

номена *no-reflow* в большинстве случаев, восстановить адекватный кровоток по инфаркт-ответственной артерии. Применение МВТ трансрадиальным доступом вполне безопасно и эффективно. Выполнение МВТ и сравнение результатов эффективности, дальнейшее изучение и определение стандартов выполнения и оценки этого метода в настоящий момент являются актуальной проблемой в повседневной практике и требуют дальнейшего накопления опыта.

Применение трансрадиального доступа при выполнении коронарографии и стентирования у больных с ИБС

*Рудуш В. Э., Кудряшов К. А.,
Фальбоцкий Н. В., Карповский А. Б.*

МБУЗ Городского округа Тольятти

*ГБУЗ СО "Тольяттинская городская клиническая больница №2
им. В.В. Баныкина"*

Цель исследования: сравнить различные доступы для выполнения коронарографии и коронарного стентирования у больных с ИБС.

Материал и методы. За 2011 и 2013 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии выполнено 2123 коронарографии и коронарных стентирований у больных с ишемической болезнью сердца. У 1246 больных манипуляции выполняли через бедренный доступ и у 877 – через лучевой доступ. Исследования проводили на ангиографе Phillips Allura. При бедренном доступе использовали интродьюсер 6F. Диагностику выполняли правым и левым катетером Judkins. В отдельных случаях использовали катетер Amplatz. При доступе через лучевую артерию использовали наборы с длиной интродьюсера 7 см, диаметром 5F, 6F. Диагностику начинали выполнять 5F JL 4.0 катетером левой коронарной артерии и на проводнике этим же катетером катетеризировали правую коронарную артерию. Эта манипуляция позволяла избежать смены катетера в 30% случаев, что позволило избежать спазма артерии на смену устройства. В 70% случаев производили смену на катетер JR 4.0. При стентировании через бедренный доступ использовали 6–7F-проводниковые катетеры. При лучевом доступе применяли 5–6F-проводниковые катетеры.

После удаления лучевого интродьюсера накладывали давящую повязку и больному через 2 ч разрешали ходить. При удалении бедренного интродьюсера гемостаз осуществляли прижатием артерии в области пункции до гемостаза и в дальнейшем наложением давящей повязки – “валика” на область пункции. После этого больной в течение суток соблюдал постельный режим.

Оценивали время операции, технические особенности, ближайшие осложнения.

Результаты. При лучевом доступе продолжительность пункции лучевой артерии и катетеризация устьев коронарных артерий увеличились в среднем в 2 раза. Так, если при бедренном доступе среднее время пункции и катетеризации составило 1,2–2 мин, то при лучевом доступе – 2,5–5 мин. Время стентирования при различных доступах было одинаковым. Продолжительность манипуляции в основном зависела от характера поражения и типа вмешательства.

У 20 (3%) пациентов лучевой доступ был заменен на бедренный по следующим причинам: затруднения при пункции лучевой артерии (3 пациента); невозможность проведения проводника по лучевой артерии, как правило, вследствие анатомической извитости или локального, некупирующегося медикаментозно ангиоспазма (13 пациентов); анатомический изгиб брахиоцефального ствола (5 пациентов).

У 38 (2,07%) пациентов выявлена окклюзия подвздошных артерий, и лучевой доступ был методом выбора.

Осложнения при бедренном доступе: у 677 (31,8%) больных была гематома мягких тканей бедра той или иной степени выраженности; у 5 (0,3%) пульсирующая гематома, которая потребовала оперативного вмешательства – ушивания пункционного отверстия; у 1 (0,8%) пациента было массивное кровотечение в окружающую клетчатку, которое также потребовало

ушивания пункционного отверстия; у 10 (0,31%) пациентов были преходящие явления ишемического бедренного неврита, вызванного компрессией бедренного нерва давящей повязкой. Явления купировались в течение месяца самостоятельно.

При лучевом доступе у 8 (1%) пациентов были явления ишемического неврита, который купировался самостоятельно в течение недели. Симптомов острой окклюзии лучевой артерии с явлениями ишемии конечности мы не наблюдали. Аневризм лучевой артерии не было.

Выводы. Лучевой доступ является малотравматичным и легко выполнимым. Время пункции и катетеризации увеличивается, но значительно снижает и исключает количество осложнений, особенно больших кровотечений. Дает возможность ранней активизации больного. При возникновении технических трудностей, лучевой доступ достаточно легко заменить на бедренный доступ. Исключением является окклюзия аорты и подвздошных артерий. Лучевой доступ является альтернативой у тучных больных и у больных с окклюзией или критическим стенозом аорты и подвздошных артерий.

Применение неадгезивной композиции Олух для эмболизации артериовенозных мальформаций головного мозга

Рябухин В.Е., Климов А.Б., Матвеев П.Д., Крылов В.В.

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"

Материал и методы. Эмболизация артериовенозных мальформаций головного мозга с применением неадгезивной композиции Олух 18 выполнена у 171 больного. Суммарно выполнено 257 эмболизационных сессий. Мальформации у 142 (83%) пациентов были отнесены к III–IV степени по шкале Spetzler–Martin, у 8 (4,6%) пациентов – к V степени, у 15 (8,7%) – к II степени, у 6 (3,7%) – к I степени. Критериями отбора пациентов для эндоваскулярной операции являлись расположение мальформации в функционально значимых отделах мозга, наличие нескольких афферентов, а также отказ пациента от открытой хирургической операции. Эмболизация артериовенозных мальформаций размером менее 3 см производилась в течение одной сессии, свыше 3 см – в течение 2–3 сессий.

Результаты. Радикальное выключение артериовенозной мальформации из кровотока удалось выполнить у 106 (62%) пациентов, при этом техническая возможность для выполнения следующей эмболизационной сессии присутствует еще у 25 (14%) пациентов. Среди пациентов, которым была выполнена радикальная эмболизация с последующим контрольным ангиографическим исследованием, рецидивов не отмечено. Отмечен один случай интраоперационного разрыва, без развития клинически значимого внутричерепного кровоизлияния. Госпитальной летальности не отмечено. В четырех случаях (2,5%) имели место отсроченные кровоизлияния в течение первых трех суток после эндоваскулярного вмешательства, связанные с перестройкой кровотока и разрывом оставшейся части артериовенозной мальформации. У 5 (3%) пациентов имел место преходящий очаговый неврологический дефицит.

Выводы. Эмболизация артериовенозных мальформаций головного мозга с применением композиции Олух является высокоэффективным и безопасным методом лечения данной патологии.

Стентирование почечных артерий в отделе рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения Института клинической кардиологии

*Самко А.Н., Меркулов Е.В.,
Андреевская М.А., Филатов Д.Н.*

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

Актуальность. На долю реноваскулярной гипертензии (РВГ) приходится более 1% всех случаев повышения АД. Причинами РВГ чаще всего – в 70–80% случаев – является стенозирующий атеросклероз почечных артерий. Атеросклероз почечных артерий даже на фоне правильно подобранной