

УДК 616.135+616.136]-007.64-089.12

ЭТАПНОЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ЧАСТЕЙ АОРТЫ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА

С. Н. Фуркало, И. В. Хасянова, Е. А. Власенко, В. Й. Смержевский

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

THE STAGED ENDOVASCULAR TREATMENT OF THE ABDOMINAL AND THORACIC AORTAL ANEURYSM IN ONE PATIENT

S. N. Furkalo, I. V. Khasyanova, E. A. Vlasenko, V. J. Smorzhevsky

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Аневризма — это локализованное патологическое расширение любого сосуда более чем в 1,5 раза по сравнению с его диаметром в норме. В клинической практике особого внимания заслуживают аневризмы артериального русла из-за более высокого риска разрыва вследствие особенностей гемодинамики и связанных с ним осложнений. По морфологическим признакам аневризмы артерий выделяют веретеноподобные и мешотчатые. Патогенез возникновения аневризм многоступенчатый и сложный, только у некоторых больных возможно четко установить конкретную причину их возникновения (травма, специфические инфекции). Процессы, обуславливающие деградацию и изменение свойств коллагена и эластина, являются основными патогенетическими звеньями в формировании аневризмы. Основными факторами риска возникновения аневризм в артериях большого и малого диаметра являются мужской пол, пожилой возраст, курение [1 — 3]. В последние годы ведутся активные дебаты о влиянии атеросклеротических процессов на возникновение аневризм. Основную роль отводят генетическим факторам, процессам воспаления и инфекционным процессам [4, 5].

Наибольшее число исследований посвящены аневризме брюшной части аорты (АБЧА). АБЧА выявляют у 5 — 6% мужчин и 1 — 2% женщин в возрасте старше 65 лет. У 25% пациентов процесс распространяется на одну или две подвздошные артерии,

у 7% — на внутреннюю подвздошную артерию [1, 5]. Аневризма грудной части аорты возникает в 5 раз реже, чем АБЧА. В 40% наблюдений аневризма локализуется в восходя-

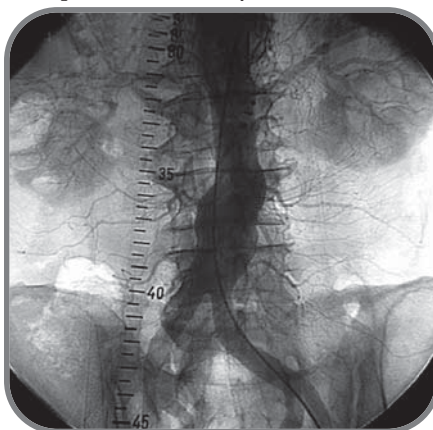


Рис. 1.
Аортография.
АБЧА.

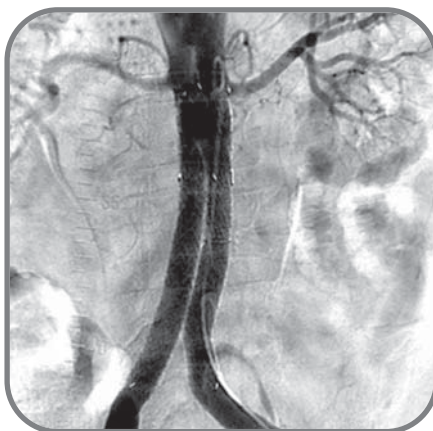


Рис. 2.
Аортография.
Непосредственно после имплантации
бифуркационного эндопротеза отмечено
его плотное прилегание к стенкам аорты,
отсутствие затека контрастного вещества
в аневризматический мешок.

щей части аорты, в 35% — в нисходящей части. По данным патологоанатомического исследования, примерно у 40% мужчин и 25% женщин при наличии аневризмы грудной части аорты одновременно выявляют АБЧА, при этом только у 5% из них — торакоабдоминальные [5].

В последние годы все большее распространение в лечении аневризм получают эндоваскулярные методы. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент К., 77 лет, находится под наблюдением в клинике с 2005 г. Во время проведения планового ультразвукового исследования брюшной полости обнаружена АБЧА. Проведены ангиография (рис. 1) и спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием.

Диаметр аневризмы составлял 5 см, принято решение об эндопротезировании брюшной части аорты. Операция выполнена под эпидуральной анестезией, через артериосекцию трансформально имплантирован бифуркационный протез "Excluder", непосредственные результаты хорошие (рис. 2).

АБЧА полностью исключена из кровотока, эндолики не определяли. На 7—е сутки после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано регулярное проведение компьютерной томографии (КТ) с контрастированием для контроля состояния аневризмы и положения эндопротеза.

В период с 2005 по 2013 г. 5 раз проведена КТ. Отмечено стабильное

положение протеза в инфраренальной части аорты, размеры аневризмы за период наблюдения существенно уменьшились. Так, исходный диаметр АБЧА 5 см, через 6 мес — 3,9 см. Через 6 мес после протезирования визуализируется незначительный эндотик II типа на уровне нижней брыжеечной артерии. Однако в связи со значительным уменьшением размеров аневризмы принято решение о консервативном наблюдении. По данным КТ через 3 и 5 лет эндотик не обнаружен, однако размер аневризмы несколько увеличился, оставаясь значительно меньше исходного.

По данным КТ летом 2013 г. у пациента выявлены изменения в грудной части аорты — аневризматическое расширение нисходящей части по типу узурации диаметром 5,7 см (рис. 3).

С учетом локализации аневризмы и отсутствием вовлечения основных висцеральных ветвей принято решение о линейном протезировании этого участка аорты. Под эпидуральной анестезией через артериосекцию правой бедренной артерии осуществлена имплантация линейного эндопротеза "Relay" Bolton Medical. Наличие эндопротеза в брюшной части аорты не затруднило операцию, протез заведен в грудную часть аорты по стандартной методике по супержесткому проводнику. Ангиографический контроль осуществляли через катетер "pigtail", заведенный через правую лучевую артерию. Непосредственный результат удовлетворительный, по данным контрольной ангиографии отмечено полное расправ-

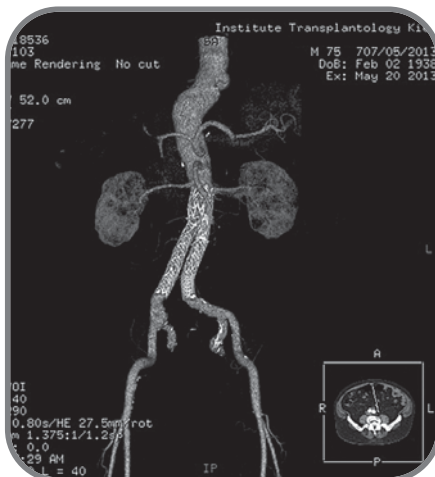


Рис. 3.
СКТ.

Аневризматическое расширение нисходящей части аорты выше отхождения висцеральных ветвей.

ление эндопротеза, его плотное прилегание к стенкам аорты без затекания контрастного вещества в аневризматический мешок. Рана на бедре зашита послойно. После операции особо контролировали неврологический статус для исключения параплегии как следствия пережатия сосудов, питающих спинной мозг. Риск возникновения таких осложнений достаточно высок при эндопротезировании грудной части аорты, по данным литературы, до 0,5%. Вероятность этого осложнения увеличивается у больных после ранее выполненных вмешательств на брюшной части аорты. Пациент выписан на 6—е сутки после операции, без осложнений.

Через 2 года пациент приглашен на контрольную КТ для оценки результатов операции. Состояние пациента стабильное, жалоб не было.

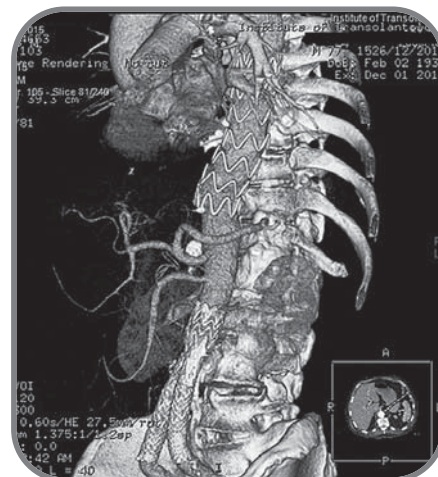


Рис. 4.

3D-реконструкция КТ с контрастированием через 2 года после протезирования грудной части аорты.

По данным КТ, обе аневризмы полностью исключены из кровотока. Оба протеза четко визуализировались, расположены стабильно, без деформации и дислокации (рис. 4).

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что при локализации аневризмы в различных частях аорты и при наличии анатомических условий проведение комплексного этапного эндоваскулярного лечения возможно. Выполненное ранее эндопротезирование брюшной части аорты не являлось противопоказанием к протезированию ее грудной части. Однако у таких пациентов требуются тщательная оценка исходного состояния, а также проведение мероприятий, направленных на предупреждение специфических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский АВ. Заболевания аорты и её ветвей. Москва: Медицина; 1979. 328 с.
2. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, Reinke DB, et al. Aneurysm detection and management Veterans Affairs cooperative study group. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *New Engl J Med.* 2002;346:1437—44.
3. McMillan WD, Tamarina NA, Cipollone M, Johnson DA, Parker MA, Pearce WH. The Relationship between MMP—9 expression and aortic diameter. *Circulation.* 1997;96:2228—32.
4. Bickerstaff LK, Hollier LN, Van Peen HJ, et al. Abdominal aortic aneurysms: The changing natural history. *J Vasc Surg.* 1984;(1): 6—12.
5. Mac Sweeney ST, Powell JT, Greenhalgh RM. Pathogenesis of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg.* 1994;81:935—41.

