

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 внутриаrтериальная 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 внутриаrтериальную 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-

дания доступа для диализа может быть имплантация катетера через НПВ транслюмбально. Эта процедура является технически сложной, сопровождается высоким риском осложнений из-за нестабильности систем гемостаза и изменений в анатомии вен в результате многочисленных предшествующих тромбозов. Однако она существенно не изменяет качество жизни таких пациентов.

Цель: Оценить возможность установки транслюмбальным доступом под контролем рентгена катетеров длительного стояния для проведения гемодиализа у больных терминальной почечной недостаточностью.

Материал и методы: В нашей клинике 4 пациента получают лечение программным гемодиализом через катетеры, установленные транслюмбально. В результате многократных тромбозов в бассейне ВПВ и подвздошных вен у этих больных в течение 5-12 лет стало невозможным использование в качестве сосудистого доступа артериовенозных фистул и катетеров длительного стояния, установленных через подключичные, яремные и бедренные вены. Попытки реканализации окклюзий были также безрезультатны. Всем пациентам были имплантированы катетеры фирмы Medcomp (USA) по следующей методике. Под местной анестезией под контролем рентгена была выполнена транслюмбальная пункционная установка разрывного интродьюсера в НПВ на уровне L I-II, через который устанавливали двухпросветный катетер, предварительно проведенный по каналу в подкожно-жировой клетчатке с передней брюшной стенки. «Венозный» конец катетера располагался в полости правого предсердия на 2-3 см. Кожные раны ушивались. Со следующего дня после операции пациенты получали лечение диализом через полученный доступ.

Результаты: Установка катетеров через транслюмбальный доступ была успешна во всех случаях. В 2 случаях по данным контрольного УЗИ на следующие сутки после имплантации были выявлены гематомы забрюшинного пространства объемом 150-200 мл, не требующих лечебных мероприятий. Других осложнений не зарегистрировано. Катетеры функционируют по настоящее время уже более 8-11 месяцев и обеспечивают достаточный кровоток для проведения гемодиализа. В одном случае через 3 месяца после установки при появлении признаков дисфункции ангиографически был выявлен тромб на «венозном» конце катетера. На фоне терапии клексаном в течение 2 недель восстановлено адекватное функционирование катетера.

Заключение: Установка транслюмбальным доступом под контролем рентгена двухпросветных катетеров длительного стояния позволяет обеспечить пациентов на программном гемодиализе постоянным сосудистым доступом с сохранением качества жизни.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Чернышев С.Д., Шерстобитов В.Е., Алферов С.Ю., Орлов О.Г. Идов Э.М.

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

После ортотопической трансплантации печени одним из осложнений является тромбоз печеночной артерии донора. Данное осложнение может привести к некрозу печени или к ишемическим расстройствам стенок желчных протоков. Лечение данного осложнения возможно при хирургической реконструкции анастомоза или эндоваскулярным методом.

Материал и методы: в ГУЗ «СОКБ №1» проведена 21 ортотопическая трансплантация печени. В раннем послеоперационном периоде у 3-х пациентов (двое мужчин, одна женщина) выявлен тромбоз печеночной артерии. Данное осложнение у двух пациентов выявлено в течение первых суток, у одного пациента через 5 дней после трансплантации. Диагноз поставлен по данным УЗИ и КТ. Больные взяты в рентгенооперационную, где при брюшной аортографии диагноз был подтвержден. Окклюзия печеночной артерии располагалась в месте анастомоза печеночной артерии донора и реципиента. Больные получили однократно ударную дозу клопидогреля (Плавикс 300мг).

Катетеризирован чревный ствол проводниковым катетером JR 4. Через окклюзию проведен гидрофильный проводник 0,035 дюйма (Radiofocus Terumo). Затем проводник заменен на гидрофильный коронарный проводник (Rinato, Asahi). В месте окклюзии проведена ангиопластика баллоном 3,5x20мм и частично восстановлен кровоток по артериям печени. Остаточный стеноз до 40-50% диаметра. Решено имплантировать стент.

У двух больных имплантировано по 1 стенту Xience V 4,0x18 мм и 3,5x18 мм, у одного больного имплантировано два стента. Дистально стент Xience V 4,0x18 мм и проксимально с перекрытием стент Palmaz 6,0x18 мм. При контрольной ангиографии – кровоток восстановлен в всех случаях TIMI 3.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. При УЗИ, КТ контроле стенты, установленные в печеночную артерию, проходимы, без признаков тромбоза, контрастируются долевые, сегментарные и субсегментарные ветви. Больные выписаны домой с рекомендацией дополнить стандартную медикаментозную терапию Плавиксом до 6 месяцев. При контрольной КТ через 3 и 6 месяцев кровотоки в артериях печени сохранены.

Заключение: Эндоваскулярное вмешательство на окклюзированной печеночной артерии после ортотопической пересадки печени позволило восстановить адекватный кровоток и позволило избежать повторной операции для реконструкции печеночной артерии донора.