

и 15,7% (n=3) в группе немедленного стентирования (p=0,33).

**Заключение.** Отсроченное стентирование инфаркт-зависимой артерии при сохранении выраженного остаточного тромбоза целевого поражения ассоциируется с меньшим количеством процедурных осложнений в виде синдрома «slow flow/no-reflow» и дистальной эмболии, более высоким процедурным успехом в сравнении с немедленным стентированием. Имеется тенденция к снижению госпитальной смертности в группе отсроченного стентирования.

### ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Коков Л.С., Зятенков А.В., Хамнагадаев И.А., Лихарев А.Ю., Цыганков В.Н., Шутихина И.В.

ФГУ «Институт хирургии имени А. В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия.

**Введение.** Рестенозы почечных артерий – достаточно распространенное явление, по данным различных исследований их частота составляет от 13 до 22%. В лечении рестенозов почечных артерий основную роль играют методы эндоваскулярной хирургии. Целью данного исследования стало изучение отдаленных результатов эндоваскулярных вмешательств при рестенозах почечных артерий.

**Материал и методы.** В Институте хирургии имени А.В. Вишневского с 2006 по 2008 г. выполнено стентирование 92 почечных артерий у 84 пациентов. Показаниями к выполнению вмешательства служили наличие гемодинамически значимого стеноза почечной артерии в сочетании с клиническими признаками вазоренальной гипертензии или ишемической нефропатии. Проприодимость почечных артерий контролировалась методом дуплексного сканирования (ДС), которое выполнялось на следующие сутки после операции, далее каждые 6 месяцев. Критерием развития рестеноза служило повышение ЛСК по почечной артерии более 200 см/с. Наличие рестеноза подтверждалось при ангиографии брюшного отдела аорты, дополненной внутрисосудистым ультразвуковым исследованием (ВСУЗИ) пораженной почечной артерии. По поводу рестеноза двум пациентам была выполнена стентирование почечной артерии, у 11 больных – только баллонная ангиопластика. Средний срок наблюдения для пациентов после первичного вмешательства составил  $3 \pm 0,5$  года, для пациентов после повторного вмешательства по поводу рестеноза –  $1,5 \pm 0,5$  года.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $64 \pm 8,2$  года, средний уровень систолического артериального давления  $145 \pm 19,7$  мм рт. ст., диастолического артериального давления

$88 \pm 12,1$  мм рт. ст., уровень креатинина сыворотки крови  $114 \pm 15,8$  мкмоль/л. У 23 пациентов (25%) был выявлен сахарный диабет 2 типа. Рестеноз почечной артерии после первичного вмешательства развился в 13 случаях (14,1%). Повторное вмешательство позволило добиться хорошего ангиографического результата у всех 13 пациентов, при этом рестеноз почечной артерии после повторного вмешательства развился у одного больного.

**Выводы.** Эндоваскулярные вмешательства – эффективный метод лечения рестенозов почечной артерии после ее стентирования по поводу атеросклеротического поражения.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ГОЛЕНИ

Коков Л.С.<sup>1</sup>, Цыганков В.Н.<sup>1</sup>, Хамнагадаев И.А.<sup>1</sup>, Лучкин В.М.<sup>1</sup>, Ситников А.В.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>ФГУ «Институт хирургии имени А. В. Вишневского Росмедтехнологий»

<sup>2</sup>ФГУЗ Клиническая больница №83 ФМБА России, Москва, Россия.

**Введение.** Посттравматические артериовенозные фистулы голени (ПАФГ) встречается крайне редко. С 1994 по 2004 г. было опубликовано два таких наблюдения. Артериовенозный сброс приводит к нарушению трофики ткани и является показанием к хирургическому лечению. Открытое вмешательство на сосудах голени сопровождается большой операционной травмой. Внутрисосудистые технологии позволяют разобщить артериовенозное соустье малотравматичным методом, с сохранением кровотока по артерии. Цель исследования. Оценить возможность применения эндопротезов для хирургического лечения ПАФГ.

**Материал и методы.** В 2007г. по 2009 г. были оперированы два пациента: женщина 61 года и мужчина 19 лет. Перед операцией наличие артериовенозного сброса в области голени было подтверждено данными дуплексного сканирования. Данная патология у больных проявлялась в виде ухудшения трофики конечности, болевым синдромом, потерей опорной функции. Больные были оперированы в условиях рентгенооперационной. Всем пациентам выполнялась ангиография артерий пораженной конечности. У женщины артериовенозное соустье локализовалось в дистальной трети задней большеберцовой артерии. У мужчины – в средней трети малоберцовой артерии. Артериовенозный сброс был выявлен на 1 секунде, дистальные отделы пораженной артерии антеградно не контрастировались. Пациентке с артериовенозным соустьем в области задней большеберцовой артерии был имплантирован эндопротез «JOSTENT» 28x4 – 9 мм, больному с