

кой – 38% (против 57% при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Частота госпитальных осложнений ТЛТ у больных с ДБСТ превысила все ожидания и составила 72%, в том числе летальность – 21% (против 8% летальности при ТЛТ в той же популяции больных, но без сопутствующей патологии). Доля успеха ЧКВ при ИМ на фоне ДБСТ была сопоставимо высокой (96%) с частотой ЧКВ при ИМ у больных без ДБСТ (97-99%). Частота госпитальных осложнений ЧКВ у больных ДБСТ оказалась значительно ниже таковой после ТЛТ, составив 22% против 72%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ на фоне терапии стероидами составила 100%. Частота госпитальных осложнений после ТЛТ без стероидов (29%) оказалась сопоставимой с частотой осложнений после ЧКВ на фоне терапии стероидами (31%). Минимальная частота госпитальных осложнений была после ЧКВ, когда больные не получали стероиды (4%).

Заключение: Чрескожные коронарные вмешательства являются методом выбора при лечении острого ИМ у больных с ДБСТ. У пациентов с ДБСТ на рост частоты госпитальных осложнений при любом методе лечения ИМ существенно влияет гормональная терапия.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ

В.Я. Рудман, М.В. Шевчук, К.Е. Пошатаев,
Ким Вон Ги, Е.А. Шубин, М.В. Космачев
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ
Хабаровского края
Институт повышения квалификации специалистов
здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск,
Россия

Цель: Изучение первого опыта эмболизации артериальных аневризм головного мозга отделяемыми микроспиральями.

Материал и методы: За период с 2008 года выполнено 48 операций эндоваскулярной эмболизации артериальных аневризм головного мозга 47 больным. Больные – мужчины (42%), женщины (58%), средний возраст 47 лет. Неразорвавшиеся (асимптомные) аневризмы оперированы у 4 пациентов, разорвавшиеся – у 43. Из 43 больных с разорвавшимися аневризмами в ранние сроки (до 14 суток) оперированы 14 пациентов, в отсроченном периоде – 29. Состояние пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием оценивали по шкале Ханта-Хесса: I степень – 16 больных, II – 13, III – 10, IV – 3, V – 1.

Показаниями для эндоваскулярных операций служили больные с аневризмами труднодоступной для клипирования локализации (задняя циркуляция и аневризмы внутренней сонной артерии), а также аневризмы передней мозговой и средней мозговой артерии у пациентов с тяже-

лой сопутствующей патологией и/или IV-V степенью тяжести по Ханту-Хессу.

Для эмболизации применялись отделяемые спирали фирм Boston Scientific, BALT, Cordis, EV3. В среднем на одну аневризму требовалось 4,5 спирали. В 5 случаях (аневризмы с широкой шейкой и фузиформные аневризмы) эмболизация выполнялась со стент-ассистенцией с использованием саморасширяющихся интракраниальных стентов. Во всех случаях выполнена тотально-субтотальная эмболизация аневризм с сохранением проходимости несущей артерии. В 1 случае у пациентки с гигантской аневризмой кавернозного сегмента ВСА выполнено выключение аневризмы из кровотока с помощью стент-графта фирмы Jomed.

Результаты: Во всех случаях выполнена тотально-субтотальная эмболизация аневризм с сохранением проходимости несущей артерии. 29 пациентов выписаны с состоянием, соответствующим I степени тяжести по шкале исходов Глазго, у 15 больных умеренные очаговые и когнитивные нарушения. 3 пациента с массивным базальным кровоизлиянием и ишемией ствола умерли. Послеоперационная летальность составила 6%. Отдаленные результаты (от 6 до 18 месяцев) прослежены у 16 больных (36%). Рецидив аневризмы выявлен у 1 больного после эмболизации аневризмы базилярной артерии через год после операции в виде расширения пришеечного сегмента. Выполнена повторная тотальная эмболизация.

Выводы: Внедрение в клиническую практику эндоваскулярного метода лечения аневризм с использованием современного инструментария позволяет улучшить качество оказания помощи пациентам с аневризмами труднодоступными для клипирования (задняя циркуляция и аневризмы ВСА), а также у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и/или IV-V степенью тяжести по Ханту-Хессу. По опыту нашей клиники послеоперационная летальность при эндоваскулярных методах лечения ниже, чем при открытой хирургии, что подтверждает мнение об эффективности и безопасности внутрисосудистой эмболизации аневризм. Однако эффективность и безопасность этого метода требует дальнейшего изучения и развития.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сажнов Д.Н. Басов И.В.
Клиническая больница №3 Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, Россия

Цель: анализ исходов чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных с острым коронарным синдромом, выполненного в течение первых 24 часов с момента возникновения клинических проявлений.