

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Кавтеладзе З.А., Карташов Д.С., Бабунашвили А.М.,
Былов К.В., Дроздов С.А., Дундуа Д.П.
Центр Эндохирургии и Литотрипсии, Москва,
Россия

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

Материал и методы: Эндоваскулярное лечение (эндопротезирование) аневризм брюшной аорты выполнено с 1995 по 2009 г. у 186 пациентов, средний возраст больных – 74,2 года. Соотношение мужчины/женщины 169/17.

Типы доступа: в 78 случаях использован чрескожный доступ, в 108 случаях артериотомный бедренный доступ.

Диаметры доставляющей системы 14-16-22 F. С 1995 по 1998 г.г. в качестве покрытия использовался полиэтилен и полиуретан, выполнялось только линейное и унилатеральное ЭП (36 пациентов - первая группа).

С 1998 по 2009 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 133 пациента: 64 с использованием ZA-стента, 86 с использованием коммерческих систем (вторая группа).

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.

Результаты во второй группе: Хорошие непосредственные результаты у 144 (96%) пациентов из 150 (100,0%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) у 6 пациентов (4,0%), неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 12 лет у 93 пациентов обеих групп.

У восьми пациентов (4,3%) 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 в обеих группах умерло 6 (3,2%) больных, от других причин (инсульт, инфаркт) - 15. Выживаемость за 12 лет составила 56,2%.

Заключение: развитие технологии вмешательства, 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 отмечается сопоставимые результаты с реконструктивной хирургией, но с большим количеством повторных интервенций.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ УДАЛЯЕМЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ

Капранов С.А., Ольмезова А.Я., Буров В.П.
Кафедра факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

В клинике факультетской хирургии РГМУ за период с 2007 по 2008 год удаляемые кавы-фильтры были имплантированы 283 пациентам.

Среди них было 154 (54,41 %) мужчин и 129 (45,59 %) женщин в возрасте от 17 до 86 (в среднем – 48,15) лет. При госпитализации состояние 42,719% больных оценено как удовлетворительное, 33,01% - как среднетяжелое, и в 24,271% наблюдений – как тяжелое. При комплексном инструментальном обследовании у 100% пациентов выявлено тромботическое поражение сосудов системы НПВ, у 29,43% - тромбоэмболия легочной артерии различной степени тяжести, в 100% случаев патология носила комбинированный характер.

Для вмешательства применены удаляемые кавы-фильтры следующих моделей: «Ёлочка» 135 (47,7%), «Зонтик» 103 (36,39%), OptEase 26 (9,18 %), «Корона» 12 (4,29%), «ФИСТ» 7 (2,47%).

После комплексного лечения, направленного на восстановление проходимости глубоких вен и ликвидацию легочной эмболии, в 149 (52,82%) случаев необходимости в постоянной фильтрации кровотока по НПВ не было, что обуславливалось показаниями к удалению кавы-фильтра. Кроме того, у 17 (6%) больных произведена коррекция положения кавы-фильтра, связанная с его первичной технически неадекватной имплантацией.

Комплексные результаты эндоваскулярной профилактики ТЭЛА с помощью удаляемых кавы-фильтров были следующими. В 18 (6,36%) случаев кавы-фильтры были удалены в сроки от 12 до 183 (в среднем 42) суток после эндоваскулярного вмешательства. Из них в 11 (61,11%) наблюдений отмечены технические трудности удаления, связанные с отклонением кавы-фильтра от продольной оси сосуда (3), плотным прилеганием крючка фильтра к стенке НПВ (1), нарастанием неоинтимы на лучики фильтра в зоне фиксации (2), попаданием крючка КФ в почечные вены (2), эмболией в КФ (3), перфорацией лучами КФ стенок сосуда (1).

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%) случаев попытки удаления КФ были unsuccessful, 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 тромбоэмболии 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 контралатеральный 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.