

ным видом локальной реконструкции мы считаем ультразвуковую эндартерэктомию с переходом последней на терминальный сегмент наружной подвздошной артерии с пластикой путей оттока. Данная процедура сочетается с одним из методов эндоваскулярной коррекции путей притока. Еще одним используемым нами вмешательством является сочетание стентирования донорской менее пораженной подвздошной артерии и перекрестное шунтирование. Другим путем оптимизации эндоваскулярного лечения аорто-подвздошных поражений считаем обязательную интраоперационную ультразвуковую навигацию, применение которой обеспечивает максимально корректное проведение перкутанного доступа, а также функциональной оценки проведенной операции.

С 2003 по 2010 годы эндоваскулярные коррекции аорто-подвздошных поражений выполнены у 93 больных, из них у 23 гибридным методом, описанным выше. Еще в 5 случаях инфраингвинальный реконструктивный этап лечения был выполнен отсрочено спустя 2-3 дня после проведения стентирования. В 2003-2006 годах стентирование подвздошных артерий проводили отечественным стентом «Алекс», однако на современном этапе закономерное предпочтение нами отдано самораскрывающимся стентам Astron и Maris Plus, в том числе длинным стентам (120-200 мм). При необходимости проведения прямого стентирования на уровне общей подвздошной артерии в последнее время нами используется кобальт-хромовый стент Scuba с закрытой ячейкой, позволяющий добиться гарантированной фиксации окклюзирующего субстрата и предотвратить его протрузию. При проведении стентирования на уровне устья общей подвздошной артерии считаем нормальной практикой позиционировать проксимальный сегмент стента (до 1 см) в просвете аорты, что также позволяет избежать протрузию субстрата и последующую эмболию.

Непосредственные положительные результаты были получены у 90 больных, включая больных с классом TASC D. У трех больных развились жизнеугрожающие осложнения: в 1 случае – расслоение терминального отдела аорты, в 1 случае – аналогичное расслоение подвздошной артерии, еще в 1 случае – разрыв наружной подвздошной артерии при проведении постдилатации в процессе реканализации и последующего стентирования. Во всех трех случаях причиной осложнений явилось субинтимальное прохождение гидрофильного проводника; исход у всех трех больных был благоприятный благодаря проведенной немедленной конверсии.

Отдаленные результаты прослежены у 82 больных. Реокклюзия констатирована в 1 случае. Еще в 12 случаях выявлены гемодинамически значимые рестенозы после стентирования стентом «Алекс», устраненные повторными эндоваскулярными

вмешательствами. Еще у 2 больных в отдаленном периоде выполнена ампутация конечности в связи с тяжелым неоперабельным поражением дистального русла и критической ишемией.

Таким образом, эндоваскулярная коррекция поражений аорто-подвздошного артериального сегмента является высокоэффективной малоинвазивной методикой хирургического лечения. При диффузном поражении артерий классов С и D во многих случаях эндоваскулярная операция возможна, но подход к ней требуется взвешенный и индивидуальный в каждом отдельном клиническом случае. При проведении эндоваскулярного лечения при классах С и D необходимо иметь готовность к немедленной конверсии операции в «открытую» реконструкцию.

ОПЫТ АКТИВНОГО ВНЕДРЕНИЯ РЕНТГЕНОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ АРТЕРИЙ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНОГО РУСЛА В ПРАКТИКУ ОТДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Шульц А.А., Гогондзе Л.К., Шульц О.Г.,
Грошевой Д.В., Макарова М.В., Абашева Е.В.,
Русинова Е.Ю.
НУЗ «Дорожная клиническая больница на
ст. Горький» ОАО РЖД
Н. Новгород, Россия.

На сегодняшнем этапе развития ангиологии показания к хирургической коррекции стенозов прецеребральных артерий четко установлены. Нет сомнений, что интраторакальные стенозы должны быть объектом для эндоваскулярного вмешательства, однако предметом для неразрешенной дискуссии остаются поражения сонных и позвоночных артерий. Учитывая тот факт, что каротидная эндартерэктомия является золотым стандартом хирургии стенозов каротидных бифуркаций, путь в жизнь эндоваскулярных вмешательств на этой зоне во многих случаях бывает сложным. Тем не менее, в настоящее время опубликовано достаточно исследований, которые наглядно демонстрируют, что каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование по своей итоговой результативности в части достижения искомого эффекта конкурируют равновелико. Что же касается устранения стенозов устьев позвоночных артерий, то более чем очевидно, что сложная анатомическая зона, трудоемкий доступ, опасность повреждения важных нервов, грудного лимфатического протока отдают несомненное предпочтение эндоваскулярному вмешательству, которое, напротив, является в этой зоне несложным, минимально рискованным и быстровыполнимым.

В отделении сердечно-сосудистой и рентгеноэндоваскулярной хирургии НУЗ «Дорож-

ная клиническая больница на ст. Горький» ОАО РЖД в 2010 году был взят курс на активное внедрение интервенционных методов лечения поражений прецеребральных артерий, а данное направление было обозначено как одно из приоритетных. Мотивация нашей позиции была предельно проста: анализируя данные многих исследований, посвященных каротидному стентированию, мы не нашли причину, которая могла бы идеологически препятствовать развитию этого направления, а несоизмеримая по уровню хирургической агрессии малая инвазия, быстрее реабилитация и возвращение больного к повседневной жизни, а также требования времени к развитию высокотехнологичной малоинвазивной хирургии в ведомственной клинике явились решающими доводами. Кроме того, благодаря внедрению эндоваскулярных методов мы смогли оперировать больных с тяжелой общесоматической патологией, которых прежде мы не рисковали подвергать каротидной эндартерэктомии. Единственным абсолютным противопоказанием для проведения стентирования считаем патологическую извитость внутренней сонной артерии, делающую невозможным эндоваскулярную коррекцию.

Нельзя также не отметить, что значительное снижение финансовых затрат на обеспечение послеоперационного периода привело к тому, что себестоимость стентирования вместе с лечением оказалась даже несколько ниже, чем себестоимость каротидной эндартерэктомии.

С декабря 2009 года по сентябрь 2010 года в отделении оперировано эндоваскулярными методами 39 больных со стенозами артерий прецеребрального русла.

Выполненные операции разделились следующим образом:

Прямое стентирование подключичной артерии – 7;
Прямое стентирование брахиоцефального ствола – 1;
Прямое стентирование внутренней сонной артерии – 2;
Прямое стентирование позвоночной артерии – 5;
Прямое стентирование устья левой общей сонной артерии – 1;
Прямое стентирование стеноза аутовенозного протеза левой внутренней сонной артерии – 1;
Прямое стентирование устья левой общей сонной артерии с одномоментным стентированием левой внутренней сонной артерии — 1 (открытый доступ к общей сонной артерии);

Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации с применением двухбаллонной защиты MOMA – 5;

Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации с применением дистальной защиты FiberNet – 16; в одном случае каротидное стентирование с дистальной защитой проведено одномоментно с прямым стентированием огибающей артерии сердца.

При выполнении прямого стентирования подключичной артерии и брахиоцефального ствола применяли кобальт-хромовый стент Scuba с закрытой ячейкой, полагая, что дизайн стента является наилучшим в отношении профилактики эмболии. Стентирование устья позвоночной артерии проводили коронарным стентом Pro-Kinetic. Стентирование внутренней сонной артерии и каротидной бифуркации проводили конусным стентом Cristallo с комбинированным дизайном ячейки. Во время операции ангиографический контроль дополняли дуплекс-контролем. Метод антиэмболической защиты выбирали в зависимости от степени стеноза, его протяженности, структуры бляшки, анатомии боковых ветвей наружной сонной артерии.

В 38 случаях был получен хороший ангиографический и клинический результат. В 1 случае у больной через сутки после операции развилась клиника острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. При проведении экстренной ангиографии выявлена протрузия стенозирующего субстрата в просвет внутренней сонной артерии, которая была фиксирована посредством повторного прямого стентирования стент в стент. В дальнейшем клиника инсульта полностью регрессировала без последующего неврологического дефицита. Летальных исходов не было.

Все больные после каротидного стентирования активно наблюдаются в отделении 1 раз в квартал, проходя дуплекс-контроль. До настоящего времени ни в одном случае нами не выявлены признаки нарушения функции стентированной внутренней сонной артерии.

Таким образом, наш первый собственный опыт эндоваскулярного лечения поражений артерий прецеребрального русла показал высокую эффективность метода, его допустимую безопасность, что позволяет надеяться на дальнейшее прогрессивное развитие данного направления сердечно-сосудистой хирургии в нашей клинике.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Ярков С.А.
ГКБ №7, Москва, Россия.

Введение и цель. Инсульт — 2-ая лидирующая причина летальности в мире. Главная причина неврологической инвалидности у взрослых. Половина выживших нуждаются в обслуживании. Цель: провести анализ начального опыта и оценить стентирование сонных артерий как метод профилактики ишемического инсульта.

Материал и методы. В ГКБ №7 города Москвы с октября 2008 по февраль 2010г имплантация стента в сонные артерии проведена 10 пациентам со стенозирующим атеросклерозом