лиативное лечение. Больные с опухолями печени подразделяются на две основные группы: гепатоцеллюлярный рак и метастатические поражения печени различной локализации. Показаниями к проведению МХЭПА являются: нерезектабельность опухоли, тяжелое соматическое состояние больного, отказ больного от радикальной операции, адьювантный режим регионарной химиотерапии.

Масляная химиоэмболизация печеночных артерий выполнена у 141 пациентов

Гепатоцеллюлярный рак – 12 больных

Метастатические поражения печени – 129 больных (из них; колоректальный рак – 117, опухоль желудка – 7, рак молочной железы – 5)

Средний возраст составил – 58 лет (34-83 года)

Мужчин – 102; женщин – 39

Все больные с метастатическим поражением перенесли удаление первичной опухоли в период от 1 месяца до 4 лет. У 32 больных ранее уже была выполнена анатомическая резекция печени, но после этого возник рецидив метастазирования в оставшуюся часть печени. У 18 больных произведена криодеструкция больших опухолевых узлов в печени, после чего была выполнена МХЭПА в адьювантном режиме. У десяти больных с гепатоцеллюлярным раком МХЭПА сочеталась с чрескожным введением 96% этанола в опухолевые узлы. Эффективность проведенной терапии оценивали через месяц после первого курса МХЭПА, а затем перед каждым следующим курсом регионарной химиотерапии. Обследование включало: клинический осмотр, общеклинические и биохимические анализы, ультразвуковое исследование брюшной полости, компьютерную и магнитно-ядерную томографию с болюсным усилением (омнипак, омнискан). Также оценивался уровень онкомаркеров, специфичных для опухолевых поражений (РЭА, СА19-9, АФП, СА 153). При метастатическом поражении печени исключался местный рецидив опухоли: больным с колоректальным раком выполнялась фиброколоноскопия; при опухоли молочной железы — остеосцинтиграфия, компьютерная томография органов грудной полости. Повторно обследовано 120 больных. Хороший ответ на лечение (уменьшение размеров опухоли более чем на 50% от первоначального объема) был у 32 (26%) пациентов, стабилизация (незначительное уменьшение или отсутствие увеличения новообразования) – 70 пациентов (59%), признаки увеличения опухоли отмечены у 18 (15%) пациентов. Выживаемость составила 95% и 51% в сроки 6 месяцев и 1 год соответственно. У больных с полным или частичным ответом отмечено достоверное снижение уровня онкомаркеров (РЭА).

Масляная химиоэмболизация печеночных артерий — достаточно эффективный и безопасный метод лечения биллобарных опухолевых пораже-

ний печени. При комплексном подходе к лечению больных с нерезектабельным и условно нерезектабельным первичным и метастатическим поражением печени можно добиться увеличения продолжительности и качества жизни больного.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Иванов В.А., Белякин С.А., Майсков В.В., Бобков Ю.А., Трунин И.В., Шкловский Б.Л., Иванов А.В., Смирнов В.Л., Пилипосян Е.А., Пермьяков С.В. «З ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России» Красногорск Московской обл., Россия.

Проблема выбора оптимального метода реваскуляризации миокарда у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла до сих пор остается актуальной. В последнее время в зарубежной медицинской литературе появилось понятие полной функциональной реваскуляризации миокарда, основанной на данных измерения фракционного резерва кровотока, как альтернативы полной анатомической реваскуляризации, выполненной только по данным коронарной ангиографии.

Цель. Изучить влияние измерения фракционного резерва кровотока на определение выбора метода реваскуляризации миокарда у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла.

Материал и методы. В период с 2009-2010 гг. на базе госпиталя были обследованы 15 больных ИБС со стабильным течением стенокардии на уровне 3 ФК. Средний возраст больных составил $65 \pm 2,3$ лет, преобладали мужчины (80%). У всех больных выявлены: гипертоническая болезнь, дислипидемия, мультифокальное течение атеросклероза, трое (20%) страдали диабетом, 6 пациентов (40%) ранее перенесли инфаркт миокарда. В исследование не входили пациенты с поражением ствола ЛКА, хроническими окклюзиями одной из коронарных артерий, клапанной патологией и аневризмой ЛЖ, которые требовали проведения хирургической коррекции. Во всех случаях во время проведения диагностической коронарной ангиографии было выявлено трехсосудистое поражение — стенозы ПМЖА, ОА и ПКА по 60-70%, с одномоментным измерением фракционного резерва кровотока (ФРК) пораженных артерий по стандартной методики с использованием папаверина в качестве гиперемического стимула.

Результаты. По данным коронарной ангиографии, всего у 15 пациентов было выявлено 96 стенозов с сужением просвета артерии по диаметру на 60-70%. Все больные имели поражение по шкале Syntax Score 26-32 балла. По данным

измерений ФРК, выполненных во всех трех артериях у всех больных, 28 стенозов (29,1%) из 96 обследованных имели величину ФРК равную или более 0.8. По данным измерений ФРК у 5(33,3%) больных из 15 обследованных определено двухсосудистое поражение. Выбор метода реваскуляризации был сделан в пользу поэтапного стентирования бассейнов симптом-ответственных артерий. В 10 (66,6%) случаях в качестве метода реваскуляризации миокарда был избран открытый хирургический способ (АКШ).

Вывод. Данные рутинной коронарной ангиографии являются недостаточными при выборе оптимального метода реваскуляризации миокарда у больных с многососудистым поражением. Измерение фракционного резерва кровотока позволяет осуществлять избирательный подход к проведению функциональной реваскуляризации миокарда.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ДМПП У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕДУРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Иоселиани Д.Г., Данилов Е.Ю., Ковальчук И.А., Крюков В.А., Колединский А.Г., Ильин В.Н., Абильдинова А.Ж., Костянов И.Ю., Васильев П.С.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель исследования. Изучить результаты эндоваскулярного закрытия вторичных дефектов межпредсердной перегородки у детей и взрослых.

Материал и методы. Эндоваскулярному закрытию вторичных ДМПП в период с октября 2009 года по декабрь 2010 г. подверглись 55 пациентов. Из них 27 взрослых пациентов (I группа) получило лечение в НПЦИК, 28 детей (II группа) в детской ГКБ№13 им. Н.Ф. Филатова. Средний возраст в I группе составил $37,4 \pm 14$ лет (от 17 до 62 лет); во II группе $8,2 \pm 5$ лет (от 2-х до 16 лет). У большинства пациентов в группах (87,3%) по данным ТТЭ и ТЭЭ (у взрослых применялась в 100%) отмечали центральный дефект МПП без дефицита краев. У 9 (33,3%) пациентов I группы выявлен дефект в аневризме (дисплазия) межпредсердной перегородки. В 1 случае (3,7%) в I группе, в 5 (17,9%) во II-й имелись два дефекта межпредсердной перегородки. Реканализированный дефект после хирургического ушивания наблюдался у 1 (3,7%) пациента в I группе. В 2-ух случаях (7,4%) в I группе проводились сочетанные эндоваскулярные процедуры закрытия ДМПП и коронарного стентирования по поводу ИБС, в одном из них одномоментно. В 3-х случаях (10,7%) во II-й группе одномоментно выполнены сочетанные

эндоваскулярные процедуры: закрытие ДМПП и ОАП окклюдерами, закрытие ДМПП и ДМЖП окклюдерами, ТЛБВП стеноза ЛА. Трём пациентам (10,7%) II группы со сложными пороками (атрезия ЛА I тип, тетрада Фалло с атрезией ЛА, ТМА с ДМЖП), проведенной ранее радикальной хирургической коррекцией, вторым этапом было устранено межпредсердное сообщение с помощью окклюдера. Диаметр дефекта, определенный с помощью ТТЭ, ТЭЭ варьировал от 8 до 29 мм I группе и от 4 до 16,5 во II-й. Всем больным в I группе выполнялась МСКТ, что давало дополнительную возможность оценить локализацию, размер и края дефекта, размеры правых отделов сердца, состояние коронарного русла. У всех пациентов в I группе выявлялись признаки объемно-диастолической перегрузки правых отделов сердца разной степени выраженности (см. таблицу). У 20 (74,1%) пациентов из них имелись клинические проявления порока, при аускультации у всех пациентов выслушивался систолический шум во II-III межреберье по левому краю грудины, нарушения ритма и проводимости наблюдалось у 17 (62,9%) пациентов. Во II группе у пациентов с изолированными ДМПП также отмечались ЭХО-признаки перегрузки правых отделов сердца (см. таблицу)

Результаты. Технический успех эндоваскулярного закрытия вторичных ДМПП составил 100%. 55 пациентам имплантировано 55 ASD-окклюдеров (у 6 пациентов, имеющих по 2 дефекта, ввиду их близкого расположения друг к другу, для закрытия использован также один окклюдер). Диаметр установленных окклюдеров составил от 12 до 38 мм (в среднем 26 ± 7 мм.) в I группе; от 7 до 22 мм (в среднем $14,5 \pm 3,3$ мм.) во II-й. Непосредственно после имплантации ASD-окклюдера полное закрытие дефекта отмечалось в 92,6% случаев в I группе и в 92,9% во II-й. Малый резидуальный сброс (менее 3 мм) оставался в I группе у 2 (7,4%) пациентов и у 2-х (7,1%) во II-й. При контрольном ТТЭ исследовании в I группе через 1 месяц резидуальный сброс отсутствовал у 1 пациента, у второго - спустя 3 месяца. Во II группе в обоих случаях на контроле в отдаленный период наблюдения оставался тривиальный резидуальный сброс, не влияющий на внутрисердечную гемодинамику. Интраоперационно в I группе во время процедуры у 3 пациентов (11,1%) отмечался кратковременный (в течение 1 минуты) подъем сегмента ST в задней группе отведения, что, по-видимому, может быть связано с коронарораспазмом и/или микроэмболией в левые камеры сердца. Во II группе приходящей ишемии миокарда отмечено не было. В госпитальный период в I группе в одном случае отмечалась брюшинная гематома в месте доступа, потребовавшая оперативного лечения. Во II группе осложнений в ранний госпитальный