

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-