

размеры метастатических поражений печени оценивались в динамике при помощи компьютерной томографии.

**Результаты.** Технический успех достигнут во всех случаях. При анализе результатов лечения выявлено, что у 21 (21,4%) пациента был достигнут частичный ответ на лечение – метастазы печени уменьшились в размерах, у 46 (47,0%) – отмечена стабилизация опухолевого процесса в печени и у 31 (31,6%) – отмечалось прогрессирование опухоли – увеличение в размерах и появление новых очагов. Одногодичная выживаемость пролеченных больных после начала эндоваскулярного лечения составила 78%. Оценка результатов эффективности лечения не показала статистически достоверной разницы в зависимости от выбранного химиотерапевтического препарата.

**Заключение.** Химиоэмболизация печеночных артерий является эффективным, безопасным и малоинвазивным методом в паллиативном лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печень. Использование различных химиотерапевтических препаратов демонстрирует схожую эффективность.

### Рентгенэндоваскулярные способы лечения пациентов с аневризмами висцеральных артерий

**Цыганков В.Н., Францевич А.М., Варава А.Б.**

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ, Москва

**Цель:** обобщить 10-летний опыт рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) при аневризмах висцеральных артерий (АВА).

**Материал и методы.** С 2004 по 2013 гг. в ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ проведено лечение 53 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет с АВА. Мужчин было 28, женщин – 25. Больных с истинными АВА было 24 (45,3%), с ложными – 29 человек (54,7%). Из 29 больных с ложными аневризмами посттравматических было 7 (24,1%), панкреатогенных 1-го типа – 16 (55,2%), панкреатогенных 2-го типа – 6 (20,7%). АВА были следующей локализации: селезеночная артерия (СА) – 30 (53,6%), печеночные артерии – 6 (10,7%), верхняя брыжеечная артерия (ВБА) – 3 (5,4%), поджелудочно-двенадцатиперстная артерия (ПДА) – 8 (14,3%), левая желудочная артерия – 1 (1,8%), желудочно-двенадцатиперстная артерия и панкреатические ветви – 6 (10,7%).

При лечении АВА разных локализаций нами были использованы различные РЭВ: эндопротезирование артерий как самораскрывающимися – 5 (11,4%), так и баллон-расширяемыми стент-графтами – 8 (18,2%) случаев. Эмболизация спиралью выполнялась в 29 (63,1%) случаях: артерии-источника дистальнее и проксимальнее шейки аневризмы – 6 (13,0%), артерии-источника проксимальнее устья аневризмы с ее полостью – 8 (17,4%), артерии-источника проксимальнее устья аневризмы – 7 (15,2%), эмболизация полости аневризмы – 7 (15,2%), полости аневризмы с защитой стентом – 1 (3,3%). Эмболизация артерии окклюдерами использована 5 (10,9%) раз. Другими агентами применялись в 2 случаях (4,3%). Также в 2 случаях наблюдался спонтанный тромбоз (4,3%).

**Результаты.** В 9 (17%) случаях РЭВ ограничилось диагностической ангиографией, в 44 (83%) – выполнена рентгенохирургическая изоляция аневризмы от кровотока. В 100% случаев получен хороший ангиографический результат. При ложных АВА 1-го типа после эндоваскулярного этапа в 15 (93,8%) случаях выполнялись открытые полостные операции, у 1 (6,2%) больного проведена лапароскопическая дренирующая операция. В экстренном порядке прооперированы 5 (11,4%) больных. В одном случае выполняли удаление гигантской аневризмы и резекцию селезенки после окклюзии селезеночной артерии.

После выполнения вмешательств были следующие осложнения: в 1 случае (2,2%) – некроз селезенки, потребовавший спленэктомии. Миграция стент-графта из ПДА в ВБА, что потребовало стентирования последней для сохранения проходности – 1 (2,2%) больной. "Складывание" стент-графта в полости аневризмы – 1 (2,2%) случай. Операция завершена окклюзией проксимального участка СА. В 2 наблюдениях (4,4%) при

АВА – миграция спиралей в полость аневризмы и селезеночную вену. Выполнена эмболизация афферентных артерий.

**Выводы.** Применение эндоваскулярных методов лечения позволяет надежно изолировать АВА из кровотока. У пациентов с ложными АВА 1-го типа эндоваскулярные вмешательства являются подготовительным этапом перед открытым хирургическим лечением. У пациентов с истинными и ложными АВА 2-го типа эндоваскулярные методы могут применяться как окончательный этап лечения.

### Эндоваскулярное лечение заболеваний грудного отдела аорты

**Черная Н.Р., Баяндин Н.Л., Коков Л.С., Соколов В.В., Глуценко И.А., Муслимов Р.Ш.**

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"  
ГБУЗ "ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москвы"

**Цель:** оценить возможности комбинированного и эндоваскулярного лечения аневризм аорты различных типов. Выработать диагностическую и хирургическую тактику для плановых и urgentных состояний.

**Материал и методы.** За период с 2010 по 2013 г. эндопротезирование грудного отдела аорты было выполнено 39 пациентам. По характеру поражения аорты больные распределились следующим образом: аневризмы дуги аорты и нисходящего отдела – 10 больных, расслоение 1-го и 3-го типа до De Bakey – 21 больной, травматический разрыв аорты – 4 пострадавших, орто-бронхиальный свищ – 1 больной, орто-пищеводный свищ – 1 больной, посткоарктационная аневризма – 1 и аневризма дистального анастомоза также 1 больной.

**Результаты.** Диагностика включала в себя рентгенографию грудной клетки, при которой у 93% больных может быть заподозрено заболевание аорты. Наибольшее значение при диагностике отдавали исследованию аорты с помощью чреспищеводной ЭхоКГ, контрастной КТ и МРТ. Компьютерная 3D-реконструкция аорты служила основой для планирования хирургических и эндоваскулярных вмешательств и являлась основным предоперационным пособием для подбора и подготовки эндоваскулярных протезов. На различных этапах лечения после предварительных шунтирующих или переключающих сосудистых операций КТ-ангиографию повторяли для уточнения изменившихся соотношений просвета аорты и состояния аневризмы.

Восьми пациентам выполнены "гибридные" операции, которые включали в себя наложение сонно-подключичного анастомоза, переключение сонных артерий в восходящий отдел грудной аорты.

Всем больным выполнено эндоваскулярное протезирование нисходящего отдела аорты. Размер протеза подбирался индивидуально, основываясь на данных контрастной КТ-ангиографии. Осложнения отмечены у 5 больных: эндолюк II типа выявлен у одного больного, эндолюк Ib типа также у одного пациента, преходящая параплегия развилась у 2 больных и окклюзия почечной артерии – у 1 больного.

**Заключение.** Эндоваскулярное протезирование аорты является малотравматичным и эффективным методом лечения пострадавших с заболеваниями аорты, при этом методе нет необходимости в торакотомии, пережати аорты. Эндоваскулярное протезирование позволяет восстановить целостность стенки аорты практически у всех пациентов, что делает установку стент-графта методом выбора в лечении пациентов с заболеваниями аорты. Методы лучевой диагностики, и в первую очередь КТ-ангиография, позволяют планировать хирургическую тактику лечения больных и определять этапность хирургического лечения, служат необходимым пособием для определения типа и размеров эндоваскулярных протезов, способа их имплантации в сосудистое русло.