

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 ± 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 T₃₋₄N₀₋₁M₀ 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/м² 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/м² 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.

Сравнение мануальной тромбэкстракции и стандартного чрескожного коронарного вмешательства у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Терещенко А.С., Миронов В.М., Меркулов Е.В., Самко А.Н.

Отдел рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения
ФГБУ "Российский кардиологический
научно-производственный комплекс" МЗ РФ

Цель: сравнить применение мануальной тромбоаспирации перед ЧКВ со стандартным ЧКВ у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. В период с 2010 по 2013 г. в исследование было включено 424 пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Из них 216 пациентам была выполнена попытка аспирации тромбов из инфаркт-связанной артерии перед установкой стента. В 205 случаях была успешно выполнена мануальная тромбэкстракция (в 11 случаях тромбэкстракция не была выполнена по техническим причинам), 218 пациентам была проведена преддилатация перед установкой стента либо прямое стентирование пораженного сегмента инфаркт-связанной артерии. В группе тромбэкстракции "оптимальная реперфузия", которая выражалась в наличии кровотока TIMI III, миокардиального свечения II–III степени и снижения сегмента ST > 70% через 90 мин после завершения вмешательства, определялась в 60,7% случаев против 34,6% в группе стандартной ЧКВ. Смертность в госпитальном периоде в группе с/без мануальной тромбэкстракции составила 2 и 2,3% соответственно.

Заключение. Тромбэкстракция с применением аспирационных катетеров показала себя эффективной и безопасной методикой предотвращения феномена *no-reflow* при проведении первичной ангиопластики. Для определения влияния тромбэкстракции на отдаленный прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST требуется проведение дальнейшего исследования.

Эндоваскулярный гемостаз при кровотечениях из органов гепатопанкреатодуоденальной зоны

Тибилев А.М.^{1,2}, Байматов М.С.¹, Кульчиев А.А.²,
Морозов А.А.², Тигиев С.В.², Тавитова А.Г.¹

Республиканская клиническая больница МЗ РСО-Алания

¹ Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

² Кафедра хирургии № 3 ФПДО СОГМА, Владикавказ

Актуальность. Гастродуоденальное кровотечение осложняет течение язвенной болезни у 15–20% больных и сопровождается летальностью от 10,8 до 19,3%. Острые аррозивные кровотечения, развивающиеся при остром деструктивном панкреатите, сопровождаются летальностью до 55–70%.

Кровотечения из раковых опухолей органов панкреатодуоденальной зоны в зоне прорастания в желудок или двенадцатиперстную кишку прогрессивно ухудшают состояние больных и, как правило, носят фатальный характер.

Эндоваскулярный гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях у больных с деструктивным панкреатитом и раком малоэффективен. Летальность после операций, выполненных по поводу рецидива язвенного ГДК, достигает 34–73%, у пожилых пациентов с язвенной болезнью и онкологических больных этот показатель превышает 80%.

Цель: определить эффективность эндоваскулярных вмешательств в лечении гастродуоденальных кровотечений при заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны у тяжелой группы больных.

Материал и методы. Анализируемый период – с 2004 по 2012 г. За этот период выполнено 18 эндоваскулярных вмешательств у 18 больных с ГДК. Из которых было 11 женщин, 8 мужчин в возрасте от 43 до 85 лет.

Выполнено 11 эмболизаций гастродуоденальной артерии (ГДА), 4 эмболизации ветвей печеночной артерии, 3 эмболиза-

ции нижней панкреатодуоденальной артерии, 1 пролонгированная инфузия в ГДА.

Выбор артерии подлежащей эмболизации и способа эмболизации производился по результатам целиакографии, печеночной ангиографии и верхней мезентериографии.

Результаты. Гемостаз достигнут у всех больных. Рецидивов кровотечений за весь период наблюдения за больными не отмечено.

Выводы. Артериальная эмболизация является эффективным методом лечения гастродуоденальных кровотечений при заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны, позволяющим достичь стойкого гемостаза.

Рентгенохирургические методы лечения осложненного рака головки поджелудочной железы

Тибилев А.М.^{1,2}, Байматов М.С.¹, Кульчиев А.А.²,
Морозов А.А.², Тигиев С.В.², Тавитова А.Г.¹

Республиканская клиническая больница МЗ РСО-Алания

¹ Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

² Кафедра хирургии № 3 ФПДО СОГМА, г. Владикавказ

Цель: изучение эффективности комплексных рентгенохирургических вмешательств в лечении обтурационного синдрома, обусловленного раком головки поджелудочной железы (РПЖ). Оценка эффективности регионарной химиотерапии (РХТ) в лечении РПЖ.

Материал и методы. Анализируемый период – 2001–2012 гг. За данный период в отделении получили лечение 450 больных РПЖ. У 402 больных заболевание осложнилось развитием механической желтухи (МЖ), у 22 – опухолевым декомпенсированным стенозом ДПК, у 5 – ЖКК из распадающейся опухоли.

Результаты. Среди 402 пациентов с МЖ состояние полностью стабилизировалось у 342 больных, уровень билирубина снизился частично у 48 больных, состояние существенно не изменилось у 12 больных. Осложнения после эндобилиарных вмешательств наблюдались у 14 больных (3,5%), из них тяжелые – у 3 больных (0,74%), умерло 2 больных (0,49%).

Стентирование ДПК выполнено у 12 больных со стенозом ДПК, у всех восстановлен пассаж пищи. Осложнений не было.

РХТ выполнена 60 пациентам. Наиболее эффективна РХТ при местно распространенном РПЖ, в данной группе получена 3-летняя выживаемость и более. Осложнений не было.

Эндоваскулярный гемостаз эффективен у всех 5 пациентов с ЖКК. Осложнений не было.

Выводы.

1. Чрескожные эндобилиарные вмешательства являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения МЖ опухолевой этиологии. 2. Стентирование ДПК – это эффективный метод лечения декомпенсированного стеноза ДПК. 3. Эндоваскулярный гемостаз – наиболее эффективный метод лечения ЖКК из распадающейся опухоли ПЖ. 4. РХТ при местно-распространенном (2В–3 стадии) РПЖ позволяет увеличить показатели СПЖ до 19,5 мес, общей выживаемости около 22 мес с сохранением относительно удовлетворительного общего состояния больных.

Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи опухолевого генеза

Тибилев А.М.^{1,2}, Байматов М.С.¹, Кульчиев А.А.²,
Морозов А.А.², Тигиев С.В.², Тавитова А.Г.¹

Республиканская клиническая больница МЗ РСО-Алания

¹ Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

² Кафедра хирургии № 3 ФПДО СОГМА, г. Владикавказ

Цель: оценить эффективность чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) в лечении механической желтухи (МЖ) опухолевого генеза.

Материал и методы. Анализируется 500 больных с МЖ опухолевой этиологии, которым выполнено 1200 ЧЧЭВ. Длительность МЖ составляла от 3 до 120 дней; уровень сывороточного билирубина – от 30 до 650 мкмоль/л.