

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 месяцев до 2 лет. Окклюзия реканализованной артерии наблюдалась в 37% случаях, гемодинамически значимое стенозирование в 62% случаев. Первичная проходимость составила 31%. Некрэктомии на оперированной конечности выполнены у 9 пациентов, больших ампутаций не было. Хороший клинический результат в виде сохранения конечности и заживления ран наблюдался у 86% пациентов.

**Заключение.** Эндovasкулярные процедуры у пациентов с поражением артерий голени имеют непосредственный технический успех в большинстве случаев, позволяют добиться сохранения конечности у большинства пациентов. Методика ретроградной реканализации артерий голени является эффективным методом эндovasкулярного лечения ишемии нижних конечностей, особенно в тех случаях, когда реваскуляризация важна для спасения конечности от ампутации. Дальнейшая разработка специальных инструментов и накопление клинического опыта врачей позволит использовать метод ретроградной реканализации более широко.

### ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФРАРЕНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Кавтеладзе З.А., Карташов Д.С., Бабунашвили А.М., Былов К.В., Дроздов С.А., Дундуа Д.П., Травин Г.Ю.  
Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва, Россия.

**Цель.** Оценка непосредственных и отдаленных результатов эндovasкулярного лечения инфраренальных аневризм аорты.

**Материал и методы.** Эндovasкулярное лечение (эндопротезирование) аневризм брюшной аорты выполнено с 1995 по 2010 г. включительно у 203 пациентов, средний возраст больных – 71,3 года. Соотношение мужчины/женщины 184/19.

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

Диаметры доставляющей системы 14-16-22 Р.

Для эндопротезирования применялись различные устройства, в том числе оригинальной конструкции на основе «Za-stent» и серийно производимые «коммерческие» устройства

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

С 1998 по 2005 г. в качестве покрытия использовался только сверхтонкий дакрон (Уазси1ес) и бифуркационный дакроновый тканый протез (Vascutec® США), внедрено в практику бифуркационное эндопротезирование

С 2005 г. по настоящий момент используются только «коммерческие» устройства: «Zenith» COOK; «AneuRx» Medtronic; «Excluder» Gore; «Anaconda» Terumo.

Типы операций эндопротезирования на втором и третьем этапах: 14 унилатеральных с перекрестным шунтированием и 153 бифуркационных.

**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.

Гораздо лучшие результаты получены на втором и третьем этапах: хорошие непосредственные результаты у 165 пациентов (96,7%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) у 2-х пациентов (3,3%), неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 11 лет у 54-х пациентов всех групп. Хорошие результаты (полная герметичность аневризматического мешка, отсутствие протеканий) отмечены у 34 пациентов.

Протекание первого типа, обусловленное миграцией стентграфта, отмечено у двух пациентов, в обоих случаях данное протекание вызвано поломкой стента.

Этим пациентам выполнено повторное успешное эндovasкулярное вмешательство Ч имплантация дополнительного «экстендера» стентграфта и дополнительного модуля. У четырех пациентов отмечено протекание второго типа без признаков увеличения размера аневризматического мешка – дополнительных вмешательств не проводилось, продолжается динамическое наблюдение (УЗИ контроль).

У восьми пациентов (только первая группа) отмечено распространение процесса с увеличением размера полости аневризмы (причина – протекание первого и третьего типов). Им выполнено «открытое» 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 11 лет составила 76%

**Заключение.** Развитие технологии вмешательства (прежде всего, выполнение бифуркационного эндопротезирования), усовершенствование устройств позволяет улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты. К настоящему моменту метод может использоваться в качестве альтернативы открытой реконструктивной хирургии не только у пациентов с высоким хирургическим риском, но и в группах с обычным хирургическим и анестезиологическим риском.