

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА

С.А. Белякин – д.м.н., нач. госпиталя

В.А. Иванов – д.м.н., нач. центра РХМДиЛ

Е.П. Кохан – д.м.н., проф., хирург-консультант

А.В. Иванов – зав. отд. заболеваний периферических сосудов РХМДиЛ

Д.А. Мироненко – врач-терапевт терапевтического отд.

С.Н. Крыжов – врач-хирург отд. сосудистой хирургии

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского

Минобороны России»

Московская область, Красногорск, Россия

Введение

Под термином «синдром хронической абдоминальной ишемии» (ХАИ) подразумевается недостаточность кровоснабжения органов пищеварения, вызванная поражением висцеральных ветвей брюшной аорты (БА) [1]. Основными причинами ишемии органов пищеварения считаются как внутрисосудистые – атеросклероз, неспецифический аортоартериит, фиброзно-мышечная дисплазия и др., так и внесосудистые – экстравазальные факторы [1, 2, 3].

Большие возможности в реконструкции кровотока по висцеральным ветвям открыла чрескожная транслюминальная ангиопластика (ЧТА), что обусловлено меньшей травматичностью и кровопотерей, сокращением пребывания больного в стационаре в сравнении с традиционными хирургическими методами лечения.

В последние годы применение ЧТА со стентированием значительно повысило эффективность этого метода лечения пациентов с атеросклеротическим поражением висцеральных артерий [4–7].

В данном сообщении приводится опыт повторного рентгенэндоваскулярного вмешательства при рестенозе чревного ствола (ЧС).

Клиническое наблюдение

Больной Ю., 1937 г. р., госпитализирован в ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России» 27.06.2005 г. Поступил с жалобами на боль в верхних отделах живота, усиливающаяся после еды и в ночное время. Из анамнеза установлено, что абдоминальная боль беспокоит пациента в течение 2 лет. При этом диагностировались язвенная болезнь желудка, хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Кроме того, больной страдает мультифокальным атеросклерозом и атеросклеротической инфраренальной аневризмой БА.

С учетом жалоб, анамнеза, наличия у пациента мультифокального атеросклероза, а также систолического шума в проекции ЧС заподозрен синдром ХАИ, подтвержденный данными аортографии. В связи с этим больному была выполнена операция прямого стентирования



Рис. 1. Больной Ю., 4.07.2005 г. Состояние до прямого стентирования ЧС



Рис. 2. Больной Ю., 4.07.2005 г. Состояние после прямого стентирования ЧС



Рис. 3. Больной Ю., 12.08.2008 г. Компьютерно-томографическая ангиография. Субтотальный стеноз на уровне дистального отдела шунта ЧС

ЧС. В зону стеноза его устья и проксимальной трети имплантирован стент «GENESIS» 6 × 18 мм двукратным раздуванием баллона (давление – 14–18 атм, время – 15–20 сек). Просвет артерии восстановлен (рис. 1 и 2). После проведенной операции состояние больного улучшилось, абдоминальная боль прекратилась. В удовлетворительном состоянии пациент выписан домой. Однако через 3 месяца после этого абдоминальный болевой синдром у больного возобновился. При контрольном исследовании в апреле 2006 г. по данным аортографии установлен субтотальный стеноз устья ЧС. В связи с развившимся рестенозом ЧС в июне 2006 г. пациенту были выполнены его резекция и аллопротезирование с применением аллопротеза «экофлон». Ранний послеоперационный период осложнился

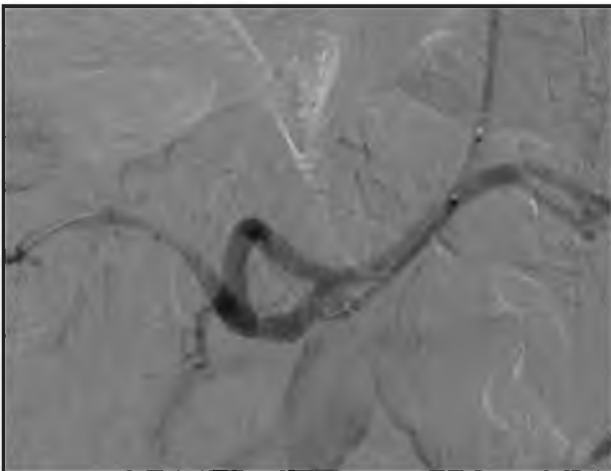
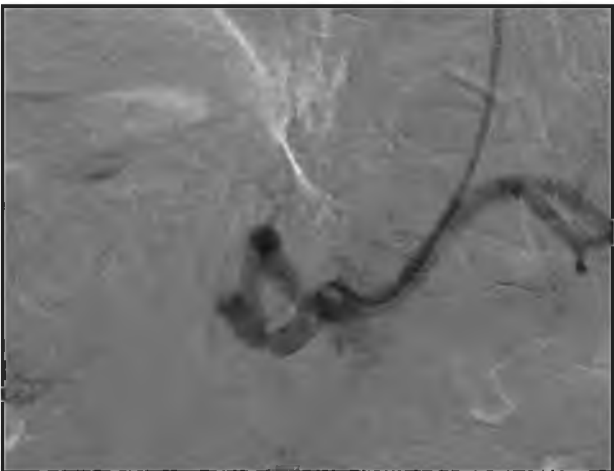


Рис. 4–5. Больной Ю., 3.04.2009 г. Состояние до прямого стентирования ЧС и после

развитием гематомы в области оперативного вмешательства, потребовавшей проведения неоднократного пунктирования и дренирования. В дальнейшем больной чувствовал себя удовлетворительно, абдоминальная боль не рецидивировалась.

В 2008 г. с учетом ее возобновления при очередном обследовании пациента у него вновь установлен рестеноз ЧС (рис. 3).

В апреле 2009 г. больной снова поступил в стационар, где ему повторно выполнили прямое стентирование ЧС. В зону стеноза имплантирован стент «EXPRESS VASCULAR» 7,0 × 15,0 мм однократным раздуванием баллона (давление – 16 атм, время – 40 сек). Просвет артерии восстановлен (рис. 4 и 5).

В дальнейшем пациенту проводили консервативную терапию, включавшую прием фер-

ментных препаратов, статинов, аспирина, клопидогреля. После проведения повторной ангиопластики состояние больного улучшилось, ближайшие и отдаленные результаты лечения (наблюдение в течение года) расценены как удовлетворительные. По данным цветного дуплексного сканирования гемодинамически значимого препятствия кровотоку в ЧС не выявлено.

Выводы

ЧТА – эффективный малоинвазивный метод лечения. Его можно повторно применять при рестенозах после эндоваскулярных и реконструктивных оперативных вмешательств у больных с атеросклеротическим поражением ЧС.

Список литературы

1. Покровский А.В., Казанчан П.О., Дюжиков А.А. Диагностика и лечение хронической ишемии органов пищеварения. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГУ. 1982; 321 с.
2. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической артериальной ишемии. М. 2000; 308 с.
3. Поташов Л.В., Князев М.Д., Игнашов А.М. Ишемическая болезнь органов пищеварения. М.: Медицина, 1985; 356 с.
4. Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Алесян Б.Г. и др. Сравнительная оценка непосредственных результатов хирургической и эндоваскулярной коррекции патологии непарных висцеральных ветвей, сопровождающейся развитием хронической
5. Коков Л.С., Кармазановский Г.Г., Тарбаева Н.В. и др. Эффективность рентгеноэндоваскулярных вмешательств при стенозах непарных висцеральных ветвей брюшной аорты. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009; 15 (2 прил.): 201–202.
6. Peck M.A. et al. Intermediate-term outcomes of endovascular treatment for symptomatic chronic mesenteric ischemia. *J. Vasc. Surg.* 2010; 51 (1): 147.
7. Aksu C. et al. Stent implantation in chronic mesenteric ischemia. *Acta Radiol.* 2009; 50 (6): 610–611.

Адрес для корреспонденции:

Иванов Владимир Александрович
143420, п/о Архангельское
ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского Минобороны России»
Тел.: 8 (903) 109-07-07
Факс: (495) 564-63-73
E-mail: 3hospital@mail.ru