

тока. У 30 (23.4 %) пациентов были аневризмы без разрывов. 98 (76.6%) пациента перенесли внутричерепное нетравматическое кровоизлияние.

По экстренным показаниям были прооперированы 59 (46.1 %) пациентов в остром гемморагическом периоде (до 21 суток после кровоизлияния).

В 120 (93.8%) случаях выполнялась эмболизация аневризм с помощью отделяемых микроспиралей: механически отделяемых MDS (Balt), Axiom (EV3), и электролитически отделяемых Matrix, GDC (Boston Scientific). При эмболизации интракраниальных аневризм в 47 (36.7%) случаях применялась техника ремоделирования несущего сосуда: стент ассистенция в 28 (21.9%) случаях, баллон ассистенция в 19(14.8%) случаях. У 4 (3.1%) больных были выявлены гигантские аневризмы внутренних сонных артерий, которые были выключены методом баллонной окклюзии несущего сосуда баллонами GOLDBAL (Balt). 3 (2.3%) больным последовательно были имплантированы по 2 стента Leo (Balt) «stent-in-stent» в проекцию аневризмы, что вызвало спонтанный тромбоз аневризм, с сохранением просвета несущего сосуда. У 1 (0.8%) пациента с фузиформной расслаивающей аневризмой V4 сегмента левой позвоночной артерии данная методика (stent-in-stent) привела к снижению размеров аневризмы почти вдвое через 2 мес. после стентирования.

Результаты: У 125 (97,7%) пациентов повторных кровоизлияний в послеоперационном периоде не отмечалось. Летальность составила 17.2% (22 пациента). Все умершие больные были прооперированы в экстренном порядке в остром гемморагическом периоде, 12 больных из них поступили в тяжёлом состоянии (уровень сознания по шкале Hunt-Hess – IV-V). У 2 (1.6%) пациентов повторное кровоизлияние развилось в первые сутки после эмболизации, что в обоих случаях привело к гибели больных. У 4 (3.1%) пациентов были интраоперационные разрывы аневризм, что стало причиной смерти этих больных. В 2 (1.6%) случаях был острый тромбоз стента, что привело к смерти пациентов. 1 (0.8%) больная с разорвавшейся гигантской аневризмой внутренней сонной артерии умерла от ишемических нарушений после баллонной окклюзии внутренней сонной артерии.

В группе плановых больных, куда вошли больные в холодном периоде (более 21 суток после кровоизлияния) и больные с неразорвавшимися аневризмами, летальность 0%.

Заключение. Рентгенэндоваскулярная хирургия интракраниальных аневризм сосудов головного мозга является альтернативой открытой хирургии, что обусловлено малой травматичностью, невысоким процентом осложнений. А для больных с уровнем сознания Hunt-Hess IV и V, для больных с аневризмами бассейна позвоночных артерий, для больных с низко расположенными аневризмами внутренних сонных артерий (клиновидный сегмент, офтальмический сегмент, иногда коммуникантный сегмент) эндоваскулярная эмболизация является методом выбора.

ПРЕДИКТОРЫ ВЫРАЖЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Фетцер Д.В., Батыралиев Т.А., Першуков И.В., Преображенский Д.В., Кочак А., Сидоренко Б.А. Международная исследовательская группа по клинической и интервенционной кардиологии: Медицинский центр им. Сани Конукоглы, г. Газиантеп, Турция, УМЦ Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Введение: Основной артерией-доступом при чрескожных коронарных вмешательствах по-прежнему является бедренная артерия. Однако выраженные кровотечения из артерии-доступа приводят к увеличению сроков госпитализации и, как результат, увеличению стоимости лечения. В связи с этим, определение предикторов кровотечения и их возможная профилактика необходимы для снижения затрат на проведение чрескожных коронарных вмешательств.

Цель: выявить предикторы выраженных кровотечений из бедренной артерии-доступа при проведении чрескожных коронарных вмешательств.

Методы: С января 2001 по февраль 2002 гг в исследование было включено 1457 больных, которым в Медицинском центре Сани Конукоглы (г. Газиантеп, Турция) выполнялись чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с использованием доступа через бедренную артерию.

После проведенного ЧКВ больные находились в стационаре как минимум в течение 24 часов. Гематомой считалось скопление крови в месте пункции более 10 см в диаметре. Ретроперитонеальная гематома определялась как любое количество крови в забрюшинном пространстве, диагностированное с помощью УЗИ или компьютерной томографии. Первичной конечной точкой исследования являлось кровотечение из бедренной артерии (бедренные кровотечения, бедренные и ретроперитонеальные гематомы) в результате проведения ЧКВ. Стандартно все пациенты получали двойную антитромбоцитарную терапию аспирином и клопидогрелом, во время вмешательства вводился гепарин, при необходимости вводились ингибиторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов. Во время ЧКВ использовались интродьюсеры от 6 до 8F. После вмешательства интродьюсер удалялся сразу, после чего выполнялся мануальный гемостаз. На постельном режиме больные находились от 6 до 12 часов.

Результаты: Средний возраст больных в исследовании составил 63,4±11,2 года. Мужчины составили 70,9% от всех больных. Сахарным диабетом страдало 24,0% пациентов. Артериальная гипертензия имела у 59,0% больных, а подтвержденное заболевание периферических артерий было 11,6% случаев. В анамнезе ангиографические исследования или ЧКВ переносили 20,9% больных.

После ЧКВ бедренные гематомы развились у 2,6% больных. В 0,62% случаях были зарегистрированы выраженные бедренные кровотечения. При этом ретроперитонеальные кровотечения имели место всего лишь у 0,34% больных.

Предикторами кровотечения из бедренной артерии были следующие факторы: возраст пациентов старше 65 лет (отношение шансов (ОШ)=2,57 при 95% доверительном интервале (ДИ) от 1,94 до 4,08; $p < 0,05$), женский пол (ОШ=1,51 при 95% ДИ от 1,25 до 2,12; $p < 0,05$), использование ингибиторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов (ОШ=1,35 при 95% ДИ от 1,21 до 1,89; $p < 0,05$). В тоже время у больных с заболеваниями периферических артерий отмечалась тенденция к более низкому риску кровотечений из бедренной артерии (ОШ=0,75 при 95% ДИ от 0,61 до 0,96; $p < 0,05$).

Заключение: Таким образом, предикторами выраженных кровотечений из бедренной артерии при ЧКВ являются возраст больных старше 65 лет, использование ингибиторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов и женский пол. Наличие же заболеваний периферических артерий минимизирует риск кровотечений при использовании доступа через бедренную артерию.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Харченко В.П., Момджян Б.К., Кан Г.В., Макаров В.Н., Бобров А.А.
ФГУ РНЦРР г. Москва, ЗАО "Фирма Техносвет", Москва, Россия

Введение: Одним из современных интервенционных методов лечения первичных и метастатических поражений печени является методика совмещения селективной катетеризации собственно печеночной артерии с продолжительной инфузией химиопрепарата и химиоэмболизацией с радиочастотной абляцией у онкологических пациентов. Первый метод позволяет увеличить концентрацию химиопрепарата при воздействии его на опухоль с последующей ишемизацией зоны поражения, а второй осуществляет термическое деструктивное воздействие на опухоль.

Материал и методы: Интервенционные вмешательства проводились на ангиографической установке - Ангиоскоп "Polidoros 80" с приставкой "Ангиотрон" фирмы Сименс. Радиочастотная абляция – универсальным комплексом для разрушения раковых опухолей "МЕТАТОМ-2" (Россия).

Выбор тактики лечения метастазов в печень зависит от данных ультразвукового сканирования, КТ и результатов диагностической пункции. В зависимости от количества новообразований, их размеров и расположения по сегментам планируется последующее лечение.

При единичных опухолях с малыми размерами от 1,5 до 3,5 см в диаметре использовалось монополярное термическое воздействие. При новообразованиях размерами более 3,5 см в диаметре использовалось биполярное термическое воздействие, что позволяло увеличить объем зоны воздействия на опухоль. Исключение составляли пациенты, у которых новообразования располагались в области прохождения крупных сосудов.

При множественном поражении органа термическому воздействию подвергались лишь крупные очаги, а в дальнейшем проводилась внутриартериальная инфузия химиопрепаратом с дальнейшей химиоэмболизацией.

Результаты: За период 2005-2008 гг. в РНЦРР 49 больным с первичными и метастатическими изменениями в печени проведено комплексное лечение, включающее радиочастотную абляцию и последующую внутриартериальную инфузию в течение 1-4-х дней с химиоэмболизацией печеночных артерий Липиодолом Ультра-флюид и химиопрепаратом.

Каждый больной прошел от 1 до 3-х курсов терапии с интервалами в 3-4 недели. Положительная динамика зарегистрирована у 38 (77,6%) больных. Полная регрессия опухоли у 12 (24,5%), частичная у 26 (53%). 11 (22,5%) пациентов не показали ожидаемого эффекта в связи с прогрессированием основного заболевания.

У всех пациентов регистрировался постэмболизационный синдром, купирующийся анальгетиками.

Выводы: Сочетание двух отмеченных методик: химиоэмболизации и радиочастотной абляции новообразований печени позволяет увеличить продолжительность и качество жизни описанного контингента больных.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСЛЮМБАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ УСТАНОВКИ КАТЕТЕРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО СТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чернышев С.Д., Киселев Н.С., Злоказов В.Б., Идов Э.М.

Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия

Пациенты с терминальной хронической почечной недостаточностью нуждаются в сосудистом доступе с адекватным кровотоком для проведения гемодиализа. Современные возможности программного гемодиализа позволяют продлить жизнь таким больным более чем на 10 лет. Нередко за это время исчерпываются возможности использования таких сосудистых доступов как артериовенозные фистулы и катетеры длительного стояния, установленные в центральные вены. В такой ситуации одним из методов соз-