

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.

У большинства пациентов с патологией НА изменения отмечаются уже с уровня перешейка аорты (фенестрация, расширение), и для надежной фиксации эндопротеза необходимо расположение его проксимального конца в дуге аорты (“проксимализация” зоны имплантации), что неизбежно приведет к окклюзии устья левой подключичной артерии (ПКА). Долгое время общепринятая позиция заключалась в отсутствии необходимости реваскуляризации левой ПКА, однако отдаленные результаты показали высокий процент неврологических осложнений в вертебробазилярном бассейне (до 8.4%) и той или иной степени ишемии левой верхней конечности (до 26.2%) (Waterford S., 2016). Это обусловило необходимость реконструктивных вмешательств на левой ПКА. Одним из них является операция подключично-сонной транспозиции (ПСТ), описанная J. C. Parrot в 1964 г.

Цель исследования: продемонстрировать ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с расслоением НА, у которых эндопротезирование НА сочетали с ПСТ.

Материал и методы. С января 2013 г. по январь 2018 г. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 35 пациентам выполнено эндопротезирование НА по поводу расслоения НА, в том числе 23 пациентам с расслоением типа В по Stanford и 12 – с расслоением типа А. Всем пациентам с расслоением типа А первым этапом экстренно было выполнено протезирование восходящей аорты.

У 11 пациентов перешеек аорты был изменен вследствие патологического процесса, что делало его непригодным в качестве зоны для имплантации стент-графта. Во всех 11 наблюдениях с целью сохранения кровотока по левой ПКА была выполнена ПСТ по Parrot: у 8 пациентов превентивно и у 3 – сразу после эндопротезирования. При этом всегда стремились к выполнению ПСТ до оперативного лечения, за исключением случаев экстренного эндопротезирования по поводу разрыва аорты, когда восстановление кровотока по левой ПКА выполняли после устранения угрозы для жизни.

У всех пациентов ПСТ выполняли надключичным доступом, время пережатия левой общей сонной артерии не превышало 12 минут. В 1 наблюдении потребовалось использование вставки из линейного сосудистого протеза из политетрафторэтилена ввиду невозможности выполнить транспозицию *in situ*.

Результаты. Благодаря проксимализации зоны имплантации достигнуто оптимальное положение стент-графта, что обеспечило прогнозируемые результаты лечения расслоения НА как в госпитальном периоде, так и при наблюдении в сроки до 5 лет: не было случаев госпитальной летальности, неврологических осложнений и ишемических явлений со стороны левой верхней конечности. По данным контрольной компьютерной томографии, отмечено отсутствие кровотока вокруг эндопротеза, полное или частичное тромбирование ложного просвета дистальнее стент-графта. При регулярном ультразвуковом контроле у пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах не отмечено стенозирования зоны анастомоза, сформированного при ПСТ, и ухудшения кровотока по левой ПКА.

Выводы. Эндоваскулярное “выключение” фенестрации в проксимальном отделе НА сопряжено у части пациентов с опасностью нарушения кровотока по левой ПКА и высоким риском возможных неврологических и ишемических осложнений. В связи с этим сохранение кровотока по левой ПКА является важным условием эндоваскулярного вмешательства. Превентивное выполнение операции ПСТ по Parrot является оптимальным вариантом обеспечения кровотока в бассейне левой ПКА.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАТОМИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

ТОКАРЕВ К.Ю., ДОМАШЕНКО М.А., ШАЙБАКОВА В.Л., КИСЛОВ Э.Е., КОЛКОВА А.В., КАРАБАЧ Ю.В.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
yu.karabach@yandex.ru

Актуальность: инсульт является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности. Ежегодно в России около 450 000 человек переносят инсульт. Число повторных ОНМК при этом достигает 100 000. Среди всех видов инсульта преобладает ишемическое повреждение головного мозга.

Материалы и методы: с февраля 2013 г. по март 2018 г. в отделении сосудистой хирургии для неотложных больных Городской клинической больницы им. С.П. Боткина реваскуляризация головного мозга выполнена 382 больным с атеросклеротическим поражением сонных артерий. Большинство пациентов (341) в анамнезе переносили ишемический инсульт. Из них 84 пациента были оперированы в течение 30 суток от появления неврологической симптоматики. Распределение больных по группам выглядело следующим образом: 1 группа – асимптомное поражение ВСА (41 пациент), 2 группа – симптомное поражение ВСА с давностью перенесенного ОНМК от 1 до 6 месяцев (257 пациентов), 3 группа – каротидная эндартерэктомия на фоне острой стадии ОНМК или на фоне ТИА в первые 15 суток острого периода ОНМК (39 пациентов), 4 группа – каротидная эндартерэктомия на фоне острой стадии ОНМК или ТИА с 15 по 30 сутки (45 пациентов). Диагностика стенозирующего атеросклероза в предоперационном периоде базировалась на данных ультразвуковых (УЗДС БЦА) и рентгенконтрастных методов исследования (рентгенконтрастная ангиография и КТ ангиография БЦА и церебральных артерий). Реконструктивные операции на ВСА в группе «симптомных» больных проводились при стенозе ВСА более 50%, в группе «асимптомных» больных – при стенозе ВСА более 70%. Учитывались результаты инвазивных и неинвазивных методов исследования у больных с ИБС (ЭХОКГ, ХМЭКГ, нагрузочные тесты, коронарография).

Большинству пациентов выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия под эндотрахеальным наркозом. Другие виды реконструкций ВСА (протезирование, пластика заплатой) выполнялись, как правило, при повторных хирургических вмешательствах по поводу рестеноза ВСА. Внутрисосудистый шунт использовался у 11 пациентов (3%).