

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 трансфеморальным 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%), трансфеморальным – 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. Трансфеморальные 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 обезбоживания 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.