

высоким хирургическим и анестезиологическим риском.

В период с 2007 по 2010 гг. оперирован 21 больной. 19 пациентам произведена операция бифуркационного стентирования инфраренального отдела аорты стент-графтами и 2 пациентам имплантирован линейный стент – графт при ложной аневризме проксимального анастомоза аорто-бифуркационного протеза. Средний возраст больных — 68 (± 6 , 8) лет. Все пациенты мужского пола. Операции выполнялись под эпидуральной анестезией.

Использованы два стент-графта «AORFIX» (Lombard Medical), 9 стент-графтов «Excluder» (Gore), 7 стент-графтов «Talent» – (Medtronic) 1 стент-графт Zenit (COOK) и два линейных стент-графта. В 19 случаях имплантации стентов выполнялась двусторонняя поперечная артериотомия бедренных артерий, в 2 случаях – односторонняя поперечная артериотомия и контрлатеральный пункционный доступ. Для профилактики подтекания I типа у всех больных после имплантации выполнено «осаживание» баллонными катетерами.

Результаты. Непосредственный технический успех был во всех случаях. Подтеканий 2 типа – 2, что не потребовало дальнейших вмешательств. В ближайшем 30-дневном периоде у одного пациента после имплантации стента произошел тромбоз бранши основного ствола, в связи с чем была произведена тромбэктомия. В отдаленном периоде – через 8 месяцев произошла дислокация стента (в дальнейшем пациенту выполнено аортобифеморальное протезирование в плановом порядке). Выживаемость с момента первой имплантации – 100%.

Контрольная компьютерно-томографическая ангиография выполнена в сроки 6 и 12 месяцев 15 пациентам – стенты проходимы, состоятельны, аневризмы выключены из кровотока, подтеканий и дислокаций не отмечено.

Выводы. Эндоваскулярное стентирование аневризм инфраренального отдела аорты – малотравматичный, эффективный метод лечения, имеющий преимущество у пожилых больных с высоким хирургическим и анестезиологическим риском

ПЕРФОРАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧТКА

Иванов В.А., Трунин И.В., Бобков Ю.А., Смирнов В.Л., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий остается одной из главных причин инвалидизации и смертности в мире. За последние три десятилетия достигнут значительный прогресс в

лечении пациентов, как с помощью консервативной терапии, так и открытой хирургии и эндоваскулярных методик. Однако, несмотря на успехи в минимизации риска возникновения осложнений за счет улучшения инструментария и методик реваскуляризации, при вмешательствах на коронарных артериях могут встретиться жизнеугрожающие осложнения, такие как перфорация артерии. Перфорации артерий, или нарушение целостности стенки сосудов, при баллонной ангиопластике встречаются преимущественно при наличии резкого снижения эластичности стенки коронарной артерии (выраженный кальциноз). Перфорации проводником происходят при тяжелых окклюзиях и применении агрессивной тактики реканализации.

За период с 2002 по сентябрь 2010 года в ФГУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России» было отмечено 6 случаев перфорации коронарных артерий. 3 случая перфорации проводниками и 3 — разрывы при выполнении баллонной ангиопластики. В одном случае удалось закрыть перфорацию длительным раздуванием баллона в зоне разрыва, в одном случае была выполнена эмболизация пораженной артерии микроспиральями, в двух случаях – экстренное АКШ, у двух пациентов – стентирование зоны перфорации стент-графтами. Один пациент умер после выполнения АКШ.

Перфорация коронарных артерий — грозное осложнение, однако при правильном и своевременном лечении позволяет надеяться на положительный результат.

В современной операционной рентгенохирургического отделения необходимо иметь все необходимые инструменты и оборудование для успешного лечения подобных осложнений (стент-графты, проточные баллонные катетеры, а также наборы для проведения пункции перикарда, устройства для баллонной контрпульсации и т.д.).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ БИЛОБАРНОМ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Иванов В.А., Белякин С.А., Трунин И.В., Филиппов А.В., Смирнов В.Л., Бобков Ю.А., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Единственным радикальным способом лечения злокачественных заболеваний печени является резекция, однако на момент диагностирования опухолевого поражения хирургическое вмешательство возможно лишь в 15% случаев. Остальным 85% пациентов необходимо пал-