

размеры метастатических поражений печени оценивались в динамике при помощи компьютерной томографии.

Результаты. Технический успех достигнут во всех случаях. При анализе результатов лечения выявлено, что у 21 (21,4%) пациента был достигнут частичный ответ на лечение – метастазы печени уменьшились в размерах, у 46 (47,0%) – отмечена стабилизация опухолевого процесса в печени и у 31 (31,6%) – отмечалось прогрессирование опухоли – увеличение в размерах и появление новых очагов. Одногодичная выживаемость пролеченных больных после начала эндоваскулярного лечения составила 78%. Оценка результатов эффективности лечения не показала статистически достоверной разницы в зависимости от выбранного химиотерапевтического препарата.

Заключение. Химиоэмболизация печеночных артерий является эффективным, безопасным и малоинвазивным методом в паллиативном лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печень. Использование различных химиотерапевтических препаратов демонстрирует схожую эффективность.

Рентгенэндоваскулярные способы лечения пациентов с аневризмами висцеральных артерий

Цыганков В.Н., Францевич А.М., Варава А.Б.

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ, Москва

Цель: обобщить 10-летний опыт рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) при аневризмах висцеральных артерий (АВА).

Материал и методы. С 2004 по 2013 гг. в ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского" МЗ РФ проведено лечение 53 пациентов в возрасте от 20 до 76 лет с АВА. Мужчин было 28, женщин – 25. Больных с истинными АВА было 24 (45,3%), с ложными – 29 человек (54,7%). Из 29 больных с ложными аневризмами посттравматических было 7 (24,1%), панкреатогенных 1-го типа – 16 (55,2%), панкреатогенных 2-го типа – 6 (20,7%). АВА были следующей локализации: селезеночная артерия (СА) – 30 (53,6%), печеночные артерии – 6 (10,7%), верхняя брыжеечная артерия (ВБА) – 3 (5,4%), поджелудочно-двенадцатиперстная артерия (ПДА) – 8 (14,3%), левая желудочная артерия – 1 (1,8%), желудочно-двенадцатиперстная артерия и панкреатические ветви – 6 (10,7%).

При лечении АВА разных локализаций нами были использованы различные РЭВ: эндопротезирование артерий как самораскрывающимися – 5 (11,4%), так и баллон-расширяемыми стент-графтами – 8 (18,2%) случаев. Эмболизация спиралью выполнялась в 29 (63,1%) случаях: артерии-источника дистальнее и проксимальнее шейки аневризмы – 6 (13,0%), артерии-источника проксимальнее устья аневризмы с ее полостью – 8 (17,4%), артерии-источника проксимальнее устья аневризмы – 7 (15,2%), эмболизация полости аневризмы – 7 (15,2%), полости аневризмы с защитой стентом – 1 (3,3%). Эмболизация артерии окклюдерами использована 5 (10,9%) раз. Другими агенты применялись в 2 случаях (4,3%). Также в 2 случаях наблюдался спонтанный тромбоз (4,3%).

Результаты. В 9 (17%) случаях РЭВ ограничилось диагностической ангиографией, в 44 (83%) – выполнена рентгенохирургическая изоляция аневризмы от кровотока. В 100% случаев получен хороший ангиографический результат. При ложных АВА 1-го типа после эндоваскулярного этапа в 15 (93,8%) случаях выполнялись открытые полостные операции, у 1 (6,2%) больного проведена лапароскопическая дренирующая операция. В экстренном порядке прооперированы 5 (11,4%) больных. В одном случае выполняли удаление гигантской аневризмы и резекцию селезенки после окклюзии селезеночной артерии.

После выполнения вмешательств были следующие осложнения: в 1 случае (2,2%) – некроз селезенки, потребовавший спленэктомии. Миграция стент-графта из ПДА в ВБА, что потребовало стентирования последней для сохранения проходности – 1 (2,2%) больной. "Складывание" стент-графта в полости аневризмы – 1 (2,2%) случай. Операция завершена окклюзией проксимального участка СА. В 2 наблюдениях (4,4%) при

АВА – миграция спиралей в полость аневризмы и селезеночную вену. Выполнена эмболизация афферентных артерий.

Выводы. Применение эндоваскулярных методов лечения позволяет надежно изолировать АВА из кровотока. У пациентов с ложными АВА 1-го типа эндоваскулярные вмешательства являются подготовительным этапом перед открытым хирургическим лечением. У пациентов с истинными и ложными АВА 2-го типа эндоваскулярные методы могут применяться как окончательный этап лечения.

Эндоваскулярное лечение заболеваний грудного отдела аорты

Черная Н.Р., Баяндин Н.Л., Коков Л.С., Соколов В.В., Глуценко И.А., Муслимов Р.Ш.

ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"
ГБУЗ "ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москвы"

Цель: оценить возможности комбинированного и эндоваскулярного лечения аневризм аорты различных типов. Выработать диагностическую и хирургическую тактику для плановых и urgentных состояний.

Материал и методы. За период с 2010 по 2013 г. эндопротезирование грудного отдела аорты было выполнено 39 пациентам. По характеру поражения аорты больные распределились следующим образом: аневризмы дуги аорты и нисходящего отдела – 10 больных, расслоение 1-го и 3-го типа до De Bakey – 21 больной, травматический разрыв аорты – 4 пострадавших, орто-бронхиальный свищ – 1 больной, орто-пищеводный свищ – 1 больной, посткоарктационная аневризма – 1 и аневризма дистального анастомоза также 1 больной.

Результаты. Диагностика включала в себя рентгенографию грудной клетки, при которой у 93% больных может быть заподозрено заболевание аорты. Наибольшее значение при диагностике отдавали исследованию аорты с помощью чреспищеводной ЭхоКГ, контрастной КТ и МРТ. Компьютерная 3D-реконструкция аорты служила основой для планирования хирургических и эндоваскулярных вмешательств и являлась основным предоперационным пособием для подбора и подготовки эндоваскулярных протезов. На различных этапах лечения после предварительных шунтирующих или переключающих сосудистых операций КТ-ангиографию повторяли для уточнения изменившихся соотношений просвета аорты и состояния аневризмы.

Восьми пациентам выполнены "гибридные" операции, которые включали в себя наложение сонно-подключичного анастомоза, переключение сонных артерий в восходящий отдел грудной аорты.

Всем больным выполнено эндоваскулярное протезирование нисходящего отдела аорты. Размер протеза подбирался индивидуально, основываясь на данных контрастной КТ-ангиографии. Осложнения отмечены у 5 больных: эндолюк II типа выявлен у одного больного, эндолюк Ib типа также у одного пациента, преходящая параплегия развилась у 2 больных и окклюзия почечной артерии – у 1 больного.

Заключение. Эндоваскулярное протезирование аорты является малотравматичным и эффективным методом лечения пострадавших с заболеваниями аорты, при этом методе нет необходимости в торакотомии, пережати аорты. Эндоваскулярное протезирование позволяет восстановить целостность стенки аорты практически у всех пациентов, что делает установку стент-графта методом выбора в лечении пациентов с заболеваниями аорты. Методы лучевой диагностики, и в первую очередь КТ-ангиография, позволяют планировать хирургическую тактику лечения больных и определять этапность хирургического лечения, служат необходимым пособием для определения типа и размеров эндоваскулярных протезов, способа их имплантации в сосудистое русло.

Феномен “no-reflow” при транслюминальной реваскуляризации высокого риска коронарных сосудов у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и пути его предупреждения

Чернецов В.А., Кучеров В.В., Соколянский Н.В.,
Чернов С.А., Епифанов С.Ю., Малахов Д.В.

ФГКУ “Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко” Министерства обороны РФ

Механическая реперфузия признана лучшей лечебной стратегией при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST. Наличие большого внутрикоронарного тромба увеличивает риск дистальной эмболизации и развитие феномена “no-reflow”, приводя тем самым к расширению зоны некроза.

Цель исследования. Изучить причины развития феномена “no-reflow”, методы лечения и профилактики. Дать сравнительный анализ применения тромболитических препаратов и блокаторов гликопротеиновых 2b/3a рецепторов тромбоцитов при данной патологии.

Материал и методы. За период с 2005 по 2013 г. в отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с острым коронарным синдромом Кардиологического центра ГВКГ им. Н.Н. Бурденко наблюдали 24 пациента с осложненным течением ангиопластики и стентирования, имеющих критерии развития реперфузионного повреждения миокарда и феномена “no-reflow”. Из них 20 перенесли трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный ранней постинфарктной стенокардией, остальные 4 пациента имели прогрессирующую стенокардию напряжения. Диагноз инфаркта миокарда верифицирован динамикой электрокардиограммы, данными эхокардиографии, повышением уровня АСТ, АЛТ, КФК, тропонина-T. Всем больным в первые 48 ч от момента поступления проводилась селективная коронарография с последующей первичной чрескожной баллонной ангиопластикой и стентированием коронарных артерий.

Результаты исследования. При проведении ангиопластики высокого риска все больные получали адекватные дозы антикоагулянтов и дезагрегантов, однако в ходе проведения инвазивного вмешательства в указанной группе развились осложнения в виде фрагментации атеросклеротической бляшки или тромба с миграцией их в дистальное русло и нарушением антероградного коронарного кровотока. Для улучшения реперфузии миокарда всем больным вводился гепарин в дозе 15–20 тыс. ЕД, однако только у 5 (20,8%) больных удалось добиться положительного результата. Отсутствие эффекта от гепарина давало основание для введения тромболитических препаратов (стрептокиназа 250 тыс. ЕД внутрикоронарно и 1 млн 250 тыс. ЕД системно в течение одного часа, тканевого активатора плазминогена – актилизе в дозе 10 мг болюсно и 40 мг системно в течение одного часа). Положительный эффект от введения тромболитических препаратов достигнут у 8 (33,3%) больных.

Несмотря на проводимую лекарственную терапию, при развитии окклюзирующих диссекций и “неуправляемого” тромбоза в стентах 2 (8,3%) больных умерли от рецидивирующего инфаркта миокарда, приведшего к прогрессирующей сердечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, положительные результаты лечения у 9 (40,9%) человек при развитии феномена “no-reflow” показали преимущество препаратов из группы гликопротеиновых 2b/3a рецепторов тромбоцитов в лечении данного осложнения. Важным фактором профилактики является рутинное использование тромбоспирирующих катетеров.

Гибридные операции “one-stop” как метод снижения госпитальной летальности у больных с сочетанной патологией (пороки сердца и ишемическая болезнь сердца)

Честухин В.В., МIRONKOV Б.Л., Семеновский М.Л.,
Анискевич Г.В., Вавилов П.А.

ФГБУ “ФНЦТИО им. акад. В.И. Шумакова” МЗ РФ, г. Москва

При стандартном подходе к одновременной хирургической коррекции клапанной и коронарной патологии (аортокоронарное шунтирование и протезирование клапанов сердца) летальность остается достаточно высокой – от 6 до 12%. Предложенные в последнее время гибридные операции “one-stop”, при которых одновременно проводятся баллонная ангиопластика (БАП) коронарных артерий и коррекция клапанной патологии, представляют собой альтернативу традиционному методу.

Цель исследования: проанализировать непосредственные результаты гибридных операций у больных с сочетанной патологией (пороки сердца и ишемическая болезнь сердца).

Материал и методы. За период с июля 2009 по март 2013 г. гибридные операции “one-stop” проведены у 80 больных с сочетанной клапанной и коронарной патологией. Среди пациентов было 36 (45%) женщин и 44 (55%) мужчины. Средний возраст больных – $63 \pm 9,78$ года (41–82 года). Средний функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA – 3,27. Прогнозируемая летальность для данной категории больных при сочетанной операции (коррекция клапанной патологии + АКШ) по шкале EuroSCORE составила $10,42 \pm 5,31\%$. Однососудистое поражение отмечено у 36 (45%), двухсосудистое – у 34 (42,5%), трехсосудистое – у 10 (12,5%) больных. В общей сложности этим больным произведена баллонная ангиопластика 142 артерий (индекс реваскуляризации – $1,77 \pm 0,6$ на пациента). Выполнена коррекция клапанной патологии сердца: у 35 больных – протезирование аортального клапана, у 27 – протезирование митрального клапана, у 15 – двухклапанное протезирование, у 3 – пластика митрального клапана. У 32% больных протезирование клапанов сердца сопровождалось дополнительными вмешательствами: пластика трикуспидального клапана – у 19 больных, вмешательства на восходящей аорте – у 3 больных, другие сочетанные процедуры – у 4 больных.

Результаты. Госпитальная летальность составила 2,5%, умерло два человека. Причины летальности – острая сердечно-сосудистая недостаточность и полиорганная недостаточность. Средняя кровопотеря по дренажам в послеоперационном периоде составила 176 ± 32 мл. Среднее время искусственного кровообращения – $82,7 \pm 29,5$ мин.

Выводы. Гибридные операции позволяют значительно снизить госпитальную летальность у больных с сочетанной патологией (пороки сердца и ишемическая болезнь сердца).

Значимость сосудистого и миокардиального поражения в оценке эффективности реваскуляризации при ИКМП

Честухин В.В.¹, Остроумов Е.Н.¹, Азоев Э.Т.¹,
Саховский С.А.¹, МIRONKOV А.Б.^{1,2}

¹ ФГБУ “ФНЦТИО им. акад. В.И. Шумакова” МЗ РФ
² ГБУЗ “ГКБ № 12 ДЗ г. Москвы”

Цель исследования. Определить влияние окклюзирующего поражения коронарного русла на функциональное состояние миокарда после реваскуляризации у пациентов с ИКМП.

Материал и методы. Обследовали 66 пациентов (61 мужчина и 5 женщин в возрасте от 46 до 73 лет) с диагнозом “ишемическая кардиомиопатия” (КДО ЛЖ – $256,1 \pm 7,4$ мл, ФВ ЛЖ – $36,1 \pm 1,1\%$). Преобладающий тип поражения коронарного русла – окклюзии составили 52% (92 из 176 эпикардиальных ветвей). 46 пациентов имели при поступлении IV ФК ХСН по NYHA, 20 – III ФК ХСН по NYHA. С помощью эхокардиографии и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии до и после чрескожного коронарного вмешательства оценивали динамику систолической и диастолической функции, измене-