

Для решения этих проблем нами использованы следующие технические приемы: центрация КФ в просвете сосуда с помощью монорельсовой петли, баллонная дилатация НПВ в зоне нарастания неоинтимы, накидывание петли экстрактора по направляющему моделированному катетеру из 2-х доступов и другие.

Лишь в 4 (1,41%) случаях попытки удаления КФ были неуспешными, у остальных пациентов все КФ удалены. Осложнения удаления фильтра, связанные с техническими трудностями, отмечены лишь у 2 (11%) пациентов (забрюшинная гематома) не потребовавшие хирургического вмешательства.

Обследование больных в отдаленном периоде, в сроки от 6 до 24 (в среднем 12) месяцев показало, что лишь у 0,35% из них возник рецидив тромбоемболии легочной артерии.

Таким образом, применение удаляемых моделей кава-фильтров является высокоэффективным способом профилактики легочной эмболии, а возможность их эндоваскулярного извлечения из НПВ в отдаленном периоде позволяет минимизировать негативные последствия этого широко распространенного эндоваскулярного вмешательства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АТЕРЭКТОМИИ УСТРОЙСТВОМ "SILVERHAWK" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

С.А.Капранов, А.А.Хачатуров, А.Г.Златовратский
Кафедра факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

В клинике факультетской хирургии РГМУ в 2009 году впервые в отечественной практике эндоваскулярной хирургии у 8 пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей применена уникальная технология эндоваскулярной атерэктомии.

Среди них было 7 мужчин и 1 женщина в возрасте от 47 до 69 (в среднем – 56,3) лет. При госпитализации состояние 75% больных оценено как среднетяжелое, в 2-х наблюдениях – как тяжелое, что, помимо выраженности симптомов основного заболевания, преимущественно обуславливалось наличием сопутствующей комбинированной терапевтической патологии. При комплексном инструментальном обследовании у 50% пациентов выявлено «многоэтажное» поражение артериальных сосудов таза и нижних конечностей, у всех больных - хроническая артериальная недостаточность II-Б – IIIА степени.

Причиной ХАНК у 2-х пациентов явилось комбинированное окклюзионно-стенотическое поражение различных отделов подвздошных и поверхностных бедренных артерий, у 2-х – общих и поверхностных бедренных артерий, и у 4-х

– только поверхностных бедренных артерий. У 2-х из них локализация «клинически-значимой» бляшки имела бифуркационный характер.

В 3 (37,5%) наблюдениях характер и объем поражения артериального русла практически полностью исключали возможность изолированного эндоваскулярного лечения, а у остальных пациентов делали нежелательным применение традиционного стентирования сосудов.

Для проведения эндоваскулярного вмешательства использовали оригинальный атерэктом «SilverHawk» (EV-3) диаметром 7 Fr, длиной 110 см, вводимого через интродьюсер 8 Fr, по проводнику диаметром 0,014", оснащенного устройством защиты периферических отделов сосудистого русла "Spider" той же фирмы.

В общей сложности эндоваскулярная атерэктомия произведена в 15 зонах: общей подвздошной артерии (1), наружной подвздошной артерии (1), внутренней подвздошной артерии (1), общей бедренной артерии (2), поверхностной бедренной артерии (9), глубокой артерии бедра (1). Для вмешательства в 4 (50%) случаях применен контрлатеральный ретроградный доступ, у 3 (37,5%) больных – антеградный доступ. В одном случае использовался комбинированный билатеральный доступ.

При выполнении атерэктомии из подвздошных артерий вмешательство оказалось успешным во всех случаях, в том числе и с восстановлением проходимости ранее окклюзированной внутренней подвздошной артерии. Также вмешательство оказалось эффективным и при локализации атеросклеротической бляшки в общих бедренных артериях, в том числе и захватывающих устье глубокой артерии бедра. Лишь в одном случае у пациента с «многоэтажной» окклюзией поверхностной бедренной артерии, после успешного удаления атеросклеротической бляшки из устья сосуда, была отмечена выраженная диссекция интимы в нижней трети артерии, приведшая к ее тотальному тромбозу.

Из осложнений эндоваскулярной атерэктомии в 1 случае отмечена ятрогенная перфорация стенки артерии у одного пациента, негативные последствия которой были предотвращены внутрисосудистой тампонадой баллонным катетером. Ни у одного из пациентов не потребовалась имплантация внутрисосудистых стентов.

Все больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, с выраженным снижением степени или при полном отсутствии клинических симптомов ХАНК.

Таким образом, внутрисосудистая атерэктомия является новым эффективным методом лечения больных с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов таза и нижних конечностей, позволяющим значительно расширить сферу применения эндоваскулярных методов и свести к минимуму рецидивы заболевания в отдаленном периоде.