента ST после экстренной ЧКВ за период 2006–2012 гг. В 2012 г. для лечения острой окклюзии коронарной артерии (КА) с массивным тромбозом (диаметр КА > 3,2 мм, длина тромба > 10 мм) в 12 случаях использовали фармакоинвазивный подход. У 26 больных в тромбированный участок КА имплантированы 26 стентов MGuard Prime.

**Результаты.** Основными факторами, определяющими возникновение *no-reflow*, являлись диаметр КА > 3,2 мм и длина тромба > 10 мм. Время от начала окклюзии КА до реперфузии в течение первых суток ОИМ, возраст не ассоциировались с *no-reflow*. *No-reflow* наблюдали после реканализации КА проводником в 9,5%, после баллонной дилатации – в 37,7%, после имплантации стента – в 52,8%.

Применение MGuard Prime в КА с массивным тромбозом позволило в 25 случаях (96%) получить кровоток TIMI III.

В 2012 г. частота *no-reflow* составила 1,7% (6 из 361 больных). В предыдущие годы частота *no-reflow* составляла 4,0% (47 из 1233 больных).

**Выводы.** ЧКВ является доминирующим патогенетическим звеном развития *no-reflow*. Массивный тромбоз коронарной

артерии (диаметр КА > 3,2 мм, длина тромба > 10 мм) представляет собой основной фактор риска возникновения *no-reflow*. Применение фармакоинвазивного подхода и стента Net Protectiv MGuard Prime позволило в 2 раза снизить частоту выявления симптома *no-reflow*.

### Выбор способа билиарной декомпрессии при проксимальном уровне билиарного блока опухолевой этиологии

**Кулезнева Ю.В., Кириллова М.С., Израйлов Р.Е., Смирнов Е.А.**

МКНЦ, кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ, ГБУЗ "ГКБ №68 ДЗ г. Москвы"

**Актуальность:** хирургическое лечение опухолевой желтухи, вызванной проксимальным билиарным блоком, представляет собой серьезную проблему в хирургии. Чрескожные малоинвазивные вмешательства в данной ситуации способны не только обеспечить билиарную декомпрессию, но и могут стать адекватной альтернативой открытым лапаротомным паллиативным операциям.

**Материал и методы.** С ноября 2004 по январь 2014 г. в ГКБ № 68 поступило 760 больных с механической желтухой опухолевого генеза, из них у 195 был диагностирован проксимальный уровень билиарного блока, в том числе с разобщением желчных протоков – у 145 пациентов. Средний возраст больных составил  $69,3 \pm 11,7$  года. Средний уровень билирубина при поступлении –  $374,5 \pm 191,9$  мкмоль/л. Причинами механической желтухи являлись: опухоль проксимальных желчных протоков ( $n = 72$ ), метастатическое поражение печечно-дуоденальной связки ( $n = 68$ ), опухоль желчного пузыря ( $n = 39$ ), опухоль печени ( $n = 16$ ).

**Результаты.** Чрескожный доступ в желчные протоки был успешно осуществлен у 100% больных: выполняли наружное, наружно-внутреннее дренирование и стентирование желчных протоков. При проксимальном уровне наружное дренирование ( $n = 135$ ) в 13,7% случаев сопровождалось полной дислокацией дренажа, в том числе с развитием желчеистечения в брюшную полость. Для уменьшения риска полной дислокации осуществляли наружно-внутреннее транспапиллярное дренирование протоков ( $n = 26$ ), при котором данное осложнение не встречалось. Однако переход на данный вид дренирования резко увеличил число инфекционных осложнений вследствие рефлюкс-холангита (до 28,8%), а также привел к развитию острого деструктивного панкреатита у 4 больных (16,0%). В связи с этим в 2009 г. было внедрено супрапепиллярное наружно-внутреннее дренирование ( $n = 52$ ) с помощью модифицированных дренажей с дополнительными перфорационными отверстиями, что позволило значительно снизить риск острого панкреатита и рефлюкс-холангита, уменьшить частоту дислокации дренажа и обеспечить нормальный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку.

Эндобилиарное стентирование было осуществлено 84 пациентам, при этом устанавливались покрытые ( $n = 46$ ) и непокрытые ( $n = 38$ ) стенты. Билбарное стентирование выполнено 26 больным (Y- или T-образно параллельным способом), четверым – по сегментарное стентирование тремя стентами.

В большинстве случаев хирургические осложнения антеградного желчеотведения в большинстве случаев были разрешены с помощью консервативной терапии и миниинвазивных методов и лишь в 3,2% случаев являлись причиной смерти.

**Заключение.** Таким образом, адекватно выполненное антеградное желчеотведение – это высокоэффективный способ декомпрессии желчных протоков при высоком уровне билиарного блока, который может быть успешно осуществлен независимо от степени разобщения долей и сегментов печени.