

Результаты поэтапного фармакоинвазивного лечения больных STEMI с массивным коронарным тромбозом

Семитко С.П., Аналеев А.И., Губенко И.М., Климов В.П., Азаров А.В., Майсков В.В., Карпун Н.А.

ГБУЗ "ГКБ № 81 ДЗ г. Москвы"

Кафедра рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ "РНИМУ им. Н.И. Пирогова", г. Москва

Цель работы: изучение клинических результатов поэтапного фармакоинвазивного вмешательства с использованием современных антитромботических препаратов у больных STEMI, обусловленным массивным коронарным тромбозом.

Материал и методы. В исследование вошли 96 пациентов с STEMI в возрасте $59,1 \pm 10,1$ года, из них мужчин было 85% (82), которые в период с января 2013 г. по настоящее время в первые 6 ч ($4,5 \pm 1,6$ ч) от начала развития получили эндоваскулярное лечение для восстановления адекватного кровотока без имплантации стента в инфаркт-ответственную артерию. Изолированная механическая реканализация была выполнена 11 (11,5%) больным, изолированная дилатация малым баллоном – 24 (25%); изолированная тромбоспирация – 41 (42%), сочетание дилатации малым баллоном и тромбоспирации – 20 (20,5%) больным. У всех больных после восстановления антеградного кровотока в просвете артерии визуализировался тромбоз TTG ≥ 3 . Следующим критерием эффективности являлась резолюция сегмента ST на $\geq 50\%$. В качестве антитромботической поддержки при вмешательстве 56 пациентов получали прямой ингибитор тромбина бивалирудин (ангиокс) (АСТ – 250–300 с) + клопидогрель 600 мг, 40 пациентов – сочетание интегрилина и 600 мг клопидогреля. Контрольная КАГ выполнялась в сроки до 14 дней.

Результаты. На $9,2 \pm 4,4$ сутки кровотока TIMI II–III в инфаркт-ответственной артерии был сохранен 100% пациентов (TIMI II – 14 (14,5%); TIMI III – 82 (85,5%)). Отмечено значимое уменьшение степени целевого стеноза – с $78,1 \pm 11,1\%$ до $51,7 \pm 16,2\%$, уменьшение его протяженности – с $22,9 \pm 12,1$ до $15,1 \pm 11,0$ мм, увеличение референсного диаметра целевой артерии – от $2,67 \pm 0,44$ до $3,1 \pm 1,0$ мм и степени тромбоза по шкале TTG – от 4,1 до 1,5. По результатам контрольной КАГ стентирование целевого сегмента выполнено у 41 (42%) больного. В группе отсроченного стентирования не было отмечено ни одного случая развития феноменов *slow/no-reflow*. 21 (21,8%) больному было рекомендовано обращение к кардиохирургу ввиду многососудистого характера поражения. У 34 (35,4%) пациентов инфаркт-ответственное поражение признано незначимым. В общей группе наблюдения отмечен достоверный рост ФВ ЛЖ от $47,1 \pm 12,8$ до $53,2 \pm 9,5$ ($p < 0,05$). На госпитальном этапе лечения в группе наблюдения кардиальных событий не зарегистрировано.

Вывод. У больных с тромбозом ИКА (TTG ≥ 3) поэтапный комплексный фармакоинвазивный подход, возможно, является безопасной и эффективной стратегией лечения.

Результаты эндоваскулярного лечения больных с острым инфарктом миокарда, обусловленным поражением ствола левой коронарной артерии

Семитко С.П., Аналеев А.И., Климов В.П., Майсков В.В., Азаров А.В., Губенко И.М., Карпун Н.А.

ГБУЗ "ГКБ №81 ДЗ г. Москвы"

Кафедра рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ "РНИМУ им. Н.И. Пирогова", г. Москва

Цель исследования: изучение эффективности эндоваскулярного лечения больных с острым коронарным синдромом, обусловленным поражением основного ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Материал и методы. В исследование вошли 24 пациента с острым ИМ, обусловленным поражением ствола ЛКА в возрасте $67,1 \pm 9,2$ года, большинство которых составляли мужчины (79% (19)), которым в период с января 2013 г. по настоящее

время была выполнена первичная эндоваскулярная процедура на стволе ЛКА. 20 вмешательств (83%) были выполнены в течение 90 мин от поступления. Распределение диагнозов при поступлении выглядело следующим образом: инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – 62,5% (15 больных), инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – 37,5% (9 больных). Картина кардиогенного шока при поступлении была у 8 больных (33%). Ангиографическая характеристика поражений ствола выглядела следующим образом: острая окклюзия ствола ЛКА – 25% (6 пациентов), резкий стеноз ствола ЛКА с кровотоком TIMI II–III – 75% (18 больных). В 10 случаях (41%) вмешательство проводилось на фоне ВАБКП. В 71% случаев (17 человек) использовалась техника провизионного стентирования, в 25% (6 случаев) – *crush*-техника и в 4% (1 человек) – изолированное стентирование ствола ЛКА. В 33% (8) случаев процедура была успешно выполнена через трансрадиальный доступ.

Результаты. Непосредственный успех процедуры (восстановление антеградного кровотока TIMI III в системе ЛКА) был достигнут в 88% (21 пациент). Развитие синдрома *slow/no-reflow* отмечалось в 12% (3 пациента). Интраоперационная летальность составила 8% (2 пациента), госпитальная летальность – 16% (4 пациента). В одном (4%) случае было выполнено повторное вмешательство по поводу острого тромбоза стента.

Заключение. Таким образом, своевременное эндоваскулярное вмешательство при остром ИМ, обусловленном поражением ствола ЛКА, является высокоэффективным и безопасным методом лечения этой крайне тяжелой категории больных. При этом трансрадиальный доступ может с успехом использоваться для выполнения эндоваскулярной коррекции комплексного поражения ствола левой коронарной артерии.

Выбор метода химиоэмболизации печеночной артерии при первичном и метастатическом раке печени

Серегин А.А.¹, Зайцев А.И.¹, Шарабрин Е.Г.², Рыхтик П.И.¹, Чичканова А.С.³, Шкалова Л.В.¹, Загайнов В.Е.^{1,2}

¹ ФБУЗ "Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России", г. Нижний Новгород

² ГБОУ ВПО "Нижегородская медицинская академия" МЗ РФ

³ ГБУЗ Нижегородской области "Нижегородский областной онкологический диспансер"

Цель: определить наиболее эффективную и безопасную методику рентгенэндоваскулярной химиоэмболизации печеночной артерии у пациентов с поражением печени гепатоцеллюлярной карциномой и метастазами колоректального рака.

Материал и методы. В исследование включено 76 пациентов, которым было выполнено 245 процедур химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА). По результатам магнитно-резонансной и (или) компьютерной томографии, а также ультразвукового исследования изучены топические характеристики очагов в печени. Для уточнения диагноза выполнялись чрескожную чреспеченочную тонкоигольную биопсию печени. Все пациенты были признаны неректабельными. Химиоэмболизация проводилась по схеме: одна процедура в два месяца, за курс не менее трех процедур. По этиологии поражения печени пациенты были разделены на две группы: первая – пациенты с метастазами колоректального рака, вторая – больные с гепатоцеллюлярным раком.

Использовали химиопрепарат доксорубин (ТЕВА, Израиль). В качестве носителя химиопрепаратов применяли липиодол (Guerbet, Франция) или насыщаемые гепасферы (Biospher Medical, Франция). Каждому пациенту проведено от 3 до 7 процедур.

Результаты. Постэмболизационный синдром, отмеченный у всех больных, купирован медикаментозно. В госпитальном периоде летальных случаев не было. Осложнений в процессе лечения не отмечено. Среднее время наблюдения составило $15,3 \pm 7,6$ мес (от 6 до 28 мес). Динамику образований печени оценивали по критериям RECIST.

В группе пациентов с метастазами колоректального рака в печень после первых 3 курсов частичный ответ и стабилиза-