

«Осложнения при интервенционных процедурах»

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

З.А. Кавталадзе, С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов (Москва)

Цель. Анализ случаев осложнений периферической ангиопластики при атеросклеротическом поражении магистральных артерий нижних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты периферической ангиопластики при поражении магистральных артерий нижних конечностей у 810 больных, которым проведено 1034 вмешательства. В анализируемую группу осложнений не входила острая диссекция артерии после баллонной ангиопластики, поскольку она стандартно ликвидировалась с помощью имплантации стентов. Основными осложнениями явились: перфорация артерии — 2 (0,19 %) наблюдения; макроэмболии дистального русла — 5 (0,48 %) наблюдения; тромбоз на месте пункции — 2 (0,19 %) наблюдения, ложная аневризма пункционного отверстия — 5 (0,48 %) наблюдений. В работе не учитывались перфорации артерий при первичной реканализации окклюзий и микроэмболии дистального русла при отсутствии ангиографических признаков и функциональных изменений. При лечении перфорации артерии и дистальной макроэмболии использована катетерная техника, в то же время при тромбозе или возникновении ложной аневризмы на месте пункции использовалось хирургическое пособие.

Заключение. Использование катетерной техники и хирургического пособия в отдельности или в комбинации позволяет успешно лечить жизненно опасные осложнения периферической ангиопластики магистральных артерий нижних конечностей.

ПРИЧИНЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А. Г. Златовратский (Москва)

Цель. Анализ причин развития тотального тромбоза нижней полой вены после имплантации кава-фильтров на госпитальном этапе и в отдаленном периоде с оценкой влияния различных факторов на частоту его развития.

Обследовано 492 пациента с тромботическим поражением системы НПВ тромбозом легочной артерии (ТЭЛА), которым за период 1998-2000 гг. выполнена ИКФ, а также 112 больных, поступивших повторно с предварительным диагнозом тромбоз НПВ. У 86 % пациентов исходно выявлены флотирующие тромбы НПВ (18,4 %), подвздошных (46,8 %) и бедренных (31,4 %) вен. У больных флотирующая верхушка тромба была более 3 см. ТЭЛА выявлена у 154 пациентов, в 48,7 % — массивная. Имплантация КФ «Песочные часы» выполнена 401 (81,3 %) пациенту, «Зонтик» — 84 (17,1 %), РЭПТЭЛА — 3 (0,6 %) и Trar Ease — 4 (0,8 %) пациентам. У 8 (1,8 %) пациентов перед ИКФ была произведена эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из НПВ, у 4 (0,8 %) — перевязка поверхностной бедренной вены.

На госпитальном этапе тромботическая окклюзия НПВ выявлена у 34 (6,9 %) пациентов. Ее причиной у 16 (3,2 %) из них явилась эмболия в КФ. В 2 случаях тромб распространялся выше КФ. У 3 (0,6 %) пациентов отмечен летальный исход. Самая высокая частота тромбоза НПВ в ближайшем периоде после ИКФ наблюдалась у пациентов с локализацией верхушки тромба в бедренных венах или НПВ (соответственно 11,8 % и 10,3 %), с длиной флотирующей части тромба от 3 до 10 см (21,8 %), и с давностью заболевания 8-14 суток (11,9 %). Наличие в анамнезе ТЭЛА также достоверно увеличивало частоту развития окклюзии НПВ в зависимости от тяжести легочной гипертензии (соответственно 9,5, 14,6 и 18,2 % при 1-й, 2-й и 3-й степенях).

В отдаленном периоде у больных, перенесших ТЭЛА и имплантацию двухуровневых моделей КФ, окклюзия НПВ выявлена в 27,2 % случаев, одноуровневых моделей — в 15 %. При наличии у пациентов сопутствующей патологии, приводящей к перегрузке правых и левых отделов сердца, тромбоз НПВ после ИКФ наблюдался значительно чаще и зависел от конструкции кава-фильтра (23,3 % — одноуровневые, 36,4 % — двухуровневые модели КФ).

Таким образом, частота возникновения тромботической ок-

клюзии НПВ после ИКФ зависит от характера тромбоза, его протяженности, распространенности, длины флотации, проходимости дистального русла, тяжести перенесенной легочной эмболии, наличия сопутствующих заболеваний и технической конструкции самого кава-фильтра.