

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ФЕНЕСТРАЦИИ ИНТИМЫ ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ.

С.В. Сало, В.Б. Головенко, Ю.В. Паничкин, Л.Л. Ситар

Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии

им. Н.М.Амосова АМН Украины

Несмотря на значительный прогресс в хирургическом лечении расслаивающей аневризмы аорты (РАА), серьезной проблемой остается сопутствующий синдром мальперфузии того или иного артериального бассейна, который выходит на первый план. Традиционным методом хирургического лечения РАА является резекция аневризмы с протезированием аорты и фенестрацией ложного канала при необходимости. В свою очередь, развитие интервенционных методов лечения открывает новые возможности в борьбе с ишемическими осложнениями при РАА. В статье представлен первый опыт эндоваскулярной фенестрации интимы при расслаивающей аневризме аорты.

Ключевые слова: расслаивающая аневризма аорты, синдром мальперфузии, эндоваскулярная фенестрация.

Несмотря на значительный прогресс в хирургическом лечении расслаивающей аневризмы аорты (РАА), серьезной проблемой остается сопутствующий синдром мальперфузии того или иного артериального бассейна. При расслоении, захватывающем мезентериальные артерии и чревной ствол (4,2-11,9%) возникает ишемия или инфаркт кишечника вследствие нарушения кровообращения по ветвям абдоминального отдела аорты [5,7,8]. Вовлечение в процесс расслоения чревного ствола характеризуется ишемией печени и острой печеночной недостаточностью. Острая почечная недостаточность с развитием олигоурии либо анурии (3,2-12,4%) развивается у пациентов за счет нарушения кровотока по сосудам почек [1,3,4].

Появление ишемии конечностей при расслоении магистральных артерий определяется у 20% пациентов. Облитерация обеих подвздошных артерий приводит к развитию синдрома Лериша [2,3,5]. Все вышеперечисленные осложнения приводят к значительному увеличению летальности пациентов данной группы. Традиционным методом хирургического лечения РАА является резекция аневризмы с протезированием аорты и фенестрацией ложного канала при необходимости. В свою очередь, развитие интервенционных методов лечения открывают новые возможности в борьбе с ишемическими осложнениями при РАА.

Цель. Продемонстрировать возможности интервенционного лечения синдрома почечной мальперфузии при РАА.

Клинический случай. В НИССХ им Н.М Амосова поступил мужчина 50-ти лет, в состоянии средней тяжести. Пациент страдал артериальной гипертензией (АД 170/100 мм рт ст), предъявлял жалобы на загрудинную боль (которая появилась внезапно, несколько дней назад) и одышку, что возникала в положении лежа на спине. На левой бедренной артерии не определялась пульсация. По данным ЭхоКГ: расширение нисходящей аорты, с отслоением интимы, начиная с дуги и переходом на брюшную аорту. Ангиография подтвердила диагноз – расслаивающая аневризма аорты (тип III по DeBakey) и показала, что отслоение интимы начинается на 1см ниже левой подключичной артерии и продолжается на дистальные отделы аорты с переходом на левую подвздошную артерию. Кроме того, правая почечная артерия отходит от истинного, а левая от ложного канала. Данный патологический процесс привел к осложнению РАА – острой почечной недостаточности (креатинин плазмы крови 1200 ммоль/л). Таким образом, больному было показана эндоваскулярная фенестрация интимы, которая в НИССХ проводилась впервые.

Технически процедура выполнялась следующим образом. Через левую бедренную артерию в истинный и ложный просвет аорты были заведены два проводника 0,035дюйма в инфраренальном отделе аорты. Затем, на оба проводника был «одет» направляющий катетер (6F). Следующим этапом было перемещение катетера по проводникам (по принципу ножниц) с рассечением отслоенной интимы

на протяжении 5-7 см до уровня отхождения почечных артерий. При контрольной ангиографии появилась картина единого канала с заполнением чревного ствола и левой почечной артерии.

После вмешательства дистальная перфузия была восстановлена: улучшилась экскреторная функция почек, нормализовалось артериальное давление, появилась пульсация на обеих бедренных артериях. Пациент получил аспирин 100мг/сут и тиклопидин 500 мг/сут. В течение 7-ми дней креатинин снизился до 380ммоль/л. При выписке состояние больного было удовлетворительное, АД – 120/80, физическая активность сохранена.

Заключение. Синдром мальперфузии, является серьезным осложнением РАА, возникающим вследствие обструкции основных висцеральных артерий отслоенной интимой и встречается у 30% пациентов с данной патологией [6]. Это может приводить к необратимой ишемии органов, что угрожает жизни пациента. Наш первый опыт показал, что эндоваскулярная фенестрация может быть применима для лечения острых осложнений РАА.

Литература

1. Зербино Д.Д., Кузык Ю.И. // Клиническая медицина. – 2002. – Т. 80, № 5. – С. 58-62.
2. Bojar M.R. Adult cardiac surgery. – Boston : Blackwell scientific publication, 1992.
3. Borst H.G., Hienemann M.K., Stone CD. Surgical treatment of aortic dissection. – NY: Churchill Livingstone, 1996.
4. Braunwald E., Zipes D.P., Libby P. Heart Disease. – NY: W.B. Saunders Company, 2001.
5. Erbel R., Alfonso F., Boileau C. et al. // Eur. Heart J. – 2001. – No. 22. – P. 1642-1681.
6. Cambria R.P., Brewster D.C., Gertler J., Moncure A.C., Gusberg R., Tilson D., Darling R.C., Hammond G., Megerman J., Abbot W.M. Vascular complications associated with spontaneous aortic dissection. J Vasc Surg 1988;7:199-209.
7. Orihashi K, Sueda T., Okada K, Imai K. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2005. – Vol. 28, No. 6. – P. 871-876.
8. Svensson L.G., Crawford E.S. Cardiovascular and Vascular Diseases of the Aorta. –

NY: W.B. Saunders Company, 1997.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ФЕНЕСТРАЦІЇ ІНТИМИ ПРИ РОЗШАРОВУЮЧІЙ АНЕВРИЗМИ АОРТИ

С.В. Сало, В.Б. Головенко, Ю.В. Панічкін, Л.Л. Ситар

Не дивлячись на значний прогрес в хірургічному лікуванні розширковуючої аневризми аорти (РАА), серйозною проблемою залишається супутній синдром мальперфузії того чи іншого артеріального басейна, що виходить на перший план. Традиційним методом хірургічного лікування РАА є резекція аневризми з протезуванням аорти та фенестрацією несправжнього каналу за необхідністю. В свою чергу, розвиток інтервенційних методів лікування відкриває нові можливості в боротьбі з ішемічними ускладненнями при РАА. В статті представлений перший досвід ендоваскулярної фенестрації інтими при розширковуючій аневризмі аорти.

Ключові слова: розширковуюча аневризма аорти, синдром мальперфузії, ендоваскулярна фенестрація.

FIRST SUCCESSFUL EXPERIENCE IN INTIMAL F ENESTARTION OF AORTIC DISSECTION

S.V. Salo, V.B. Golovenko, Y.V. Panichkin, L.L. Sitar

In spite of considerable progress in surgical treatment of aortic dissection, a serious problem is a concomitant syndrome of malperfusion of arterial pools which goes out on the first plan. The traditional method of surgical treatment of aortic dissection is a resection of aneurysm with prosthetic replacement of the aorta and fenestration of false lumen if necessary. In same queue, development of intervention methods of treatment is opened by new possibilities in a battle against ischemic complications in aortic dissection. In the article the first experience of the endovascular intimal fenestration of aortic dissection is presented.

Key words: aortic dissection, malperfusion syndrome, endovascular fenestration.