

пациентам. Транскатетерная баллонная ангиопластика со стентированием брахиоцефального ствола выполнена 19 пациентам; стентирование внутренней сонной артерии с защитой головного мозга — 32 пациентам; ангиопластика подключичной артерии выполнена 15 пациентам, ангиопластика со стентированием подключичных артерий — 55 пациентам; ангиопластика общей сонной артерии — 2 пациентам; ангиопластика со стентированием общей сонной артерии — 4 пациентам. Средний возраст пациентов составил $65 \pm 2,1$ года. Преобладали мужчины — 84%.

Объем обследования пациентов включал: стандартную цифровую субтракционную ангиографию, комплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий по общепринятым методикам на приборе Vivid 7 (General Electric) и Acuson X300 (Siemens) с использованием датчиков с частотой излучения VFX 3,5; 7,5 МГц.

Для качественной оценки положения, локализации и структурных особенностей стента использовали В-режим, режим тканевой гармоники и режим Sie-Flow. При использовании ультразвукового исследования для оценки проходимости стента применяли метод цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергии отраженного доплеровского сигнала (ЭОДС) в сочетании с данными спектра доплеровского сдвига частот (СДСЧ). При этом количественно оценивали линейную скорость кровотока (ЛСК) на всем протяжении стента и на всем протяжении дистального русла. Ультразвуковыми критериями хорошего результата вмешательства являлись: полное прилегание стента к сосудистой стенке на всем протяжении при продольном и поперечном сканировании; окрашивание просвета стента в режимах ЦДК и ЭОДС; остаточный стеноз менее 20%; отсутствие диссекций интимы; отсутствие локальных изменений ЛСК на всем протяжении стента и восстановление магистрального кровотока в дистальном артериальном русле.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде после выполнения рентгенохирургического вмешательства проводили УЗИ с целью определения проходимости артерии и стента. У 4 пациентов во время стентирования внутренней сонной артерии отмечено развитие транзиторной ишемической атаки, симптомы которой купировались в течение нескольких минут после проведения соответствующей консервативной терапии. У одной пациентки развился амоворз после завершения стентирования внутренней сонной артерии. При оценке отдаленных результатов (от 6 до 160 месяцев) эндоваскулярного лечения 104 пациентов. Выявлено развитие повторных стенозов у 2 пациентов после стентирования внутренней сонной артерии, что потребовало выполнения протезирования соответствующей сонной артерии. У 3 пациентов после стентирования

правых подключичных артерий выявлен перелом имплантированного стента в период до 24 месяцев. В артериях регистрировался ламинарный характер кровотока с ЛСК до 100 см/с. В режимах ЦДК и ЭОДС не отмечены дефекты окрашивания просвета артерий.

Заключение. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются малотравматичными и высокоэффективными методами лечения стенозов брахиоцефальных артерий. Комплексное ультразвуковое исследование артерий на этапах эндоваскулярного лечения позволяет уточнить состояние гемодинамики в стентированных артериях и определить дальнейшую тактику ведения пациентов.

ИНТРАКОРОНАРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Скрыпник Д.В., Назаров А.В., Соколов М.С.,
Васильева Е.Ю., Шпектор А.В.
Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ,
Москва, Россия.

Пациент А., 70 лет, поступил в стационар с острым передне-боковым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. На догоспитальном этапе пациенту была проведена эффективная тромболитическая терапия пуролазой. К моменту поступления в стационар болевой синдром купирован. Проводилась терапия аспирином (250 мг в сутки), плавиксом (300 мг однократная «нагрузочная» доза с последующим приемом 75 мг в сутки), а также β -блокатором и ингибитором АПФ. При эхокардиографии выявлен гипокинез верхушки левого желудочка с хорошей глобальной сократительной функцией левого желудочка (ФВлж = 60%). На 2 сутки больному проведена коронарография. Было выявлено инфаркт-связанное поражение — осложненный субтотальный стеноз ПМЖВ в проксимальном ее отделе. Учитывая это, было выполнено стентирование проксимального отдела ПМЖВ стентом без лекарственного покрытия с хорошим ангиографическим результатом. К концу вмешательства — кровоток по бассейну ПМЖВ — TIMI III.

В дальнейшем состояние пациента оставалось стабильным. Больной был активизирован, ангинозные приступы не рецидивировали. Однако, через 15 суток после ЧКВ у больного возник интенсивный ангинозный приступ, сопровождавшийся элевацией ST в отведениях V1-6. Артериальное давление оставалось нормальным. Учитывая это, был заподозрен подострый тромбоз стента, к терапии был добавлен

блокатор IIb/IIIa рецепторов (монофрам) и пациент взят в операционную. Перед ангиографией внутривенно введен нефракционированный гепарин (5000 ЕД).

При ангиографии в просвете стента выявлены тромботические массы, приводящие к субокклюзии ПМЖВ с кровотоком TIMI II.

После проведения мануальной тромбоаспирации, кровоток по артерии стал TIMI III, боли стихли. Однако через минуту боли возобновились, и массивный тромбоз в ПМЖВ появился вновь. Внутрикоронарно введен гепарин (5000 ЕД). Проводились повторные тромбоаспирации и баллонные дилатации. Несмотря на это, тромбы появились в стволе ЛКА, на кончике проводникового катетера, а через непродолжительное время тромбоз захватил устье и проксимальный отдел ОВ.

Второй проводник был заведен в ОВ. Проводились многократные тромбоаспирации, баллонные дилатации с кратковременным успехом. Через несколько минут после начала коронарного вмешательства возник тотальный тромбоз проксимальных отделов ОВ и ПМЖВ, кровоток по их бассейнам TIMI 0. Систолическое артериальное давление снизилось до 40 мм рт.ст., возникла гипоперфузия органов и тканей, т.е. развился истинный кардиогенный шок.

Учитывая тромбоз коронарного русла на фоне массивной антитромбоцитарной (аспирин, клопидогрель и монофрам) и антикоагулянтной (гепарин) терапии, было принято решение о проведении внутрикоронарного тромболизиса. После введения стрептокиназы появился кровоток по ПМЖВ, а затем и по ОВ.

Систолическое артериальное давление повысилось до 94 мм.рт.ст., появился диурез, кожные покровы стали теплыми, сознание ясным. Учитывая это, а также выраженную склонность к тромбообразованию, от проведения внутриаортальной баллонной контрапульсации решено было воздержаться. При эхокардиографии, выполненной непосредственно после ЧКВ ФВлж=14%, определялся гипокинез верхушечного сегмента свободной стенки правого желудочка (ПЖ), дискинез верхушки ЛЖ, циркулярный акинез средних сегментов ЛЖ, тяжелая митральная недостаточность. В дальнейшем доза плавикса (150 мг в сутки) была подобрана под контролем агрегации тромбоцитов.

Через 10 месяцев после выписки состояние больного стабильное. Активен. Хорошо переносит физическую нагрузку. Ангинозные приступы не рецидивируют. Клинических признаков недостаточности кровообращения нет. По данным ЭХОКГ ФВлж=44%, сохраняется аневризма верхушки левого желудочка без признаков тромбоза, митральная регургитация стала умеренной,

а сократимость правого желудочка полностью восстановилась.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Скупченко А.В., Королев Д.Г., Скобелцов Д.А., Миронова Е.В., Королева О.Л.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия.

Цель исследования. Оценить результаты применения внутрисосудистой химиоэмболизации метастазов колоректального рака в печень.

Материал и методы. С 2006 по 2009 год было выполнено 102 эмболизации метастазов колоректального рака у 53 пациентов. Возраст оперированных пациентов от 41 года до 77 лет (средний возраст составил 62 года). Пациентов мужского пола было 26, женского — 27. Количество эмболизаций колебалось от 1 до 3 у одного пациента. Химиоэмболизация проводилась пациентам с преимущественно внутripеченочными метастатическими поражениями, не являющимися кандидатами для хирургического лечения, при выявлении признаков прогрессии заболевания на фоне системной химиотерапии. Размер метастазов в наибольшем измерении колебался от 3 до 130 мм, средняя величина 31 мм, количество метастазов у одного пациента от 1 до 16, в среднем 4,2. В 9 наблюдениях эмболизация выполнялась суспензией доксорубина в липиодоле (группа А), в 7 — суспензией митомicina в липиодоле (группа В), в 31 — микросферами с иринотеканом (группа С), в 6 — микросферами с доксорубицином (группа D).

Результаты эмболизации оценивались при помощи компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением через 3 месяца после проведения эмболизации при помощи RECIST критериев.

Результаты. Полных ответов на проведенное лечение по критериям RECIST не было ни в одной группе. Частичный ответ и стабилизация процесса в группе А выявлены в 44,4% (4 наблюдения), в группе В в 28,6% (2 наблюдения), в группе С в 73,3% (21 наблюдение), в группе D в 100% (5 наблюдений).

В 2 наблюдениях в группе А, 3 в группе С и 1 в группе D уменьшение размеров метастазов позволило выполнить их радиочастотную абляцию.

Выводы. Химиоэмболизация метастазов колоректального рака является эффективным паллиативным методом лечения.