

Обращало внимание, что ни по одному из других артериальных бассейнов корреляций с кровотоком по ВР не наблюдалось.

Заключение: Следует отметить, что анатомически вены Розенталя больше связаны с бассейном СМА, а корреляций с ним получено не было. У больных с вертебробазилярной недостаточностью скорость кровотока в базальных венах мозга коррелирует только с показателями артериального кровотока вертебробазилярного бассейна.

СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ И КЛИПИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

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

Цель: Сравнение непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярных методов и клипирования у больных с артериальными аневризмами сосудов головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы: В исследование были включены 103 пациента с артериальными аневризмами головного мозга. В зависимости от метода операции все они были разделены на две группы. В первую группу (эндоваскулярного лечения) было включено 47 пациентов. Во вторую группу (открытого клипирования аневризмы) – 56 пациентов. Обе группы были сопоставимы по основным клиническим параметрам. Оценивалась госпитальная летальность в послеоперационном периоде, неврологический дефицит и послеоперационный койко-день.

Результаты: Послеоперационная летальность в группах эндоваскулярного лечения и открытого клипирования составила 6% и 15% ($p < 0,05$) соответственно. Той или иной степени выраженности неврологический дефицит и когнитивные нарушения составили 32% у пациентов первой группы и 34% у пациентов второй группы ($p > 0,05$). Средний послеоперационный койко-день составил 12 в группе эндоваскулярных методов и 16 при открытом клипировании аневризмы ($p > 0,05$).

Выводы: у больных с артериальными аневризмами головного мозга непосредственные результаты эндоваскулярных методов лечения в виде послеоперационной летальности, среднего послеоперационного койко-дня и неврологического дефицита в послеоперационном периоде не уступают открытым методам лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ДИФфуЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Д.М.Рамазанов, Т.А.Батыралиев, Л.В.Шульженко, Б.К.Кадыров, К.А.Абдраманов, И.А.Лазарев, Ю.В.Пя, Д.В.Фетцер, З.А.Ниязова-Карбен, И.В.Першуков, Б.А.Сидоренко
Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии (cardio.ru@gmail.com):
Медицинский центр им. Сани Конукоглы, Газиантеп, Турция,
Центральный госпиталь нефтяников ГНК, Баку, Азербайджан,
УНМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение: Диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ) – заболевания, характеризующиеся воспалительными изменениями в соединительной ткани, которые фактически могут развиваться в любой системе организма. К ДБСТ относятся: дерматомиозит (ДМ), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД), ревматоидный артрит (РА). Лечение атеротромбоза при ДБСТ представляет значительные сложности, т.к. описаны лишь единичные случаи ведения больных с ДБСТ, имеющих острые нарушения коронарного кровоснабжения, зачастую с ближайшим или среднесрочным неблагоприятным исходом. Поэтому до настоящего времени остаются неизученными вопросы: Какое лечение острого ИМ при ДБСТ более оптимально? Насколько часты осложнения, и каково их распределение после тромболитической терапии (ТЛТ) и после ЧКВ при ДБСТ? Какой отдаленный прогноз после различного вида реперфузии?

Материал и методы: с 2000 года по 2004 год в 5 клиниках России, Азербайджана, Турции пролечены 11640 больных с острым ИМ с подъемом ST. Им проводились ТЛТ или ЧКВ (баллонная ангиопластика, коронарное стентирование, реолитическая тромбэкстракция). Из 11640 пациентов у 111 больных ИМ протекал на фоне различных ДБСТ (0,95%). В группе ТЛТ СКВ была у 8 больных, РА – у 33 больных, а ССД – у 1 больного. В группе ЧКВ СКВ была у 21 больного, РА – у 46, а ССД – у 2 больных. В момент развития ИМ или в течение предшествующих 7 суток 65% перенесших ЧКВ и 60% получивших ТЛТ находились на терапии стероидами. ТЛТ проводилась только на догоспитальном этапе. Тромболизис был строго системным и выполнялся при невозможности быстрого (в течение 150 минут) поступления больного в катетерную лабораторию. ЧКВ выполнялись первично, если больной не получал ТЛТ до поступления в стационар. Кроме первичных ЧКВ проводились при неэффективности ТЛТ. Во все поражения имплантировались стандартные металлические стенты.

Результаты: Доля непосредственного успеха при тромболизисе оказалась чрезвычайно низ-

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.