

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А.Г. Мизин, П.И. Павлов, В.И. Козлов,
А.Н. Серенко (Ханты-Мансийск)

Цель исследования: сообщить результаты эндоваскулярного лечения аневризм висцеральных артерий в ОКБ г. Ханты-Мансийска.

Материал и методы. За шестилетний период (2002 – 2007г.г.) функционирования отделения РХМДиЛ в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска в клинику поступило 4 пациента с аневризмами селезеночной артерии и 1 пациент с аневризмой верхней брыжеечной артерии. Всем пациентам выполнено эндоваскулярное лечение.

Результаты. 4 пациента имели различные симптомы: боли в животе, тошнота, рвота, кровотечения. У 3 пациентов развитие аневризм возможно было связать с перенесенным панкреатитом или панкреонекрозом. В 2 случаях этиология аневризм неясна. Диагноз установлен с помощью КТ с контрастным усилением, и ангиографии. В 3 случаях для уточнения анатомии аневризмы использовалась ангиография с трехмерной реконструкцией. Всего выявлено 6 аневризм размерами от 8 до 67мм. Во всех случаях хирурги предлагали первым этапом эндоваскулярное лечение. У 3 пациентов с аневризмами селезеночной артерии при неэффективности первого этапа хирурги не планировали сосудистой реконструкции, а только спленэктомию с частичной резекцией поджелудочной железы. У 2 пациентов аневризмы селезеночной артерии и у 1 пациента аневризма верхней брыжеечной артерии выключены из кровотока имплантацией саморасширяющихся или баллонрасширяемых стент-графтов. У 2 пациентов аневризмы селезеночных артерий тромбированы проксимальной эмболизацией спиралями через просвет микрокатетера, что привело к развитию инфарктов селезенки. Вмешательства выполнены бедренным доступом у 4 пациентов и плечевым доступом у 1 пациента с аневризмой верхней брыжеечной артерии. Для подтверждения тромбоза аневризм в послеоперационном периоде выполняли КТ с контрастным усилением, доплерографию. У всех пациентов дополнительного хирургического лечения аневризм не потребовалось. У 2 пациентов с инфарктами селезенки проводилась дополнительная консервативная терапия с хорошим эффектом.

Выводы. Эндопротезирование и эмболизация – эффективные методы лечения аневризм висцеральных артерий. В нашей клинике эндоваскулярное лечение использовалось в 100% случаях. У всех пациентов с аневризмами селезеночной артерии удалось сохранить селезенку.

РЕЗУЛЬТАТЫ ШЕСТИЛЕТНЕГО ОПЫТА ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Г. Мизин, П.И. Павлов, В.И. Козлов,
А.Н. Серенко (Ханты-Мансийск)

Цель исследования: проанализировать результаты ангиопластик у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей за весь период работы рентгенохирургической службы ОКБ г. Ханты-Мансийска.

Материал и методы. За шестилетний период (2002 – 2007г.г.) функционирования отделения РХМДиЛ в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска выполнено 207 операций у 159 пациентов с облитерирующим атеросклерозом на артериях 210 нижних конечностей с ишемией от IIб стадии до критической ишемии, что составило 61,4% всех ангиопластик на периферических артериях. Выполнены вмешательства на 275 артериях: 139 подвздошных (23% окклюзированных), 93 поверхностных бедренных (64,5% окклюзированных), 4 аорты в инфраренальном отделе (75% окклюзированных), 35 прочих артерий (подколенные, артерии голени, общие и глубокие бедренные, шунты).

Результаты. При подвздошных ангиопластиках ангиографический успех достигнут в 91,4%. Частота стентирования составила 91,4%. Реканализация окклюзий подвздошных артерий достигнута в 93,8%. Применяемые доступы: контралатеральный – 33,8%, ретроградный – 42,4%, обе бедренные артерии – 15,1%, артерии в/к – 8,6%. Ангиографический успех ангиопластик поверхностных бедренных артерий достигнут в 89,2%. Стентирование использовали в 55,9%. Успех реканализации окклюзированных артерий составил 95%. Контралатеральный и бедренный доступ на стороне поражения применяли в равной степени. По одному разу для ангиопластики поверхностных бедренных артерий использовали подколенный, плечевой и лучевой доступы.

Осложнения: острый и подострые тромбозы – 1,9% от всех операций, ампутированы в раннем послеоперационном периоде 3 конечности (1,4% всех оперированных конечностей), осложнения в месте доступа, потребовавшие хирургической коррекции в двух случаях – 0,97%.

Всем пациентам перед реваскуляризацией выполняется ангиография. В течение последнего года по возможности диагностический этап сразу переходит в лечебный. Количество осложнений не увеличилось, преимущества очевидны. Ни тяжесть ишемии, ни протяженность поражения, ни состояние дистального русла не являются самостоятельными барьерами при определении показаний. При невоз-

возможности выполнить реканализацию стандартной техникой используем радиочастотную или лазерную абляцию. По возможности за один этап стараемся устранить все доступные поражения на артериях н/к. В 7 случаях для этого использовали технику разворота интродьюсера в бедренной артерии. В 5,8% операций одноэтапно выполняли ангиопластики коронарных, брахиоцефальных, почечных артерий. В течение последнего года для гемостаза рутинно используем perclose. Как правило, все пациенты выписываются на 2-3 сутки после операции с рекомендациями по консервативной терапии (тиенопиридины не менее 6мес). При необходимости пациенты госпитализируются повторно для выполнения ангиографии и реваскуляризации. Частота повторных ангиопластик подвздошных артерий – 4,3%, поверхностных бедренных – 20,4%.

Выводы: ангиопластика артерий нижних конечностей с ишемией IIб-IV степени – процедура с высокой частотой технического успеха даже при окклюзионном поражении с небольшой частотой осложнений, эндоваскулярная техника позволяет одноэтапно выполнять многэтажные поражения, двусторонние поражения, поражения артерий различных бассейнов.

КОНЦЕПЦИЯ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Б.М. Миролюбов (Казань)

Актуальность. Сегодня лечением сосудистой недостаточности (СН) занимаются врачи большого числа специальностей – сердечно-сосудистые хирурги, ангиологи, кардиологи, неврологи, реабилитологи, абдоминальные хирурги, пульмонологи и т.д. Каждая специальность имеет настолько профильную терминологию и специфику, что специалисты буквально «говорят на разных языках» об одной и той же патологии. Клинические представления об И или её «образы» в каждой узкой специальности отличаются от, определенных фундаментальными науками понятий и, конечно же, отличаются от представлений об И в смежных узких специальностях. Отличия существуют как в самой терминологии, так и в классификации тяжести И. Известный в патологии термин **некроз** (Н) (гр. nekros – местная смерть) кардиологи заменили инфарктом (лат. infarctus – набитый, наполненный), неврологи – инсультом (лат. insultare – скакать, прыгать). В абдоминальной хирургии хроническую И кишечника называют абдоминальной ишемией или «брюшной жабой», а острую И – гангреной (гр. gangraina – омертвление органа или части тела) или некрозом кишечника. В основе классификаций И, как острой так и хронической (ОИ, ХИ) нет основополагающих принципов. Острый коронарный синдром и цереброваскулярная недоста-

точность – ныне также широко распространенные термины в кардиологии и неврологии, как когда-то термин «острый живот» в хирургии. Но являются ли сегодня эти термины медицинскими? Эти термины, как и предыдущие, являются **ТЕРМИНАМИ-ПОСРЕДНИКАМИ**. На обратимых стадиях И, а не инфаркта, инсульта и гангрены можно и нужно предотвратить развитие необратимых изменений. Ведь сердечно-сосудистые хирурги лечат и **вылечивают** ОИ, а не ГАНГРЕНУ конечности! Про острую венозную (ОВН) и хроническую венозную недостаточность (ХВН) миокарда, головного мозга, кишечника, печени, поджелудочной железы, легких и т.д. мы сегодня имеем минимальные теоретические представления, а в лечебной практике эти состояния не выставляем в виде диагноза. Не потому же, что они не встречаются у больных? А потому, что мы их либо **не знаем**, либо **не имеем утвержденного понятия и соответствующей классификации**, чтобы официально внести в медицинскую карту. Диагнозы одного и того же заболевания в разных специальностях имеют разную структуру, что также не способствует взаимопониманию специалистов разных профилей.

Средства и методы лечения не классифицированы относительно этиологии, патогенеза и симптоматики того заболевания, на лечение которого они направлены.

Цель исследования. Систематизация сосудистой недостаточности на основе единых общих принципов её патогенеза, что позволит разрабатывать классификации сосудистой недостаточности каждого органа или части тела.

Обсуждение. Мы систематизировали все существующие классификации СН на основе общих для всех органов и частей тела закономерностей их развития. В основе системы лежат **органный и временной** принципы. В результате мы получили **систему классификаций СН различных органов и частей тела**, основанную на **единых принципах**. Принцип **обратимости** лежит в основе классификации **острой** СН. Жизнеспособность основной ткани определяет жизнеспособность органа или части тела в целом. При классифицировании **хронической** артериальной и венозной недостаточности мы предлагаем выделять I стадию доклиническую, II – функциональных нарушений (с подстадиями), III – пограничную или критическую (покоя) и IV – повреждения структуры. Подобное деление на стадии уже применялось для классификации ишемии головного мозга и кишечника (Покровский А.В., 1978, Поташев Л.В. 1985) Если систему представить в виде таблицы, подобной таблице Менделеева Д.И., то получится система классификаций. Мы предлагаем единую структуру диагноза, которая могла бы отразить различную патологию. Также предлагаем примеры классификаций методов оперативного лечения СН конечностей.