

Введение. В настоящий момент основным видом операции при билатеральном поражении аорто-подвздошного сегмента является аорто-бифеморальное шунтирование. Данный вид вмешательства характеризуется высокой травматичностью и летальностью, достигающей 2,5 – 5,0 %. В связи с этим возрастает интерес к операциям, с минимальной травмой, в частности к гибридным вмешательствам, позволяющим снизить травматизм и фатальные осложнения.

Целью нашей работы была сравнительная оценка традиционных операций на аорто-подвздошном сегменте и операций, сочетающих в себе элементы открытых и эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. Первая группа — 53 человека, им выполнялись операции на аорто-подвздошном артериальном сегменте по стандартной («классической») технологии – тотальная срединная лапаротомия или забрюшинный доступ по Робу и бифуркационное шунтирование (протезирование) синтетическим протезом. Вторая группа — 44 человека, которым выполнялись эндоваскулярные операции на подвздошных артериях со стороны стеноза и подвздошно-бедренное протезирование синтетическим протезом со стороны окклюзии.

Ликвидация второго блока при сочетанной окклюзии бедренно-подколенного артериального сегмента в первой группе выполнялась у 2 пациентов (3,8%), во второй у 8 (18,2%).

Результаты. В первой группе ранняя летальность составила 7,5%, во второй — умерших не было. Поздние тромботические реокклюзии в аорто-подвздошной зоне после операции наблюдались в первой группе — 4 пациента (7,5%), что потребовало выполнить повторную реконструкцию в объеме тромбэктомии с реконструкцией бранши протеза у двоих пациентов. У одного больного высокую ампутацию конечности. Во второй группе тромбоз зоны реконструкции подвздошных артерий в отдаленные сроки п/о наблюдались у 10 пациентов (22,7%).

Из двух пациентов первой группы, у которых производилась ликвидация второго блока, поздние тромботические реокклюзии зарегистрированы у всех (100%). Во второй группе отдаленный тромбоз в зоне бедренно-подколенной пластики у 9 пациентов (39,1% от числа бедренно-подколенных реконструкций), из них в 4 наблюдениях данное осложнение сочеталось с окклюзией подвздошных артерий. Всем этим пациентам выполнена тромбэктомия (совместно с вмешательством на подвздошных артериях), одному пациенту повторное оперативное лечение не выполнялось (из-за компенсации кровообращения конечности), остальным выполнена повторная реконструкция бедренно-подколенного артериального сегмента. Ампутации пациентам второй группы не выполнялись.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных исследований отмечено отсутствие летальности и высоких ампутаций, значительно меньшее количество тяжелых осложнений в группе с гибридными операциями. Поздних тромботических реокклюзий после реконструкции значительно больше у пациентов с гибридными технологиями оперативного лечения, однако всем пациентам удалось выполнить повторное оперативное лечение и сохранить конечности. Несмотря на значительно большее количество тромботических реокклюзий, у пациентов с пролонгированными стенозами подвздошных артерий с одной стороны и окклюзией с другой предпочтительно выполнять гибридные операции. Эти вмешательства имеют значительно меньший риск смертельных и тяжелых осложнений для пациента, соответственно расширяются показания для операции. Ликвидация второго блока вторым этапом оперативного лечения производится у большинства пациентов на стороне эндоваскулярной реконструкции и имеет меньшее количество осложнений, в том числе и тромботических.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПЛАСТИКА (ПАП) ПРИ НЕТИПИЧНОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИИ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

Овчаренко Д.В., Капутин М.Ю., Воронков А.А., Платонов С.А.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, Россия.

Введение. ПАП окклюзий артерий голени стала ценным методом реваскуляризации у пациентов с критической ишемией, в особенности у пациентов с диабетом. Однако при выполнении вмешательства нередко бывает трудно определить источники кровоснабжения стопы у конкретного пациента, что может приводить к возникновению специфических осложнений — перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий.

Цель данного исследования — оценить распространенность нетипичных вариантов кровоснабжения стопы и их влияние на возникновение этих осложнений при реканализации окклюзий артерий голени.

Материал и методы. В период с февраля 2005 года по сентябрь 2010 года нами были выполнены первичные процедуры ПАП на 248 конечностях у 240 пациентов. Был проведен ретроспективный анализ интраоперационных ангиограмм и протоколов процедур ПАП. Оценивались распространенность нетипичных вариантов, когда тыльная артерия стопы (ТАС) и/или подошвенная артерия стопы (ПАС) яв-

ляются продолжением малоберцовой артерии (МА). Учитывались осложнения, связанные с этими анатомическими особенностями кровоснабжения стопы.

Результаты. Варианты кровоснабжения стопы распределились следующим образом: отхождение ТАС и ПАС от МА — 2 (0,8%), ТАС от МА — 7 (2,8%), ПАС от МА — 8 (3,2%). В 6 случаях из 17 (35%) нетипичный вариант кровоснабжения стопы был очевиден и не оказал влияние на ход вмешательства. В пяти случаях произошла перфорация большеберцовых артерий, а вариант кровоснабжения стопы стал понятен после реканализации МА. У двух пациентов это осложнение имело клинические последствия. В оставшихся шести (35%) случаях нетипичный анатомический вариант был заподозрен до возникновения осложнений. У одного пациента МА была источником ПАС на здоровой конечности, и это послужило основанием для реканализации МА, которая так же оказалась источником ПАС. В оставшихся 5 случаях тщательное отслеживание кальция по ходу окклюзированной артерии при рентгеноскопии позволило заподозрить гипоплазию большеберцовых артерий, реканализировать МА и избежать осложнений.

Выводы. Нетипичные варианты кровоснабжения стопы из МА не столь уж редки и в нашей серии пациентов составили 6,9%. Перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий имели место в 29% таких случаев и были обусловлены тем, что нетипичный вариант кровоснабжения не был распознан до или во время вмешательства. Перфорации гипоплазированных большеберцовых артерий в 40% случаев имели клинические последствия для пациента. В случаях с неясными источниками кровоснабжения стопы необходимо тщательно оценивать ангиографическую картину и соответствующим образом изменять тактику вмешательства.

СУБИНТИМАЛЬНАЯ АНГИОПЛАСТИКА (СА) ОККЛЮЗИЙ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ

Овчаренко Д.В., Капутин М.Ю., Платонов С.А., Воронков А.А.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Протяженные хронические окклюзии артерий голени и стопы являются наиболее сложной задачей для реваскуляризации. Поиск наиболее эффективных методик реканализации такого рода артериальных поражений по-прежнему актуален.

Цель данного исследования — оценить технические результаты применения СА для реваску-

ляризации различных артериальных сегментов ниже колена.

Материал и методы. В период с февраля 2005 года по сентябрь 2010 года, нами были выполнены 282 процедуры ПАП на 248 конечностях у 240 пациентов с критической ишемией, из которых 73% страдали диабетом. В 93% случаев (262 процедуры) был восстановлен антеградный кровоток до стопы хотя бы по одной артерии. В процессе этих успешных вмешательств предпринималась намеренная субинтимальная реканализация 309 артериальных сегментов ниже колена, которые были разделены на группы в соответствии с уровнем начала и окончания окклюзии. Таким образом, оценивались и сравнивались результаты СА 99 передних большеберцовых артерий (ПББА), 58 задних большеберцовых артерий (ЗБА), 64 малоберцовых артерий (МА), 21 окклюзия с началом в ЗББА и окончанием в подошвенной артерии стопы (ЗБА-ПАС), 44 окклюзии ПББА – тыльной артерии стопы (ПББА-ТАС), а так же 12 окклюзий ТАС и 7 ПАС. Так же отмечались причины неудач СА в этих сегментах.

Результаты. СА была успешна в 81 ПББА (82%), 46 ЗББА (79%), 53 МА (84%), 13 (62%) ЗБА-ПАС, 32 (73%) ПББА-ТАС. При окклюзии ПАС СА была эффективна в 4 (57%), а ТАС – в 6 (50%) случаев. Перфорация артерии проводником была причиной неудачи СА в 63 % случаев, отсутствие ригидности без перфорации в 31 % случаев, а отсутствие кровотока после СА в 6% случаев.

Выводы. СА хронических окклюзий артерий ниже колена является высокоэффективным методом восстановления кровотока и позволяет достичь успеха в 77% случаев. Эффективность СА артерий стопы была достоверно ниже, чем в выше расположенных сегментах. Самой частой причиной неудач СА (63%) была перфорация артерии.

НИЗКАЯ ИСХОДНАЯ СКОРОСТЬ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ МОЩНЫМ ПРЕДИКТОРОМ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ГОСПИТАЛЬНЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ LOW ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ НЕПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ

Омаров А., Шульженко Л., Першуков И., Батыралиев Т., Фетцер Д., Рамазанов Д., Кадыров Б., Карбен З., Сидоренко Б.
РГП ННЦХ им А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан;
Областная Клиническая больница №1, Краснодар, Россия;
ФГУ УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия
МЦ им Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция;
Областная Клиническая больница, Липецк, Россия.