

**РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ
ПРИ ОПУХОЛИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ**

Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Школьник М.И.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург, Россия

Цель – оценить эффективность и безопасность селективной артериальной эмболизации при опухоли единственной почки.

Материалы и методы. С 1999 по 2008 г. эмболизация выполнена у 9 больных в возрасте от 49 до 65 (средний возраст 56) лет. Диагноз опухоли единственной почки был установлен в сроки от 1 до 27 (в среднем 11) лет после контралатеральной нефрэктомии, показаниями к которой были почечно-клеточный рак (n=6), гидронефроз (n=2) и поликистоз почки (n=1).

Максимальные размеры опухоли в оставшейся почке составили от 2 до 9 см (в среднем

5,0±1,7 см). Селективную эмболизацию сосудов, питающих опухоль, выполняли частицами поливинилалкоголя диаметром 0,1 мм, мелко нарезанной гемостатической губкой, 96° этанолом в смеси с липидолом в соотношении 2:1, фрагментами металлических спиралей.

Результаты. Осложнений эмболизации не было. Постэмболизационный период сопровождался непродолжительным подъемом температуры тела до 38°C, а также умеренными болями в области почки. У трех больных наблюдалось незначительное повышение показателей мочевины и креатинина.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Козлов А.В.

*ФГУ «Российский научный центр радиологии
и хирургических технологий»,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель – изучить безопасность применения чрескожного чреспеченочного холангиодренирования (ЧЧХД).

Материалы и методы. За период 1993–2009 г. чрескожное чреспеченочное холангиодренирование и эндобилиарное протезирование выполнили у 211 пациентов с обтурационной желтухой опухолевой этиологии.

Результаты. Тяжелые осложнения, связанные с процедурой ЧЧХД, наблюдались у 22 пациентов (10,4%): желчный перитонит – 12 (5,7%), гемобилия – 7 (3,3%), правосторонний желчный гидроторакс – 2 (1%), правосторонний пневмоторакс – 1 (0,5%). При разлитом желчном перитоните у 6 пациентов потребовалась экстренная операция. При ограниченном желчном затеке выполняли дренирование брюшной полости под УЗК (6 больных).

В трех наблюдениях кровотечение было вызвано повреждением дренажной трубкой печеночных вен. Консервативные мероприятия при этом осложнении были эффективны и включали: удаление холангиодренажа с пломбировкой пункционного канала спиральными эмболами у одного, смену трубки на более широкую у другого, и перевод наружно-внутреннего дренажа в наружный у третьего больного.

Диагностическая ангиография гепатопанкреатобилиарной зоны выполнена в экстренном порядке еще у четырех пациентов. У одного больного с опухолью головки поджелудочной железы

Через 1 мес после эмболизации уменьшение объема опухоли на 25% отмечено у 7 пациентов, в оставшихся двух случаях наблюдалась стабилизация процесса. Повторные ангиографические исследования с доэмболизацией опухоли выполнялись у 7 больных. В настоящее время живы 8 из 9 больных в сроки от 1,5 до 8 лет. Один пациент умер через 7 мес. после процедуры от прогрессирования опухолевого процесса.

Заключение. Селективная артериальная эмболизация является эффективным и безопасным методом лечения больных с неоперабельной опухолью единственной почки.

на ангиограммах источник кровотечения не был выявлен, в последующем произведена лапаротомия с прошиванием панкреатодуоденальных артерий. У другого пациента гемобилия была обусловлена повреждением как сосудов опухоли поджелудочной железы, так и стенки печеночной артерии. Во время лапаротомии источник кровотечения обнаружить не удалось. Выполнение ангиографии позволило локализовать и осуществить селективную эмболизацию обоих источников гемобилии. В двух других случаях с помощью микрокатетерной техники успешно выполнили селективную эмболизацию полости аневризмы миниспиральями. Во всех наблюдениях кровотечение остановилось.

Нетяжелые осложнения в виде дисфункции дренажа вследствие миграции наружу, выпадения, недостаточной декомпрессии билиарных путей наблюдались у 94 пациентов (44,6%). Эти осложнения легко корригировались манипуляциями во время контрольной холангиографии (76 больных). В остальных случаях выполнена повторная процедура дренирования.

Летальность. В первую неделю после ЧЧХД летальный исход был у четырех больных (1,8%). Прямая связь с техникой выполнения ЧЧХД отмечена в одном случае (0,5%). У остальных летальность не была связана с техникой выполнения холангиодренирования, а наступила от мультиорганной недостаточности.

Выводы. ЧЧХД сопровождается высокой частотой серьезных осложнений (10,4%), однако своевременное лечение позволяет избежать летальных исходов. Использование чрескатетерной эмболизации при массивной гемобилии эффективно и безопасно.

Несмотря на большое число нетяжелых осложнений, сопровождающих процедуру (44,6%), они легко корригируются при выполнении холангиографии.