

Результаты эндопротезирования аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты по материалам КФ УМС Национального научного центра онкологии и трансплантологии г. Астана

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Землянский В.В., Чиналиев А.М.

Цель:

оценить результаты эндоваскулярного лечения аневризмы брюшной аорты у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Материалы и методы:

С сентября 2011 по декабрь 2015 года в КФ УМС ННЦОТ. г. Астана Казахстан, проведено 71 операций эндопротезирования аневризм брюшной аорты у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и высоким риском открытого оперативного лечения. Средний возраст больных составил 74 года (от 52 до 88 лет). 58% пациентов были старше 70 лет. Основным противопоказанием открытой операции была сопутствующая сердечно-легочная патология. У всех пациентов в анамнезе была ишемическая болезнь сердца 58,62%, постинфарктный кардиосклероз у 10,34% пациентов, артериальная гипертензия 72,4%, стенокардия напряжения III-IV функционального класса 20,68% , хроническая обструктивная болезнь легких 6.89%, сахарный диабет 10,34 %.

Всем пациентам до операции были выполнены компьютерная томография (КТ), ультразвуковое дуплексное сканирование (ДС) брюшной аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей, на основании которых произведен отбор этих больных на эндоваскулярную операцию. Больным выполнено эндопротезирование аневризмы инфраренальной аорты стент-графтами Endurant II (29 пациентов), Anaconda (42 пациента).

Результаты:

После эндопротезирования аневризмы брюшной аорты не отмечено ни одного осложнения, приведшего к летальному исходу, не наблюдалось кардиальных и дыхательных осложнений в ближайшие сроки после операции.

У всех 56 пациентов отмечается повышение температуры тела в первые сутки после постановки стент-графтов. Средний показатель температуры 37,6⁰с (от 37⁰с до 39,7⁰с).

Температура купировалась на фоне проводимой нестероидной противовоспалительной терапии.

В 1997 г. G. H. White, et al. Предложили этот термин для описания «сохраненного кровотока внутри аневризматического мешка, но снаружи от эндопротеза». Это одна из самых часто встречающихся патологических картин во время об следования таких больных в отдаленные сроки и это та причина, по которой больные должны наблюдаться в течение всей своей жизни. В насто ящее время известны четыре типа эндоликов, которые приведены в табл. 1

Тип «эндолика»	Источник кровотока в аневризматическом мешке
I A B C	Место фиксации: проксимальный конец стент-графта; дистальный конец стент-графта; «окклюдор» подвздошной артерии
II A B	Ретроградный кровоток из боковых ветвей аневризматического мешка: простой: одна проходимая ветвь; сложный: две и более ветвей
III A B	Дефект стент-графта: дефект места соединения модулей стент-графта; дефект ткани протеза
IV	Порозность ткани эндопротеза до 30 дней после имплантации
V	Эндотензия (endotension) – увеличение АБА с повышением внутримешкового давления после EVAR без визуализируемых эндоликов на отсроченных контрастных КТА

Эндолик 1 типа выявлен у 3 пациентов, эндолик 2 типа у 12 – пациентов, эндолик 3 типа у 4 – пациентов. Эндолик 1-го типа устранен интраоперационно позиционированием дополнительной аортальной надставки у 2-х пациентов, у одного пациента с помощью аортального баллона низкого давления. У двух пациентов, в связи с интраоперационными осложнениями, выполнена классическая резекция аневризмы. В первом случае у пациента была невозможна коррекция эндолика 1 типа в связи с короткой шейкой аневризмы и миграцией основной бранши протеза. Во втором случае перфорация наружной подвздошной артерии также привела к

открытой операции. Отдаленные результаты прослежены на протяжении 4 лет. При динамическом наблюдении эндолика, тромбоза и миграции эндопротеза не выявлено. Таким образом, эндопротезирование аневризмы брюшной аорты является методом выбора для пациентов группы высокого риска.

Выводы:

В настоящее время эндопротезирование аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты у пациентов пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией является приоритетным видом хирургического лечения. Данный вид операции должен выполнять только сосудистый хирург, обладающий большим опытом выполнения как классических, так и эндоваскулярных операций. На наш взгляд, наличие в клинике гибридной операционной позволяет в кратчайшие сроки перейти на открытый вид операции. С целью уменьшения интраоперационных осложнений, ведущих к конверсии, важно строго следовать алгоритму отбора пациентов для выполнения эндопротезирования инфраренальной аорты.