

протезирование ОСА с переходом на устье ВСА в связи с ретронозом ВСА и аневризматическим расширением ОСА после ранее выполненной классической каротидной эндалтерэктомии с пластикой заплатой. Эндovasкулярное вмешательство у 2 больных выполнялось в связи с технической невозможностью проведения открытого хирургического вмешательства, у 3 человек в связи с большими техническими трудностями выполнения открытой операции и высоким риском интраоперационных осложнений.

Результаты. Ангиографический успех был достигнут в 100% случаев. Во время проведения оперативных вмешательств среди пациентов не отмечено развития транзиторных ишемических атак, большого/малого инсульта, летальных исходов. В течение первого года после эндопротезирования у 3 (60%) больных не отмечено развития инсультов в бассейне оперированных артерий.

Заключение. Эндопротезирование сонных артерий является приемлемой процедурой в случаях, когда выполнение открытого вмешательства технически невозможно или сопряжено с высоким риском.

Радиочастотная абляция в комбинации с эмболизацией печеночной артерии в лечении злокачественных новообразований печени

Скупченко А.В., Лысенко А.В., Королев Д.Г., Скобельцов Д.А., Рассудишкин А.С.

Отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения ФБУЗ "Самарский областной клинический онкологический диспансер"

Актуальность. В тех ситуациях, когда хирургическое лечение по поводу новообразований печени невозможно (по распространенности процесса или по соматическому состоянию и сопутствующей патологии), применяются методы локорегионарного воздействия: радиочастотная абляция (РЧА), различные виды эмболизации печеночной артерии (ЭПА).

Цель исследования: улучшить результаты РЧА печени, расширить показания к применению данной методики.

Материал и методы. В отделении РЧА печени проводится аппаратом Cool-type RF (Тусо) игльчатыми электродами с длиной рабочей части 3 см. Позиционирование электрода в опухоль осуществляется под УЗИ или КТ-навигацией. Абляция опухоли проходит в автоматическом режиме. Время абляции зависит от размера образования и его локализации (в среднем 12 мин на одну позицию электрода в опухоли). Результат оценивается выполнением КТ печени сразу после операции, через 1 и 3 мес. Ограничивающим для РЧА фактором является теплоотводящее действие крови. Предварительно выполненная ЭПА редуцирует кровоток в опухоли, увеличивая зону некроза при одинаковом времени воздействия.

Результаты. С 2010 по 2013 г. выполнено 33 комбинированных операции на печени (РЧА с предварительной ЭПА). Размер образований составлял от 2 до 9 см, в среднем 4,5 см. Количество точек приложения электрода в опухоль за одну операцию варьировало от 1 до 6 (в среднем 3). Общее время абляции – от 20 до 90 мин (в среднем 50 мин). Максимальное количество образований, подвергавшихся абляции за одну операцию, – 2. По данным КТ с контрастным усилением, выполненного непосредственно после операции, во всех случаях удалось добиться зоны абляции, перекрывающей границы первичной опухоли на 1 см. При анализе данных КТ в динамике через 1 месяц после операции данных за местную прогрессию не получено ни у одного больного. Через 3 мес отмечен продолженный рост в зоне РЧА у тех пациентов, у которых размер образования на момент операции был более 5 см.

Выводы. Предварительно выполненная ЭПА перед РЧА редуцирует кровоток в печени, позволяя подвергать абляции новообразования большего размера при одинаковом времени экспозиции электрода в опухоли.

Лечение ятрогенных псевдоаневризм бедренных артерий после рентгенэндоваскулярных вмешательств

Солодов В.Е.², Шарабрин Е.Г.¹, Зайцев А.И.³, Шахов Е.Б.⁴, Серегин А.А.³, Петров Д.В.⁴, Савенков А.Г.², Дерябин Р.А.², Кузьменко Е.А., Тютнев Д.В.⁵

¹Нижегородская государственная медицинская академия

²Городская клиническая больница №13

³Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России

⁴Городская клиническая больница №5

⁵Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Нижний Новгород

Цель: изучить эффективность различных методов закрытия ятрогенных псевдоаневризм бедренных артерий после эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. С 2010 по 2013 г. в четырех многопрофильных клиниках рентгенэндоваскулярные вмешательства бедренным доступом выполнены 12 546 пациентам старше 18 лет. Женщин было 4098 (32,7%), мужчин – 8450 (68,3%). Средний возраст составил 54,4 ± 9,3 года (от 18 до 92 лет). После рентгенэндоваскулярных процедур аневризмы артерии-доступа определены у 58 (0,46%) пациентов: после диагностических – у 12 (0,14%), после лечебных – у 46 (1,25%) пациентов. Методом диагностики было ультразвуковое исследование. Продольный размер аневризмы составил 26,3 ± 9,8 мм (от 9 до 50 мм). Шейка лоцировалась у 52 обследованных. Ее длина – 6,5 ± 3,2 мм (от 4 до 15 мм), диаметр – 4,5 ± 2,7 мм (от 3 до 8 мм). Хирургическое лечение выполнено 15 (25,9%) больным. Нехирургические методы применены у 43 (74,1%) человек, в том числе: наложение тугий компрессионной повязки на сутки – у 6 (10,3%) больных, мануальная компрессия под УЗ-контролем – у 23 (39,7%), мануальная компрессия под УЗ-контролем с приемом "сужения шейки" – у 14 (24,1%). Оценивали время закрытия аневризм, болевую реакцию по визуально-ориентированной шкале. Время наблюдения составило 1,2 ± 0,7 года (от 6 мес до 2 лет).

Результаты. Методом тугий повязки через сутки аневризма закрыта у 3 (50,0%) пациентов. Пролежень развился у 2 (33,3%) человек. Болевые ощущения были незначительные – от 6 до 12 баллов. При мануальной компрессии под ультразвуковым контролем успех процедур наблюдался у 20 (87,0%). Время компрессии – 35 ± 12,5 мин (от 20 до 45 мин), болевая реакция – 74,5 ± 7,8 балла. Рецидив возник у 2 (10,0%) человек. Применение приема "сужения" шейки позволило у всех пациентов закрыть аневризму, снизить время компрессии до 14,3 ± 5,2 мин ($p < 0,001$), уменьшить болевую реакцию до 28,2 ± 2,4 балла. Рецидивов не наблюдалось.

Заключение. Нехирургические методы явились эффективными при закрытии аневризм после рентгенэндоваскулярных вмешательств. Методика "сужения шейки" оказалась наиболее результативной: позволила обеспечить закрытие аневризм у 100% пациентов при минимальных болевых ощущениях и без рецидивов в отдаленном периоде.

Клинический опыт стентирования ветвей легочной артерии после хирургических вмешательств при различных врожденных пороках сердца

Столяров Д.П., Сахнов Е.В., Мельников А.В., Плиговка И.Н., Ковалев А.В., Сакович В.А.

ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ РФ, г. Красноярск

Цель: оценить возможность стентирования ветвей легочной артерии (ЛА), как жизнеспасающего вмешательства после хирургической коррекции различных врожденных пороков сердца у детей.

Методы. Стентирование ветвей ЛА было выполнено в отделении РХМДЛ ФГБУ ФЦ ССХ г. Красноярск в 2012–2013 гг. у 4 пациентов (у 2 – правая, у 2 – левая главная ветвь ЛА) в возрасте от 18 дней до 11 лет. Диагнозы: общий артериальный ствол, тетрада Фалло, двойное отхождение магистральных