

привело к ожидаемому эффекту (отрицательная динамика). Одногодичная выживаемость пролеченных больных после начала эндоваскулярного лечения составила 74%. Оценка результатов эффективности лечения не выявило статистически достоверной разницы в зависимости от выбранного химиотерапевтического препарата.

Заключение. Химиоэмболизация печеночных артерий является эффективной, безопасной и малоинвазивной процедурой в паллиативном лечении метастатического поражения печени вследствие опухолей толстого кишечника. Использование различных химиотерапевтических препаратов при химиоэмболизации демонстрирует схожую эффективность.

СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛЬНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

Хамнагадаев И.А.¹, Коков Л.С.¹, Цыганков В.Н.¹, Школьников М.А.², Термосесов С.А.², Миклашевич И.М.², Ильич И.Л.², Дроздов И.В.¹,
¹ФГУ Институт хирургии им. А. В. Вишневского, Москва, Россия
²Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить влияние аномально-го возбуждения миокарда желудочков сердца на его диастолическую функцию, оценить возможности интраоперационной диагностики и хирургической коррекции ее нарушений у пациентов с синдромом и феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ).

Материал и методы. Обследовано 57 пациентов (в возрасте от 9 до 29 лет, мужчин — 35, женщин — 22) с нарушением сердечного ритма: 26 — с манифестным синдромом ВПУ, 11 — с феноменом ВПУ. В работу были включены лишь больные с правосторонней локализацией дополнительного предсердно-желудочкового соединения (ДПЖС). Контрольную группу составили 20 больных с пароксизмальной атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (ПАВУРТ). Исследование проводилось в условиях рентгеноперационной. Гемодинамические параметры измерялись и рассчитывались на Cardis 5000 — coro и Cardiolab 7000.

Пациентам с ВПУ была выполнена радиочастотная абляция (РЧА) ДПЖС, пациентам с ПАВУРТ — радиочастотная модуляция атриовентрикулярного соединения. Катетеризация правых отделов сердца с регистрацией центрального давления была выполнена до и после РЧА во время синусового ритма. Оценивалась динамика первой производной внутрижелудочкового давления в фазу изоволюмического сокращения ($dp/dt \max$) и расслабления ($dp/dt \min$).

Результаты. У пациентов контрольной группы $dp/dt \max$ и $dp/dt \min$ как до, так и после РЧА, соот-

ветствовала нормальным значениям — 202 ± 5 мм рт.ст./с. До РЧА: $dp/dt \max$ у пациентов с феноменом ВПУ — 91 ± 10 мм рт.ст./с, у больных с синдромом ВПУ — 85 ± 12 мм рт.ст./с; $dp/dt \min$ составила 80 ± 10 мм рт.ст./с у больных и с феноменом, и с синдромом ВПУ. Полученные данные свидетельствуют о снижении сократительной способности миокарда желудочков и нарушении процесса их расслабления. После РЧА: $dp/dt \max$ у больных с феноменом ВПУ — 190 ± 10 мм рт.ст./с., у пациентов с синдромом ВПУ — 189 ± 12 мм рт.ст./с; $dp/dt \min$ составила 170 ± 10 мм рт.ст./с и 162 ± 12 мм рт.ст./с соответственно. Эти параметры характерны для нормализации показателей систолической и диастолической функции сердца. Достоверного различия $dp/dt \max$ и $dp/dt \min$ у больных с феноменом и синдромом ВПУ выявлено не было.

Выводы. У пациентов с синдромом и феноменом ВПУ аномальное возбуждение желудочков сердца приводит к нарушению его диастолической функции. Интраоперационная диагностика ее нарушений возможна при инвазивном исследовании центральной гемодинамики. Восстановление нормального хода возбуждения миокарда методом радиочастотной абляции ДПЖС приводит к нормализации диастолической функции сердца.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хохриков Г.И., Самочатов Д.Н., Шехтер Ю.И.
Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, РМАПО, Москва, Россия.

Цель исследования. Использование метода рентгенэндоваскулярной хирургии — артериальной эмболизации — в качестве преоперационной подготовки и лечения больных с васкуляризованными новообразованиями шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. В период с 2006 года по настоящее время, обследовано 7 пациентов в возрасте от 19 до 48 лет с новообразованиями тел позвонков и отростков шейного отдела позвоночника.

У шести пациентов отмечалось поражение двух и более позвонков. Только у одного пациента отмечено изолированное поражение левого поперечного отростка.

Для работы использовались вертебральные ангиографические катетеры типа Cordis, Terumo, COOK, со сверхскользящим покрытием. Контрастное вещество — визипак 320.

Для эмболизации использовались сферические эмболы PVA COOK 100 и 300 мкм и окклюзирующие спирали IMWCE-35-2-3 фирмы COOK.

Ангиографические исследования и эндоваскулярные операции производились на ангиографическом комплексе TOSHIBA CAS-8000V.

Результаты. Морфология поражений: аневризменная киста — 3 (42%), гигантоклеточная опухоль 2 (29%), метастатическое поражение у 2 пациентов (29%).

Ангиография позвонков производилась после КТ и МРТ исследований которые определяют количество и уровень поражения.

Во время проведения ангиографического исследования при наличии патологического кровотока (массы извитых, штопорообразных разнокалиберных артерий с очагами контрастных озер) на уровне поражения, производилась эмболизация регионарных артерий. Также было отмечено, что гиперплазированные афферентные артерии питающие костное новообразование, могут быть деформированными собственными артериями или артериями коллатерального кровотока, которые не контрастируются при типичной ангиографии данной области.

Решение о проведении эмболизации принималось только после локализации источника и определения типа спинального кровоснабжения шейного отдела спинного мозга.

У 5 пациентов через 3-4 дня после эмболизаций, проводились плановые хирургические вмешательства с резекцией новообразований и установки металлоконструкции системы стабилизации позвоночника, во время которых кровопотеря была на 30-40% меньше по сравнению с таковой при операциях без предварительной эмболизации патологических сосудов. Опиерирующими хирургами отмечается возможность минимизации оперативного доступа и более гладкое течение послеоперационного периода.

У двух пациентов хирургическое лечение не применялось. Через 2-3 суток после выполнения эндоваскулярного вмешательства, полностью или частично был купирован болевой синдром. Его снижение отмечалось в среднем на 40%. На контрольных рентгенограммах через 6-12 месяцев реканализации окклюзированных артерий не отмечалось.

Из осложнений в ходе эндоваскулярного вмешательства следует отметить случай внутримозговой дистальной эмболизации гранулами ПВА 300 у пациента 28 лет с аневризменной кистой левого поперечного отростка С3. При выполнении дистальной эмболизации левой восходящей шейной артерии, на предварительном этапе не был выявлен анастомоз с левой позвоночной артерией. Проводилась эмболизация гранулами ПВА восходящей шейной артерии. Анастомоз с левой позвоночной артерией появился на контрольной ангиограмме только после эмболизации очага на уровне С3.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациента отмечались диффузные головные боли без четкой локализации и очаговой симптоматики. Лечение симптоматическое. Через сутки оперирован, — послеоперационное течение без особенностей.

В дальнейшем, нами не производилась дистальная ПВА эмболизация восходящей шейной артерий, без предварительной установки окклюдизирующих спиралей IMWCE (COOK).

Выводы. Анализ результатов рентгенэндоваскулярной окклюзии патологических сосудов, кровоснабжающих новообразования, показал ее высокую эффективность. Редукция патологического кровотока сопровождалась уменьшением интраоперационной кровопотери на 30-40%.

Принимать решение об эмболизации артерий шеи следует только после точного определения источников спинального кровоснабжения.

Эмболизация регионарных артерий при новообразованиях шейного отдела позвоночника может применяться и как метод предоперационной подготовки, и как самостоятельный метод лечения.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Крамаренко А.В, Акбашева М.Т., Фоменко Е.П., Областной сосудистый центр ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель. Оценить возможности и эффективность эндоваскулярного лечения ОКС в условиях Областного сосудистого центра.

Материал и методы. В 2009–2010 гг. в Областном сосудистом центре ГУЗ Ростовской ОКБ выполнена коронарокардиография 467 пациентам с ОКС. При этом 394 (84,4%) пациентам проведено эндоваскулярное вмешательство, 19 (4,1%) больным выполнено экстренное коронарное шунтирование, 54 (11,5%) пациента лечились консервативно. Из 394 пациентов, которым выполнено стентирование, у 193 (48,9%) была диагностирована нестабильная стенокардия, 153 (38,9%) поставлен диагноз ИМ с подъемом сегмента ST и 48 (12,2%) — ИМ без подъема сегмента ST. Средний возраст пациентов $56,2 \pm 7,9$ лет, больные мужского пола составляли 78,9% (311 чел.). Фракция выброса левого желудочка в среднем составляла $48,1 \pm 8,4\%$. У 47 (11,9%) больных отмечалась нестабильная гемодинамика. Желудочковая экстрасистолия III-V класса по Lown наблюдалась в 17 (13,7%) случаев. В анамнезе ИМ имелся у 117 (29,7%) пациентов, коронарное шунтирование — у 24 (6,1%), стентирование коронарных артерий — у 9 (2,3%). Сопутствующая патология, отягощающая ОКС, выявлена у 281 (71,3%) пациента: сахарный диабет — 106 (26,9%) пациентов, артериальная гипертензия — 256 (64,9%) пациентов, цереброваскулярные заболевания — 91 (23,1%) пациент, хроническая обструктивная болезнь легких — 56 (14,2%) пациентов, хроническая ишемия нижних конечностей — 76 (19,3%) пациентов.

По данным коронарографии, однососудистое поражение имелось в 96 (24,4%) случаях, двух-