

«Трансрадиальный доступ: Преимущества и недостатки. Может ли он стать альтернативой трансфеморальному доступу

ПЕРЕХОД С ТРАНСБЕДРЕННОГО НА ТРАНСРАДИАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ПРАКТИКЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ КАРДИОЛОГИИ: СМОЖЕТ ЛИ СТАТЬ ТРАНСРАДИАЛЬНЫЙ ДОСТУП МЕТОДОМ ВЫБОРА?

А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, З.А. Кавтеладзе,
Д.С. Карташов (Москва)

Цель. Оценить безопасность, преимущества и недостатки трансрадиального доступа и определить его роль в практике интервенционной кардиологии.

Материал и методы. С января по август 2003 г в практике интервенционной кардиологии ЦЭЛТ был широко внедрен трансрадиальный доступ (690 из 702 катетеризационных процедур коронарных артерий (КА), 98,3 %). Из 250 выполненных за этот период процедур коронарной ангиопластики (ЧКА), 248 (99,2 %) выполнены трансрадиальным доступом. Из 452 диагностических катетеризации КА 442 (97,8 %) также были проведены этим доступом. Чаще использовался правосторонний радиальный доступ (684 из 690, 99,1 %). ЧКА была проведена на стволе левой коронарной артерии (СЛКА) — 8 процедур (3,2 %) — и на всех магистральных КА и их ветвях. В 25 случаях (10,1 %) была выполнена трансрадиальная ЧКА бифуркационных стенозов методом двух проводников и «целующихся» баллонов.

Результаты. Поставленные перед процедурой цели (диагностические или ЧКА) были достигнуты во всех случаях трансрадиального доступа. Непосредственных «больших» кардиальных осложнений отмечено не было. Со стороны артерии-доступа в 8 случаях (1,2 %) имели трудности при удалении интродьюсера (стойкий спазм), из них в 2 случаях после удаления интродьюсера произошла эндартерозтомия и дистальной порции лучевой артерии без окклюзии последней и без клинических последствий. В госпитальном периоде ни в одном из случаев не было отмечено кровотечения, ложной аневризмы артерии-доступа, острого тромбоза артерии. В 5 случаях (0,7 %) имели место подкожные гематомы предплечья. В отдаленном периоде повторная пункция того же сосуда выполнена у 45 пациентов (6,5 %). Еще в 17 случаях повторная процедура выполнена контралатеральным трансрадиальным доступом из-за тромбоза лучевой артерии (5 случаев, 11,1 %), из-за образования рубца на месте пункции (5 случаев, 11,1 %) при сохраненном пульсе, из-за ослабленного пульса на лучевой артерии (3 случая, 6,7 %) и стойкого спазма после повторной пункции той же лучевой артерии (4 случая, 8,9 %). В отдаленном периоде мы не отметили отрицательных клинических последствий, связанных с катетеризацией лучевой артерии.

Из 442 диагностических КАГ 243 (55 %) были выполнены амбулаторно, средний койкодень пациентов, подвергнутых ЧКА, составил $2,02 \pm 0,8$ дня.

Заключение. Трансрадиальный доступ позволяет выполнить весь спектр инвазивных катетеризационных процедур на коронарных артериях без значительного риска возникновения осложнений со стороны артерии-доступа, сокращая пребывание пациентов в стационаре, и позволяет выполнить амбулаторные диагностические процедуры. В нашей клинической практике трансрадиальный доступ стал методом выбора для выполнения инвазивных кардиальных процедур, особенно у тучных пациентов, а также с предварительными данными наличия поражений в подвздошных артериях или в случае их выраженной извитости.