

Более высокая частота рестеноза при устьевом поражении может быть связана с техническими проблемами точного позиционирования стента. Единичные нерандомизированные сообщения о сопоставлении подходов с имплантацией DES из СтЛКА в ПНА и точного позиционирования DES в устье ПНА не выявили достоверных ангиографических и ВСУЗИ преимуществ одного из методов. Тестирование имплантации стента в устье ПНА по методике "V стент-баллон" с незначительным углублением стента в дистальную часть СтЛКА не выполнялось. Оценка влияния угла ПНА/ОА или соотношения диаметров СтЛКА/ПНА/ОА на преимущество одной из тактик ЧКВ при устьевом стенозе ПНА также не анализировалось в рандомизированных исследованиях.

Применение ВСУЗИ при ЧКВ устьевого стеноза ПНА целесообразно для определения истинного диаметра целевой артерии, оценки степени кальциноза, определения распространения поражения на устье СтЛКА. Alfonso Medina в своих докладах на European Bifurcation Club 2008 и PCR2009 подчеркнул определяющую роль карины и симптома «eyebrow sign» в прогнозировании риска сужения устья ОА при прецизионном стентировании ПНА. Разработанный Alfonso Medina подход положен автором в основу определения ВСУЗИ показаний для применения методики позиционирования DES по устью ПНА. Тем не менее, рандомизированных исследований, подчеркивающих преимущество ЧКВ устья ПНА, выполненных под контролем ВСУЗИ, нет.

Заключение: Использование DES при ЧКВ устья ПНА научно обосновано и имеет сопоставимые результаты с коронарным шунтированием. Применение режущего баллона, debulking методов и ВСУЗИ может улучшить результаты вмешательства, но данных, доказывающих преимущество рутинного использования этих технологий, нет. Три техники стентирования устья ПНА могут быть приняты за основополагающие: 1) имплантация DES из СтЛКА в ПНА; 2) точное позиционирование DES в устье ПНА; 3) "V стент-баллон". Научных доказательств преимущества какой-либо техники нет.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Таразов П.Г., Иванов А.С., Осовских В.В., Суворова Ю.В., Жеребцов Ф.К., Корнюшина М.К.
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий», Санкт-Петербург, Россия

Цель: Изучить технические аспекты и ближайшие клинические результаты эндоваскулярного протезирования аневризм инфраренального отдела аорты (АИА).

Материал и методы: С мая 2007 по март 2009 г. обследованы 48 мужчин (83%) и 10 женщин (17%), средний возраст – 68,4 лет, с диагнозом АИА. Возможность применения эндопротеза (стент-графта) и подбор необходимых модулей осуществляли по данным спиральной компьютерной томографии с последующей 3D-реконструкцией. Для имплантации использовали коммерческие модульные бифуркационные эндопротезы. Операцию осуществляли под спинномозговой анестезией в рентген-операционной, оснащенной ангиографическим комплексом Angiostar (Siemens, Германия).

Результаты: Из 58 обследованных пациентов, у 11 определялось небольшое увеличение диаметра аорты (менее 35 мм), требующее только динамического наблюдения. В одном случае патологии не выявлено. У остальных 46 больных имелась АИА с наружным диаметром от 41 до 84 мм (в среднем $55,4 \pm 3,6$ мм) и наличием пристеночных тромбов. В 27 (59%) случаях отмечалось асимптомное течение АИА, в 19 (41%) были жалобы на периодические болевые ощущения в животе, наличие округлого пульсирующего образования в животе.

Согласно классификации типов АИА по локализации (А.В.Покровский и соавт., 1978), II тип выявлен у 32 (70%) больных, III тип в 13 (28%) и IV тип в одном (2%) наблюдениях.

Установка эндопротеза была возможна у 29 (63%) из 46 пациентов. Остальным 17 пациентам (37%) было предложено открытое оперативное лечение. Выбор тактики лечения также был продиктован выраженностью сопутствующей патологии, обуславливающей риск развития осложнений в пери- и послеоперационном периодах.

Эндоваскулярное устранение АИА выполнено у 15 пациентов. Использовались следующие модели стент-графтов: Aorfix (Lombard Medical, Великобритания) (n=7), Excluder (W.L.Gore & Associates, США) (n=5), Talent (Medtronic Corp., США) (n=3). В 12 случаях (92%) выполнено бифуркационное протезирование. У одного пациента из-за окклюзии правой общей подвздошной артерии выполнено аортоунилатеральное протезирование АИА с наложением бедренно-бедренного шунта.

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное течение было гладким, пациенты выписывались на 5-7 сут. По данным контрольной спиральной компьютерной томографии эндопротезы проходимы, аневризма не определяется.

На данный момент живы 14 (93%) больных в сроки от 4 до 24 (в среднем $11,6 \pm 2,3$) мес. Погиб один пациент от острого инфаркта миокарда через 3 мес. после эндоваскулярной операции.

Заключение: Применение модульных бифуркационных эндопротезов расширяет возможности лечения пациентов с АИА.