

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

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

Лечение аневризм нисходящей грудной аорты в последнее время стало актуальной проблемой в эндоваскулярной хирургии, привлекая своей малотравматичностью, хорошими непосредственными и отдаленными результатами оперативных вмешательств.

Цель. Оценка результатов клинического использования нитиноловых ZA-стентов с покрытием при лечении аневризм грудного отдела аорты.

Материал и методы. Эндоваскулярное протезирование с использованием саморасширяющихся нитиноловых стентов с покрытием проведено нами у 31 больного с аневризмами нисходящего грудного. При лечении использованы линейные стент-графты. Средний возраст больных – 74,8±8 лет. У 18 больных использованы стент-графты на основе ZA стентов с тонким дакроновым покрытием. В 13 случаях использованы системы Zenith (Cook).

Результаты. Хорошие непосредственные результаты (полная изоляция полости аневризмы, отсутствие подтекания) отмечены у 18 больных. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 2 до 5 лет. Пятилетняя выживаемость составила 82%.

Заключение. Оценка непосредственных и отдаленных результатов эндопротезирования аневризм нисходящего грудного отдела аорты с применением саморасширяющихся нитиноловых стентов с дакроновым покрытием показывает перспективы этого направления, и позволяет использовать его в качестве альтернативы открытой реконструктивной хирургии, соблюдая строгие критерии отбора.

АНГИОПЛАСТИКА ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА

З.А. Кавтеладзе, С.А. Дроздов, А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, В.Ю. Волков, Д.С. Карташов (Москва)

Цель: Оценить ближайшие и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств при окклюзионных и стенотических поражениях брахиоцефального ствола.

Материалы и методы: 13 пациентов (10 мужчин, 3 женщины). Средний возраст 59,8 года. Произведена реканализация окклюзированных артерий у 2-х пациентов, ангиопластика со стентированием стенозов у 11 больных. Реканализация проводилась по стандартной методике с использованием гидрофильных проводников. В качестве профилактики возможной эмболизации использовались фильтры Angioguard. Средняя

длина окклюзии 2,9 см. Имплантировано 13 стентов (1 Wallstent, 12 – ZA stent).

Коэффициент стентирования 1,2 стента/пораж. артерию.

Результаты: Положительные непосредственные результаты отмечены во всех случаях. Средний койко-день 2 суток. Отдаленные результаты прослежены до 5-ти лет у 6 больных. Первичная проходимость отмечена в 5 случаях, стенозы обнаружены у 1 больного, окклюзий не выявлено. Больному проведена успешная повторная ангиопластика с восстановлением кровотока

Вторичная проходимость – 100%

Заключение: Применение реканализации и стентирования брахиоцефального ствола позволяет достичь успеха в большинстве случаев с хорошим отдаленным результатом. Преимущества в отсутствии необходимости в общей анестезии, перекрытия кровотока, более низкая цена и смертность, короткое время процедуры и пребывания в стационаре.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФРАРЕНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

З.А. Кавтеладзе, Д.С. Карташов, А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Г.Ю. Травин (Москва)

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

Материалы и методы: Эндоваскулярное лечение (эндопротезирование) аневризм брюшной аорты выполнено с 1995 по 2007 г. у 116 пациентов, средний возраст больных – 75,3 года. Соотношение мужчины/женщины 99/17.

Типы доступа: в 78 случаях использован чрезкожный доступ, в 38 случаях артериотомный бедренный доступ.

Диаметры доставляющей системы 14-16-22 F.

Для эндопротезирования применялись устройства оригинальной конструкции на основе ZA-stent.

С 1995 по 1998 г.г. в качестве покрытия использовался полиэтилен и полиуретан, выполнялось только линейное и унилатеральное ЭП (всего прооперировано 36 пациентов).

С 1998 по 2007 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 80 пациентов: 58 с использованием ZA-стента, 21 с системой Zenith COOK® и в одном случае «Excluder™» GORE®

Типы операций эндопротезирования на втором этапе: 30 линейных, 8 унилатеральных с перекрестным шунтированием и 42 бифуркационных.

Стоит отметить, что с 2005 г. использовались только «фирменные» системы для бифуркационного эндопротезирования.

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.

Совершенно другие результаты получены во второй группе: хорошие непосредственные результаты у 78 пациентов (97,5%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) у 2-х пациентов (2,5%), неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 9 лет у 51-го пациента обеих групп.

Хорошие результаты (полная герметичность аневризматического мешка, отсутствие протеканий) отмечены у 35 пациентов (68,7%).

Миграция или поломка стент-графта отмечена у четырех пациентов – (7,8%).

Этим пациентам выполнено повторное успешное эндоваскулярное вмешательство – имплантация дополнительного стент-графта. У четырех пациентов (7,8%) отмечено протекание различных типов – дополнительных вмешательств не проводилось.

У восьми пациентов (15,7%) 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 умерло 3 человека, от других причин (инсульт, инфаркт) 7 человек. Выживаемость за 7 лет составила 77%

Заключение: развитие технологии вмешательства (прежде всего выполнение бифуркационного эндопротезирования), 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 большой процент выживаемости, но требуются повторные эндоваскулярные и хирургические вмешательства.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

С.А. Капранов, В.Г. Бреусенко, М.А. Курцер, Ю.Э. Добохотова, Б.Ю. Бобров, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: несмотря на то, что в нашей стране ЭМА применяется для лечения миомы матки уже более 5 лет, а за рубежом уже более 10 лет, среди

специалистов, в первую очередь, гинекологов, распространен ряд ошибочных представлений о методике – т.н. «мифы» об ЭМА. В первую очередь они касаются вопросов использования ЭМА при субмукозных миомах, при наличии миомы матки больших размеров, у больных, имеющих заинтересованность в беременности. Помимо этого наблюдается тенденция преувеличивать риск ухудшения функции яичников после ЭМА.

Материалы и методы: за период с 2002 по 2007 годы ЭМА была выполнена 1420 пациенткам с миомой матки. У 59% пациенток имелись субмукозные миоматозные узлы, у 6% размеры матки превышали 18 недель (гигантская миома) и у 53% больных имелись маточно-яичниковые анастомозы разного типа. Кроме того, 20,4% пациенток имели заинтересованность в беременности, и у 90% из них ЭМА была единственным возможным методом органосохраняющего лечения.

Результаты: У пациенток с субмукозными узлами 0 типа в 18% случаев наблюдали миолиз, в 82% – экспульсию миомы. При 1 и 2 типе узлов экспульсию наблюдали в 9% и 13%, соответственно. При наличии корректного гинекологического пособия экспульсия протекала без пиометры и кровотечения и приводила к восстановлению архитектуры матки. В 23% случаев у больных с 1 и 2 типами происходило изменение топографии миоматозных узлов, позволявшее выполнить гистерорезектоскопию.

У больных с гигантской миомой в 34% наблюдений ЭМА дополняли миомэктомией. В этой группе больных отмечали большую выраженность и продолжительность постэмболизационного синдрома.

У пациенток с маточно-яичниковыми артериальными анастомозами использование определенных технических приемов и модификация методики позволяло минимизировать риск непреднамеренной эмболизации артерий яичников. В 26 наблюдениях при наличии анастомоза 3-го типа выполняли селективную эмболизацию ветвей яичниковых артерий при помощи микрокатетеров. Ни в одном наблюдении не было признаков стойкой аменореи после ЭМА.

У 26 из пациенток, имевших заинтересованность в деторождении, в сроки 6-20 месяцев после ЭМА возникла беременность, завершившаяся родами у 14, выкидышем у 2, аборт у 2. Восемь по-прежнему находятся на разных сроках беременности.

Заключение: эмболизация маточных артерий может с успехом применяться у пациенток с гигантскими и субмукозными миомами. Использование технических приемов минимизирует риск непреднамеренной эмболизации яичниковых артерий при наличии маточно-яичниковых артериальных анастомозов. У пациенток, заинтересованных в беременности ЭМА может применяться в качестве органосохраняющего метода лечения, в особенности при наличии противопоказаний к миомэктомии.