

Результаты: в раннем послеоперационном периоде умерли 8 больных, что составило 2,1% летальности. В четырех случаях причиной смерти стал геморрагический инсульт с формированием обширной внутримозговой гематомы. У 4 пациентов летальный исход наступил из-за ишемического инсульта. У 4 пациентов развился ишемический инсульт с частичным регрессом неврологического дефицита в течение двух недель после операции. Анализ летальности в группах больных не выявил достоверных различий. В первой группе летальность составила 2,3%, во второй группе — 1,6%, в третьей группе — 2,6%, в четвертой группе — 4,4%. Инфаркт головного мозга, перенесенный в анамнезе, является фактором риска послеоперационных неврологических осложнений, вне зависимости от сроков оперативного вмешательства.

Выводы: Каротидная эндартерэктомия, выполненная в остром периоде ишемического инсульта, не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности, по сравнению с отсроченным хирургическим лечением.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА АОРТЫ

ЧАРЧЯН Э.Р., АБУГОВ С.А., СКВОРЦОВ А.А., БРЕШЕНКОВ Д.Г.,
БЕЛОВ Ю.В.

ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского
doggyden@mail.ru

Актуальность: встречаемость аневризматического поражения инфраренального сегмента аорты, по данным различных авторов, составляет 8–12%, а летальность сохраняется на высоком уровне 7–9%. В практике сердечно-сосудистого хирурга имеется два основных метода лечения: открытая хирургия и эндоваскулярное лечение.

Цель: провести анализ результатов различных методов лечения аневризм инфраренального сегмента аорты у пациентов с низким и средним хирургическим риском.

Материалы и методы: с января 2005 по декабрь 2017 гг. в ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского хирургическое лечение проведено 354 пациентам с атеросклеротическими аневризмами инфраренального отдела аорты, из которых 185 (52,3%) больных относились к категории низкого и среднего хирургического риска. Хирургический риск определялся по шкале Steyerberg: пациенты, имевшие менее 5 баллов, считались пациентами среднего и низкого риска. Группы сравнения были сформированы в зависимости от вида лечения: группа I — 120 пациентов (65,4%), которым выполнялось протезирование пораженного сегмента открытым хирургическим методом; группа II — 65 пациентов (34,6%), подвергшихся эндоваскулярному лечению. Диагноз и показания к операции выносились на основании данных МСКТ-аортографии. Средний диаметр аневризмы составил $6,2 \pm 0,87$ см. Критериями отбора для эндопротезирования инфраренального сегмента являлись наличие «шейки» аневризмы не менее 10–15 мм, анатомия подвздошно-бедренного сегмента, позволяющая осуществить доставку стент-графта. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей и характеру основной патологии. Проведен сравнительный ретроспективный анализ интраоперационных параметров, а также данных раннего и отдаленного послеоперационного периода.

Результаты: в группе эндопротезирования выявлены достоверно лучше ($p < 0,05$) интраоперационные показатели (кровопотеря, время ишемии нижних конечностей) и раннего послеоперационного периода (отсутствие болевого синдрома, меньший койко-день). Однако в отдаленном послеоперационном периоде в группе II имелись осложнения, требующие повторных вмешательств: эндоликинг — 6 (9,2%), тромбозы бранши графта — 3 (4,6%). У пациентов в группе открытой хирургии аорто-ассоциированных осложнений в отдаленном периоде не наблюдалось.

Вывод: эндоваскулярное лечение аневризм инфраренального сегмента является эффективным и малоинвазивным методом лечения. Однако в связи с возможностью развития в отдаленном периоде осложнений, требующих сложных повторных реконструкций, у пациентов с низким и средним хирургическим риском предпочтение следует отдавать открытому хирургическому лечению.

Вывод: эндоваскулярное лечение аневризм инфраренального сегмента является эффективным и малоинвазивным методом лечения. Однако в связи с возможностью развития в отдаленном периоде осложнений, требующих сложных повторных реконструкций, у пациентов с низким и средним хирургическим риском предпочтение следует отдавать открытому хирургическому лечению.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, МУТАЕВ М.М.^{1,2}, ПАПОЯН С.А.^{1,2},
ГРОМОВ Д.Г.^{1,2}, ВАСИЛЬЕВ М.В.^{1,2}, КРАСНИКОВ А.П.²,
РАДЧЕНКО А.Н.², САЗОНОВ М.Ю.²

РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной хирургии
педиатрического факультета
² ГКБ им Ф.И. Иноземцева, Москва
mmutaev@mail.ru

Цель: Анализ эффективности и безопасности непосредственных результатов эндоваскулярного лечения мезентериальной ишемии.

Материал и методы: В период с января 2015 по февраль 2018 гг. эндоваскулярно прооперировано 24 больных с мезентериальной ишемией. Пациенты были в возрасте от 57 до 94 лет (средний возраст $71,2 \pm 10,2$ года). 13 (55%) больных были мужского пола, а 11 (45%) — женского пола. В анамнезе 9 (37%) больных перенесли острый инфаркт миокарда, 21 (87,5%) больной страдал гипертонической болезнью. Один (2,4%) пациент ранее перенес коронарное шунтирование, у 5 (20,8%) больных в анамнезе выполнена эндартерэктомия из внутренних сонных артерий, эндоваскулярная операция на артериях нижних конечностей выполнена у 5 (20,8%) больных, на почечной артерии — у 3 (12,5%) больных.

Все больные подвергнуты стандартному протоколу обследования, включая мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием висцеральных ветвей брюшной аорты. При этом эндоскопические методы об-