

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 10 лет. Непосредственно от разрыва аневризмы умерло 2 (5.3%) больных, от других причин (инсульт, инфаркт) – 8. Выживаемость за 10 лет составила 78%. Именно эти результаты позволяют оценить данную методику и ее перспективы, особенно у данной тяжелой группы больных.

Заключение. Развитие технологии эндопротезирования аневризм, усовершенствование устройств позволяет улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты. В отдаленном периоде отмечаются результаты сопоставимые с реконструктивной хирургией, но с большим количеством повторных интервенций. Метод эндопротезирования аневризм должен использоваться в качестве альтернативы открытой реконструктивной хирургии у пациентов с высоким хирургическим риском и тяжелой сопутствующей патологией.

АНГИОПЛАСТИКА И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СТЕНОЗОВ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

Кавтеладзе З.А., Дроздов С.А., Бабунашвили А.М., Базарнова А.А., Былов К.В., Карташев Д.С., Дундуа Д.П., Артамонова Ю.В.
Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва, Россия.

Цель исследования. Оценка возможностей и отдаленных результатов чрескожной баллонной ангиопластики (ЧБА) и эндопротезирования пораженных участков подключичных артерий (ПА).

Материал и методы. С 1993г по 2010 г в отделении сердечно-сосудистой хирургии ЦЭЛТ у 101 больного выполнена ангиопластика и стентирование подключичных артерий. Средний возраст пациентов составил 61 год. Из них 80 мужчин и 21 женщина. Стенотические поражения выявлены у 71 (со степенью сужения от 70 до 95%), окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии – у 30 больных. У 26 имелось сочетанное поражение сонных артерий.

4 пациентам проведена баллонная ангиопластика, 97 пациентам проведена имплантация стентов. 1 пациенту потребовалось установить 2 стента из-за длины поражения, у остальных имплантировано по 1 стенту.

Результаты. Положительные непосредственные результаты вмешательства отмечены у всех оперированных больных, лишь в одном случае не удалось провести реканализацию хронической окклюзии ПА. Средний койко-день составил 2 суток. Тяжелых осложнений в исследуемой группе не отмечено. Отдаленные результаты прослежены у 73 больных (72,3%). В 5,9% (у 6 больных) выявлен гемодинамически значимый рестеноз, по поводу чего выполнена повторная баллонная дилатация, у 1 пациента проведена

повторная имплантация одного стента с лекарственным покрытием.

Заключение. Чрескожная баллонная ангиопластика (ЧБА) и эндопротезирование пораженных участков подключичных артерий является эффективным методом, позволяющим получить удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты у большинства больных, избежать более травматичного открытого вмешательства, улучшить качество жизни пациентов.

РЕТРОГРАДНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ

Кавтеладзе З.А., Былов К.В., Дроздов С.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии, Москва, Россия.

Цель. Определить показания к ретроградным эндоваскулярным вмешательствам при окклюдированных атеросклеротических поражениях артерий голени и оценить непосредственные и отдаленные результаты таких вмешательств.

Материал и методы. В отделении сердечно-сосудистой хирургии Центра эндохирургии и литотрипсии с 1993 по 2010 г. проведено 287 эндоваскулярных вмешательств при окклюзиях артерий голени. У 47 пациентов (16.4%) антеградная реканализация не удалась, и была предпринята попытка ретроградной реканализации. В 3 случаях не удалась пункция единственной проходимой малоберцовой артерии в дистальной части голени. У 16 пациентов проведена реканализация передней тibiальной артерии, у 14 – задней тibiальной артерии, у 13 – малоберцовой артерии. В 1 случае не удалась реканализация единственной передней тibiальной артерии в проксимальной части из-за выраженного кинкинга и кальциноза. Во всех случаях проведена баллонная дилатация, а у 25 пациентов проведено «точечное» стентирование в зонах окклюдированной диссекции артериальной стенки.

У всех пациентов имелась ишемия н/к с 2Б по 4 стадию (3-6 стадии ишемии по Рутерфорду). У 86% пациентов имелся сахарный диабет. У 30% пациентов была критическая ишемия н/к с трофическими изменениями мягких тканей голени и стопы, что усложняло проведение дистальной пункции артерии, а во многих, не включенных в анализ случаев, лимитировало применение ретроградной пункции.

Результаты. Первичный технический успех достигнут у 43 (97.7%) пациентов. Клиническое улучшение в ближайший послеоперационный период в виде купирования критической ишемии, уменьшения болевого синдрома, улучшения состояния раны наблюдалось у 92% пациентов. Ближайшие послеоперационные осложнения в 2.3% случаев (у 1 пациента развилась контраст-индуцированная нефропатия), летальных исходов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 месяцев до 2 лет. Оклюзия 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. Эндоваскулярные 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 эндоваскулярного 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 эндоваскулярного лечения инфраренальных аневризм аорты.

Материал и методы. Эндоваскулярное 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 эндоваскулярное вмешательство. Чимплантация 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.