

инфаркт миокарда". Селективная коронарография и транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий проводились в условиях рентгенооперационной при отделении ангиографии, оборудованной рентгеноангиографической установкой "Integris Allura FD 20" (фирма "Philips"). Мониторинг ЭКГ проводили на аппаратах "Datex-Ohmeda" (Финляндия) и "Philips" IntelliVue MP20 (Голландия).

Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на аппарате "Siemens-Sonoline-Omnia", оборудованном электронными датчиками с частотой 4,0 МГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества в 1-е, 3-и и на 7-е сутки болезни. В V-режиме по формуле "площадь-длина" рассчитывали конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ (мл), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ (мл), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ (%).

Результаты исследований. Средний возраст больных составил 53,9 ± 9,3 года. Время от начала болей до поступления в клинику ("симптом-дверь") составило 3,2 ± 2,7 часа, время "симптом-баллон" – 4,8 ± 2,5 часа.

По результатам диагностической коронарографии у 58 больных (37,2%) наблюдалось поражение правой коронарной артерии и у 98 человек (62,8%) – передней межжелудочковой артерии. При этом у 128 (82%) больных тромбоз инфаркт-зависимой коронарной артерии сопровождался кровотоком TIMI 0, у 28 (18%) больных кровотоком сохранялся на уровне TIMI I. ТЛБАП с установкой стента проводилась "ad-hoc"-методом непосредственно после выполнения диагностической коронарографии. После предварительной реканализации и преддилатации всем 156 (100%) больным была проведена первичная коронарная ангиопластика со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии. У всех больных был достигнут кровоток TIMI III, и остаточный стеноз менее 10%, что является ангиографическим критерием успешной процедуры.

ЭхоКГ-исследование поступивших больных выявило в среднем по группе нормальные параметры полостей ЛП и ПЖ, однако систолическая функция ЛЖ оказалась сниженной. Уже к 3-м суткам наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ – ФВ ЛЖ увеличилась с 48,87 до 51,64% ($p < 0,01$), а к 7-м суткам – до 54,72% ($p < 0,001$). КДО ЛЖ к 7-м суткам наблюдения уменьшился с 131,8 до 128,6 мл ($p < 0,05$). ИНРС достоверно снизился на 22,5% к 3-м суткам и на 24,6% к 7-м суткам наблюдения.

Таким образом, применение стентирования коронарных артерий у больных ОКС с подъемом ST способствовало достоверному улучшению сократительных свойств миокарда ЛЖ уже на ранних этапах наблюдения.

Выводы

1. ТЛБАП со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии при остром инфаркте миокарда является эффективным методом патогенетического лечения.
2. Применение стентирования коронарных артерий у больных острым инфарктом миокарда способствует достоверному улучшению систолических свойств миокарда ЛЖ.
3. Экстренное восстановление адекватного коронарного кровоснабжения в миокарде при остром инфаркте миокарда приводит к быстрому восстановлению показателей регионарного сокращения ЛЖ вследствие уменьшения зон оглушенного миокарда.

Трансрадиальный доступ при лечении больных с ОИМ в скорпомощной больнице без отделения сосудистой хирургии – модная тенденция или клиническая необходимость?

Результаты работы ГКБ № 64 г. Москвы

Майсков В. В., Патлачук М. В., Мерай И. А., Буравлев М. Б., Мильто А. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С., Семитко С. П.

ГБУЗ "ГКБ № 64 ДЗ г. Москвы"

Постоянно совершенствуемые системы закрытия бедренного доступа полностью не оправдали ожиданий интервенционных кардиологов и не всегда гарантируют достижение стабильного

гемостаза. Необходимость применения современной агрессивной антикоагулянтной и трехкомпонентной антитромбоцитарной терапии, доказавшей свою эффективность в профилактике и лечении микроваскулярной дисфункции у больных с коронарным тромбозом, предъявляет новые требования к безопасности артериального доступа. Сложность катетеризации коронарных артерий особенно у лиц пожилого и старческого возраста и более отсроченное наступление миокардиальной реперфузии не позволяют рекомендовать трансрадиальный доступ в качестве рутинного при выполнении первичного ЧКВ, несмотря на более чем убедительные теоретические предпосылки преимуществ последнего.

Цель: изучить результаты ЧКВ трансрадиальным доступом при лечении больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и госпитальных результатов рентгенэндоваскулярного лечения 368 больных ОИМ за период с октября 2012 по ноябрь 2013 года. Средний возраст больных – 63,2 ± 7,4 года. 149 больных (40%) госпитализировано с элевацией ST, из них в 26 случаях применяли догоспитальный тромболитис. Трансрадиальный доступ выполняли рутинно справа, при технической неудаче – слева. Катетерную аспирацию тромба выполняли 63 больным; в 123 случаях использовали прямой ингибитор тромбина (Ангиокс), в 18 – блокатор IIb/IIIa тромбоцитов (интегрилин). Интродьюсеры удаляли одномоментно после 2–3 мин мануального гемостаза, накладывали давящую повязку на 12–14 ч. УЗДС радиальной артерии выполняли перед выпиской.

Результаты. Непосредственный успех вмешательства, выполненных трансрадиальным доступом, составил 97,5%, из них конверсию на контралатеральную артерию выполняли у 3%. Продолжительность катетеризации радиальной артерии в среднем составила 3,5 мин, флюороскопии – 14,5 мин. Slow/no-reflow развилось у 5 больных (3,6%). Кровотечений, сосудистых осложнений в местах доступа не было. Продолжительность лечения в реанимации в среднем составил один койко-день, длительность госпитализации 7,2 койко-дня. Проходимость радиальной артерии сохранена у 100% больных. Госпитальная летальность – 2,5%.

Заключение. Сочетание трансрадиального доступа, катетерной аспирации тромба и агрессивной антитромбоцитарной и трехкомпонентной антикоагулянтной терапии позволяет эффективнее предотвращать развитие slow/no-reflow, избежать грозных сосудистых осложнений места доступа и сократить продолжительность госпитализации. Правильный выбор инструмента и ежедневная рутинная практика повышают технический успех и скорость выполнения трансрадиального доступа, что приводит к нивелированию преимуществ трансфеморального доступа у больных ОИМ.

Влияние выбора артериального доступа на непосредственные и госпитальные результаты рентгенэндоваскулярного лечения больных с ОИМ с элевацией ST

Майсков В. В., Семитко С. П., Патлачук М. В., Аналеев А. И., Губенко И. М., Зудин К. Н., Иванов А. В., Мерай И. А., Карпун Н. А., Гегенава Б. Б.

ГБУЗ "ГКБ №64 ДЗ г. Москвы"

ГБУЗ "ГКБ №81 ДЗ г. Москвы"

Кафедра рентген-эндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ "РНИМУ им Н.И. Пирогова", г. Москва

Клиническая эффективность современной агрессивной антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии, доказавшей свою эффективность в профилактике и лечении микроваскулярной дисфункции у больных острым коронарным тромбозом, предъявляет новые требования к безопасности артериального доступа. Даже небольшие по объему, клинически незначимые гематомы места доступа достоверно ассоциируются с увеличением количества больших кардиоваскулярных событий в течение года. Постоянно совершенствуемые системы закрытия бедренного доступа не гарантируют достижение стабильного гемостаза. Теоретические предпосылки безопасности трансрадиального доступа позволяют рекомендовать

более широкое использование трансрадиального доступа у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией ST.

Цель: сравнить непосредственные и госпитальные результаты первичного ЧКВ, выполненного трансрадиальным и трансфemorальным доступом.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и госпитальных результатов рентгенэндоваскулярного лечения 544 больных ОИМ с элевацией ST двух скорпомощных больниц г. Москвы с высокой "трансрадиальной активностью". В анализ включены 381 мужчина и 163 женщины в возрасте $68,2 \pm 7,4$ года. 132 больным (24%) выполнялся догоспитальный тромболитис. ЧКВ трансрадиальным доступом успешно выполнено у 464 больных (85%), трансфemorальным – у 80 (15%). Трансрадиальный доступ выполняли на стороне с более отчетливой пульсацией лучевой артерии и отрицательным модифицированным тестом Алана (тестом Барбю). При технической неудаче выполняли пункцию бедренной артерии. Катетерную аспирацию тромба проводили всем больным с окклюзирующим тромбозом, кровотоком TIMI 0. Прямой ингибитор тромбина бивалирудин (ангиокс) применялся у 284 больных (52%), блокатор IIb/IIIa тромбоцитов эптифибатид (интегрилин) – у 118 (21%). Трансрадиальные интродьюсеры удаляли одномоментно, накладывали давящую повязку на 8–12 ч. Трансфemorальные интродьюсеры удаляли через 3–6 ч в реанимационном отделении, у 42 больных (52%) использовали устройства закрытия доступа. УЗДС места пункции выполняли всем больным при ослаблении или отсутствии пульсации на лучевой артерии, подозрении на пульсирующую гематому бедра.

Результаты. Непосредственный успех вмешательства бедренным доступом составил 100%, трансрадиальным – 96%. Основными причинами неудачи являлись: невозможность пункции лучевой артерии – 4 (0,8%), грубая извитость лучевой и плечевой артерий – 5 (1%), спазм лучевой артерии – 9 (2%). Частота конверсии на бедренный доступ составила 4%. Продолжительность катетеризации радиальной артерии в среднем составила 2,5 мин, всей коронарографии – 12,5 мин. Достоверных различий по продолжительности первичного ЧКВ и непосредственному техническому успеху коронарной реперфузии между исследуемыми группами выявлено не было. Частота регионарных сосудистых осложнений, в том числе кровотечений со снижением гемоглобина более чем на 20 единиц, была достоверно выше в группе больных бедренного доступа – 2,1 и 11,2% соответственно. Госпитальная летальность в радиальной группе составила 5,3%, в бедренной – 7,8%.

Заключение. Выбор трансрадиального доступа при эндоваскулярном лечении ОИМST позволяет значительно уменьшить частоту осложнений, связанных с сосудистым доступом, и увеличить выживаемость уже на госпитальном этапе лечения.

Выбор эмболизирующего вещества при лечении миомы матки

Майскова И.Ю.¹, Климовский С.Д.¹, Майсков В.В.²

¹ ГБУЗ "ГКБ №20 ДЗ г. Москвы"

² ГБУЗ "ГКБ №64 ДЗ г. Москвы"

Новейшие достижения рентгенхирургии позволяют предложить альтернативный малоинвазивный органосохраняющий метод лечения миомы матки – эмболизацию маточных артерий (ЭМА). В связи с возрастающим интересом к данной методике возникла необходимость выбора оптимального современного эмболизирующего вещества.

Цель работы: оценить эффективность ЭМА различными эмболизирующими частицами

Материал и методы. Проанализированы результаты ЭМА у 17 женщин с симптомной миомой матки. Женщины не имели достоверных различий по возрасту, данным гинекологического и терапевтического анамнеза.

Процедура выполнялась по стандартной методике правосторонним бедренным доступом катетером Робертс 5 F (Cook) частицами ПВА (Cook) размерами 500 и 700 мкм (10 пациенток) и микросферами Embosphere 500–700 (BioSphere Medical) (7 пациенток). Конечными ангиографическими точками счита-

ли стаз контрастированной крови в стволах маточных артерий на протяжении пяти сердечных циклов, отсутствие контрастирования артерий перифиброидного сплетения.

Всем больным проводили комплексную обезболивающую, антибактериальную, противовоспалительную терапию.

Контрольное УЗИ с доплерометрией и/или МРТ выполняли на вторые сутки после процедуры, а также через 1 и 3 мес после ЭМА.

Результаты. Непосредственный успех, оцениваемый как двусторонняя эмболизация с достижением конечных ангиографических точек, составил 94,1% (у одной пациентки селективная катетеризация правой маточной артерии оказалась технически невыполнимой).

Болевой симптом оценивали по кратности обезболивания с помощью наркотических анальгетиков. Среди пациенток группы ПВА кратность применения промедола составила 2,2, в группе микросфер (МС) – 2,7. Средняя длительность болевого симптома в группе ПВА составила $2,7 \pm 0,3$ дня, в группе МС – $3,3 \pm 0,4$ дня.

У 15 из 17 пациенток было отмечено повышение температуры тела в первые несколько суток после процедуры. Среди женщин группы ПВА у 3 (30%) в первые 1–3 суток отмечалось повышение температуры тела до $38,0^\circ\text{C}$, в группе МС таких пациенток было 4 (57,1%). У остальных пациенток температура тела не превышала $37,5^\circ\text{C}$ без достоверной разницы по группам и сохранялась в среднем 4,7 суток.

Повышение лейкоцитов крови сверх нормы в первые сутки отмечено у 40 и 57,3% женщин по группам соответственно. К третьим суткам показатели лейкоцитов у большинства обследуемых нормализовались.

Контрольные ультразвуковые исследования выявили достоверную динамику уменьшения размеров матки и миоматозных узлов без достоверной разницы по группам.

Заключение. ЭМА является безопасным, экономичным и клинически эффективным методом лечения миомы матки. Явные доказательства преимущества одного эмболизирующего вещества над другим не существуют. Выбор должен соответствовать анатомическим особенностям пациентки и предпочтению рентгенохирурга.

Возможности интервенционного лечения интракраниальных атеросклеротических поражений головного мозга, осложненных развитием деменции

Максимович И.В.

*Клиника середечно-сосудистых заболеваний
Свт. Иоанна митрополита Тобольского, Москва*

Введение. Исследование посвящено изучению эффективности транслюминальной лазерной реваскуляризации головного мозга в лечении церебральных атеросклеротических поражений, осложненных васкулярной деменцией.

Материал и методы. В исследовании участвовало 665 больных, страдающих различными видами атеросклеротических поражений сосудов головного мозга, осложненных развитием деменции. Возраст пациентов – 29–81 год (средний возраст – 75 лет), из них мужчин было 478 (71,87%), женщин – 187 (28,13%). При обследовании выполнены: лабораторная диагностика, оценка CDR, оценка MMSE, оценка IB, церебральные СТ, МРТ и СГ, РЭГ, церебральная АГ.

Для проведения интервенционного лечения отобрано 639 (96,09%) больных. Интракраниальные окклюзионные или стенолитические атеросклеротические поражения, сопровождающиеся отложением солей кальция, выявлены у всех 639 (100%) больных. По тяжести деменции больные подразделились на следующие группы:

группа 1 (выраженность деменции соответствует CDR-1) – 352 (55,08%) человека;

группа 2 (выраженность деменции соответствует CDR-2) – 184 (28,80%) человека;

группа 3 (выраженность деменции соответствует CDR-3) – 103 (16,12%) человека.