

с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включен 21 пациент с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей. Возраст больных колебался от 47 до 78 лет (средний возраст $61 \pm 8,5$ лет), мужчин было 57%. Мультифокальный атеросклероз выявлен у 21 (100%) пациента. 17 (81%) больных с ишемической болезнью сердца. Сахарный диабет верифицирован у 14 (66,6%) больных. У всех пациентов имелось многоуровневое поражение артерий нижних конечностей, то есть поражение двух и более сегментов. Выполнено коррекция поражений аорто-подвздошного сегмента у 8 (38%), подвздошно-бедренного сегмента у 9 (42,8%) пациентов, у 4 (19%) дополнялось ангиопластикой берцовых артерий.

Результаты. Реканализация окклюзированного сегмента артерии выполнялась у 17 (80%) пациентов. Технический успех варьировался от 95% до 100%. Клиническое улучшение было достигнуто в 90-100% случаев. Смертельных исходов не отмечено. Из осложнений в двух случаях были дистальная эмболия, что потребовало открытого вмешательства, у пяти пациентов гематомы в месте пункции и у одного пациента в раннем послеоперационном периоде отмечен тромбоз стента в ПБА. Псевдоаневризм, диссекций и разрыв артерий нами не отмечено. Среднее пребывание пациента в отделении после операции составило около 3 дней. При контрольном обследовании пациентов через 7 месяцев после операции нами не обнаружено поломок и рестенозов в стентах, первичная проходимость составила 90%.

Выводы. Полученные результаты показали высокую эффективность эндоваскулярных операций у пациентов с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОВОДНИКОВ ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОВЕРХНОСТНЫХ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ

Киселев Н.С.¹, Чернышев С.Д.¹, Фоминых А.Н.¹, Хмельникер С.М.², Идов Э.М.¹

¹Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург

²Отделение сосудистой хирургии МУ ГКБ №14, Екатеринбург, Россия.

Нередко при эндоваскулярной коррекции сосудистых нарушений нижних конечностей у больных с критической ишемией приходится сталкиваться с хроническими окклюзиями поверхностных бедренных артерий (ПБА). По данным литературы успех реканализаций таких поражений составляет 80-90% (Krishna Kandarpa, 2007). Несмотря на это вопросы

тактики выбора проводников для этих процедур остаются дискуссионными.

Цель работы. Оценить эффективность применения различных групп проводников для реканализации хронических окклюзий ПБА.

Материалы и методы. С января 2009 года в Центре сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1» и отделении сосудистой хирургии МУ ГКБ №14 г. Екатеринбурга было выполнено 72 попытки реканализации хронических окклюзий ПБА у пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Успешно реканализованы 64 (88,9%) окклюзии. В 8 (11,1%) случаях результат не был достигнут. Длина окклюзионного поражения ПБА составила $10,5 \pm 4,1$ см. В зависимости от того, какой из проводников был использован для реканализации окклюзии первым, ретроспективно все случаи разделены на четыре группы. В первой группе (8 человек) применялись стандартные стальные проводники диаметром 0,035" с PTFE-покрытием. Во второй (42 человека) — стальные проводники типа Newton диаметром 0,035" с PTFE-покрытием, которые в отличие от стандартных проводников имеют прямой, устойчивый к перегибам рабочий конец длиной 10 см. В третьей группе (14 человек) использовались нитиноловые проводники диаметром 0,035" с гидрофильным покрытием. В четвертой группе (6 человек) — проводники диаметром 0,014". Во всех группах оценивались вероятность успеха при использовании только одного проводника, частота использования при неэффективности других проводников и вспомогательного инструмента для прохождения окклюзий ПБА.

Результаты. В первой группе из 8 реканализованы 7 (87,5%) окклюзий. При этом успешное прохождение пораженного участка стандартными проводниками без вспомогательного инструмента было только в 2 (28,6%) случаях. Во второй группе при использовании проводников типа Newton частота успеха была самой высокой — 40 из 42 случаев (95,2%) с минимальным использованием дополнительного инструмента (77,5% реканализаций только одним проводником). В третьей группе (проводник первого выбора — нитиноловый с гидрофильным покрытием) удалось успешно реканализовать окклюзии ПБА у 11 (79%) пациентов. Из них только одним проводником — у 2 (18%). В четвертой группе при выборе хирургом проводников диаметром 0,014" были получены наихудшие результаты — успех составлял 66% при обязательном применении OTW-баллонов для поддержки и использовании не менее 2 проводников на каждого пациента. При сравнительном анализе групп выявлены достоверные различия по частоте использования дополнительного инструмента ($p=0,028$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что при прохождении хронических окклюзий ПБА предпочтительнее использование проводников типа Newton диаметром 0,035" с прямым концом. Они позволяют выполнять реканализации с наибольшим успехом и с минимальным использованием другого инструментария. Стандартные проводники диаметром 0,035" также обеспечивают приемлемые результаты, однако часто необходимо дополнительное применение катетеров. Мы рекомендуем использовать нитиновые проводники диаметром 0,035" с гидрофильным покрытием при неэффективности других проводников (проводник второго выбора). Применение проводников диаметром 0,014" при прохождении хронических протяженных окклюзий ПБА требует использования наибольшего количества инструмента и не целесообразно в большинстве случаев.

РЕНТГЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Клестов К.Б. Дудин О.В.
Республиканский клиничко-диагностический
центр, Ижевск, Россия.

Введение. Под определением эректильной дисфункции (ЭД) понимают неспособность достигать и (или) поддерживать эрекцию, необходимую для совершения полового акта. ЭД — весьма распространенное патологическое состояние. По данным ВОЗ, каждый десятый мужчина старше 21 года страдает расстройством эрекции, а каждый третий мужчина старше 60 лет, вообще, не способен выполнить половой акт, при этом отмечается стойкая тенденция к увеличению числа больных.

Изучение патогенеза расстройства эрекции в последнее десятилетие показало, что более 50% случаев имеют васкулогенную этиологию. Среди всех пациентов 22-27% страдают ЭД по причине патологической венозной утечки крови из кавернозных тел.

Если у возрастных пациентов ЭД, как правило, сочетается с артериальной недостаточностью, то у молодых мужчин зачастую доминирует изолированная венозная недостаточность.

Цель исследования. Определить эффективность выполнения эндоваскулярной окклюзии вен простатического сплетения при эректильной дисфункции обусловленной венозной недостаточностью полового члена.

Материалы и методы. В период с января 2005 по декабрь 2009 года эмболизация вен полового члена выполнена 20 пациентам в возрасте от 25 до 42 лет, средний возраст составил 31,25±6,2 года.

Основным клиническим признаком веноокклюзионной дисфункции являлась невозмож-

ность поддержания эрекции при ее нормальном возникновении. Во всех случаях при выполнении ультразвукового исследования вен таза была выявлен венозный стаз малого таза.

При подозрении на поражение веноокклюзионного механизма полового члена первым этапом выполнялась кавернозометрия. При отсутствии эрекции выполнялась кавернозография для визуализации и оценки путей оттока крови из кавернозных тел.

Вторым этапом выполнялась непосредственно эндоваскулярная окклюзия вен полового члена. После пункции правой бедренной вены (как правило) поочередно катетеризировались ветви правой и левой внутренних подвздошных вен. Катетер продвигался максимально дистально к основанию полового члена, после этого выполнялась эндоваскулярная окклюзия вен полового члена путем введения в венозное русло металлических спиралей. Адекватность выполненной эмболизации контролировалась выполнением контрольной флебографии вен простатического сплетения.

Результаты. Технический успех эндоваскулярной окклюзии вен полового члена достигнут у 19 пациентов. В 1 случае не удалось катетеризировать вены полового члена с одной стороны.

В результате проведенных лечебных мероприятий отмечено улучшение качества эрекции на 75%, все пациенты отмечают достаточную ригидность полового члена для успешного проведения коитуса.

Выводы. Эндоваскулярная окклюзия вен полового члена при эректильной дисфункции, обусловленной поражением веноокклюзионного механизма полового члена является достаточно эффективным, безопасным малотравматичным методом лечения данной категории больных. Позволяет добиться сексуальной реабилитации пациентов.

Дальнейшее совершенствование диагностики и хирургической техники, применение дифференцированного подхода к лечению различных форм патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена, позволит улучшить эффективность лечения этой распространенной причины эректильной дисфункции у мужчин.

СЕЛЕКТИВНАЯ САЛЬПИНОГРАФИЯ И РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Клестов К.Б. Ежова О.Б.
Республиканский клиничко-диагностический
центр, Ижевск, Россия.

Введение. По данным ВОЗ, за последние десятилетия отмечается значительное снижение рождаемости. Частота бесплодного брака по