

После ЧКВ бедренные гематомы развились у 2,6% больных. В 0,62% случаях были зарегистрированы выраженные бедренные кровотечения. При этом ретроперитонеальные кровотечения имели место всего лишь у 0,34% больных.

Предикторами кровотечения из бедренной артерии были следующие факторы: возраст пациентов старше 65 лет (отношение шансов (ОШ)=2,57 при 95% доверительном интервале (ДИ) от 1,94 до 4,08; $p < 0,05$), женский пол (ОШ=1,51 при 95% ДИ от 1,25 до 2,12; $p < 0,05$), использование ингибиторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов (ОШ=1,35 при 95% ДИ от 1,21 до 1,89; $p < 0,05$). В тоже время у больных с заболеваниями периферических артерий отмечалась тенденция к более низкому риску кровотечений из бедренной артерии (ОШ=0,75 при 95% ДИ от 0,61 до 0,96; $p < 0,05$).

Заключение: Таким образом, предикторами выраженных кровотечений из бедренной артерии при ЧКВ являются возраст больных старше 65 лет, использование ингибиторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов и женский пол. Наличие же заболеваний периферических артерий минимизирует риск кровотечений при использовании доступа через бедренную артерию.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Харченко В.П., Момджян Б.К., Кан Г.В., Макаров В.Н., Бобров А.А.
ФГУ РНЦРР г. Москва, ЗАО "Фирма Техносвет", Москва, Россия

Введение: Одним из современных интервенционных методов лечения первичных и метастатических поражений печени является методика совмещения селективной катетеризации собственно печеночной артерии с продолжительной инфузией химиопрепарата и химиоэмболизацией с радиочастотной абляцией у онкологических пациентов. Первый метод позволяет увеличить концентрацию химиопрепарата при воздействии его на опухоль с последующей ишемизацией зоны поражения, а второй осуществляет термическое деструктивное воздействие на опухоль.

Материал и методы: Интервенционные вмешательства проводились на ангиографической установке - Ангиоскоп "Polidoros 80" с приставкой "Ангиотрон" фирмы Сименс. Радиочастотная абляция – универсальным комплексом для разрушения раковых опухолей "МЕТАТОМ-2" (Россия).

Выбор тактики лечения метастазов в печень зависит от данных ультразвукового сканирования, КТ и результатов диагностической пункции. В зависимости от количества новообразований, их размеров и расположения по сегментам планируется последующее лечение.

При единичных опухолях с малыми размерами от 1,5 до 3,5 см в диаметре использовалось монополярное термическое воздействие. При новообразованиях размерами более 3,5 см в диаметре использовалось биполярное термическое воздействие, что позволяло увеличить объем зоны воздействия на опухоль. Исключение составляли пациенты, у которых новообразования располагались в области прохождения крупных сосудов.

При множественном поражении органа термическому воздействию подвергались лишь крупные очаги, а в дальнейшем проводилась внутриартериальная инфузия химиопрепаратом с дальнейшей химиоэмболизацией.

Результаты: За период 2005-2008 гг. в РНЦРР 49 больным с первичными и метастатическими изменениями в печени проведено комплексное лечение, включающее радиочастотную абляцию и последующую внутриартериальную инфузию в течение 1-4-х дней с химиоэмболизацией печеночных артерий Липиодолом Ультра-флюид и химиопрепаратом.

Каждый больной прошел от 1 до 3-х курсов терапии с интервалами в 3-4 недели. Положительная динамика зарегистрирована у 38 (77,6%) больных. Полная регрессия опухоли у 12 (24,5%), частичная у 26 (53%). 11 (22,5%) пациентов не показали ожидаемого эффекта в связи с прогрессированием основного заболевания.

У всех пациентов регистрировался постэмболизационный синдром, купирующийся анальгетиками.

Выводы: Сочетание двух отмеченных методик: химиоэмболизации и радиочастотной абляции новообразований печени позволяет увеличить продолжительность и качество жизни описанного контингента больных.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСЛЮМБАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ УСТАНОВКИ КАТЕТЕРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО СТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чернышев С.Д., Киселев Н.С., Злоказов В.Б., Идов Э.М.

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

Пациенты с терминальной хронической почечной недостаточностью нуждаются в сосудистом доступе с адекватным кровотоком для проведения гемодиализа. Современные возможности программного гемодиализа позволяют продлить жизнь таким больным более чем на 10 лет. Нередко за это время исчерпываются возможности использования таких сосудистых доступов как артериовенозные фистулы и катетеры длительного стояния, установленные в центральные вены. В такой ситуации одним из методов соз-