

ной полости, подтверждены ангиографическим исследованием и спиральной компьютерной томографией (КТ). Типы аневризм: у 10 больных – 2 типа, у 4 больных – 3 типа по Покровскому А.В.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия 2-3 ф.к. – 7 больных, аритмогенный вариант ИБС – 2 больных, АГ 2-3 ст. у 11 больных, ожирение 3-4 ст. – 1 больной.

Подбор эндоваскулярных протезов проводился по данным спиральной КТ. Установлено 11 стент-графтов EXCLUDER (W.L. Gore), 1 стент-графт TALENT (Medtronic).

Анестезия – спинномозговая. Во всех случаях доставка эндопротезов осуществлялась через бедренные артерии после их выделения.

У больных с 2 типом аневризм имплантированы основная (ипсилатеральная) и контралатеральная ножки протезов.

Особенностью процедуры у больных с 3 типом аневризмы являлась эмболизация внутренней подвздошной артерии с одной стороны. В одном случае введено 2 спирали, в двух случаях 3 спирали. Этим больным проведена имплантация добавочных подвздошных эндопротезов (экстендеров) с перекрытием устья этой же внутренней подвздошной артерии. В одном случае катетеризировать и эмболизировать внутреннюю подвздошную артерию не удалось.

Перипротезное подтекание крови при контрольной аортографии в конце процедуры выявлено у 4 больных. При проксимальном подтекании были имплантированы 2 добавочных аортальных протеза, при дистальном подтекании проведена дополнительная ангиопластика дистального конца протеза с хорошим непосредственным результатом в обоих случаях. В одном случае поступление контрастированной крови в полость аневризмы осуществлялось по поясничным артериям. По данным КТ, проведенной через неделю после операции, поступления крови в полость аневризмы нет, последняя тромбирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Места доступа зажили первичным натяжением. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем через 6 суток после операции. Отдаленные результаты прослежены от 1 месяца до 1,5 лет. При КТ контроле – аневризмы выключены из кровообращения, перипротезного подтекания нет.

Выводы:

1. Операция эндоваскулярного протезирования аневризмы инфраренального отдела аорты является эффективным и безопасным методом лечения, имеющим особенности технического выполнения при различных типах аневризм.
2. Данный метод позволяет с наименьшими осложнениями осуществить выключение аневризмы из кровотока, особенно у больных высокого риска.

ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ МЕТОДАМИ

С.Д. Чернышев, Л.В. Кардапольцев,
В.Е. Шерстобитов, А.Н. Фоминых (Екатеринбург)

В литературе описано около 1800 наблюдений аневризм селезеночной артерии. В большинстве случаев данное заболевание протекает бессимптомно и дает о себе знать при разрыве аневризмы. Разрывы селезеночной артерии встречаются у 9,6% больных.

Цель: демонстрация успешного эндоваскулярного лечения ложных аневризм селезеночной артерии.

Материалы и методы: В 2007 году проведены две эндоваскулярные операции по поводу аневризм селезеночной артерии. В одном случае проведена проксимальная эмболизация артерии, во втором случае установлен баллон-расширяемый стент-графт.

Больная Р., 61 года в течение последних лет страдает хроническим панкреатитом. При плановом ультразвуковом исследовании обнаружена ложная аневризма селезеночной артерии. При поступлении диагноз подтвержден данными компьютерной томографии. 26.04.2007 года проведена ангиография брюшного отдела аорты, при которой подтверждено наличие аневризмы. Селезеночная артерия резко извита, диаметром до 7 мм. Стенка сосуда имеет дефект на протяжении более 20 мм, через который артерия сообщается с аневризмой размером 50х48 мм. Решено провести проксимальную эмболизацию артерии спиралями Gianturko. Доступ через бедренную артерию. Селективно катетеризована селезеночная артерия до уровня средней трети. Введены 2 спирали Gianturko 10х8 и 15х8, которые с током крови мигрировали в полость аневризмы. Катетер установлен более проксимально, проведена эмболизация сосуда двумя спиралями 10х15 и одной 10х8. Кровоток по артерии прекращен. В послеоперационном периоде пациентка жалоб не предъявляла. При контрольной компьютерной томографии, выполненной через сутки, выявлено, что артерия окклюзирована, аневризма тромбирована. Селезенка без признаков ишемического повреждения, так как ее кровоснабжение осуществляется по желудочно-сальниковой артерии. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой.

Больной Г., 52 лет, имеющий панкреонекроз в анамнезе, поступил с жалобами на боли в левом подреберье. При ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии выявлены ложная аневризма селезеночной артерии, киста поджелудочной железы. 16.08.2007 года решено провести стентирование селезеночной артерии стент-графтом. Доступ через плечевую артерию. Селективно катетеризован чревный ствол. При

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 ПОДКЛЮЧИЧНОЙ 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-