

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Кавтеладзе З.А., Карташов Д.С., Бабунашвили А.М.,
Былов К.В., Дроздов С.А., Дундуа Д.П.
Центр Эндохирургии и Литотрипсии, Москва,
Россия

Цель: Оценка непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярного лечения инфраренальных аневризм аорты.

Материал и методы: Эндоваскулярное лечение (эндопротезирование) аневризм брюшной аорты выполнено с 1995 по 2009 г. у 186 пациентов, средний возраст больных – 74,2 года. Соотношение мужчины/женщины 169/17.

Типы доступа: в 78 случаях использован чрескожный доступ, в 108 случаях артериотомный бедренный доступ.

Диаметры доставляющей системы 14-16-22 F. С 1995 по 1998 г.г. в качестве покрытия использовался полиэтилен и полиуретан, выполнялось только линейное и унилатеральное ЭП (36 пациентов - первая группа).

С 1998 по 2009 г. в качестве покрытия использовался только сверхтонкий дакрон (Vascutec) и бифуркационный дакроновый тканый протез (Vascutec® США), внедрено в практику бифуркационное эндопротезирование.

Всего на втором этапе оперировано 133 пациента: 64 с использованием ZA-стента, 86 с использованием коммерческих систем (вторая группа).

Результаты: В первой группе хорошие непосредственные результаты (полная изоляция полости аневризмы, отсутствие протеканий) у 22-х пациентов (61%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) – у 8 пациентов (22%), неудовлетворительный результат (наличие проксимального протекания) у 6 пациентов (17%), результаты были далеки от оптимальных.

Результаты во второй группе: Хорошие непосредственные результаты у 144 (96%) пациентов из 150 (100,0%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) у 6 пациентов (4,0%), неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 12 лет у 93 пациентов обеих групп.

У восьми пациентов (4,3%) отмечено расширение процесса с увеличением размера полости аневризмы (причина - разного вида протекания). Им выполнено «традиционное» хирургическое вмешательство - протезирование аорты. Двое из них умерли в госпитальном периоде.

Непосредственно от разрыва аневризмы в обеих группах умерло 6 (3,2%) больных, от других причин (инсульт, инфаркт) - 15. Выживаемость за 12 лет составила 56,2%.

Заключение: развитие технологии вмешательства, усовершенствование устройств позволяет улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты. Метод может использоваться в качестве альтернативы открытой реконструктивной хирургии у пациентов с высоким хирургическим риском. В отдаленном периоде отмечается сопоставимые результаты с реконструктивной хирургией, но с большим количеством повторных интервенций.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ УДАЛЯЕМЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ

Капранов С.А., Ольмезова А.Я., Буров В.П.
Кафедра факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

В клинике факультетской хирургии РГМУ за период с 2007 по 2008 год удаляемые кава-фильтры были имплантированы 283 пациентам.

Среди них было 154 (54,41 %) мужчин и 129 (45,59 %) женщин в возрасте от 17 до 86 (в среднем – 48,15) лет. При госпитализации состояние 42,719% больных оценено как удовлетворительное, 33,01% - как среднетяжелое, и в 24,271% наблюдений – как тяжелое. При комплексном инструментальном обследовании у 100% пациентов выявлено тромботическое поражение сосудов системы НПВ, у 29,43% - тромбоэмболия легочной артерии различной степени тяжести, в 100% случаев патология носила комбинированный характер.

Для вмешательства применены удаляемые кава-фильтры следующих моделей: «Ёлочка» 135 (47,7%), «Зонтик» 103 (36,39%), OptEase 26 (9,18 %), «Корона» 12 (4,29%), «ФИСТ» 7 (2,47%).

После комплексного лечения, направленного на восстановление проходимости глубоких вен и ликвидацию легочной эмболии, в 149 (52,82%) случаев необходимости в постоянной фильтрации кровотока по НПВ не было, что обуславливало показания к удалению кава-фильтра. Кроме того, у 17 (6%) больных произведена коррекция положения кава-фильтра, связанная с его первичной технически неадекватной имплантацией.

Комплексные результаты эндоваскулярной профилактики ТЭЛА с помощью удаляемых кава-фильтров были следующими. В 18 (6,36%) случаев кава-фильтры были удалены в сроки от 12 до 183 (в среднем 42) суток после эндоваскулярного вмешательства. Из них в 11 (61,11%) наблюдений отмечены технические трудности удаления, связанные с отклонением кава-фильтра от продольной оси сосуда (3), плотным прилеганием крючка фильтра к стенке НПВ (1), нарастанием неоинтимы на лучики фильтра в зоне фиксации (2), попаданием крючка КФ в почечные вены (2), эмболией в КФ (3), перфорацией лучами КФ стенок сосуда (1).