

введении контраста выявлен точечный дефект стенки селезеночной артерии, через который поступает кровь в аневризму 40х38 мм. Диаметр селезеночной артерии 4 мм. Установлен проводник в дистальный отдел артерии. К месту дефекта подведен стент-графт 19 мм длиной, смонтированный на баллоне 4х30 мм, раскрыт под давлением 14 атм. При контрольной ангиографии поступления контраста в полость аневризмы нет. В послеоперационном периоде болей в подреберье нет. При контрольной компьютерной томографии выявлено, что стентированный участок селезеночной артерии проходим, аневризма тромбирована. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Выводы: Эндоваскулярные методы лечения аневризм селезеночной артерии являются эффективными и безопасными методами лечения ложных аневризм селезеночной артерии.

НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

С.Д. Чернышев, В.Е. Шерстобитов,
Л.В. Кардапольцев, Н.С. Киселев, Б.В. Фадин,
Э.М. Идов (.Екатеринбург)

Цель исследования: Оценить ближайшие, отдаленные результаты стентирования почечных артерий (ПА) у больных с ВРГ при атеросклеротическом поражении.

Материал и методы: В период 1999-2007г. выполнена операция стентирования почечных артерий у 284 больных. Установлено 312 стентов.

Возраст больных 39-82 г, мужчин – 210, женщин – 74. Поражение одной ПА наблюдалось в 74%, двух артерий – 22%, более двух артерий – 4%.

Диаметр стентированной почечной артерии: 6 мм – 90% случаев, 7 мм – 0,5%, менее 6 мм – 9,5%. (как правило несколько добавочных почечных артерий).

В 95% случаев поражение локализовалось в устье и проксимальном сегменте ствола, в 4% – в среднем сегменте ствола, в 1% – в воротах почки.

Систолическое артериальное давление у больных колебалось от 160-240 мм рт.ст. Степень поражения артерии в среднем до 76%.

Результаты: Успех процедуры достигнут в 96% случаев. Оптимальный ангиографический результат был у 275 пациентов, субоптимальный у 9 пациентов. (остаточный стеноз >30%)

В раннем послеоперационном периоде после стентирования АД снизилось с 182±21 мм рт.ст. до 151±12 мм рт.ст. у 88% пациентов. Операция не повлияла на уровень АД у 12 % пациентов. У 54% пациентов артериальное давление стабилизировалось на фоне поддерживающей медикаментозной терапии.

Отдаленные результаты стентирования ПА (ангиография, спиральная КТ) прослежены у 62 пациентов. Рестеноз в стенте более 50% выявлен у 15 пациентов.

Повторно выполнено 11 вмешательств: в 3 случаях стентирование, в 8 – ангиопластика в стенте. В 4 случаях пациенты отказались от дальнейшего лечения.

Осложнения: У 11 пациентов (3.9%).

1. Пульсирующая гематома места доступа – 4 пациента. **2.** Перфорация ПА – 4 пациента (в 2-х случаях разрыв ствола ПА, в 1 случае – сегментарной ПА, в 1 случае – бифуркации сегментарных ветвей). В 2-х случаях произведено стентирование поврежденной почечной артерии графт – стентом, в 2-х случаях (в первые годы освоения) операция, произведенная сосудистыми хирургами, почка сохранена. **3.** В 1 случае – перфорация капсулы почки проводником(0.014)! с последующей тотальной субкапсулярной гематомой с последующим удалением почки. **4.** В 2-х случаях – дислокация стента с баллона – в обоих случаях – низведение стента до места пункции – извлечение оперативным путем.

Выводы:

1. Изучение ближайших, отдаленных результатов стентирования ПА свидетельствуют об эффективности данного метода лечения у больных с вазоренальной гипертензией.
2. Дальнейшее изучение осложнений процедуры позволит выполнить ее более безопасно для пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОРАСКРЫВАЮЩЕГОСЯ СТЕНТ-ГРАФТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКЛЮЧНОЙ АРТЕРИИ

С.Д. Чернышев, Б.В. Фадин, Л.В. Кардапольцев,
Э.М. Идов (Екатеринбург)

Ошибочная пункционная установка венозного подключичного катетера большого диаметра (10-12 F) в подключичную артерию чревата серьезным кровотечением при его удалении. Хирургическое вмешательство в данном случае травматично и опасно в связи с возможным нарушением функции верхней конечности.

Альтернативой сосудистой операции является эндоваскулярное вмешательство – установка самораскрывающегося стент-графта в подключичную артерию в момент удаления катетера. Мы имеем опыт проведения данной процедуры у трех пациентов. Доступ во всех случаях через плечевую артерию, выделенную хирургическим путем.

Случай №1. Больная Б. 51 года с диагнозом: миеломная болезнь. Для проведения интенсивной химиотерапии были выставлены показания к установке 2-х просветного катетера в подклю-

чичную вену. Катетер был ошибочно установлен в правую подключичную артерию. Решено в момент удаления катетера из подключичной артерии установить в артерии самораскрывающийся стент-графт. Через плечевую артерию в подключичную артерию подведен стент-графт (фирма Bard) 7-40 мм. (Диаметр артерии 5,3 мм). Стент раскрыт, катетер удален. При ангиографии выявлено, что стент не плотно прилежит к стенке артерии, появилось кровотечение из раны. Подведен второй стент 8-40 мм, раскрыт с частичным перекрытием ранее установленного стента, проведена дополнительно баллонная ангиопластика проксимального конца стента баллоном 8-40 мм. При контрастировании стент полностью прилежит к стенкам артерии, кровотечение остановилось. В послеоперационном периоде нарушений функции верхней конечности не отмечалось.

Случай №2. Больная П. 65 лет с диагнозом: хронический гломерулонефрит. Терминальная ХПН. Для проведения программного гемодиализа был установлен двухпросветный катетер. Выяснилось, что последний по ошибке установлен в правую подключичную артерию. Диаметр артерии до 6,2 мм. Через плечевую артерию подведен стент-графт 9-40 мм (Bard) раскрыт, катетер удален. Наружного кровотечения нет. В послеоперационном периоде функция конечности не нарушена.

Случай №3. Больная П., 14 лет, для проведения гемодиализа ошибочно установлен двухпросветный катетер 12F в правую подключичную артерию. Через плечевую артерию подведен стент-графт 8-60 мм (Bard) раскрыт, катетер удален. Наружного кровотечения нет. В послеоперационном периоде функция конечности не нарушена. К сожалению, больная погибла от прогрессирования полиорганной недостаточности. На вскрытии: дефект подключичной артерии полностью закрыт стент-графтом, признаков кровотечения нет.

Во всех случаях ушиты раны плечевой артерии после удаления интродьюссера доступа 10фр.

Выводы:

1. Установка самораскрывающегося стент-графта в подключичную артерию, после удаления из последней ошибочно установленного катетера, является альтернативой хирургическому вмешательству.
2. Правильно выбранный диаметр и длина стента позволяет восстановить целостность артерии и избежать нарушения функции верхней конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ КРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИКМП, ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА

В.В. Честухин, Е.Н. Остроумов, И.Г. Рядовой,
А.А. Покатилов, М.В. Пархоменко, А.Б. Миронков
(Москва).

Цель исследования: оценить результаты коронарной ангиопластики у больных ишемической болезнью сердца, являющихся потенциальными кандидатами на трансплантацию сердца и определить информативную ценность различных показателей структуры и функции ЛЖ в оценке эффективности реваскуляризации у данной категории больных.

Методы: для оценки изменений функции миокарда после коронарной ангиопластики использовали однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с ^{99m}Tc -тетрофосмином, синхронизированную с ЭКГ (Gated SPECT). Для оценки изменений гемодинамики использовалось зондирование полостей сердца.

Исследование включало 37 больных ИКМП поступивших для решения вопроса о трансплантации сердца. С целью улучшения функционального состояния миокарда и обеспечения «моста» к трансплантации сердца всем больным была выполнена эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в максимально возможном объеме.

Результаты: Госпитальная летальность составила 2,7%. Трехлетняя выживаемость пациентов после ангиопластики составила 63% vs 19% при медикаментозном лечении.

После ангиопластики практически у всех больных уменьшилась одышка; недостаточность кровообращения снизились не менее чем на 1 функциональный класс по классификации NYHA.

После реваскуляризации отмечено снижение конечно-диастолического давления (КДД) в ЛЖ ($35,7 \pm 9,3$ vs $23,5 \pm 9,9$) и давления в легочной артерии (ДЛА) ($43,8 \pm 12,6$ vs $30,7 \pm 7,6$ $p < 0,01$). Также определены достоверные изменения скоростных характеристик наполнения ЛЖ и изгнания из него крови после реваскуляризации (PER – максимальная скорость изгнания 378 ± 98 vs 290 ± 79 $p = 0,004$, PFR – максимальная скорость наполнения 380 ± 104 vs 290 ± 123 $p = 0,02$; PFR2 – скорость наполнения за вторую половину диастолы 36 ± 25 vs 80 ± 69 $p = 0,03$).

Поскольку все эти показатели отражают эластические свойства миокарда, можно говорить о снижении его жесткости после реваскуляризации, что также объясняет снижение КДД в ЛЖ, ДЛА и уменьшение одышки.

При этом динамики основных структурных и функциональных показателей ЛЖ (фракция изгнания, размеры полости), после ангиопластики выявлено не было. Сравнение результатов Gated SPECT до и после ангиопластики также не выявило значимого увеличения массы функционирующего миокарда.

При регрессионном анализе связей динамики скоростных показателей (PER, PFR, PFR2) в результате ангиопластики и исходными показателями структуры и функции ЛЖ определенных при помощи Gated SPECT, выявлено, что наиболее достоверным предиктором отсутствия данной динамики ($p < 0,01$) являлось исходное количество необратимо пораженного миокарда.