

давления в портальном русле с $269,3 \pm 17,8$ до $157,4 \pm 26,5$ мм.вод.ст. прослеживается тенденция к нормализации функции гепатобилиарной системы, что подтверждается данными клинико-лабораторных анализов. После клинической апробации, вышеупомянутые положительные моменты позволяют применить полностью имплантируемые инфузионные порт-системы фирмы B/Braun в лечении больных циррозом печени, осложненным декомпенсацией портальной гемодинамики с угрозой развития геморрагического синдрома.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ КОРРЕКЦИЯ ПОВТОРНЫХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Гранов Д.А., Козлов А.В., Поликарпов А.А., Таразов П.Г., Боровик В.В.,

Генералов М.И., Майстренко Д.Н.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Минздравсоцразвития РФ

г. Санкт-Петербург

Цель. Наиболее опасным осложнением после ортопедической трансплантации печени (ОТП) является тромбоз артерий трансплантата, приводящий к его фатальному повреждению. Вместе с тем, стеноз анастомоза воротной вены с последующим тромбозом, сужение зоны кавакавального соустья также являются причиной дисфункции и гибели трансплантата у 3-7% больных после пересадки органа. Мы приводим наблюдение успешного хирургического и рентгеноэндоваскулярного лечения больной с повторными сосудистыми осложнениями, возникшими после трансплантации печени по поводу синдрома Бадда-Киари.

Описание наблюдения. После ОТП у пациентки С., 43 лет развились повторные нарушения проходимости нижней полой вены (НПВ). Причиной раннего портального и кавального тромбоза явился стеноз НПВ выше анастомоза с частичным нарушением оттока от печени, не выявленный во время операции. Выполнение тромбэктомии позволило купировать это осложнение. При рубцовом стенозе НПВ через 22 месяца после ОТП хирургическая коррекция представлялась крайне рискованной.

Альтернативой стали минимально-инвазивные рентгеноэндоваскулярные методы лечения.

Результаты. Трансфеморальным доступом был успешно установлен нитиноловый Gianturco-Z-стент от уровня впадения нижней полой вены в предсердие до печеночных вен. После его расправления кавакавальный градиент давления снизился с 15 мм рт.ст. до 1 мм рт.ст. Общее состояние больной улучшилось, клинические признаки синдрома НПВ (увеличение живота, сердцебиение, отеки нижних конечностей) купированы.

Рецидив асцита развился через 14 месяцев после операции. При обследовании – маятникообразный неэффективный кровоток по воротной вене. НПВ и стент проходимы, зона анастомоза и печеночные вены не определялись. Градиент давления в ретропеченочном отделе НПВ и в правой печеночной вене – 29 мм рт.ст., что свидетельствовало о сдавлении печеночных вен в области впадения в НПВ. После баллонной пластики стенозированного участка через боковую стенку стента градиент давления снизился до 7 мм рт.ст. При контрольном исследовании сосудов печени – гепатопетальный кровоток по воротной вене, клинически отмечалась быстрая регрессия асцита. В течение последующих 6 лет после ОТП пациентка жалоб не предъявляет, функция печеночного транспланта удовлетворительная.

Выводы. Наши результаты подтверждают данные литературы о том, что стентирование и неоднократная баллонная ангиопластика эффективны при нарушении венозного оттока по НПВ и могут быть использованы повторно при возможных рецидивах стриктур.

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ РАКЕ ПОЧЕК

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

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»

Минздравсоцразвития

г. Санкт-Петербург

Цель. Оценить эффективность и безопасность селективной рентгеноэндоваскулярной окклюзии при двустороннем почечно-клеточном раке.

Материалы и методы. С 1995 по 2006 г. эмболизация выполнена у 9 больных в возрасте от 41 до 81 года с диагнозом двусторонний синхронный рак почек.