

у 48 – 3 ствола (4,5%), у 6 – 4 ствола (0,6%). Рецидив после операции Иванисевича обнаружен у 89 больных (8,3%). Нами окклюзировано 1120 семенных вен у 1073 пациентов. Двусторонняя локализация отмечена у 8 больных (0,7%). Рецидив варикоцеле после склеротерапии отмечен у 47 пациентов (4,4%), успешно устранен при повторных вмешательствах.

Заключение. Эмболизация яичковых (семенных) вен при варикоцеле является высокоэффективным методом лечения, небольшой процент рецидивов при использовании данного вида лечения позволяет считать его основным у этой группы пациентов.

АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ БЕДРЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кардис А.И., Васильчук Л.Ф., Черний В.А., Гнядо Ю.В., Курпик В.И., Полудень Д.И., Юцевич Д.Г., Семенов Р.Ю., Василевский В.П., Цилиндзь А.Т.
УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Республика Беларусь.

Введение. Поражение поверхностной бедренной артерии является наиболее часто встречающейся локализацией атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Инвалидизирующая перемежающаяся хромота и критическая ишемия являются показаниями к оперативному лечению – хирургической реваскуляризации. При этом операцией выбора до настоящего времени считается шунтирование. В последние годы эндоваскулярная хирургия активно внедряется в лечение окклюзионно-стенотических поражений бедренных артерий. Возможность реканализации длинных окклюзий, хорошие непосредственные результаты, простота процедуры, очень низкий процент осложнений постепенно расширяют показания к данной лечебной методике, и в настоящее время она проводится даже у пациентов с выраженными и распространенными поражениями периферических артерий.

Целью работы явились анализ и оптимизация диагностическо-лечебного комплекса патологического процесса бедренной артериальной локализации на основании применения эндолюминальной ангиопластики и стентирования.

Материал и методы. За период с 2007 по 2010 годы в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы прооперировано 26 пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями поверхностной бедренной артерии. Возраст пациентов колебался от 51 до 79 лет. Мужчин было 23, женщин – 3. Из сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2 типа имел место у 7 пациентов, коронарная патология – у 17 больных. Ишемия нижних конеч-

ностей 2 стадии диагностирована у 17 пациентов, 3 стадии – у 6 больных, 4 стадии – у 3 человек.

У 11 пациентов имела место окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 15 больных диагностированы гемодинамически значимые стенозы. Протяженность поражения составляла от 8 до 124 мм. Длинные окклюзии, более 10 см, наблюдались у 2 больных. Многоэтажные поражения выявлены у 5 пациентов, у них проведены сочетанные вмешательства или гибридные операции.

Результаты и обсуждение. Антеградный ипсилатеральный доступ использовался у 24 пациентов, у 2 больных применялся ретроградный контралатеральный доступ. При окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии в 6 случаях выполнялась субинтимальная баллонная ангиопластика, в 5 случаях – транслюминальная ангиопластика. Имплантировано 27 самораскрывающихся стентов. У 2 пациентов ограничили выполнение субинтимальной баллонной ангиопластики без стентирования. Оптимальный ангиографический результат был достигнут во всех случаях, кровотоков в зоне реконструкции – TIMI-3. У 3 пациентов после выполнения субинтимальной баллонной ангиопластики в раннем послеоперационном периоде развились гематомы мягких тканей бедра, не потребовавшие хирургической коррекции. Улучшение клинической картины, снижение степени ишемии наблюдалось в ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов.

Выводы. Непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств позволяют рекомендовать ангиопластику и стентирование как метод выбора при стенозах и коротких окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии. При протяженных поражениях поверхностной бедренной артерии результаты эндоваскулярных процедур сопоставимы с результатами открытых реконструктивных операций.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ И МНОГОЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Кардис А.И., Васильчук Л.Ф., Василевский В.П., Цилиндзь А.Т.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Республика Беларусь.

В течение последних лет отмечается устойчивое изменение подходов к хирургическому лечению распространенного атеросклероза артериального сосудистого русла. Разумной альтернативой шунтирующим хирургическим вмешательствам в настоящее время является чрескожная транслюминальная ангиопластика с внутрисосудистым стентированием. Еще боль-

шие перспективы имеет ныне существующая тенденция единовременного или последовательного сочетания обоих способов при мультифокальных и многоэтажных окклюзионно-стенотических и аневризматических трансформациях магистральных артерий.

Целью работы является оптимизация методов лечения распространенного артериального атеросклероза и оценка возможности сочетания открытой реваскуляризации и эндоваскулярной хирургии.

Материал и методы. За последние 2 года в отделении хирургии сосудов УЗ «Гродненская областная клиническая больница» выполнено 15 гибридных оперативных вмешательств у больных с осложненным течением атеросклероза. Возраст больных колебался от 49 до 76 лет. Мужчин было 13, женщин – 2. У 13 пациентов с клиникой артериальной недостаточности конечности в 11 случаях имела место хроническая критическая ишемия, а в 2 острая декомпенсированная ишемия (Iб, IIб степени по В.С. Савельеву). Среди оперированных можно выделить 2 больных, которым после выполнения эндопротезирования аневризмы брюшной аорты потребовалось произвести пластику поверхностной бедренной артерии. У 7 пациентов прямая оперативная коррекция бедренно-подколенного блока выполнялась после рентгеноэндоваскулярного вмешательства на каротидном бассейне (6 больных) и почечной артерии (1 человек). Последнюю группу составили 6 оперированных с односторонней окклюзией бедренных и критическим стенозом подвздошных артерий. Им выполнены баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий с одновременным бедренно-подколенным шунтированием.

Результаты и обсуждение. Выполнение эндоваскулярной процедуры по изолированию полости аневризматической трансформации брюшной аорты с помощью бифуркационного эндопротеза Core Excluder AAA при наличии атеросклеротического поражения в зоне нахождения интродюсера в некоторых случаях требует выполнения постманипуляционной ангиопластики бедренных сосудов для обеспечения адекватного кровоснабжения дистальных отделов конечности. Пластика поверхностной бедренной артерии осуществлена с помощью аутовены и синтетической заплаты. С целью регресса клинических проявлений ишемии мозга и почек, а также снижения вероятности развития фатальных нарушений кровообращения в этих сосудистых бассейнах перед выполнением аорто-бедренного шунтирования (4 операции) и бедренно-дистального шунтирования (3 операции), пациентам в день прямой хирургической реваскуляризации конечности произведено эндоваскулярное стентирование сонных или почечной артерий. Для снижения объема операционной травмы, уменьшения времени операции у больных с выраженной сопутствующей патологией и

обеспечения достаточного объема притока крови в зону прямых хирургических вмешательств, при многоэтажных поражениях магистральных артерий нижних конечностей критические стенозы верхнего (подвздошного) блока ликвидированы эндоваскулярной дилатацией и стентированием. Единовременно рентгеноэндоваскулярное вмешательство дополнено хирургической коррекцией бедренно-подколенного блока. Восстановление кровоснабжения и адекватного кровообращения получено у всех больных. Одному пациенту в послеоперационном периоде выполнена малая ампутация конечности, еще у одной пациентки отмечено развитие острого нарушения мозгового кровообращения, приведшее к смерти на 3 сутки после операции.

Выводы. Таким образом, высокая эффективность и малая травматичность гибридных вмешательств позволяет улучшить и расширить объем хирургической помощи больным с окклюзионно-стенотическими мультифокальными поражениями магистральных сосудов в том числе и в ситуациях, ранее считавшихся инкурабельными. Интраоперационная баллонная ангиопластика со стентированием позволяют уменьшить объем операции и сократить длительность послеоперационного лечения при «многоэтажных» поражениях артерий нижних конечностей. Дальнейшее усовершенствование технологии сочетания эндоваскулярной и открытой реваскуляризации может рассматриваться как разумная альтернатива обширным хирургическим шунтирующим операциям у больных с распространенными поражениями брюшной аорты и ее ветвей.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ, АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ОККЛЮЗИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Карпенко А.А., Чернявский М.А., Кужугет Р.А.
Стародубцев В.Б.
ФГУ «НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий»,
Новосибирск, Россия.

Цели. Изучить возможности ангиопластики и стентирования при лечении длинных окклюзионных поражений ПБА (более 10 см).

Материал и методы. За 2009-2010 годы реканализация и ангиопластика и стентирование ПБА выполнены у 23 пациентов с длинными окклюзиями ПБА. Анамнез заболевания до 10 лет. Длина поражения от 11 до 27 см, средняя 15,5 см. Возраст больных от 46 до 78 лет (средний возраст $60 \pm 9,1$ лет), мужчины составили 60%. Стадия ХИНК — 2 – 3ст. Сахарный диабет у 16 (69,5%) больных. Баллонная ангиопластика поверхностной бедренной артерии без стентирования выполнялась у 6 (26%), со стентированием 17 (73,9%) больным. Всем пациентам с