

вмешательства: РТЛТ – в 75 случаях и РТЭ системной Ангиоджет – в 6 наблюдениях. У 19 (23,5%) из них эндоваскулярное вмешательство завершено баллонной дилатацией (ЭБД) и/или стентированием (ЭС) подключичных вен.

Результаты: В зависимости от распространенности тромботического поражения подключичной, подмышечной и плечевой вены, длительности заболевания и выраженности коллатерального кровообращения, РТЛТ сопровождалась полным восстановлением проходимости вен верхних конечностей – у 54,1% пациентов, частичным – у 37,7% больных. В 8,2% случаев регионарная тромболитическая терапия успеха не имела. Недостатком РТЛТ явились достаточно частые осложнения в виде флебитов (13,1%) и локальных гематом (6,6%).

Значительному улучшению результатов РТЛТ при лечении синдрома Педжета-Шреттера способствовало применение эндоваскулярной РТЭ (с использованием катетеров XPD диаметром 6 Fr, длиной 60 см), абсолютная эффективность которой составила 80% и частичная – 20%. Каким-либо осложнений РТЭ отмечено не было, однако эндоваскулярное вмешательство, как правило, сопровождалось кратковременной транзиторной гипотонией и брадикардией. В 2-х случаях в первые сутки после РТЭ отмечалась незначительная гематурия.

ЭБД резидуальных стенозов подключичных вен после проведения РТЛТ и РТЭ являлась приоритетным методом выбора завершающего этапа эндоваскулярного лечения синдрома Педжета-Шреттера. Показания к стентированию подключичных вен ограничивались лишь случаями неэффективности баллонной ангиопластики и при отсутствии возможности альтернативного использования хирургической коррекции патологических изменений сосудов.

Выводы: эндоваскулярные вмешательства на магистральных венах верхних конечностей являются высокоэффективным методом лечения болезни Педжета-Шреттера. Оптимальный алгоритм их использования должен предусматривать последовательное применение реолитической тромбэктомии, регионарной тромболитической терапии, баллонной дилатации и в единичных случаях – имплантации интравенозных стентов.

ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА (ТЛБАП) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (КИНК)

М.Ю. Капутин, Д.В. Овчаренко, В.Б. Бреговский, В.В. Сорока, И.Э. Боровский (Санкт-Петербург)

Цель исследования: оценить ближайшие результаты эндоваскулярного лечения КИНК у больных СД.

Материал и методы: За период с 11,2004 по 11,2007 выполнено 31 ТЛБАП у 30 больных СД по поводу КИНК. Из них было 10 мужчин и 20 женщин. Возраст больных колебался от 45 до 84 лет. Средний возраст мужчин составил 68,3±6,6 лет, женщин – 67,4±9,9 лет. В 20(66,6%) случаях у больных имелась ишемическая язва на стопе, в 5(16,7%) – гангрена, у 5(16,7%) пациентов были ишемические боли покоя. У 20(66,6%) больных был инсулинозависимый СД, 6(20%) – получали таблетированные препараты, у 2(6,7%) – СД корригировался диетой. ИБС страдали 25(83,3%) больных, АГ – 24(80%), ЦВБ – 14(46,7%), ХПН – 8(26,7%) (3(10%) – на хроническом гемодиализе), ХНЗЛ – 1(3,3%) больной. Распределение по уровням и типам поражения (TASC): подвздошный – тип 1(3,3%)А, бедренно-подколенный – 1(3,5%) А, 5(17,2%)В, 12(41,4%)С, 11(37,9%)D, артерии голени – 1(4%)С, 24(96%)D. Применялся сосудистый доступ: бедренный антеградный в 26(86,7%) случаях, бедренный ретроградный контралатеральный – в 3(10%) случаях, подколенный в 1(3,3%) случае, в 2(6,7%) случаях выполнялся дополнительный pedalный доступ через тыльную артерию стопы. Вмешательство на бедренно-подколенном сегменте выполнялось в 27(90%) случаях, на ТПС – в 9(30%), на ПББА – в 21(70%), на ЗББА – в 1(3,3%) и на МБА – 13(43,3%) случаях. В 70% случаев лечения всех поражений выполнялась интралюминальная, а в 30% – субинтимальная ангиопластика.

Результаты: В результате ТЛБАП удалось восстановить магистральный кровоток до стопы по 1 берцовой артерии у 19(63,3%) пациентов, по двум – у 7(23,3%) и по трем у 1(3,3%) пациента. В 3(10%) случаях этого сделать не удалось. Одному пациенту через 7 суток после неуспешной процедуры ампутировано бедро в в/3. Малые ампутации в период госпитализации выполнены 5(16,6%) больным по поводу гангрены. В 1(3,3%) случае в процессе проводниковой реканализации произошла перфорация берцовой артерии с развитием компартмент-синдрома. Других осложнений и летальных исходов в период госпитализации не было. Результаты ТЛБАП оценивались через 3 мес. – время необходимое для заживления язвенных дефектов. Их удалось проследить у 27(90%) пациентов. Данные больные распределились по категориям Rutherford следующим образом: 1 – 2(7,4%) пациент, 2 – 12(44,4%), 3 – 8(29,6%) больных, 4 и 5 – по 2 (по 7,4%) пациента.

Заключение: ТЛБАП может быть успешно выполнена 90% больных СД, в результате процедуры у 85% больных разрешилась КИНК.