

остановки легочного кровотечения (ЛК), вызванного данной патологией.

Материал и методы. Представлен опыт эндоваскулярного лечения легочного кровотечения на фоне злокачественного поражения лёгких у 70 пациентов (52 мужчин и 18 женщин) в период с сентября 1994 года по февраль 2007 года. Средний возраст составил 55 лет. Правостороннее поражение установили у 50 пациентов, левостороннее у 17. Двусторонний процесс диагностирован у 3 больных. Градация тяжести ЛК осуществлялась согласно классификации разработанной Е.Г. Григорьевым. Наиболее часто диагностировались ЛК 1а и 1б, реже 1в и 2а степени. Кровотечения 2б и 3 степени не встречались. Эндоваскулярному вмешательству во всех наблюдениях предшествовала диагностическая бронхоскопия, целью которой являлось выявление локализации гемофтиза, с последующей изоляцией зоны кровотечения полиуретановым обтуратором. В рентгенооперационной, после бронхиальной артериографии (БАГ), всем пациентам выполнялась окончательная остановка ЛК, посредством рентгеноэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий (ЭОБА), имеющих в своём русле специфические признаки злокачественного поражения или же прямые признаки продолжающегося кровотечения. В качестве эмболизата использовались полиуретановые эмболы различного размера. В 5 наблюдениях проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия патологически изменённых сегментарных ветвей легочной артерии спиралями Гиантурко. Обтураторы из бронхиального дерева удалялись на 3-4 сутки. У 3-х пациентов, подвергшихся БАГ и ЭОБА, через трое суток наблюдался рецидив ЛК после удаления бронхообтураторов. Один из них умер от асфиксического ЛК в момент удаления бронхообтуратора. Два пациента оперированы в торакальной операционной в ближайший период.

Выводы. Бронхиальная артериография позволяет установить или подтвердить рак лёгкого. Эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий при ЛК на фоне рака лёгкого позволяет провести эффективный гемостаз и выиграть время для стабилизации пациента с целью планового оперативного лечения.

МНОГОСОСУДИСТАЯ АНГИОПЛАСТИКА И КРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Е.В. Меркулов, А.Н. Самко, А.А. Ширяев,
И.В. Левицкий, А.В. Созыкин (Москва)

Транслюминальная коронарная ангиопластика и коронарное шунтирование являются альтернативными методами реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца.

Целью данного исследования является сравнение клинической эффективности и отдаленных результатов ангиопластики и коронарного шунтирования у больных ИБС с многососудистыми поражениями коронарных артерий.

Материалы и методы. В открытом нерандомизированном ретроспективном исследовании обследованы 543 больных с поражением двух и более коронарных сосудов, в возрасте от 40 до 74 (55 ± 9) лет, у которых в период с 1998 по 2007 гг. была успешно проведена транслюминальная коронарная ангиопластика или коронарное шунтирование. ТКА была выполнена 279 пациентам, КШ-264 пациентам. Клиническими факторами, по которым оценивалась непосредственная эффективность лечения и отдаленные его результаты являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, повторная реваскуляризация миокарда (ангиопластика или коронарное шунтирование), изменение толерантности к физической нагрузке (данные нагрузочных тестов), инфаркт миокарда, смерть.

Результаты. Средний срок наблюдения составил $6,1\pm 0,8$ года. Продолжительность пребывания в стационаре составила 14 ± 8 дней у больных, которым выполнена ТКА и 24 ± 10 дней у больных с КШ. В госпитальном периоде зарегистрирован 1 случай смерти в группе КШ; в группе ТКА смертельных исходов не было. Сохранение симптомов стенокардии чаще зафиксировано в группе ТКА (13%), чем в группе КШ (9%); проведение повторной реваскуляризации потребовалась в 3,2% после ТКА и в 0,7% после КШ. Большой прирост толерантности к физической нагрузке наблюдался у пациентов после ТКА (81 ± 22 Вт) по сравнению с пациентами группы КШ (65 ± 18 Вт). Инфаркт миокарда развился у 9 пациентов (3,2%) в группе ТКА (у 3-х с зубцом Q) и у 3 пациентов (1,1%) в группе КШ (у 1-го с зубцом Q) (н/д). Суммарные госпитальные осложнения были достоверно большими в группе ТКА (16 и 11% соответственно). Через 6 месяцев наблюдения суммарные осложнения ТКА и КШ составили 41 и 24% соответственно ($p<0,05$). По истечении срока наблюдения (6,1 года) выживаемость и отсутствие выраженных сердечных осложнений составили 44% в группе ТКА и 56% в группе КШ (н/д). Функциональный класс стенокардии после вмешательства достоверно снижался уже через 3 месяца по сравнению с показателями до операции. Эта динамика наблюдалась в течение всего срока наблюдения, достигая минимальных значений в группе ТКА через 6 мес., а в группе КШ-через 1 год, и составляя недостоверную разницу к концу срока наблюдения.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что при использовании современных технологий вмешательства непосредственные и отдаленные результаты коронарной ангиопластики у больных ИБС с многососудистыми поражениями коронарных артерий сопоставимы с результатами коронарного шунтирования.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А.Г. Мизин, П.И. Павлов, В.И. Козлов,
А.Н. Серенко (Ханты-Мансийск)

Цель исследования: сообщить результаты эндоваскулярного лечения аневризм висцеральных артерий в ОКБ г. Ханты-Мансийска.

Материал и методы. За шестилетний период (2002 – 2007г.г.) функционирования отделения РХМДиЛ в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска в клинику поступило 4 пациента с аневризмами селезеночной артерии и 1 пациент с аневризмой верхней брыжеечной артерии. Всем пациентам выполнено эндоваскулярное лечение.

Результаты. 4 пациента имели различные симптомы: боли в животе, тошнота, рвота, кровотечения. У 3 пациентов развитие аневризм возможно было связать с перенесенным панкреатитом или панкреонекрозом. В 2 случаях этиология аневризм неясна. Диагноз установлен с помощью КТ с контрастным усилением, и ангиографии. В 3 случаях для уточнения анатомии аневризмы использовалась ангиография с трехмерной реконструкцией. Всего выявлено 6 аневризм размерами от 8 до 67мм. Во всех случаях хирурги предлагали первым этапом эндоваскулярное лечение. У 3 пациентов с аневризмами селезеночной артерии при неэффективности первого этапа хирурги не планировали сосудистой реконструкции, а только спленэктомию с частичной резекцией поджелудочной железы. У 2 пациентов аневризмы селезеночной артерии и у 1 пациента аневризма верхней брыжеечной артерии выключены из кровотока имплантацией саморасширяющихся или баллонрасширяемых стент-графтов. У 2 пациентов аневризмы селезеночных артерий тромбированы проксимальной эмболизацией спиралями через просвет микрокатетера, что привело к развитию инфарктов селезенки. Вмешательства выполнены бедренным доступом у 4 пациентов и плечевым доступом у 1 пациента с аневризмой верхней брыжеечной артерии. Для подтверждения тромбоза аневризм в послеоперационном периоде выполняли КТ с контрастным усилением, доплерографию. У всех пациентов дополнительного хирургического лечения аневризм не потребовалось. У 2 пациентов с инфарктами селезенки проводилась дополнительная консервативная терапия с хорошим эффектом.

Выводы. Эндопротезирование и эмболизация – эффективные методы лечения аневризм висцеральных артерий. В нашей клинике эндоваскулярное лечение использовалось в 100% случаях. У всех пациентов с аневризмами селезеночной артерии удалось сохранить селезенку.

РЕЗУЛЬТАТЫ ШЕСТИЛЕТНЕГО ОПЫТА ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Г. Мизин, П.И. Павлов, В.И. Козлов,
А.Н. Серенко (Ханты-Мансийск)

Цель исследования: проанализировать результаты ангиопластик у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей за весь период работы рентгенохирургической службы ОКБ г. Ханты-Мансийска.

Материал и методы. За шестилетний период (2002 – 2007г.г.) функционирования отделения РХМДиЛ в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска выполнено 207 операций у 159 пациентов с облитерирующим атеросклерозом на артериях 210 нижних конечностей с ишемией от IIб стадии до критической ишемии, что составило 61,4% всех ангиопластик на периферических артериях. Выполнены вмешательства на 275 артериях: 139 подвздошных (23% окклюзированных), 93 поверхностных бедренных (64,5% окклюзированных), 4 аорты в инфраренальном отделе (75% окклюзированных), 35 прочих артерий (подколенные, артерии голени, общие и глубокие бедренные, шунты).

Результаты. При подвздошных ангиопластиках ангиографический успех достигнут в 91,4%. Частота стентирования составила 91,4%. Реканализация окклюзий подвздошных артерий достигнута в 93,8%. Применяемые доступы: контралатеральный – 33,8%, ретроградный – 42,4%, обе бедренные артерии – 15,1%, артерии в/к – 8,6%. Ангиографический успех ангиопластик поверхностных бедренных артерий достигнут в 89,2%. Стентирование использовали в 55,9%. Успех реканализации окклюзированных артерий составил 95%. Контралатеральный и бедренный доступ на стороне поражения применяли в равной степени. По одному разу для ангиопластики поверхностных бедренных артерий использовали подколенный, плечевой и лучевой доступы.

Осложнения: острый и подострый тромбозы – 1,9% от всех операций, ампутированы в раннем послеоперационном периоде 3 конечности (1,4% всех оперированных конечностей), осложнения в месте доступа, потребовавшие хирургической коррекции в двух случаях – 0,97%.

Всем пациентам перед реваскуляризацией выполняется ангиография. В течение последнего года по возможности диагностический этап сразу переходит в лечебный. Количество осложнений не увеличилось, преимущества очевидны. Ни тяжесть ишемии, ни протяженность поражения, ни состояние дистального русла не являются самостоятельными барьерами при определении показаний. При невоз-