

центр выполнено более 50 стентирований каротидных артерий либо при сложной анатомической ситуации, либо при наличии протяженных поражений, в том числе и окклюзий. Использовались как общепринятые в подобных ситуациях методики (техника buddy-wire, телескопическая техника, трансрадиальный доступ, артериотомический доступ и пр.), так и авторские.

**Результаты.** Во всех случаях удалось выполнить стентирование каротидного бассейна с положительным ангиографическим результатом. Неврологических осложнений не было.

**Выводы.** Опытный хирург, владея всеми техниками стентирования и имеющий в своем арсенале разнообразный специализированный инструментарий для каротидного стентирования, может безопасно и эффективно выполнять стентирование сонных артерий в самых, казалось бы, сложных ситуациях.

### Стентирование и эмболизация висцеральных артерий в плановой и экстренной хирургии – опыт многопрофильного стационара

**Волков С.В., Багин С.А., Удовиченко А.Е., Коробков А.О., Мостовой И.В.**

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ, г. Москва

**Цель исследования:** оценить возможности отделения РХМДиЛ в плановом и экстренном лечении пациентов с патологией висцеральных сосудов в многопрофильном стационаре.

**Материал и методы.** С июля 2010 по июль 2013 г. в Лечебно-реабилитационном центре МЗ РФ 126 пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства на висцеральных сосудах. Плановых операций было 119 (94,4%), экстренных – 7 (5,6%). Оперированы пациенты с хирургической, онкологической, урологической и гинекологической патологиями.

**Результаты.** В число проведенных процедур входили: эмболизация маточных артерий при доброкачественных и злокачественных опухолях – 98 (77,7%), эмболизация простатических артерий при ДГПЖ – 3 (2,4%), эмболизации при постоперационных кровотечениях из органов брюшной полости и забрюшинного пространства – 3 (2,4%), эмболизации аневризм висцеральных артерий – 6 (4,8%), эмболизация части воротной вены для подготовки пациента на резекцию печени – 7 (5,5%), стентирование почечных артерий при вазоренальной гипертензии – 5 (4%), стентирование и применение реолитической тромбэктомии воротной вены при постоперационных тромбозах – 4 (3,2%). Эмболизации выполнялись всеми возможными на сегодняшний день эмболизирующими агентами: эмбосферами, PVA, отделяемыми спиралями, спиралями Джантурко, отделяемыми баллонами Сербиненко, стент-графтами. Стентирование выполнялось как с применением саморасширяющихся, так и баллонорасширяемых стентов.

**Заключение.** Таким образом, возможности эндоваскулярной хирургии позволяют расширить перечень возможных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства в многопрофильном стационаре, снизить количество осложнений от открытых хирургических вмешательств и, как следствие, улучшить результаты лечения пациентов с хирургической, онкологической, урологической и гинекологической патологиями.

### Реолитическая тромбэктомия в лечении острых и подострых тромбозов вен нижних конечностей

**Волков С.В., Коробков А.О., Луценко М.М., Багин С.А., Удовиченко А.Е., Мостовой И.В.**

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ, г. Москва

**Цель:** продемонстрировать возможности реолитической тромбэктомии в лечении острых и подострых тромбозов вен нижних конечностей.

**Материал и методы.** С января 2009 по октябрь 2013 г. в ФГБУ ЛРЦ Минздрава РФ 40 больным выполнена реолитическая тромбэктомия, из них в 1 (2,5%) случае из системы нижней полой вены, в 2 (5%) случаях из системы общей подвздошной вены, в 9 (22,5%) случаях из системы наружной подвздошной вены, в 15 (37,5%) случаях из системы общей бедренной вены, в 9 (22,5%) случаях из системы поверхностной бедрен-

ной вены и в 4 случаях (10%) из системы подколенной вены. В 35 (87,5%) случаях предварительно устанавливался кава-фильтр в 10 (28,6%) – постоянный и в 25 (71,4%) – временный.

**Результаты.** Контрольные ультразвуковые исследования выполнялись на 1-е и 7-е сутки послеоперационного периода. В течение первых суток послеоперационного периода у 3 пациентов (7,5%) по данным УЗИ отмечен ретроградный сегмент венозного русла с повторным формированием флотации, а у 2 пациентов (5%) отмечены признаки острой почечной недостаточности потребовавшие гемодиализа. Ангиографический успех был достигнут в 37 случаях (92,5%). У 3 пациентов (7,5%) удалось удалить только часть тромба из-за давности тромбоза (более одной недели). В одном случае (2,5%) отмечена интраоперационная эмболия в кава-фильтр с последующей реолитической тромбэктомией из кава-фильтра.

**Заключение.** Реолитическая эндоваскулярная тромбэктомия является быстрым, эффективным и малотравматичным методом в устранении эмболоопасных тромбозов вен нижних конечностей. Необходимо сочетать данное вмешательство с имплантацией временного кава-фильтра. Оптимальных результатов удается достичь при лечении тромбозов сроком не более недели.

### Возможности эндоваскулярной хирургии при стентировании подвздошных вен

**Волков С.В., Луценко М.М., Мостовой И.В., Багин С.А., Соколов А.Л.**

ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ, г. Москва

Лечение окклюзивной формы посттромботической болезни (ПТБ) до недавнего времени базировалось на шунтирующих операциях типа Пальма-Эсперона, характеризующихся значительной травматичностью и высокой частотой послеоперационных осложнений. Применение эндоваскулярных технологий имеет короткую историю.

**Цель исследования:** оценить возможности и результаты эндоваскулярной дезобструкции и стентирования проксимальных венозных сегментов при окклюзивной форме ПТБ.

**Материал и методы.** В период с февраля 2012 по февраль 2013 г. было пролечено 12 пациентов в возрасте от 25 до 46 лет с окклюзивной формой ПТБ и анамнезом заболевания от 1 года до 25 лет. Клинические проявления ХЗВ оценены как: С3 – 4 пациента, С4 – 6 пациентов, С5 и С6 – по 1 пациенту. У одного пациента выявлено двустороннее поражение – посттромботическая окклюзия наружной и общей подвздошных вен справа и субокклюзия (до 70%) в дистальном сегменте ОПВ контралатеральной конечности (ХЗВ С5 и С3 соответственно). У 11 пациентов имело место одностороннее поражение подвздошных вен. В двух случаях посттромботическая окклюзия левой подвздошной вены сочеталась с синдромом Мэй-Тернера – экстравазальной компрессией левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией. Большинство пациентов (7 из 11) к моменту операции находились на антикоагулянтной терапии антагонистами витамина К. Перед операцией осуществлялся перевод с АВК на НМК. Выполнено 12 стентирований подвздошных вен под местной анестезией при окклюзивной форме ПТБ. У одного пациента проведено билатеральное стентирование подвздошных вен.

**Результаты.** Во всех случаях удалось выполнить стентирование подвздошных вен. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде отмечены значительное снижение болевого синдрома, уменьшение отека оперированной конечности. В сроки наблюдения от 2 до 12 мес все больные находятся на лечении антикоагулянтами и антиагрегантами, проводится компрессионная терапия, случаев ретроградного тромбоза не выявлено.

**Выводы.** Эндоваскулярная дезобструкция и стентирование подвздошных вен являются малотравматичным и эффективным методом в комплексном лечении больных с окклюзивной формой ПТБ.