

стве их использования. На наш взгляд, стент Titan 2 может занять нишу рутинного инструмента для лечения пациентов с ОКС.

Трансрадиальный доступ при чрескожных коронарных вмешательствах. Практические рекомендации и собственные данные

Жамгырчиев Ш.Т., Меркулов Е.В., Миронов В.М., Левицкий И.В., Широков Р.О., Герасимов А.М., Терещенко А.С., Самко А.Н.

ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ, г. Москва

В нашем центре при проведении рутинных диагностических эндоваскулярных процедур радиальным доступом отмечается значительное уменьшение количества местных осложнений. Радиальный доступ может быть методом выбора для проведения ТБКА со стентированием, в том числе и у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Цель исследования: сравнение групп пациентов, оценка безопасности и эффективности радиального и феморального доступов у пациентов с ОИМ.

Материал и методы. В период с ноября 2011 по апрель 2013 г. 668 пациентам с острым инфарктом миокарда (ОИМ) давностью не более 6 ч была проведена ТБКА со стентированием. Радиальный доступ был использован у 576 пациентов, а феморальным доступом было проведено 92 ТБКА. Проводилась оценка успешности процедуры, возникновения местных или системных осложнений у пациентов с радиальным доступом по сравнению с феморальным доступом.

В группу феморального доступа включались пациенты, которым было противопоказано проведение ТБКА радиальным доступом по причине отрицательного теста Аллена или заболеваний, препятствующих проведению трансрадиального доступа.

Группы пациентов практически не отличались. Средний возраст больных – 55 лет в группе радиального доступа и 62 года – в группе феморального доступа. В большинстве случаев (около 70%) пациентами были мужчины.

Результаты. Всем больным после проведения ангиографии коронарных артерий и определения инфаркт-связанной артерии была выполнена ТБКА со стентированием с достижением кровотока в инфаркт-связанной артерии TIMI III (96,2% в группе радиального доступа против 95,8% в группе феморального доступа).

Сразу после и через 30 дней после успешной ТБКА со стентированием инфаркт-связанной артерии мы проанализировали количество осложнений в группах. Оказалось, что при использовании трансрадиального доступа не отмечалось крупных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (MACE) по сравнению с группой трансфеморального доступа, где смерть в период госпитализации и через 30 дней в группе радиального доступа составила 0 и 0%, а в группе феморального доступа – 0,2 и 0,6% соответственно. В группах также была разница по количеству геморрагических осложнений (0,1% в группе радиального доступа в период госпитализации и 0,4% в группе феморального доступа в период госпитализации).

Среднее время флюороскопии (КАГ + ТБКА) в группе радиального доступа составило 12,8 ± 4,2 мин, а в группе феморального доступа 12,56 ± 4,6 мин.

Объем введенного ретгеноконтрастного вещества был 231 ± 60 мл в группе радиального доступа и 200 ± 40 мл в группе феморального доступа.

В представленных группах пациентов с острым инфарктом миокарда, перенесших ТБКА со стентированием, частота успеха процедуры и клиническая безопасность была схожа в обеих группах. Случаев местных осложнений и кровотечений отмечалось меньше в группе пациентов с радиальным доступом.

Заключение. Проведение коронарной ангиографии и ЧКВ со стентированием у больных острым инфарктом миокарда радиальным доступом может быть техникой выбора для проведения ТБКА у пациентов с высоким риском кровотечений.

Ближайшие и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты коронарного эндопротезирования артерий при использовании стентов с различным лекарственным покрытием у пациентов в ранние сроки инфаркта миокарда

Жигалина Л.А., Роган С.В., Колединский А.Г., Сухоруков О.Е., Костянов И.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучить влияние стентирования инфаркт-ответственной артерии (ИОА) стентами с различным лекарственным покрытием на клиническое течение, прогноз и состояние коронарного русла у пациентов с острым инфарктом миокарда в ближайшие и среднеотдаленные сроки после проведения эндоваскулярного вмешательства.

Материал и методы. С 2005 г. у пациентов с ОИМ выполнялись эндоваскулярные процедуры (ЭВП) с использованием стентов с различным лекарственным покрытием (СВЛ) (n = 151) – эти пациенты включены в 1-ю группу исследования. У 771 больного выполнено стентирование ИОА с использованием голометаллических стентов (n = 840) – эти пациенты составили вторую группу исследования. В третью группу вошли 874 пациента с ОИМ, которым реперфузия миокарда ограничивалась только баллонной ангиопластикой. По основным исходным клиническим, анамнестическим и ангиографическим данным больные групп достоверно не различались. Всем больным, поступившим в стационар в пределах первых 6 ч от начала ангинозного приступа, выполнялась экстренная КАГ и при наличии стенозирующего или окклюзирующего поражения ИОА выполнялась эндоваскулярная процедура восстановления кровотока в ней.

Всего 151 пациенту в ИОА было имплантировано 162 стента. При этом наиболее часто использовали модульные стенты: Cypher Select+ (41), Endeavor Resolute (26), Promus Element (84), Xience (10). У всех больных стент полностью покрывал пораженный участок артерии, края сосуда в месте имплантации были ровными, гладкими, без стенозирующих изменений. Результат имплантации стента оценивали визуально, а также рассчитывали диаметр сосуда до и после процедуры.

Результаты исследования и их обсуждение. В целом частота клинического успеха после стентирования (89,6%) была выше, чем после первичной ТБКА ИОА (79,5%). Следует отметить, что острый и подострый тромбоз, тромбоз ИОА в месте выполнения ЭВП чаще наблюдали при проведении ТБКА. В целом анализ госпитальной летальности показал более высокую эффективность ЭВП при ОИМ в сочетании с догоспитальным тромболизисом, позволяющего радикально сократить время реперфузии, что благоприятно влияет на уровень госпитальной летальности.

В среднеотдаленном периоде информация о состоянии здоровья была получена в среднем через 10,1 ± 3,1 мес. По данным контрольной КАГ получены достоверные различия между изученными группами по целому ряду показателей: в 1-й группе наблюдали отсутствие случаев рестеноза (0% против 22,5 и 32,6%) и реокклюзии ИОА – 4,7% против 4,2 и 9,0% соответственно. Необходимость в проведении повторных ЭВП – 9,5% против 19,5 и 27,5% случаев и необходимости в АКШ – 9,5% против 7,0 и 14,2% случаев. Отрицательные ангиографические результаты были отмечены у пациентов с непосредственным субоптимальным результатом ТБКА. У этих пациентов достоверно чаще отмечали случаи рестеноза – 41,6% против 30,7 и 22,5% и реокклюзии/тромбоза – 16,7% против 4,0 и 9,5% случаев при стентировании ИОА голометаллическим стентом или при оптимальном результате первичной ТБКА соответственно.

Таким образом, проведенное исследование показало, что стентирование при ОИМ улучшает клиническое течение заболевания как на госпитальном, так и среднеотдаленном этапах наблюдения по сравнению с аналогичными пациентами, получившими лечение при помощи ТБКА. Стентирование ИОА СВЛ у пациентов с ОИМ позволяет снизить процент рестеноза и ре-

окклюзии на среднеотдаленном этапе и тем самым улучшить прогноз заболевания. Сохранение хорошего результата ЭВП на ИОА влияет на резервные возможности миокарда и сократительную способность ЛЖ, тем самым на выживаемость.

Рентгенэндоваскулярные методы лечения васкулогенной эректильной дисфункции

Жуков О.Б., Аполихин О.И., Уколов В.А., Волкова Е.М.

ФГБУ "НИИ урологии" МЗ РФ, г. Москва

Введение. Методом выбора оперативного лечения васкулогенной эректильной дисфункции (ЭД) в стадии субкомпенсации является фаллопротезирование. Однако в начальных стадиях заболевания молодые мужчины с трудом соглашались на подобный вид лечения. И поиск альтернативного лечения завершился применением новых рентгенэндоваскулярных методов лечения.

Материал и методы. Оперированы 14 больных с васкулогенной ЭД 25–48 лет (средний возраст – $36,4 \pm 7,4$). Из них 9 больных с веноокклюзивными нарушениями эрекции, 3 – с артериальной недостаточностью кавернозных тел, 2 – с артериовенозной ЭД. Диагноз устанавливали на основании данных ультразвукового доплеровского исследования кавернозных тел полового члена с интракавернозным фармакотестом, мультиспиральной компьютерной фармакокавернозографии на аппарате Toshiba Aquilion 64 после интракавернозного введения простогландина E1 и МСКТ артерий таза.

При артериальной недостаточности кавернозных тел полового члена проводились два типа операций в зависимости от уровня и протяженности поражения и характера сосудистой стенки. При изолированном атеросклеротическом проксимальном поражении внутренних подвздошных артерий (мышечно-эластического типа) проводилось их стентирование. Использовался унилатеральный пункционный доступ. При протяженном поражении среднего уровня пудендалных артерий (мышечного типа) использовали баллонную дилатацию внутреннего просвета артерий баллоном катетером № 5 (F) типа Sim 2 с внутрибаллонной компрессией до 10 атмосфер и экспозицией до 4–5 мин, с последующим ангиографическим контролем. Операция начиналась от периферии в проксимальном направлении артериального сосуда. При веноокклюзивных нарушениях эрекции в виде патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена проксимального направления нами предпринималась рентгенэндоваскулярная эмболизация данных вен спиральями типа Гиантурко размерами 5×10 , 4×3 и не более двух штук на одного больного при пункционном доступе через дорсальную вену полового члена. В трех случаях проведена склеротерапия через трансфеморальный доступ лурумикроголом 400 в объеме 4,0 с флелобогическим контролем в виде стаз контраста.

Выводы. Данные методики операций являются эффективными в сексуальной реабилитации больных с васкулогенной ЭД на этапе до выполнения фаллопротезирования. Общие сроки наблюдения составили 14 месяцев. Клиническая компенсация заболеваний является удовлетворительной: МИЭФ изменился с $12 \pm 3,6$ до $18,8 \pm 4,2$. Требуется дальнейшее исследование и продолжить набор материала для оценки послеоперационной эффективности рентгенэндоваскулярной эректильной дисфункции.

Ретроградная рентгенэндоваскулярная склеротерапия у больных с варикоцеле, осложненным патоспермией

Жуков О.Б., Ефремов Е.А., Красняк С.С., Уколов В.А., Пеньков П.Л.

ФГБУ "НИИ урологии" МЗ РФ, г. Москва

Введение. Показанием для операции у этой категории больных являются патоспермия сосудистого генеза и исключение других гормональных, аутоиммунных, обтурационных и прочих факторов, приводящих к нарушению фертильности эякулята. Прогностическими факторами при этом являются

клинически значимое варикоцеле, концентрация сперматозоидов выше 5 млн в 1,0, нормальный уровень ФСГ, суммарный объем яичек более 30 см³.

Материал и методы. В 2012 г. оперированы 54 больных с варикоцеле и патоспермией в виде астено- и олигозооспермии. Из них в браке состояло 39 больных. С субклинической стадией варикоцеле оперировано 3 больных, с I стадией – 18 больных, со II стадией – 35. Возраст оперированных больных составил 18–41 год ($34,1 \pm 7,2$ года). Больным проведена эндоваскулярная склеротерапия тестикулярной вены этоксисклеролом 3% 2,0 мл, из них 3 больным проведена с двух сторон. Аномалия развития левой почечной вены в виде кольцевидной обнаружена у 7 больных (12,9%), аномалия впадения левой тестикулярной вены в внутреннюю подвздошную у одного больного. Средневзвешенная продолжительность операции – $27,4 \pm 15,3$ мин.

Контроль качества эякулята проходил через 6 мес. Наличие спонтанно наступившей беременности оценивался в течение первого года после операции.

Результаты. Через 6 мес в группе больных, перенесших эндоваскулярную склеротерапию тестикулярных вен, концентрации сперматозоидов увеличилась на 65% по сравнению с исходной. Подвижность улучшилась на 67%. Наступление спонтанной беременности отмечено у 9 (18,2%) партнеров оперированных больных в сроки наступления беременности от 4–12 мес после операции. У одной обнаружена левосторонняя трубная внематочная беременность через 1 мес после оперативного вмешательства, потребовавшая лапароскопической тубэктомии.

Выводы. Восстановление сперматогенеза у больных с варикоцеле после операции происходит в сроки 4–12 мес. В данной операции не предусмотрено повреждающего действия на паравазальные ткани и, следовательно, риска развития гидроцеле. Осложнений в виде тромбофлебита, экставазации, острых и отсроченных реакций на контраст не выявлено. С учетом малой инвазивности и хорошей переносимости можно рекомендовать данный метод оперативного лечения варикоцеле в качестве приоритетного в крупных специализированных медицинских учреждениях.

Отдаленные результаты ангиопластики с использованием баллонов с лекарственным покрытием при поражениях бедренно-подколенного сегмента

Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Джуракулов Ш.Р., Турсунов С.Б., Халимов А.Д.

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Актуальность. В настоящее время 2–3% населения России страдают атеросклеротическими поражениями артерий нижних конечностей. Поражения артерий бедренно-подколенного сегмента встречаются более чем у 80% всех больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей. При этом у 25% больных ампутируют обе нижние конечности. Остается высокой летальность после ампутации, колеблющаяся от 13 до 44%.

Цель исследования: сравнить отдаленные результаты баллонной ангиопластики (БА), выполненной с помощью баллонов с лекарственным покрытием (паклитаксел) и без него при поражениях бедренно-подколенного сегмента.

Материал и методы. В анализ включены результаты лечения двух групп больных в возрасте 40–86 лет с окклюзионно-стенозическими поражениями бедренно-подколенного сегмента. В 1-ю группу вошли 23 больных (14 ПБА и 9 ПоА), которым БА выполнена с помощью баллонов с лекарственным покрытием (IN PACT ADMIRAL-Medtronic), во 2-ю группу – 24 больных (13 ПБА и 10 ПоА) с обычной БА. Результаты прослежены от 6 до 18 мес.

Результаты. Среди больных 1-й группы в сроки наблюдения от 6 до 8 мес в 8,6% случаев развился рестеноз реконструированного бедренно-подколенного сегмента, у 4,3% – реокклюзия, потребовавшая выполнения бедренно-подколенного