

сосудов от правого желудочка. Всем пациентам ранее выполнена хирургическая коррекция пороков.

Результаты. У 2 пациентов диагностировали критический стеноз одной из ветвей ЛА, у 2 человек – окклюзия ветви ЛА. Трое из пролеченных нами пациентов находились в крайне тяжелом состоянии: один – на ИВЛ, двое – на ИВЛ и экстракорпоральной мембранной оксигенации. Пациентам со стенозами ЛА были имплантированы стенты от устья артерии: прямое стентирование левой ЛА BMS-стентом $4,0 \times 20$ мм; бифуркационное стентирование правой ЛА и верхнедолевой ветви правой ЛА каротидным стентом 10×40 мм и BMS-стентом $4,5 \times 20$ мм. У 2 других больных проводилась реканализация окклюзии гидрофильными проводниками ($0,014''$ и $0,032''$) с последующим стентированием BMS-стентом $3,5 \times 20$ мм и периферическим стентом 8×37 мм. Все вмешательства были успешны. Осложнений не отмечалось. Двое оперированных были впоследствии выписаны. Один пациент погиб от сепсиса и нарастающей полиорганной недостаточности. Одному больному через сутки выполнена хирургическая коррекция порока с удалением имплантированного стента.

Выводы. Стентирование ветвей ЛА является эффективным, малотравматичным методом лечения стенозированных пораженных ветвей ЛА у пациентов в тяжелом состоянии после ранее проводимых хирургических вмешательств. Оно является операцией выбора у данной категории больных, позволяющей стабилизировать их состояние для дальнейшего успешного терапевтического или хирургического лечения.

Первый опыт чрескожной имплантации клапана аорты

*Столяров Д.П., Мельников А.В., Сахнов Е.В.,
Плиговка И.Н., Кошкв В., Валик О.В.,
Фурсов А.А., Ганкин М.И.,
Комарова Е.В., Ломанова С.Б.*

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

Цель: изучить непосредственные результаты первых чрескатетерных имплантаций клапанов аорты (TAVR) в ФЦССХ г. Красноярск.

Материал и методы. Операция TAVR в 2012–2013 гг. была выполнена 14 больным с аортальным стенозом. Все пациенты имели показания для протезирования клапана (макс. градиент на АК $85,16 - 19,1$ мм рт.ст., площадь отверстия АК $0,76 - 0,1$ см²) и высокий хирургический риск для открытой операции и искусственного кровообращения (EuroScore $9,28 \pm 2,4$; Logistic EuroScore (mortality) $16,91 \pm 9,7\%$; возраст $76,6 \pm 6,8$ лет; легочная гипертензия 6 (42,8%); ХОБЛ 3 (21,4%); стенозы сонных артерий 4 (28,6%); перенесенные ОНМК 2 (14,3%); ИМ 3 (21,4%); предшествующие операции на сердце – 8 (51,1%)), что обусловило TAVR в качестве метода выбора для протезирования клапана.

Результаты. Всем больным были имплантированы самораскрывающиеся биологические клапаны CoreValve феморальным чрескожным доступом с закрытием места пункции артерии ушивающими устройством. Анестезиологическое пособие – интубационный наркоз. Трансклапанный градиент после TAVR по ЭхоКГ на момент выписки: максимальный – $18,65 \pm 7,1$ мм рт.ст., средний – до $8,5 \pm 3,9$ мм рт.ст., регургитация на аортальном клапане – 0–I ст. у всех больных. Все вмешательства выполнены успешно, без больших осложнений (смерть, ОНМК, ИМ). Зарегистрированы два сосудистых осложнения: пульсирующая гематома – 1 (7,1%), пролеченная консервативно; диссекция ОБА – 1 (7,1%), выполнено стентирование. У 1 (7,1%) пациента через сутки после удаления электрода временной ЭКС возник гемоперикард, купированный перикардиоцентезом. У 1 (7,1%) пациента развилась AV-блокада, потребовавшая имплантации постоянного ЭКС. Все пациенты выписаны с положительной динамикой в клиническом статусе.

Выводы. Чрескатетерная имплантация аортального клапана обеспечивает эффективное лечение у пациентов с высокими рисками операции в условиях ИК. Программа внедрения метода в клиническую практику в подготовленном стационаре

позволяет получить достаточный уровень безопасности на начальном этапе. Регулярное применение метода в клинике представляется необходимым для поддержания качественных показателей.

Стентирование общей печеночной и верхней брыжеечной артерий для остановки массивного послеоперационного артериального кровотечения

*Суворова Ю.В., Таразов П.Г.,
Поликарпов А.А., Балахнин П.В., Полехин А.С.
ФГБУ "РНЦРХТ", г. Санкт-Петербург*

Цель: оценить эффективность стентирования общей печеночной и верхней брыжеечной артерий для остановки массивного артериального кровотечения после обширных операций на поджелудочной железе (ПЖ).

Материал и методы. Позднее артериальное кровотечение, сопровождавшееся геморрагическим шоком, развилось на 20–30-е сутки у 4 больных: у 3 – после обширной резекции ПЖ по поводу рака и у одной пациентки – после резекции опухоли забрюшинного пространства с прорастанием в ПЖ. Во всех случаях выполнены экстренные эндоваскулярные вмешательства: установлены стент-графты в общую печеночную артерию в двух наблюдениях и в верхнюю брыжеечную артерию также у двух больных.

Результаты. В целом потребовалось осуществить 6 внутрисосудистых вмешательств у 4 больных. Во всех случаях при первой процедуре успешно установлены стент-графты в зону дефекта артериальной стенки. В трех наблюдениях выявлено формирование псевдоаневризм, а в одном – свободное поступление контрастного препарата в брюшную полость. У двух больных через 30 дней возникло повторное кровотечение вследствие эрозии сосудистой стенки из-за формирования панкреатического свища. В одном случае осуществлено повторное стентирование, во втором – эмболизация. Все процедуры – пять установок стент-графта и одна эмболизация – были технически успешны. Дальнейший прогноз определялся эффективностью лечения осложнений и течением основного заболевания.

Заключение. Рентгенэндоваскулярный гемостаз с помощью стент-графта является методом выбора в лечении массивного послеоперационного кровотечения из магистральных артерий, особенно у больных с высоким хирургическим риском.

Рентгенэндоваскулярная окклюзия в лечении кровотечений у больных раком шейки матки

*Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Винокуров В.Л., Ривина Е.В.
ФГБУ "РНЦРХТ", г. Санкт-Петербург*

Цель: оценить эффективность артериальной эмболизации для остановки кровотечения у больных неоперабельным раком шейки матки.

Материал и методы. В исследование включены 49 пациенток с опухолями шейки матки T₂₋₃N₀M₀, находившихся на лечении в период с 2000 по 2013 г. Показанием для эмболизации служило опухольное кровотечение, не купирующееся консервативно. Выраженная анемия выявлена в 19 из 49 (39%) наблюдений. Для окклюзии висцеральных ветвей внутренних подвздошных артерий (ВПА) во всех случаях использовали мелко нарезанную гемостатическую губку. При необходимости производили перераспределительную эмболизацию ягодичных артерий металлическими спиралями. У пациенток с нормальными показателями гемоглобина и эритроцитов перед введением эмболизата осуществляли болюсную химиотерапию препаратами платины (80–120 мг) и циклофосфаном (1000 мг).

Результаты. В постэмболизационном периоде пациентки отмечали боли внизу живота и подъем температуры тела до 38° С. Симптоматика проходила самостоятельно и не требовала медикаментозной коррекции.

Кровотечение остановилось в ближайшие 1–6 дней у 45 больных (92%). В одном наблюдении для окончательного гемостаза потребовалось две повторные эмболизации на 3-и и 7-е