

Выводы: При сравнении трансрадиального доступа и трансфеморального доступа с применением закрывающих устройств, существенных различий в развитии таких осложнений как диссекция, кровотечение, псевдоаневризма не было. Нет существенных различий также и по функциональности доступов, их травматичности, «комфортности».

В группе с радиальным доступом наиболее часто встречались спазм артерии, окклюзия артерии и образование подкожной гематомы.

Преимущества закрывающих устройств перед мануальным гемостазом остается до конца не изученным. Актуальным для нашей страны остается добавочная стоимость к стоимости операции – стоимость закрывающего устройства.

Выбор доступа – выбор хирурга.

АНГИОПЛАСТИКА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

З.А. Кавталадзе, С.А. Дроздов,
А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, К.В. Былов,
Д.С. Карташов (Москва)

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты реканализации и ангиопластики изолированных атеросклеротических хронических окклюзий и стенозов терминального отдела аорты.

Материалы и методы: проведено лечение 17 пациентов. Средний возраст 63,4 года. Произведена реканализация окклюзий терминального отдела аорты у 12 пациентов, в 5-ти случаях устранялись гемодинамически значимые стенозы. Средняя длина поражения 7,6 см. Имплантирован 21 стент (2 Wallstent, 19 – ZA stent).

Результаты: Положительные непосредственные результаты отмечены во всех случаях. Средний койко-день составил 2,5 суток. В раннем послеоперационном периоде отмечены такие осложнения как гематома мягких тканей в месте пункции – 1, проводилось консервативное лечение с использованием компрессионных повязок. Отдаленные результаты прослежены до 7-ти лет у 9 больных.

Первичная проходимость отмечена у 7 больных, стенозы обнаружены в 2 случаях, окклюзий не отмечалось.

Больным проведена успешная повторная ангиопластика с восстановлением кровотока.

Заключение: Применение реканализации и стентирования терминального отдела аорты позволяет достичь успеха в большинстве случаев с хорошим отдаленным результатом. Преимущества: отсутствие необходимости в общей анестезии и абдоминальном доступе, более низкая цена и смертность, короткое время процедуры и пребывания в стационаре. Подобные больные требуют неукоснительного регулярного амбулаторного наблюдения, с определением плечелодыжечного индекса, не реже чем 1 раз в полгода.

АНГИОПЛАСТИКА ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

З.А. Кавталадзе, С.А. Дроздов, К.В. Былов,
Д.С. Карташов, Д.П. Дундуа, А.М. Бабунашвили
(Москва)

Цель: Оценка эффективности реканализации и ангиопластики атеросклеротических окклюзий и стенозов при бифуркационном поражении аорто-подвздошной зоны.

Материалы и методы: Нами проведено лечение 191 больного с данной патологией. Средний возраст пациентов – 58,2±2,1 года. У 112 больных отмечена 2 стадия ХАН, а у 79 – 3-4 стадия. По данным обследования, у 63 больных выявлены окклюзии общей подвздошной артерии, у 83 – наружной подвздошной артерии, и у 28 распространенное окклюзионное поражение общей и наружной подвздошных артерий, в 188 случаях выявлены стенозы общей или наружной подвздошной артерии. У всех больных отмечено бифуркационное поражение. Наряду с этим у 123 больных выявлено значимое поражение дистального артериального русла, что составило 64,4%.

Реканализация осуществлялась с использованием гидрофильных проводников. При проведении ангиопластики использовалось эндопротезирование. Всего имплантировано 632 стента.

Результаты: Положительные непосредственные результаты отмечены у 93% больных с окклюзионными поражениями и в 100% при стенозирующих поражениях. В 3-х случаях отмечен тромбоз зоны пункции, и лишь в 2-х случаях – тромбоз зоны ангиопластики, потребовавший проведения шунтирующей операции. Микроэмболии возникли у 4-х больных, перфорации – у 3-х, ложная аневризма – в 4-х случаях, артериовенозная фистула – в 2-х случаях. Умерли в раннем п/о периоде 3 больных (1,5%).

Отдаленные результаты до 5 лет прослежены у 76 больных. Отсутствие гемодинамически значимых поражений в зоне ранее проведенного вмешательства выявлено у 84% больных. В 6 случаях отмечены гемодинамически значимые стенозы в зоне пластики (7,9%). В 4 случаях выявлена реокклюзия в месте процедуры (5,3%). В случаях стенозов проведена повторная успешная ангиопластика. Таким образом, с учетом успешной повторной ангиопластики положительные отдаленные результаты составляют 94,7%.

Заключение: Эндоваскулярная реканализация при лечении синдрома Лериша возможна вне зависимости от протяженности и давности окклюзии. Подобные результаты не уступают данным реконструктивных операций в этой зоне, а с учетом минимальной инвазивности, методу реканализации и баллонной ангиопластики с эндопротезированием следует отдать предпочтение.