

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДУ „НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМ. А.Т.МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА СПЕЦІАЛІСТИ
ІНСТИТУТІВ НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З УЧАСТЮ МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ**

“МЕДИЧНА НАУКА НА ПЕРЕТИНІ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ: СЬОГОДЕННЯ І МАЙБУТНЄ”

19 травня 2017 року

Харків

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ КАК ЭТАП КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

Гаврилов А.Ю., Москвина С. С., Шастун Т. А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы: улучшить результаты комбинированного лечения больных с опухолевой обструкцией центральных вен (ЦВ).

Материалы и методы. В работе приведены результаты анализа эндоваскулярного стентирования больных с ЦВ различной локализации. Показаниями для применения стентов являлся стеноз верхней полой вены (ВПВ), безымянных вен (БВ), нижней полой вены (НПВ) и вен подвздошно-бедренного сегмента (ПБС) вызванный сдавлением первичным или вторичным злокачественным новообразованием. Во всех случаях до стентирования проводили верхнюю или нижнюю каваграфию в двух проекциях. Если пункция подмышечной или бедренной вены была затруднена из-за выраженного отека, пунктировали периферическую вену и проводили СО₂ флебографию инъекцией 60 мл углекислого газа, что позволяло визуализировать расположенную более проксимально вену для пункции. Если тромбоз "скрывал" участок сужения вены, то до имплантации стента проводили локальный тромболитис. При двухстороннем тромбозе подвздошных или БВ инфузию тромболитика проводили одновременно с двух сторон. Из активаторов плазминогена мы использовали урокиназу со средней скоростью инфузии 100 000 МЕ/ч. Контрольная флебография проводилась спустя 12-24 час после начала инфузии активатора плазминогена. Как только зона сужения "проявлялась", имплантировали стент и восстанавливали кровоток по вене. Параллельно с тромболитисом проводили антикоагулянтную терапию низкими дозами гепарина (300 ед/ч) в виде постоянной инфузии через боковой ход интродюсера.

Результаты и обсуждение. После успешного эндопротезирования симптоматическое улучшение наступало в 68-100 % случаев, без необходимости в повторном вмешательстве, в среднем в сроки до 16 месяцев. У больных напряжение и отек шеи и лица спадали сразу же после устранения стентом обструкции ВПВ. Наш первичный опыт свидетельствует о том, что у 85 % больных после стентирования до момента смерти симптомов отека не было. Клинические результаты не зависели от типа примененного стента. Повторная баллонная ангиопластика или дополнительное стентирование в отдаленном периоде требовалось у 50 % больных, вероятно, из-за значительных различий в антикоагулянтной терапии.

Вывод: Эндоваскулярное стентирование способствует улучшению результатов комбинированного лечения больных с опухолевой обструкцией ЦВ за счет устранения симптомов, являющихся причиной инвалидизации данной группы больных.