

риальное поражение, у 3 – изолированное поражение передней межжелудочковой артерии.

Исходно отмечалось увеличение полости ЛЖ: конечно-диастолический диаметр (КДД) ЛЖ составил  $56,1 \pm 6,9$  мм, конечно-диастолический объем –  $221,4 \pm 48,5$  мл, Фракция выброса ЛЖ была снижена до  $44,6 \pm 8,4\%$ . Наличие выраженного лево-правого сброса привело к увеличению размера правого желудочка (ПЖ) в среднем до  $35,8 \pm 5,7$  мм и значительному повышению давления в легочной артерии (ЛА) до  $63,2 \pm 7,9$  мм рт.ст.

По локализации ПИДМЖП больные распределились следующим образом: у 7 пациентов дефект сформировался в апикальном сегменте, у 5 – в срединном сегменте, у 5 – в задне-базальном сегменте перегородки. Время ЭКК составило  $134,1 \pm 50,1$  мин, время аноксии –  $93,4 \pm 34,8$  мин.

**Результаты.** Госпитальная летальность составила 11,8% (2). Один пациент умер на 5-е сутки от прогрессирующей сердечной недостаточности (СН), другая пациентка на 7-е сутки от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующей СН и резидуального ДМЖП. 2 человека в послеоперационном периоде нуждались в использовании внутриаортальной баллонной контрпульсации. Среднее время искусственной вентиляции легких составило  $17,8 \pm 5,7$  ч, продолжительность нахождения в реанимационном отделении –  $4,3 \pm 2,1$  дня.

В результате устранения ДМЖП и выполнения пластики аневризмы ЛЖ уменьшились размеры ЛЖ: КДД до  $53,4 \pm 7,0$  мм, КДО левого желудочка после операции в среднем составил  $184,6 \pm 41,2$  мл. Однако ФВ практически не изменилась  $43,3 \pm 7,9\%$ . Эффективное устранение ПИДМЖП привело к уменьшению размеров ПЖ в среднем до  $30,2 \pm 3,3$  мм и существенному снижению легочной гипертензии: давление в легочной артерии после операции было  $32,8 \pm 9,4$  мм рт.ст.

**Заключение.** По данным нашего опыта хирургического лечения ПИДМЖП мы рекомендуем отсрочить операцию, насколько позволяет клиническое состояние пациента, потому что смертность среди пациентов, перенесших хирургического лечение ПИДМЖП в первые 2 нед после ОИМ, является чрезвычайно высокой. Раннее хирургическое лечение ПИДМЖП и задний ПИДМЖП являются факторами ранней смертности. Предоперационная подготовка должна быть адаптирована для каждого пациента индивидуально. Пластика через вентрикулотомический разрез заглазой постинфарктного ДМЖП позволяет избежать дополнительного повреждения миокарда и одновременно устранить АЛЖ, что дает хороший непосредственный и отдаленный результат.

### Лечение острого инфаркта миокарда, обусловленного острой окклюзией ствола левой коронарной артерии: ближайшие и среднеотдаленные результаты

Сухоруков О.Е., Асадов Д.А., Ковальчук И.А., Куртасов Д.С., Васильев П.С., Иселиани Д.Г.

ГБУЗ «Научно-практический центр интервенционной кардиологии ДЗ г. Москвы»

**Цель исследования.** Оценка эффективности эндоваскулярных процедур (ЭВП) при остром инфаркте миокарда, обусловленном острой окклюзией ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

**Материал и методы.** В настоящее время НПЦИК располагает опытом успешного лечения 42 пациентов с ОИМ вследствие острой окклюзии ствола ЛКА. Средний возраст пациентов составил  $52 \pm 2,3$  года. Мужчин было 36 (85,7%). У 27 (64,3%) пациентов имел место кардиогенный шок различной степени тяжести. Из них в 24 (57,4%) случаях проводилась ВАБК во время и после ЭВП. Во всех случаях выполненные ЭВП заканчивались стентированием ствола ЛКА в различных вариантах. Голометаллические стенты использовались в 18 (42,8%) случаях, у 24 (57,2%) пациентов производили стентирование протезами с лекарственным антипролиферативным покрытием. Все пациенты получали двойную дезагрегантную терапию по принятой схеме.

**Результаты исследования.** Непосредственный успех ЭВП наблюдался в 40 (95,8%) случаях, в двух случаях (4,2%) отме-

чался феномен *no-reflow* после выполненных механической реканализации и транслюминальной ангиопластики (ТЛАП) ствола ЛКА. На госпитальном этапе 12 (28,6%) пациентов скончались в связи с нарастающими признаками сердечной недостаточности. Острых и подострых тромбозов, реокклюзий, повторных инфарктов в зоне ЭВП не отмечалось.

В сроки  $8 \pm 4$  мес контрольное исследование прошли 24 (57,2%) пациента. Наряду с клиническими методами обследования (Холтеровский мониторинг, проба с физической нагрузкой, ЭхоКГ и др.), всем больным выполнялась контрольная КАГ, в результате чего гемодинамически значимый рестеноз был выявлен у 10 (42%) пациентов, что повлекло за собой ТЛАП *in-stent*-стеноза в 8 случаях. В одном случае был имплантирован стент с лекарственным антипролиферативным покрытием, и еще в одном была рекомендована хирургическая реваскуляризация миокарда в связи с множественным поражением коронарного русла. У остальных 14 (58%) больных наблюдался хороший среднеотдаленный результат ЭВП (у 12 из них были имплантированы стенты с антипролиферативным покрытием).

**Выводы.** ЭВП при острой окклюзии ствола ЛКА является эффективной процедурой у данной категории больных и часто является методом выбора. Применение комплексного подхода в лечении этих пациентов позволяет увеличить зону жизнеспособного миокарда и тем самым спасти жизни этих крайне тяжелых больных.

### Регионарная химиотерапия местнораспространенного рака поджелудочной железы

Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Павловский А.В., Козлов А.В., Гранов Д.А., ФГБУ «РНЦРХТ», г. Санкт-Петербург

**Цель:** изучить результаты внутриартериальной терапии у больных неоперабельным раком поджелудочной железы.

**Материал и методы.** За период 2002–2012 гг. лечебные рентгенэндоваскулярные вмешательства выполнены у 205 больных (102 мужчин и 103 женщин, средний возраст – 60 лет). По классификации TNM аденокарцинома поджелудочной железы имела стадии T<sub>3-4</sub>N<sub>0-1</sub>M<sub>0</sub> локализовалась в головке (76%), теле (20%) или хвосте железы (3%) и была признана нерезектабельной (n = 172) или неоперабельной (n = 33). Механическая желтуха, присутствовавшая у большинства больных, была устранена с помощью хирургического анастомоза или чрескожного дренирования. Химиоинфузию (ХИ, 117 больных) в чревной ствол осуществляли введением 1000 мг/м<sup>2</sup> гемцитабина за 40–60 мин; циклы повторяли каждые 4 нед. Химиоэмболизацию (ХЭ, 44 больных) артерий, питающих опухоль, выполняли масляной суспензией, состоящей из 500–1000 мг/м<sup>2</sup> гемзара и 3–5 мл липиодола; процедуру повторяли также каждые 4 нед. У остальных 44 пациентов использовали комбинацию ХЭ и ХИ. Всего проведено 228 ХИ (от 1 до 6, в среднем 2), 108 ХЭ (от 1 до 8, в среднем 2,5) и 143 ХЭ + ХИ (от 1 до 6, в среднем 3,3). Для оценки результатов пациенты были стратифицированы по полу, возрасту, стадии заболевания, дозе вводимого химиопрепарата. Кроме того, учитывались только данные больных, получивших не менее трех циклов лечения и умерших к моменту анализа данных.

**Результаты.** После стратификации в группах осталось по 20 пациентов. По данным КТ после первого цикла ХИ частичный ответ отмечен у 6 (30%), стабилизация – у 7 (35%), прогрессирование опухоли – у 7 больных (35%). После ХЭ частичный ответ возник у 8 (40%), стабилизация – у 5 (25%), прогрессирование – у 7 пациентов (35%). Эти показатели после ХЭ + ХИ составили 30, 40 и 30% соответственно. Средняя продолжительность жизни в группах ХИ, ХЭ и комбинированного лечения составила 15,0 ± 4,8, 14,1 ± 3,9 и 17,9 ± 3,3 мес соответственно (p > 0,05).

**Заключение.** При соблюдении интервалов лечебных циклов все три использованных метода регионарной терапии способствуют продлению жизни значительной части больных местно-распространенным раком поджелудочной железы. Актуальной нерешенной задачей является определение наиболее эффективного метода лечения у конкретного больного.