

нечностей с контрастированием с оценкой дистального русла. Протяженность окклюзии ПБА составляла от 10 до 28 см, со средним значением 16 ± 2 см. Перед операцией среднее значение ЛПИ составляло 0,4. Перед операцией назначалась нагрузочная доза клопидогреля — 300 мг. Во время процедуры проводилась системная гепаринизация. Проводилась механическая реканализация ПБА проводниками с дальнейшей ТЛБАП и стентированием при наличии рецедуального стеноза и при значимой диссекции артерии.

Результаты: Технический успех процедуры был достигнут у 59 (96,7%) пациентов с типом С и у 26 (92,9%) с типом D. 66 (74,2%) пациентам выполнена баллонная ангиопластика ПБА без установки стента. 23 (25,8%) пациентам выполнена имплантация самораскрывающегося стента в ПБА с последующей постдилатацией.

Среднее значение ЛПИ после операции составило $0,83 \pm 0,17$. В ближайшем послеоперационном периоде из осложнений: у 1 (1,12%) пациента тромбоз ПБА после ТЛБАП — выполнен тромболизис с имплантацией стента; у 1 (1,12%) пациента подкожная гематома в месте пункции артерии; 1 (1,12%) пациенту выполнена ампутация бедра. Сохранность конечности составила 98,9%.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 2–4 лет. Первичная проходимость через год составила 85%, через 2 года — 80%, через 3 года — 71%. Вторичная проходимость через 3 года составила 95,3%. Сохранить конечность удалось через год 94%, через 2 и 3 года сохранность конечности также составила 94%. Кумулятивная выживаемость через год составила 94%, через 2 года 93%, через 3 года 85%.

Выводы: Наш опыт, как и данные литературы, говорит о возможности эндоваскулярной хирургии при лечении пациентов с поражением по типу С и D и позволяет достичь хороших непосредственных результатов. Эндоваскулярные методы вмешательств позволяют рекомендовать ангиопластику и/или стентирование ПБА как один из первых методов выбора лечения при поражении С типа и D типа по TASC II, при атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей, с оставлением на дальнейшую перспективу на повторное эндоваскулярное вмешательство или для открытых реконструктивных операций.

РОЛЬ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ В СПАСЕНИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ПАПОЯН С.А.¹, ЩЕГОЛЕВ А.А.², МИТИЧКИН А.Е.¹,
МУТАЕВ М.М.², КРАСНИКОВ А.П.¹, РАДЧЕНКО А.Н.¹,
САЗОНОВ М.Ю.¹, СЫРОМЯТНИКОВ Д.Д.¹, ГРОМОВ Д.Д.¹

¹ ГKB им. Ф.И. Иноземцева, Москва

² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
aleximd@mail.ru

Цель: улучшение качества хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы: С марта 2013 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии ГKB им. Ф.И. Иноземцева 68 пациентам с явлениями критической ишемии нижних конечностей при атеросклеротическом пораже-

нии аорты и артерий нижних конечностей выполнено 70 оперативных вмешательств. Большинство больных были мужчины — 47 (69,1%). Этиологическим фактором во всех случаях был атеросклероз. С клинической картиной хронической ишемии нижних конечностей: 3 стадия — 49 (72,1%), 4 стадия — 19 (17,9%). 2 пациентам операция выполнена на обеих нижних конечностях. Средний возраст больных 66 (39–82) лет. Из сопутствующих заболеваний чаще всего отмечалась ишемическая болезнь сердца у 41 пациента (60,2%), в том числе перенесенный ОИМ у 19 (27,9%), артериальная гипертензия у 68 (100%), сахарный диабет у 18 (26,4%), поражение брахиоцефальных сосудов у 38 (65,5%). Все операции выполнялись под регионарной анестезией. В 39 случаях отмечалось многоуровневое поражение артерий. 29 пациентам выполнена эндартерэктомия петель из подвздошного сегмента и стентирование подвздошной артерии, 11 ЭАЭ петель из подвздошных и бедренных артерий и стентирование подвздошной артерии, 5 стентирований подвздошных артерий и БПШ или эндартерэктомия из бедренных артерий. 21 бедренно-подколенное шунтирование или эндартерэктомия петель из ПБА и ангиопластика артерий голени. 4 реконструкции анастомозов БПШ и ангиопластика артерий голени.

Результаты: Непосредственный хороший результат получен у всех больных. Конечность в непосредственном периоде удалось сохранить всем больным. Осложнения в виде лимфорейи послеоперационной раны отмечалась у 3 (4,2%) больных, гематома послеоперационной раны — в одном случае (1,4%). Один пациент умер от острого инфаркта миокарда в раннем послеоперационном периоде. Средний прирост ЛПИ составил 0,42. Прослежены отдаленные результаты (от 1 года) у 62 больных. Кумулятивная проходимость реканализированных участков артерий через год составила 78%. Кумулятивная выживаемость больных через год составила 90,8%. В отдаленном периоде удалось сохранить 66 конечностей.

Выводы. Выполнение гибридных операций при многоэтажных поражениях магистральных артерий нижних конечностей способствует достижению хороших результатов, не сопровождается большим количеством осложнений и позволяет сохранить конечность подавляющему большинству больных в отдаленном периоде.

ПОДКЛЮЧИЧНО-СОЛНЦАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЛОЕНИЕМ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

СОКОЛОВ В.В., КУНГУРЦЕВ Е.В., РУБЦОВ Н.В.,
РЕДКОБОРОДЫЙ А.В., ЧЕРНАЯ Н.Р.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
nvrbtsov@gmail.com

Эндопротезирование нисходящей аорты (НА) — один из основных методов лечения аневризм и расслоения НА. Для успешного выполнения эндоваскулярной имплантации стент-графта необходимо наличие проксимальной и дистальной посадочных зон протяженностью не менее 2 см.