

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Василевский В. П.¹, Иоскевич Н. Н.¹, Могилевец Э. В.¹, Цилиндзь А. Т.²,
Васильчук Л. Ф.², Горячев П. А.², Труханов А. В.²

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²
Гродно, Беларусь*

Введение. В настоящее время более 1,5 млн людей в мире живут с аневризмой брюшной аорты (АБА), у 15% из них патология диагностирована, и только 6% пациентов пролечены [1]. Хирургическое лечение аневризматических изменений брюшной аорты сегодня весьма актуально в связи неблагоприятным прогнозом болезни при ее естественном течении и большой вероятностью возникновения осложненного течения аневризматических поражений (расслоение стенки аорты или ее разрыв). Подобные клинические ситуации непосредственно угрожают жизни при отсутствии экстренной хирургической помощи или возможных в настоящее время альтернативных миниинвазивных интервенционных эндоваскулярных манипуляций [3]. Получение точных пошаговых данных о размерах, виде, локализации, взаимоотношениях патологического процесса в аорте и основных ее ветвях делают возможным имплантацию внутрипросветных протезных структур индивидуального характера, максимально нормализующих кровотоки в зоне аневризматических изменений абдоминальной аорты. Наличие в настоящее время возможностей для выполнения альтернативных эндолюминальных интервенций при аневризматических трансформациях аорты позволяет существенно снизить характер травмы и выраженность инвазивности хирургического лечения [2].

Цель: на основании использования миниинвазивных эндопротезных технологий оптимизировать лечебный алгоритм и улучшить результаты хирургии аневризм брюшной аорты.

Материалы и методы исследования. 17 пациентам в течение 7 лет осуществлен эндолюминальный стентграфтинг зоны аневризматической трансформации брюшной аорты. В подавляющем большинстве наблюдений этиологическая причина заболевания – атеросклероз и артериальная гипертензия. Только у одного пациента аневризма брюшного отдела аорты носила воспалительный характер. Возраст пациентов составил от 56 до 79 лет. Все они страдали тяжелой сопутствующей патологией: раком почки, ИБС, сочетающейся с гипертонической болезнью, хронической ишемией органов пищеварения, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, ишемией нижних конечностей II-IV стадий по Fontain. Диагностика аневризм включала общеклиническое обследование, неинвазивные (УЗДГ, мультиспиральная КТ с ангиоусилением) и инвазивные (аортография) методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Основным этиологическим фактором аневризм брюшной аорты и основных ее магистралей, по нашим

наблюдениям и по данным доступных информационных источников, в настоящее время, безусловно, является атеросклероз. Однако это не исключает возможности развития АБА другого, более редкого происхождения (как приобретенного, так и врожденного). Удельный вес неатеросклеротических аневризм брюшного отдела аорты составляет не более 10%. Необходимо отметить, что возраст (56 лет) единственного пациента из наших наблюдений с воспалительной аневризмой был более чем на 10 лет моложе, чем средний возраст других оперированных (68 ± 3 года). Аневризмы во всех случаях у пациентов с воспалительным генезом (и в нашем наблюдении в частности) являются симптомными. Симптоматика воспалительной аневризмы аорты была связана с клинической картиной воспаления и расширения аортальной сосудистой структуры: снижение веса, боли в животе и поясничной области, субфебрильная температура и изменение картины крови.

Несмотря на многолетние исследования воспалительных аневризм, этиология и патогенез их развития до конца не изучены. Современные представления базируются на внешних (антигенных), эндотелиальных и генетических факторах, которые, воздействуя на стенку аорты, являются причиной образования аневризм. Гистопатоморфология воспалительных аневризм характеризуется наличием трех основных признаков: утолщение стенки аневризматического мешка; интенсивный перианевризматический и ретроперитонеальный фиброз; частое вовлечение в спаечный процесс органов, окружающих аневризму. Данные обстоятельства могут обуславливать предпочтительный вариант лечения: открытая классическая хирургия или эндолюминальные изолирующие вмешательства.

В рамках осуществления инновационных приемов в медицинской практике, начиная с апреля 2009 г., стало возможным изолирование полости аневризмы интервенционным эндоваскулярным стентграфтингом с помощью эндопротезных систем Gore Excluder AAA (USA) (13 пациентов) и Cook Zenith (Ирландия) (4 пациента). Все пациенты имели неосложненное течение аневризматического процесса и подвергнуты эндолюминальному вмешательству в плановом порядке после комплексного амбулаторного и стационарного обследования на 1-е или 2-е сутки с момента поступления. Процедура внутрисосудистого стентграфтинга аневризматического расширения брюшной аорты осуществлялась в кабинете рентгенэндоваскулярной хирургии под спинномозговой анестезией из нетравматичного бифеморального оперативного доступа. Ее длительность в наших наблюдениях составила в среднем 110 ± 10 минут. С первых часов после имплантации оперированные были мобильны в постели, а на вторые сутки в палате и в пределах отделения. Особо хочется отметить, что пациенту с симптомной воспалительной аневризмой также применена миниинвазивная рентгенэндоваскулярная интервенционная технология. Ему осуществлено изолирование полости аневризмы эндолюминальным

стентграфтингом с помощью эндопротезной системы Gore Excluder AAA (USA). Общевоспалительная реакция купирована применением цефалоспоринов III поколения и недельным курсом кортикостероидов в минимальной терапевтической дозе. В раннем послеоперационном периоде осложнения тромботического генеза развились у 1 пациента. Спустя два часа после окончания эндоваскулярного вмешательства диагностирован острый тромбоз места ушивания бедренной артерии в зоне проведения устройств доставки эндопротезной системы, дистальная эмболия и тромбоз берцовых артерий, следствием которых явилась малая ампутация конечности, несмотря на предпринятую хирургическую попытку ее реваскуляризации. Еще у одного оперированного имел место транзиторный умеренно выраженный нижний парапарез в связи с редукцией магистрального кровотока по поясничным артериям в результате изолирующей интервенции в аневризматической полости. Все пациенты после аортобифеморального стентграфтинга выписаны на 4-7-е сутки неосложненного периода после эндоваскулярной процедуры с полной компенсацией и коррекцией гемодинамики в зоне аневризматического расширения.

Состояние эндографта и характер кровотока в области его оценен у 83% (14 пациентов) в разные сроки спустя год после имплантации. У 12 пациентов отмечен стойкий и надежный изолирующий эффект проведенного лечения. Данных за развитие endoleak и прогрессирование процесса не получено. Лишь у двух пациентов развились осложнения. У одного оперированного отмечена инфекция протеза с дистальным endoleak мимо одной из бранш, который успешно ликвидирован повторной эндоваскулярной интервенцией, однако последующая деструкция воспаленной аорты в проекции фиксации основной бранши бифуркационного протеза с массивной эрозивной геморрагией привели к летальному исходу. В другом клиническом наблюдении через 2 года после имплантации эндопротеза отмечено развитие тромбоза бранши, который успешно устранен ротационно-аспирационной тромбэктомией путем повторных ретроградных пассажей катетера Rotarex S 8f.

Выводы. Таким образом, эндопротезирование аневризм брюшной аорты позволяет оценить безусловные преимущества методики (малотравматичность, непродолжительность манипуляции и стационарного периода после нее, полностью компенсированный общий послеоперационный статус пациента, отсутствие этапа интенсивной реанимационной терапии и кровопотери). Эффективный значимый как непосредственный, так и отдаленный клинический результат позволяет рассматривать эндолюминальный стентграфтинг брюшной аорты как перспективное хирургическое пособие при разном генезе и течении аневризматического процесса.

Литература:

1. Бокерия, Л. А. Хирургия абдоминальных аневризм / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2007. – № 3. – С. 94-96.

2. Савицкий, С. Э. Стентграфтинг в хирургическом лечении аневризматической трансформации брюшной аорты / С. Э. Савицкий, А. Т. Цилиндзь, Л. Ф. Васильчук, В. П. Василевский, А. И. Кардис, Н. Н. Иоскевич, Д. В. Черный, Б. И. Почобут, А. В. Труханов, П. А. Горячев // Гродненской областной клинической больницы 60 лет. Через инновации – к успеху: материалы науч.-практ. конф. – Гродно, 2009. – С. 528-531.

3. Parodi, K. Endovascular stent-graft treatment of traumatic arterial lesions / K. Parodi, C. Schonholz, L. Ferreira // Ann Vasc. Surg. – 1999. – V. 13. – P. 121-129.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В БАСЕЙНЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Васильчук Л. Ф., Иоскевич Н. Н., Черный В. А., Василевский В. П.

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь*

Введение. Ишемический инсульт вследствие тромботической окклюзии в системе внутренней сонной артерии (ВСА) составляет 22-25% от всех инсультов [1]. Его лечение – все еще нерешенная проблема современной медицины. Результаты прямых артериальных реконструкций при данном заболевании далеки от совершенства, также как и последствия общепринятого медикаментозного лечения [1, 2]. В связи с этим назрела необходимость в разработке новых технологических подходов в лечении тромбоза в бассейне ВСА. Одним из таких перспективных направлений может оказаться внутриартериальный селективный тромболизис.

Целью настоящего исследования стал анализ ранних ближайших и отдаленных результатов селективного тромболизиса в бассейне ВСА при его остром тромбозе.

Материал и методы исследования. Селективный тромболизис проводился 13 пациентам с острым нарушением артериального кровообращения в системе внутренней сонной артерии при ее тромбозе. Пациенты госпитализировались в экстренном порядке в УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Из них мужчин – 9, женщин 4. В возрасте от 40 до 50 лет было 2 чел., от 50 до 60 – 4 чел., старше 60 – 7 человек. У всех поступивших имелась клиника гемипареза, в том числе в одном случае с моторной и сенсорной афазией. В анамнезе в двух случаях отмечались транзиторные ишемические атаки в каротидном бассейне, лечение которых проводилось медикаментозно.

Перед вмешательством всем пациентам выполнялось или КТ (7 чел.) или МРТ (6 чел.) головного мозга с целью уточнения характера острого