

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-