

Вопрос: Наблюдались ли после эмболизации ректальных артерий ишемия и некрозы кишечника?

Ответ: Это мы посчитали весьма существенным перед началом исследования. Но ни некроза, ни выраженных клинических проявлений ишемии кишечника после «мягкой» масляной химиоэмболизации ректальных артерий не отмечено.

А вот в гистологическом материале, полученном во время операции, действительно находили ишемические изменения, которые наблюдались в основном в самой опухоли (вплоть до некрозов).

Вопрос: Почему не использовались в качестве эмболов поливинилалкоголь и другие твердые эмболы?

Ответ: Опасаясь в перспективе возможной ишемии кишечника, мы их не использовали, стараясь выполнить «мягкую» масляную химиоэмболизацию, поскольку не ставили перед собой задачи полностью выключить из кровотока целевой сосуд.

Вопрос: В какие сроки после эндоваскулярного вмешательства целесообразно выполнять операцию?

Ответ: Ее нужно делать не позднее 5 дней после эндоваскуляризации. Оптимальный срок – через сутки после химиоэмболизации.

Вопрос: Кто использовал ранее методику

масляной химиоэмболизации прямокишечных артерий?

Ответ: На Невском радиологическом форуме в 2007 году была представлена работа С.А. Алентьева, посвященная масляной химиоэмболизации верхней прямокишечной артерии. Большую активность в вопросе рентгеноэндоваскулярной эмболизации дистальных ветвей верхней ректальной артерии проявляют специалисты из Красноярска.

Вопрос: В чем отличие вашей методики?

Ответ: В ней предусматривается одновременное вмешательство сразу на всех основных сосудистых бассейнах (системе нижней брыжеечной и внутренних подвздошных артериях), кровоснабжающих прямую кишку.

Вопрос: В какие сроки после эндоваскулярного вмешательства отмечено уменьшение размеров регионарных лимфоузлов?

Ответ: От 48 до 72 часов после эндоваскуляризации.

Вопрос: Почему в ваших наблюдениях участвовали только 8 пациентов?

Ответ: В связи с тем, что наша больница – не специализированное онкологическое учреждение, а также потому, что эндоваскулярные вмешательства мы выполняли у пациентов с относительными противопоказаниями к лучевой терапии, которая в настоящее время входит в стандарт лечения данного контингента больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (клиническая презентация)

**Н.В. Боломатов, В.В. Германович, А.Г. Виллер, В.Ф. Харпунов,
А.В. Матусов, Б.А. Теплых, С.С. Кучеренко, О.И. Виноградов, А.Н. Кузнецов**

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время одна из наиболее важных проблем медицины – лечение нарушений мозгового кровообращения. Смертность от этой патологии по различным данным достигает до 37%, а инвалидизация – от 40% до 60%. Среди всех причин ишемических нарушений мозгового кровообращения 40% занимают экстракраниальные стенозы сонных артерий. Цереб-

ральные аневризмы обуславливают до 85% всех нетравматических внутримозговых геморагий.

Развитие технологий привело к новым возможностям в диагностике и лечении патологий брахиоцефальных артерий при различных типах поражений. Цель данной презентации – продемонстрировать лечебные возможности

эндоваскулярной хирургии у пациентов с сочетанной патологией брахиоцефальных артерий.

Пациент А., 60 лет, в марте 2008 г. перенес ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии. Поступил в стационар с «букетом» заболеваний – парез правой верхней конечности, дизартрия, гипертоническая болезнь 3-й стадии, 3-й степени, риск 4, а также дисциркуляторная энцефалопатия 2-й ст., вестибуло-атактический, стенический синдромы.

Жалобы больного при поступлении на незначительное периодическое чувство онемения левой кисти, периодическую головную боль, подъем артериального давления (АД) до 180/110 мм рт. ст. (адаптирован 150/90 мм рт. ст.), общую слабость, снижение фона настроения, плаксивость, периодическое нарушение походки.

Анамнез – впервые зарегистрировано повышение АД до 180/110 мм рт. ст. в 2007 г. По поводу артериальной гипертонии не обследовался, систематически гипотензивные препараты не принимал. В апреле 2008 г. после психоэмоциональной перегрузки (повышения АД до 200/100 мм рт. ст.) отмечены нарушение артикуляции, онемение и слабость в правой руке.

Пациент был госпитализирован в нейрососудистое отделение НМХЦ им. Пирогова. При доплеровском сканировании в устье левой внутренней сонной артерии (ВСА) выявлена гетерогенная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая на 50% просвет артерии с преобладанием «мягкого» компонента. При магнитно-резонансной томографии головного мозга в его веществе обнаружены множественные мелкоочаговые изменения сосудистого генеза.

При такой клинической картине и данных УЗДГ больной был направлен на селективную ангиографию артерий головного мозга для определения дальнейшей тактики лечения.

На ней в левой ВСА выявлен стеноз в устье до 60%, в шейной части контрастируется веретенообразное аневризматическое расширение артерии размером 15,6×8,4×8,0 мм, в коммуникантной части обнаружена мешотчатая аневризма размером 5,7×4,5×5,5 мм, имеющая шейку (диаметром 3,5 мм). В левой СМА в сегменте М1-М2 визуализируется миллиар-

ная аневризма на широкой шейке размером 2,5×2,5 мм. В других артериях патологических изменений не выявлено.

Была назначена эндоваскуляризация в 2 этапа. На первом проведено лечение аневризм. В условиях общей анестезии ксенонном в мешотчатую аневризму была установлена спираль Matrix 360 производства фирмы «Boston Scientific» (США), а в веретенообразную аневризму – стент-графт GraftMaster производства «Abbott Vascular» (США). На втором этапе в стеноз, локализованный в устье левой внутренней сонной артерии, под местной анестезией с использованием системы дистальной защиты RX ACCUNET был введен самораскрывающийся каротидный стент RX ACULINK производства «Abbott Vascular» (США).

От лечения аневризмы СМА в настоящее время целесообразно воздержаться из-за малых ее размеров и отсутствия в анамнезе геморрагических инсультов.

Вопрос: Аневризмы артерий головного мозга – это находка?

Ответ: Да.

Вопрос: Устанавливали ли защиту головного мозга?

Ответ: При стентировании стеноза устья левой ВСА ее использовали, а во время стентирования и эмболизации аневризм – нет.

Вопрос: Больной страдал гипертонией?

Ответ: Да.

Вопрос: Почему лечение аневризм проводилось в первую очередь?

Ответ: Поскольку они находятся дистальнее стеноза.

Вопрос: Обнаружены ли кисты в головном мозге?

Ответ: Кист в головном мозге не выявлено.

Вопрос: Есть ли у пациента энцефалопатия?

Ответ: Больной страдает дисциркуляторной энцефалопатией.

Вопрос: Кем и где работает больной?

Ответ: Он профессор на кафедре математики.

Вопрос: Каков путь пациента к эндоваскулярному хирургу?

Ответ: Из неврологического отделения больной был направлен для проведения диагностики и лечения в ангиографическую лабораторию.