

ности ХСН, одного из основных критериев в оценке состояния трудоспособности пациентов с данными заболеваниями.

Применение бифуркационного стент-графта "Aorfix" в лечении пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты

Генералов М.И.¹, Майстренко Д.Н.¹, Таразов П.Г.¹, Дударев В.Е.², Ситников Г.И.², Губенко А.В.², Максимов А.В.³, Плотноков М.В.³, Семитко С.П.⁴

¹ ФГБУ "Российский научный центр радиологии и хирургических технологий", г. Санкт-Петербург

² БУЗ Омской области "Областная клиническая больница", г. Казань

³ ГАУЗ "Республиканская клиническая больница", г. Казань

⁴ БУЗ "ГКБ №8, ДЗ г. Москвы"

Цель: изучить технические аспекты и клинические результаты эндоваскулярного лечения пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты (ААА).

Материал и методы. С декабря 2008 по декабрь 2012 г. в четырех медицинских центрах осуществлено лечение 91 пациента (77 мужчин и 14 женщин, средний возраст – 68,3 ± 5,4 года) с диагнозом ААА.

Для имплантации использовали модульный бифуркационный эндопротез AORFIX (Lombard Medical, Великобритания). Операцию осуществляли в рентгенооперационной под субарахноидальной (n = 71) или общей (n = 20) анестезией с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики. Имплантацию модулей эндопротеза выполняли через выделенные общие бедренные артерии.

Прокходимость эндоваскулярной конструкции оценивалась методом ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) и МСКТ через 1,6 и 12 мес после операции, далее один раз в год.

Результаты. Технический успех отмечен в 100% наблюдений. Интраоперационно были выявлены 37 специфических осложнений. При контрольной аортографии отмечалось "подтекание" Ia типа в шести, Ib типа в семи наблюдениях, которые были устранены повторной усадкой проксимальной или дистальной частей эндопротеза баллонным катетером. "Подтекание" IV типа наблюдалось в 24 случаях и не нуждалось в дополнительной коррекции.

Послеоперационное течение было гладким, пациенты были выписаны на 7–14-е сутки. К настоящему времени живы 79 из 90 больных (87,7%) в сроки от 4 до 63 мес (в среднем 28,9 ± 3,3 мес). По данным контрольных МКАТ аневризмы исключены из кровотока, признаков "подтекания" нет. В 34 наблюдениях отмечено уменьшение размеров аневризматического мешка.

Через 3–17 мес после эндоваскулярного протезирования по причинам, не связанным с разрывом ААА, погибли 11 пациентов: острый инфаркт миокарда (n = 7), злокачественное новообразование (n = 3), острое нарушение мозгового кровообращения (n = 1).

Заключение. Технический успех установки модульного бифуркационного стент-графта AORFIX был в 100% наблюдений. Отдаленные результаты позволяют рассматривать метод эндоваскулярного протезирования ААА как эффективную альтернативу традиционному оперативному вмешательству.

Значение артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Алгоритмы диагностики и лечения

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Мильников А.А., Голенищев А.И., Нарбутов А.Г.

ФГБУ "РДКБ" МЗ РФ, г. Москва

Цель: определить влияние артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Выявить варианты нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне и составить алгоритм лечения варикоцеле.

Материал и методы. Критериями включения в исследование явился возраст от 13 до 18 лет с варикоцеле слева II–III степени, без тяжелой сопутствующей патологии, всего 200 пациентов. Всем пациентам проведена ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной ве-

ной и нижней полой веной (ЛПВ–НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева.

Результаты. Выявлено четыре варианта нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне. Первый вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, синдрома Мей-Турнер (МТС), то есть компрессии левой общей подвздошной вены между правой общей подвздошной артерией и телом L₅ нет, – 63% (126) случаев. Второй вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, определяются признаки МТС, – 28% (56) случаев. Третий вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ более 10 мм Hg (аортomezентериальная компрессия), синдрома МТС нет, – 5% (10) случаев. Четвертый вариант: сочетание аортomezентериальной компрессии и МТС, – 4% (8) случаев.

Заключение. Наиболее частым вариантом нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне является клапанная недостаточность внутренней тестикулярной вены без признаков артериовенозных конфликтов (аортomezентериальной или подвздошно-позвоночной компрессии). При диагностировании первого варианта оправданно проведение эндоваскулярной окклюзии тестикулярной вены. В генезе варикоцеле большое значение имеет МТС, определяется почти у трети всех пациентов. Во второй группе также необходимо устранить рефлюкс по тестикулярной вене для снижения тазовой флегмогипертензии. В третьей группе пациентов с варикоцеле наиболее оправданными будут хирургические вмешательства, разгружающие бассейн левой почечной вены, в частности тестикуло-илиакальный анастомоз. Четвертый вариант нарушения регионарной гемодинамики с наличием артериomezентериальной компрессии и МТС (двойной блок) является наиболее сложным для проведения хирургической коррекции и требует дальнейшего изучения.

Результаты эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозом голометаллических стентов и стентов с лекарственным покрытием

Герасимов А.М., Меркулов Е.В., Самко А.Н.

ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ

Цель: оценить отдаленные результаты (в течение 1 года) и выявить клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза после эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозами непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием.

Методы и результаты. В исследование было включено 496 больных. Из них 280 пациентов с рестенозами непокрытых стентов и 215 пациентов с рестенозами стентов с лекарственным покрытием. В группе пациентов с рестенозом голометаллического стента 164 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, 116 пациентам был имплантирован стент с лекарственным покрытием. А в группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием 124 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, а 92 пациентам был имплантирован второй стент с лекарственным покрытием. Конечной точкой исследования являлось повторное появление рестеноза в обеих группах. В обеих группах были определены клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза. В группе пациентов, у которых был имплантирован непокрытый стент, рестеноз встречался чаще, чем в группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием (35,3 и 15,9% p < 0,05). В группе рестеноза стента с лекарственным покрытием чаще встречалась краевая форма рестеноза (33,6 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом голометаллического стента повторный рестеноз развивался после баллонной ангиопластики, чем при стентировании стентом с лекарственным покрытием (25,3 и 7,2% p < 0,05), и большинством пациентов с проведенной баллонной ангиопластикой требовалось повторное эндоваскулярное лечение (28,1 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием не было выявлено достоверного различия между баллонной ангиопластикой и повторным стентированием стентом с лекарственным по-