

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 флелобологическим 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 $18,8 \pm 4,2$. Требуются дальнейшие исследования 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

шунтирования. В сроки наблюдения до 18 мес рестеноз развился еще у 8,6% больных. Таким образом, проходимость зоны реконструкции в сроки до 18 мес составила 78,5%. В 17,3% наблюдений операция БА осложнилась диссекцией интимы, что потребовало дополнительного стентирования. Рестеноз у двух больных и реокклюзия у одного больного в ранние сроки наблюдения развились именно у этих больных. У больных 2-й группы результаты распределились следующим образом: в сроки наблюдения до 6 мес в 29,1% наблюдений развился рестеноз, в 20,8% – реокклюзия, потребовавшая выполнения бедренно-подколенного шунтирования у 8,3% больных, а в 12,5% – ампутации бедра. В сроки наблюдения до 18 мес еще у 16,6% больных развился рестеноз. Таким образом, у больных 2-й группы проходимость зоны солевой ангиопластики в сроки до 18 мес составила 33,4%.

Выводы. Ангиопластика с помощью баллонов с лекарственным покрытием при окклюзионно-стенотическом поражении бедренно-подколенного сегмента позволяет существенно улучшить результаты лечения за счет предупреждения рестеноза зоны ангиопластики в ранние и среднесрочные периоды наблюдения.

Отбор пациентов для проведения ренальной денервации: опыт ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова”

Зверев Д.А., Звартау Н.Э., Емельянов И.В., Авдоница Н.Г., Панарина С.А., Юдина Ю.С., Конради А.О.

ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова” МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. В настоящее время ренальную денервацию рекомендовано проводить у больных с подтвержденной истинной резистентностью к антигипертензивной терапии. Однако еще одним условием является приемлемая для технического выполнения процедуры анатомия почечных артерий. Целью настоящего исследования было оценить встречаемость потенциальных кандидатов среди пациентов, обратившихся в связи с неконтролируемой АГ.

Материал и методы. Для подтверждения истинной резистентности к антигипертензивной терапии всем больным проводился суточный мониторинг АД (SpaceLabs 90207, США), определение уровней креатинина (с расчетом СКФ), калия, глюкозы, кортизола, метанефринов, альдостерона, ренина плазмы (с расчетом альдостерон-ренинового соотношения), проверка приверженности к лечению, полисомнография, коррекция/подбор антигипертензивной терапии. Больным с подтвержденной резистентностью предлагалось проведение процедуры ренальной денервации. После подписания информированного согласия проводилась мультиспиральная компьютерная томография в сосудистом режиме (МСКТ).

Результаты. За 11 мес обследовано 502 пациента с неконтролируемой АГ (149 мужчин и 353 женщины) в возрасте от 30 до 74 лет (средний возраст – 54 ± 9,6 года). Резистентная АГ подтверждена у 70 пациентов (12,6%), однако у 32 выявлены противопоказания (тяжелые сопутствующие заболевания – 18 (56%)), близкий к целевому уровень АД – 14 (44%). Из оставшихся 38 пациентов на проведение процедуры согласились 25 человек (66%). По результатам МСКТ “нормальная анатомия” почечных артерий наблюдалась лишь у 16% больных, в остальных случаях отмечались те или иные анатомические варианты или заболевания (добавочные артерии – 17 (68%), проксимальное деление – 3 (12%), фибромускулярная дисплазия – 1 (4%)). Техническая возможность проведения процедуры была подтверждена у 15 (60%) из 25 больных резистентной АГ.

Выводы. Таким образом, истинная резистентность к антигипертензивной терапии подтверждается у 12,6% больных неконтролируемой АГ. Соглашаются на проведение процедуры в среднем 66% пациентов, однако техническая возможность ее выполнения подтверждается лишь в 60% случаев.

Первые результаты проведения процедуры ренальной денервации в ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова”: антигипертензивная эффективность и безопасность в течение 6 мес наблюдения

Зверев Д.А., Звартау Н.Э., Емельянов И.В., Авдоница Н.Г., Панарина С.А., Юдина Ю.С., Конради А.О.

ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова” МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить антигипертензивную эффективность и безопасность процедуры ренальной денервации у больных резистентной артериальной гипертензией (АГ) в течение 6 мес наблюдения.

Материал и методы. Процедура ренальной денервации (Ardian, Medtronic) по стандартному протоколу была выполнена 12 пациентам (5 мужчинам и 7 женщинам, средний возраст – 59,6 ± 8,4 года). Всем больным до процедуры и через 6 мес после вмешательства проводилось измерение “офисного” уровня артериального давления (АД), суточный мониторинг АД (СМАД, SpaceLabs 90207), аппланационная тонометрия с расчетом центрального аортального давления (Sphigmocor, Artcor), а также измерялся уровень метанефринов в плазме крови (исходно, через 24 ч, 1, 3 и 6 мес). Исходно и через 6 мес после процедуры проводилась доплерография почечных артерий.

Результаты. В течение 6 мес наблюдения после процедуры уровень “офисного” АД уменьшился со 182 ± 6/107 ± 6 мм рт.ст. до 158 ± 5/89 ± 9 мм рт.ст. Схожие данные наблюдались и при оценке изменения уровня центрального аортального давления: отмечалось снижение со 179 ± 6/97 ± 8 мм рт.ст. до 153 ± 2/86 ± 5 мм рт.ст. При этом у 4 больных было достигнуто целевое АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) как по уровню периферического, так и центрального АД. Полученные результаты подтверждались и данными СМАД – отмечалось снижение как среднедневных со 185 ± 11/112 ± 8 до 160 ± 11/85 ± 17 мм рт.ст.), так и средненочных показателей (со 166 ± 9/89 ± 5 до 143 ± 15/84 ± 11 мм рт.ст.). У всех больных в течение 24 ч после процедуры отмечалось снижение концентрации метанефринов в плазме крови (0,76 ± 0,09 против 0,36 ± 0,10 нмоль/л; $p < 0,05$), которое сохранялось через 6 мес наблюдения (0,38 ± 0,3 нмоль/л). Нежелательных явлений во время или после процедуры зарегистрировано не было, так же как и значимых изменений гемодинамики по результатам доплерографии.

Выводы. Таким образом, первые результаты проведения ренальной денервации в нашем Центре показали хорошую эффективность и профиль безопасности у больных резистентной АГ.

Чрескожные коронарные вмешательства у пациентов с острым коронарным синдромом после догоспитального тромболизиса

Зырянов И.П., Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Сапожников С.С., Горбатенко Е.А.

Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, г. Тюмень

Цель: оценить результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) после догоспитального тромболизиса в реальной клинической практике.

Материал и методы. Из 5688 пациентов, включенных в Регистр проведенных операций транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики® было отобрано 565 пациентов, которым в период с 2006 по 2011 г. выполнялись первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) по поводу ОКС с подъемом сегмента ST. Тромболитическая терапия препаратом Метализе® на догоспитальном этапе проводилась 73 пациентам (основная группа). Группу сравнения составили 492 больных, которым проводились ЧКВ без предшествующей тромболитической терапии.