

# АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
ОТКРЫТЫХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ  
СОСУДИСТЫХ БОЛЬНЫХ



XXVIII  
Международная конференция  
г. Новосибирск

ANGIOLOGY  
AND VASCULAR  
SURGERY

Том 19  
**2/2013**  
(приложение)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ  
АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ РОССИИ  
АССОЦИАЦИЯ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ  
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ПО РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ  
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ  
НОВОСИБИРСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПАТОЛОГИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИМ. АКАДЕМИКА  
Е. Н. МЕШАЛКИНА МИНЗДРАВА РФ  
ФГБУ «ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМ. А.В. ВИШНЕВСКОГО» МИНЗДРАВА РФ

## **НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ БОЛЬНЫХ**

МАТЕРИАЛЫ  
XXVIII МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

28–30 июня 2013 года  
Новосибирск

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ I ТИПА ПО ДЕ БЕЙКИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ DJUMBODIS**

*Чернявский А.М., Ляшенко М.М., Хван Д.С.*

*Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия*

*Цель:* оценить отдаленные результаты применения непокрытых стентов Djumbodis при расслоениях I типа по Де Бейки во время гибридных вмешательств на восходящем отделе аорты.

*Материалы и методы:* в клинике «ННИИПК имени Акад. Е.Н. Мешалкина» с мая 2011 по ноябрь 2012 года выполнено 11 гибридных вмешательств по поводу расслоения аорты I типа по Де Бейки с применением Djumbodis dissection system®. Средний возраст пациентов составил 51,2±10,9 лет. Среди прооперированных пациентов было 8 (72%) мужчин и 3 женщины. В острой стадии процесса было прооперировано 5 больных (45%). Превалирующей в сопутствующей патологии являлась артериальная гипертензия (8 пациентов, 72%). Диаметр фиброзного кольца аортального клапана у данной группы составил 25±3мм (больше 26 мм – 2 больных). Средний диаметр на уровне восходящего отдела аорты равнялся 54,7±11,6 мм. Во всех случаях расслоение начиналось на уровне синусов Вальсальвы. Уровень дистальной фенестрации: устье левой подключичной артерии – 3, перешеек аорты – 2, почечные артерии – 1, инфраренальный отдел аорты – 1, подвздошные артерии – 4 больных. Всем больным вмешательство на корне аорты носило клапаносохраняющий характер. 10 пациентам выполнено супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты, одному – экстравальвулярное экзопротезирование по методике Florida Sleeve. Стентирование грудной аорты с помощью Djumbodis dissection system® проводилось во время циркуляторного ареста и под эндоскопическим контролем.

*Результаты:* летальность в раннем послеоперационном периоде составила 2 пациента (18%). Причинами летальных исходов явилось прогрессирование острой сердечной недостаточности. После выписки из стационара все 9 пациентов находились под наблюдением (средний срок – 10,3±4,4 месяцев). В отдаленном периоде погиб 1 пациент (через 74 дня после реконструкции восходящего отдела и дуги аорты). Причина летального исхода – острая массивная тромбоэмболия легочной артерии. Отдаленные результаты оценивались с помощью мультиспиральной контрастной компьютерной томографии. По результатам МСКТ: тромбоз ложного канала расслоенной аорты был выявлен у 3 (42,9%) пациентов из 7 обследованных через 3-6 месяцев после выполнения вмешательства; у одного из больных при сохраненном ложном просвете нисходящей грудной и брюшной аорты и широкой фенестрации на уровне нисходящей грудной аорты сохранялась ишемия нижней конечности, что потребовало выполнения фенестрации ложного канала на уровне бифуркации аорты.

*Обсуждение:* коррекция патологии корня аорты и восходящего отдела с дугой при расслоениях I типа по Де Бейки зачастую является только первым этапом в хирургической помощи больным с такой патологией. При применении

гибридных методик появляется возможность увеличить эффективность вмешательства без существенного увеличения времени вмешательства и риска для пациента. Используемая техника позволяет расширить истинный просвет аорты, способствует тромбозу проксимальной части ложного канала, помогает последующим хирургическим и эндоваскулярным процедурам на нисходящем отделе аорты.

**Выводы:** применение гибридных методик позволяет добиться лучших результатов при проксимальных типах расслоения аорты. Это заключается в снижении количества реинтервенций и повышении уровня выживаемости в отдаленном периоде.

#### СУДЬБА ЛОЖНОГО КАНАЛА В НИСХОДЯЩЕМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РАССЛОЕНИЯХ АОРТЫ I ТИПА ПО ДЕ БЕЙКИ

*Чернявский А.М., Ляшенко М.М., Хван Д.С.*

*Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия*

**Цель:** проанализировать состояние дистальных отделов аорты в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, прооперированных по поводу расслоения аорты I типа по Де Бейки.

**Материалы и методы:** За период с 1999 года по 2011 год, в ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздравсопразвита России, было прооперировано 124 пациента с расслоением аорты I типа по Де Бейки. Среди них было 94 мужчин (75,8%) и 30 женщин (24,2%). Серия мультиспиральных компьютерных рентгенконтрастных томографических исследований (МСКТ) торакоабдоминальной аорты в дооперационном, раннем послеоперационном и отдаленном периодах была выполнена 46 пациентам. Из этой группы больных в острой и подострой стадиях были прооперированы 17 больных (37%), в хронической – 29 (63%). В данной группе пациентов проксимальная реконструкция выполнялась по методике косогагрессивного анастомоза у 29 человек (63%) и полное протезирование дуги аорты с использованием многобраншевого протеза у 17 (37%). Среднее время, прошедшее между выполнением хирургического лечения и контрольным МСКТ, составило 31,4±22,5 месяцев. Во время хирургического вмешательства в зависимости от результатов МСКТ грудного и брюшного отделов аорты применялась различная тактика. В случае отхождения висцеральных ветвей от ложного канала и сохранения по ним кровотока и наличия широкой дистальной фенестрации по данным рентгенконтрастной мультиспиральной компьютерной ангиографии производилось иссечение отслоенной интимы в направлении нисходящей грудной аорты с целью обеспечения сохранности кровотока при одновременной декомпрессии по ложному каналу аорты. В том случае, если убедительных данных за отрыв органических ветвей от истинного канала не было, и ложный канал оканчивался слепо на уровне дистальных отделов выполнялось подшивание отслоенной интимы к стенке аорты при помощи методики «сэндвич».

*Результаты:* Свобода от реопераций в течение периода наблюдения составила 93,4% (43 пациента из 46) и не зависела от тромбоза ложного канала. Среднее значение диаметра аорты до и после хирургического вмешательства статистически значимо не отличается на всех уровнях аорты, как при сохранении, так и при ушивании ложного канала ( $p > 0,05$ ). Однако абсолютные значения диаметра аорты более значимо уменьшаются при сохранении ложного канала на уровне нисходящего грудного отдела. Ушивание ложного канала приводит даже к незначительному увеличению среднего диаметра аорты. Среднее значение диаметра аорты до и после хирургического вмешательства статистически значимо не отличается на всех уровнях аорты, как при тромбозе, так и при сохраненной проходимости ложного канала ( $p > 0,05$ ). При тромбозе ложного канала, только на уровне нисходящего грудного отдела отмечается некоторое уменьшение диаметра аорты, тогда как на более дистальных уровнях наблюдается увеличение среднего диаметра аорты.

*Обсуждение:* аневризматическое расширение торакоабдоминальной аорты – одно из наиболее неблагоприятных поздних осложнений у пациентов с расслоением I типа по Де Бейки. Описанные методики открытых хирургических техник не позволяют добиться приемлемых результатов на уровне нисходящей грудной аорты и дистальных отделов. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего поиска перспективных технологий по ликвидации ложного канала на уровне нисходящего отдела грудной аорты.

*Выводы:* на основании результатов проведенного исследования выявлено, что при выполнении первого этапа хирургического вмешательства на восходящем отделе и дуге аорты по поводу ее расслоения I типа по Де Бейки ушивание ложного канала в нисходящей грудной аорте не приводит к уменьшению или замедлению дилатации торакоабдоминальной аорты в отдаленном периоде, но и зачастую вызывает ее более быстрое расширение по сравнению с группой пациентов, где ложный канал был иссечен и было свободное сообщение истинного и ложного каналов. Предложенные не так давно методики по установке стентов (Djumbodis Dissection System) и стент-графтов на уровне нисходящей грудной аорты («frozen elephant trunk», E-Vita Open Plus, JOTEC Inc.) позволяют надеяться на качественный скачок в решении проблемы аневризматических изменений неоперированных отделов аорты при расслоении I типа по Де Бейки.

#### **ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ**

*Чернявский А.М., Едемский А.Г., Чернявский М.А., Виноградова Г.Е.,  
Каменская О.В.*

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии  
кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, Центр хирургии аорты, коронарных и  
периферических артерий, г. Новосибирск, Россия*

*Цель:* оценить безопасность и клиническую эффективность гибридных хирургических вмешательств при сочетанном критическом поражении коронарных и сонных артерий.