

Результаты. Успех вмешательства составил 91,9% в 1-й группе и 93,4% во 2-й группе ($p > 0,05$). Смена доступа потребовалась в 8,1 и 1,6% случаях соответственно ($p < 0,05$). Время скопии, объем контрастного средства и количество расходного материала в группах достоверно не различались. Большие подкожные гематомы наблюдали в 1,3% случаях в 1-й группе и в 8,3% – во 2-й ($p < 0,05$), потребовавшие гемотрансфузии – в 0 и 3,3% случаев соответственно ($p > 0,05$). Необходимости в хирургическом вмешательстве, ложных аневризм, перфораций сосудов и каких-либо других осложнений в месте доступа отмечено не было. Частота окклюзии лучевой артерии составила 25,7%, бедренной – 0% ($p < 0,01$). В 1-й группе случаи окклюзии лучевой артерии у подавляющего большинства больных были бессимптомными. Критической ишемии конечностей и неврита на стороне доступа не наблюдали. Относительно комфортное состояние после вмешательства отмечали 91,8% больных в 1-й группе и 78,3% – во 2-й ($p < 0,05$). Активизация пациентов происходила в среднем на сутки раньше после трансрадиального доступа.

На госпитальном этапе летальный исход наблюдали в 9,45% случаев в 1-й группе и в 15% – во 2-й, частота развития ОИМ составила 2,7 и 1,6%, ОНМК – 1,3 и 0% соответственно. Экстренная повторная реваскуляризация потребовалась у 2,7 и 1,6% больных (во всех случаях по причине острого тромбоза стенки). Общая частота перечисленных выше осложнений составила 13,45% в 1-й группе и 18,2% во 2-й.

Заключение. У больных с ОКС пожилого возраста как в отношении комфорта, ранней активизации и частоты малых осложнений (подкожных гематом), так и в отношении общей частоты серьезных клинических осложнений, так называемых МАСЕ, при выполнении КАГ и ЧКВ предпочтителен трансрадиальный доступ. Данный вариант сосудистого доступа у этой категории пациентов не сопровождается увеличением времени скопии, объема контрастного средства и количества используемого материала (по сравнению с бедренным), а случаи окклюзии лучевой артерии в подавляющем большинстве случаев протекают бессимптомно и не требуют специального хирургического лечения.

Сравнительные результаты использования различных устройств для гемостаза у больных после чрескожных эндоваскулярных вмешательств, выполненных трансфеморальным доступом

Губенко И.М., Аналеев А.И., Семитко С.П., Климов В.П., Майсков В.В., Азаров А.В., Иоселиани Д.Г.

ГБУЗ "ГКБ №81 ДЗ г. Москвы"

Кафедра рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ "РНИМУ им Н.И. Пирогова"

Ежегодно по всему миру проводится более 7 000 000 чрескожных коронарных вмешательств, значительная часть которых, несмотря на развитие трансрадиального, производится трансфеморальным доступом. В связи с этим безопасные и эффективные методы достижения гемостаза имеют большое значение для оказания высококачественной помощи пациентам. Осложнения в области доступа являются наиболее распространенными осложнениями чрескожных коронарных вмешательств, частота которых составляет от 3 до 6% (Meyerson, 2002). Ежегодно появляются и внедряются в клиническую практику все новые устройства. Ожидается, что к 2015 г. глобальный рынок УГ превысит 800 млн долларов. И хотя УГ не используются рутинно, доля их применения неуклонно растет. При этом, несмотря на столь широкое применение УГ, данные об их безопасности и эффективности все еще неполны.

В наше исследование было включено 395 пациентов. Основную группу составили 295 больных, у которых для достижения гемостаза использовалось одно из устройств УГ. Распределение по подгруппам: StarClose SE (Abbot) – 95, Angioseal (SentJude) – 135, ExoSeal (Cordis) – 50, ProGlide (Abbot) – 15 больных. Группу контроля составили 100 пациентов, перенесших ЧКВ, которым выполнялся компрессионный мануаль-

ный гемостаз после достижения безопасных значений АСТ (110 с и менее).

Основным критерием эффективности устройств являлось время, необходимое для достижения устойчивого гемостаза. Также оценивалась частота успешного срабатывания устройства, частота успешного гемостаза, а также время иммобилизации конечности. Успешным считался гемостаз, достигнутый любым способом без больших сосудистых осложнений (Hermiller, 2006).

Успешный гемостаз был достигнут у 98,9% у пациентов группы устройств гемостаза и 99,0% контрольной группы. Частота больших осложнений у пациентов обеих групп носила единичный характер.

Выводы. Применение всех типов ушивающих устройств в значительной степени сокращает время гемостаза и период иммобилизации, обеспечивает раннюю активизацию пациента. Устройства для гемостаза достоверно не увеличивают количество осложнений в области доступа.

Рентгенохирургические методики в комплексном лечении больных с артериовенозными дисплазиями

Дан В.Н.¹, Ситников А.В.²

¹ ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ, г. Москва

² Российский научный центр рентгенодиагностики МЗ РФ, г. Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с артериовенозными дисплазиями головы и шеи, сравнить хирургические, эндоваскулярные и комбинированные методы лечения больных данной категории. Определить роль селективной ангиографии в планировании объема и характера последующего лечения, степени оперативного риска. Оценить возможность рентгенэндоваскулярной окклюзии афферентных сосудов как самостоятельного метода лечения и как этапа в комбинированном хирургическом лечении.

Материал и методы. Наблюдались 74 пациента с артериовенозными дисплазиями головы и шеи. Возраст больных на момент госпитализации составил от 7 до 69 лет, из них 45 в возрасте до 30 лет. Всем больным выполнена селективная ангиография, в 45 случаях – рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) афферентных сосудов. В качестве эмболизирующего материала использовался гидрогель (ПолиГЕМА) и калиброванные эмболы PVA 500–700 мкм в сочетании со склерозантами (этоксисклерол 1%). Из 64 больных у 29 произведена хирургическая коррекция заболевания, у 4 – паллиативная эмболизация, у 41 – комбинированное лечение, где первым этапом проводилась РЭО. В последние годы выработана тенденция к применению этапного комбинированного лечения, включающего эмболизацию, иссечение ангиоматозных тканей, реконструктивные и восстановительные операции.

Результаты. Результаты лечения оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошие результаты: отсутствие рецидива в течение 2 лет, хороший косметический эффект, отсутствие характерных жалоб. Как удовлетворительный результат оценивали отсутствие рецидива в те же сроки, но с сохранением косметического дефекта. Неудовлетворительным результатом считался рецидив заболевания.

Хорошие результаты достигнуты у 52 (70,27%) больных, удовлетворительные – у 20 (27,02%), неудовлетворительные – у 2 (2,71%) больных. Таким образом, хороший и удовлетворительный результат достигнуты в 62 (97,29%) случаях. Осложнений при выполнении РЭО не отмечено.

Выводы. Применение селективной ангиографии в зависимости от вида поражения сосудистой системы позволяет выбрать рациональную тактику хирургического лечения.

Применение селективной эндоваскулярной окклюзии афферентных сосудов независимо от формы поражения позволяет наиболее радикально оперировать больных с диффузным ангиоматозным процессом и резко уменьшить объем интраоперационной кровопотери. Этапность и последовательность в выполнении оперативных пособий позволяет достичь наилучших результатов лечения.