

рестенозами выполнялась повторная ангиопластика со стентированием.

Результаты. Реканализация была успешной в 100% случаях. Всем больным реканализация окклюзированной артерии производилась с помощью гидрофильного проводника Raptor 0,035 и Terumo 0,035. Успех антеградной реканализации окклюзии составил 100% у 14 (60,8%) пациентов. Сочетанные вмешательства с ангиопластикой подколенно-тибиального и берцового сегмента проведены у 10 больных (43,4%). Из ранних послеоперационных осложнений выявлен в одном случае тромбоз стента. Интраоперационных осложнений не было. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Отдаленные результаты через 6 месяцев: рестеноз в стенте у 1 пациента, рестеноз после ангиопластики у 3 пациентов. Первичная проходимость (82,6%).

Выводы. Чрескожная транслюминальная ангиопластика является эффективным и безопасным методом лечения длинных окклюзий поверхностной бедренной артерии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Карпенко А.А., Чернявский М.А., Старосоская М.В., Чернявский А.М. ФГУ «НИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина, Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия.

Цель исследования. Определить тактику хирургического лечения больных с острой массивной тромбоэмболией легочных артерий (ТЭЛА).

Материалы и методы. За период с 2008 по 2010 год в клинике наблюдалось 62 пациента с острой ТЭЛА. Средний возраст больных $57,6 \pm 1,9$ лет. Время от возникновения клинических симптомов до поступления составило 12 ± 2 дня. Причиной ТЭЛА у 54 больных (84%) был тромбоз глубоких вен нижних конечностей. При поступлении в клинику всем пациентам выполнялась ангиопульмонография (АПГ). Индекс Миллера (ИМ) составил $26 \pm 0,6$ баллов. Среднее инвазивное систолическое давление $52 \pm 3,4$ мм.рт.ст. После проведения АПГ у 57 (92%) пациентов выполнялась катетерная фрагментация тромбоэмболов, которая в 56 случаях (90%) дополнялась селективным тромболизисом (внутритромбальным введением пулолазы 2-4 млн. ЕД-40 больным, актилизе – 16 пациентам). У 54 (87%) пациентов с тромбозом глубоких вен была выполнена имплантация кава-фильтра. У 44 больных (72 %) для оценки эффективности и определения дальнейшей тактики через 3-5 дней выполнена контрольная АПГ.

Оперировано девять больных. Пяти из них после выполнения АПГ, учитывая тяжесть состояния и прогрессирующую правожелудочковую недостаточность, по жизненным показаниям

выполнена тромбэмболектomia из ветвей ЛА. У одного пациента, учитывая тромбоз правых отделов сердца по данным эхокардиографии, высокий риск эмболии в легочные артерии во время катетерной фрагментации, выполнено открытое оперативное вмешательство. Диагноз ТЭЛА при этом установлен при помощи МСКТ ангиографии легочных артерий. У 4-х других больных при неэффективности катетерной фрагментации и селективного тромболизиса оперативное вмешательство выполнено через 48-72 часов. Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения, краниocereбральной гипотермии и циркуляторного ареста при температуре 16°C .

Результаты. При оценке результатов катетерной фрагментации и селективного тромболизиса у 41 (73%) больных наблюдалась существенная положительная динамика, т.е. восстановление проходимости легочного русла, клиническое улучшение состояния. У 12 (21%) в результате тромболитической терапии и катетерной фрагментации эмболов, отмечен частичный лизис тромбов со снижением давления в легочной артерии (ЛА). Среднее систолическое давление в ЛА снизилось до $36 \pm 3,3$ мм.рт.ст, ИМ снизился до $17 \pm 1,6$ баллов. Учитывая клиническое улучшение состояния, стабилизацию гемодинамики, пациенты оставлены для динамического наблюдения в клинике.

Зарегистрировано пять случаев госпитальной летальности. Три из них после операции тромбэмболектomии из ветвей ЛА и два случая после катетерной фрагментации и внутритромбального тромболизиса актилизе. У остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. В лечении острой ТЭЛА отмечена высокая эффективность катетерной фрагментации в сочетании с тромболизисом. Операция тромбэмболектomии из ветвей ЛА, также показала свою высокую эффективность, однако, сопряжена с высоким риском летальности, из-за крайне тяжелого состояния больных. Тромбоз правых отделов сердца является показанием к открытому оперативному вмешательству, при этом диагностика ТЭЛА должна проводиться при помощи МСКТ ангиографии легочных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОУРОВНЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карпенко А.А., Чернявский М.А., Кужугет Р.А., Стародубцев В.Б. ФГУ «НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия.

Цели. Оценить непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения пациентов