

дания доступа для диализа может быть имплантация катетера через НПВ транслюмбально. Эта процедура является технически сложной, сопровождается высоким риском осложнений из-за нестабильности систем гемостаза и изменений в анатомии вен в результате многочисленных предшествующих тромбозов. Однако она существенно не изменяет качество жизни таких пациентов.

Цель: Оценить возможность установки транслюмбальным доступом под контролем рентгена катетеров длительного стояния для проведения гемодиализа у больных терминальной почечной недостаточностью.

Материал и методы: В нашей клинике 4 пациента получают лечение программным гемодиализом через катетеры, установленные транслюмбально. В результате многократных тромбозов в бассейне ВПВ и подвздошных вен у этих больных в течение 5-12 лет стало невозможным использование в качестве сосудистого доступа артериовенозных фистул и катетеров длительного стояния, установленных через подключичные, яремные и бедренные вены. Попытки реканализации окклюзий были также безрезультатны. Всем пациентам были имплантированы катетеры фирмы Medcomp (USA) по следующей методике. Под местной анестезией под контролем рентгена была выполнена транслюмбальная пункционная установка разрывного интродьюсера в НПВ на уровне L I-II, через который устанавливали двухпросветный катетер, предварительно проведенный по каналу в подкожно-жировой клетчатке с передней брюшной стенки. «Венозный» конец катетера располагался в полости правого предсердия на 2-3 см. Кожные раны ушивались. Со следующего дня после операции пациенты получали лечение диализом через полученный доступ.

Результаты: Установка катетеров через транслюмбальный доступ была успешна во всех случаях. В 2 случаях по данным контрольного УЗИ на следующие сутки после имплантации были выявлены гематомы забрюшинного пространства объемом 150-200 мл, не требующих лечебных мероприятий. Других осложнений не зарегистрировано. Катетеры функционируют по настоящее время уже более 8-11 месяцев и обеспечивают достаточный кровоток для проведения гемодиализа. В одном случае через 3 месяца после установки при появлении признаков дисфункции ангиографически был выявлен тромб на «венозном» конце катетера. На фоне терапии клексаном в течение 2 недель восстановлено адекватное функционирование катетера.

Заключение: Установка транслюмбальным доступом под контролем рентгена двухпросветных катетеров длительного стояния позволяет обеспечить пациентов на программном гемодиализе постоянным сосудистым доступом с сохранением качества жизни.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Чернышев С.Д., Шерстобитов В.Е., Алферов С.Ю., Орлов О.Г. Идов Э.М.

Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия

После ортотопической трансплантации печени одним из осложнений является тромбоз печеночной артерии донора. Данное осложнение может привести к некрозу печени или к ишемическим расстройствам стенок желчных протоков. Лечение данного осложнения возможно при хирургической реконструкции анастомоза или эндоваскулярным методом.

Материал и методы: в ГУЗ «СОКБ №1» проведена 21 ортотопическая трансплантация печени. В раннем послеоперационном периоде у 3-х пациентов (двое мужчин, одна женщина) выявлен тромбоз печеночной артерии. Данное осложнение у двух пациентов выявлено в течение первых суток, у одного пациента через 5 дней после трансплантации. Диагноз поставлен по данным УЗИ и КТ. Больные взяты в рентгеноперационную, где при брюшной аортографии диагноз был подтвержден. Окклюзия печеночной артерии располагалась в месте анастомоза печеночной артерии донора и реципиента. Больные получили однократно ударную дозу клопидогреля (Плавикс 300мг).

Катетеризирован чревной ствол проводниковым катетером JR 4. Через окклюзию проведен гидрофильный проводник 0,035 дюйма (Radiofocus Terumo). Затем проводник заменен на гидрофильный коронарный проводник (Rinato, Asahi). В месте окклюзии проведена ангиопластика баллоном 3,5x20мм и частично восстановлен кровоток по артериям печени. Остаточный стеноз до 40-50% диаметра. Решено имплантировать стент.

У двух больных имплантировано по 1 стенту Xience V 4,0x18 мм и 3,5x18 мм, у одного больного имплантировано два стента. Дистально стент Xience V 4,0x18 мм и проксимально с перекрытием стент Palmaz 6,0x18 мм. При контрольной ангиографии – кровоток восстановлен в всех случаях TIMI 3.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. При УЗИ, КТ контроле стенты, установленные в печеночную артерию, проходимы, без признаков тромбоза, контрастируются долевые, сегментарные и субсегментарные ветви. Больные выписаны домой с рекомендацией дополнить стандартную медикаментозную терапию Плавиксом до 6 месяцев. При контрольной КТ через 3 и 6 месяцев кровоток в артериях печени сохранен.

Заключение: Эндоваскулярное вмешательство на окклюзированной печеночной артерии после ортотопической пересадки печени позволило восстановить адекватный кровоток и позволило избежать повторной операции для реконструкции печеночной артерии донора.