

разна при лечении пациентов с ранней стадией РПЖ?

Ответ: По данным литературы после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) выживаемость больных более 2 лет в основном наблюдается при стадии T1–2N0M0. В настоящее время это достаточное основание для рекомендаций проведения таким пациентам хирургического лечения.

Вопрос: Как подтверждается наличие метастазов в увеличенных регионарных лимфатических узлах?

Ответ: Их можно считать метастатическими при наличии верифицированной первичной опухоли в ПЖ. При технических возможностях проводится биопсия лимфатических узлов. По данным литературы предполагаемая предоперационная стадия T1–3N0 после ПДР в 40–70% случаев оказывается T1–3N1.

Вопрос: Каковы показания к стентированию желчных протоков?

Ответ: К ним относятся адекватное функционирование чрескожного чреспеченочного НВБДД, положительный ответ на проводимое лечение и настоятельное требование больного избавиться от чрескожного дренажа.

Вопрос: Какие стенты используются для стентирования желчных протоков?

Ответ: Применяются металлические саморасширяющиеся сетчатые билиарные стенты.

Вопрос: Из чего делаются наружно-внутренние билиоэнтеральные дренажи?

Ответ: Из детских назогастральных зондов.

Вопрос: Как часто бывают дислокации желчных дренажей и как они фиксируются?

Ответ: Внутривнутрибрюшные дислокации сведены к абсолютному минимуму, то есть единицы за годы, что связано со строгим соблюдением больными рекомендуемого режима. В этом им помогает средний и младший медперсонал отделения. Дренажи к коже фиксируются лейкопластырем.

Вопрос: Где находятся эти пациенты и кто и как их ведет?

Ответ: В отделение рентгенохирургии РКБ Владикавказа МЗ РСО-Алания в 2004 г. переданы 20 коек общехирургического профиля с соответствующим штатом среднего и младшего медперсонала. Лечащий врач больного – рентгенохирург.

Средний медперсонал проходит дополнительную специально разработанную в отделении подготовку по ведению пациентов, нуждающихся в интервенционных эндобилиарных и эндоваскулярных вмешательствах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ AngioJet И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

**В.Н. Шиповский, М.Ш. Цициашвили,
Ч. Хуан, Е.А. Пилипосян**

*Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета
Российского государственного медицинского университета,
городская клиническая больница № 57
Москва*

Представлен первый успешный опыт комбинированного эндоваскулярного лечения мезентериального тромбоза – реолитическая тромбэктомия с использованием системы AngioJet (Possis medical, Plymouth, MN, USA) и одномоментное последующее стентирование верхней брыжеечной артерии (ВБА).

Больная Н., 80 лет, в марте 2009 г. поступала в хирургическое отделение ГКБ № 57 через 2 часа от начала заболевания с жалобами на интенсивную боль в животе диффузного характера, рвоту желудочным содержимым,

однократный жидкий стул, сухость во рту. Из анамнеза: состояние после ампутации обеих нижних конечностей в верхней трети бедра по поводу гангрены в 2006 г., тяжелая форма сахарного диабета 2 типа, ИБС, артериальная гипертония, стенокардия напряжения 2 ФК, мерцательная аритмия (постоянная форма), гипертоническая болезнь, анемия, эмфизема легких. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, живот вздут, мягкий, болезненный

во всех отделах, симптом Щеткина – Блюмберга положительный. Перистальтика плохо выслушивается, резко снижена.

Клиническая картина не позволяла исключить острое нарушение мезентериального кровообращения. С целью верификации диагноза по принятой в клинике тактике лечения больных с подозрением на мезентериальный тромбоз через 5 часов после появления боли в животе и через 3 часа с момента поступления в клинику пациентка переведена в рентгенохирургическую операционную.

Под местной анестезией 0,5%-ного раствора 15 мл новокаина в ретроградном направлении пунктирована левая подмышечная артерия. В ней установлен интродьюсер 6 F (Terumo). Через него проведен катетер Judkins Right 6 F (J&J, Cordis) в устье ВБА. Выполнена селективная верхняя мезентерикография в прямой и боковой проекциях.

При анализе полученных ангиограмм выявлено, что ствол ВБА – в средней и нижней трети, средняя ободочная, правая подвздошно-ободочная артерии не визуализируются, контрастирование тонкокишечных артерий значительно снижено. Ангиографическое заключение – тромбоз средней трети ВБА.

Учитывая недавние сроки тромбоза (по клиническим данным – 5 часов), сопутствующую патологию и возраст больной от открытого оперативного лечения решено было воздержаться и выполнить попытку реолитической тромбэктомии (РТЭ) из ВБА.

В основе ее действия лежит принцип гидродинамической деструкции и аспирации тромботических масс на основе эффекта Вентури, – «создаваемое отрицательное давление в зоне разряжения в жидкой среде прямо пропорционально скорости выходящей жидкости из расположенных рядом каналов». Скорость струи жидкости достигает 300 км/час. Тромботические массы фрагментируются потоками жидкости и удаляются через рядом расположенные каналы в экстракорпорально расположенный блок.

После выполнения РТЭ при контрольной ангиографии с 3D реконструкцией ВБА отмечено сокращение зоны проксимального и дистального тромбоза, сама она стала контрастироваться в проксимальной и дистальной третях, восстановилось кровообращение по крупной коллатеральной ветви, однако в средней трети оставался критический стеноз

до 95% (!) протяженностью 25 мм. Учитывая его наличие в средней трети (по всей видимости, атеросклеротической этиологии), решено выполнить стентирование.

В среднюю часть ВБА был проведен и раскрыт под давлением 10 атм коронарный стент Genous™ BIOENGINEERED R STENT™ (OrbisonNeich Medical Inc., USA) размером 4 × 33 мм.

При повторной контрольной ангиографии и 3D реконструкции просвет ВБА полностью восстановлен, основной ствол ее проходим на всем протяжении, дефектов контрастирования в основных периферических ветвях (правая ободочная, подвздошно-ободочная артерия, тонкокишечные ветви) не отмечено. Процедура была завершена. Катетер удален. Проведен гемостаз пальцевым прижатием. После завершения операции на ангиографическом столе боль в животе у пациентки была купирована.

Динамика лейкоцитоза: до операции – 29,4 тыс., после процедуры через 7 дней – 14 тыс.

Больная была выписана в удовлетворительном состоянии через 7 дней после комбинированной эндоваскулярной процедуры. При телефонном опросе через 10 месяцев пациентка жалоб не предъявляла, стул регулярный, качество жизни удовлетворительное.

Вопрос: На основании каких фактов нарушение мезентериального кровообращения расценено как тромбоз?

Ответ: Во-первых, у больной системный атеросклероз, ИБС, состояние после ампутации обеих ног до верхней трети бедра по поводу гангрены конечностей.

Во-вторых, ангиографическая семиотика поражения (прежде всего наличие неровных контуров ствола ВБА). Эти данные соответствуют тромботическому поражению. В-третьих, после проведения реолитической тромбэктомии при контрольном ангиографическом исследовании был верифицирован выраженный атеросклеротический стеноз на месте бывшего тромбоза сегмента артерии.

Вопрос: Чем обоснован диагноз «мезентериальный тромбоз»?

Ответ: Он установлен на основании анамнеза, клинической картины, физикального обследования и лабораторных данных (лейкоцитоз – 21,4 тыс.).

Вопрос: Какие еще есть эндоваскулярные методы восстановления просвета при мезентериальном тромбозе?

Ответ: Сейчас в мировой практике эндоваскулярная стратегия (при отсутствии перитонеальных симптомов!) возможна в виде тромболитической терапии, баллонной ангио-

пластики или стентирования. Научные публикации в зарубежных источниках представлены единичными работами на небольшом количественном материале, поэтому точная роль эндоваскулярной стратегии при остром мезентериальном тромбозе пока не определена.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 30 марта 2010 года

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**И.И. Ситкин, Д.Г. Курбатов, А.Е. Лепетухин,
С.А. Дубский, И.И. Дедов**

*Отделения уроандрологии
и рентгенодиагностики и интервенционной радиологии
ФГУ Эндокринологический научный центр*

У 20–35% пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) основным или сопутствующим симптомом может быть венозная эректильная недостаточность. У молодых мужчин чаще определяется изолированная веногенная ЭД, в то время как у пациентов среднего и старшего возраста чаще есть смешанные – артериовенозные причины.

Веноокклюзивный механизм (ВМ) зависит от целостности и функциональности гладкомышечных волокон и эластичности белочной оболочки (БО). Патологический венозный дренаж (ПВД) относится к дисфункции ВМ – недостаточной компрессии субтуникальных вен БО пениса. Это происходит из-за чрезмерного развития как экстра-, так и интракавернозных вен, несостоятельности расширенных синусоидов, потери эластичности собственной БО, фиброза и дегенерации интракавернозной гладкой мускулатуры, недостатка нейромедиаторов.

Но ПВД может быть и самостоятельной причиной венозной ЭД. Известно, что тактика лечения больных с веногенной ЭД зависит от вы-

раженности и характера сосудистых нарушений. Традиционно применяют ингибиторы ФДЭ-5, вакуум-констрикторы либо оперативное лечение.

Принцип последнего состоит в ограничении венозного оттока от кавернозных тел за счет максимально возможной перевязки вен, дренирующих половой член.

Отдаленные результаты таких вмешательств, к сожалению, весьма неутешительные. По данным различных авторов эффективность операции вен через год не превышает 40%, так как вместо лигированных во время ее проведения в процесс патологического венозного оттока вовлекаются новые коллатерали.

Таким образом, цель этого исследования – эффективность альтернативной методики лечения больных с веногенной ЭД: антеградной флебосклерозмобилизации кавернозных и вен перипростатического сплетения.

Вмешательство проводилось под местной анестезией, хирург-уролог выделял глубокую дорсальную вену полового члена, далее под прямым визуальным контролем выполнялась