

ция отмечены у 79%, прогрессирование – у 21%. У 3 пациентов в ходе лечения выявлен рецидив первичной опухоли, двое отказались от дальнейшего проведения ХЭПА, у 4 больных, которым проводилась ХЭПА гепасферами, наступила окклюзия печеночной артерии, что привело к потере сосудистого доступа. У 5 из-за отрицательной динамики потребовался переход с гепасфер на химиоэмболизацию с липиодолом, достигнута в дальнейшем стабилизация процесса.

В группе больных с гепатоцеллюлярной карциномой после трех курсов частичный ответ и стабилизация отмечены у 83%, прогрессирование – у 17%. У 8 (36,4%) пациентов гистологически подтвержден некроз опухоли после ХЭПА, при динамическом наблюдении прогрессии заболевания нет. Одному больному после уменьшения размеров очага выполнена резекция печени, 4 человека продолжают лечение.

Заключение. Химиоэмболизация печеночной артерии при метастазах колоректального рака в печень в течение первого полугодия позволяет достичь 79% стабилизации процесса. Необходимо отметить преимущество гепасфер в лечении гепатоцеллюлярной карциномы, тогда как химиоэмболизация с липиодолом предпочтительна при лечении метастазов колоректального рака для длительного сохранения сосудистого доступа.

Селективная эмболизация артерий почки как вариант купирования осложнений перкутанной нефролитотомии

Сивков А.В., Жуков О.Б., Волкова Е.М., Уколов В.А.
ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ, Москва

Перкутанная нефролитотомия является рациональным методом лечения при коралловидном нефролитиазе. Контактное разрушение коралловидного камня осуществляется пневматическим, ультразвуковым, электрогидравлическим источником с последующей литэкстракцией мелких фрагментов. Чаще всего фрагментирование конкремента осуществляется комбинированным литотриптором.

Как любой хирургический метод лечения, перкутанная нефролитотомия имеет ряд осложнений: наличие резидуальных конкрементов, развитие гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, кровотечение в интраоперационном и раннем послеоперационном периодах.

Цель исследования: оценить возможность склеротерапии с целью купирования осложнений перкутанной нефролитотомии.

Материал, методы и результаты. За 6 мес 2013 г. в условиях стационара НИИ урологии было выполнено 247 перкутанных нефролитотомий. Из них в 4 случаях развилось кровотечение в раннем послеоперационном периоде, что составляет 9,8%. Среди пациентов, имевших подобные осложнения, преобладали мужчины (75%). У пациента Ч., 42 лет, имелась сопутствующая патология, а именно ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, сниженная толерантность к физическим нагрузкам. Данному пациенту на 5-е сутки гладко протекающего послеоперационного периода была выполнена попытка удаления нефростомического дренажа, которая осложнилась кровотечением. Нефростомический дренаж был восстановлен. Трижды выполнялась попытка удаления нефростомы, которая не увенчалась успехом в связи с развитием кровотечения. Подозревая наличие артериовенозной фистулы, пациенту была выполнена селективная ангиография по методике Сельдингера. Верифицирована артериовенозная мальформация нижнего сегмента почки (на уровне нижнесегментарной артерии справа). Для купирования рецидива кровотечения пациенту была выполнена селективная эмболизация поливинилалкоголем нижнесегментарной артерии справа. Достигнут желаемый результат: пациент был избавлен от нефростомического дренажа без рецидивирования кровотечения. Аналогичным образом была выполнена селективная эмболизация в остальных трех клинических случаях с хорошим эффектом.

Выводы. Таким образом, выполнение селективной эмболизации кровотокающей артерии позволяет снизить вероятность открытого вмешательства или полностью заменить его. Осо-

бенно актуальным является проведение такого малотравматичного вмешательства у пациентов с единственной или аномальной почкой.

Результаты стентирования и эверсионной эндартерэктомии из внутренних сонных артерий в отдаленном периоде

Сидоров А.А.¹, Белоярцев Д.Ф.¹, Цыганков В.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ,

² ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

Цель: улучшить результаты каротидного стентирования (КС) и эверсионной эндартерэктомии (ЭКЭАЭ) из внутренних сонных артерий у пациентов низкого и высокого риска хирургического вмешательства с симптомами и без симптомов сосудисто-мозговой недостаточности.

Материал и методы. За период с 2005 по 2011 г. выполнено 38 КС 35 пациентам, которые составили 1-ю группу пациентов. Во 2-ю группу вошли 59 пациентов, которым было выполнено 63 ЭКЭАЭ в 2005 и 2006 гг. В исследование были включены пациенты с симптомными (II и IV степени СМН, стеноз >60%) и асимптомными (I и III степени СМН, стеноз >70%) стенозами ВСА. При определении риска хирургического вмешательства учитывали наличие следующих факторов: 1) возраст ≥70 лет, 2) ишемическая болезнь сердца III–IV ФК, 3) окклюзия контралатеральной сонной артерии, 4) сахарный диабет, 5) предшествующая лучевая терапия или операция на области шеи, 6) заболевание почек. Таким образом, выделяли симптомных и асимптомных пациентов высокого и низкого риска хирургического вмешательства.

Результаты. Прослежены результаты лечения через 1 год после КС у 33 пациентов (94,3%) и результаты ЭКЭАЭ у 56 пациентов (94,9%). В обеих группах среди пациентов не отмечено развития большого/малого инсульта, нелетального инфаркта миокарда. В этот период в 1-й группе отмечено развитие двух (6%) летальных исходов вследствие инфаркта миокарда у пациентов, страдавших ишемической болезнью сердца ($p = 0,26$); рестеноз в 1-й группе у двоих пациентов – 6% ($p = 0,15$). Полученные результаты через 3 года после лечения (26 пациентов в 1-й группе – 74,3%; 50 пациентов во 2-й группе – 84,7%): нелетальный инсульт в 1-й группе у одного пациента – 3,84%, во 2-й группе у одного пациента – 2% ($p = 0,27$); смерть вследствие инсульта во 2-й группе – 4% ($p = 0,28$); рестеноз в 1-й группе у одного пациента – 3,8%, во 2-й группе также у одного пациента – 2% ($p = 0,38$). Полученные результаты через 5 лет после лечения у 13 пациентов из 1-й группы (37,1%) и у 38 пациентов из 2-й группы (64,4%): гемодинамически значимый рестеноз отмечен у одного пациента 1-й группы – 7,7% ($p = 0,1$); большого/малого инсульта, инфаркта миокарда, летальных исходов не отмечено.

Заключение. Выполнение КС показано симптомным и асимптомным пациентам высокого риска.

Возможности применения самораскрывающихся стент-графтов при патологии сонных артерий

Сидоров А.А.¹, Цыганков В.Н.^{1,2}, Гончаров А.И.¹, Францевич А.М.¹

¹ ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ,

² ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ

Цель: оценить возможности эндоваскулярной хирургии при аневризматическом и стенотическом поражении сонных артерий.

Материал и методы. За период с мая 2011 по апрель 2013 г. выполнено 5 эндоваскулярных протезирований сонных артерий 5 пациентам, среди них 4 (80%) женщины. Возраст пациентов от 27 до 66 лет (средний возраст – $51,2 \pm 15,95$ года). Эндопротезирование внутренних сонных артерий (ВСА) выполнялось 2 пациентам с ложной аневризмой, 1 пациенту с истинной аневризмой. Имплантация стент-графта в общую сонную артерию (ОСА) выполнено одному пациенту в связи с атеросклеротическим стенозом. Одному пациенту выполнено эндо-

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