

1-му месяцу и заканчивается полной эндотелизацией стента к 6-ти месяцам. Стент свободно имплантируется в гемодинамически значимый стеноз бедренных артерий, вызывая дилатацию без развития рестеноза. Все больные выписаны без осложнений. На контрольной ангиографии, через 6 месяцев, рестенозов не выявлено, стент проходим. На этапе клинического использования стента окончательно были определены показания к его использованию. Отдаленные результаты показали: ни в одном случае используемый стент не явился причиной осложнений. Конструкция удобна в применении, не удлиняются сроки госпитализации. Не зарегистрировано случаев рестеноза, тромбоза стентов и его миграции.

Заключение. Таким образом, разработан, исследован в эксперименте, а затем применен в клинике у больных с облитерирующими заболеваниями артерий новый отечественный сосудистый стент — дилататор из никелида титана марки ТН-10. Анализ послеоперационных результатов показал его высокую эффективность. Предложенный сосудистый стент может быть рекомендован к широкому клиническому применению при выполнении реконструктивных операциях на сосудах при сегментарных стенозах артерий.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИИШЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАПЕДИЛ-ЭЛЮИРУЮЩИХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Франц М.В.¹, Тепляков А.Т.², Павлов П.И.¹,
Аминов В.В.¹

¹Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

²НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН,
Томск, Россия.

Введение. Оценить отдаленные результаты антиишемической эффективности и безопасности трапедил-элюирующих стентов (ТЭС) у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Общее количество больных, включенных в исследование, составило 58 человек. Большинство обследованных пациентов были мужчины — 45 (77,6%). Средний возраст больных составил 54,7 ± 9,4 года (от 31 до 74 лет). Сроки заболевания колебались от 1 месяца до 28 лет, в среднем — 44,7 месяцев. Функциональный класс стенокардии определялся согласно критериям Канадской ассоциации кардиологов. У 6 (10,3%) пациентов симптомы стенокардии отсутствовали. Стенокардия напряжения I ФК диагностирована у 4 (6,9%) пациентов, II ФК — у 22 (37,9%), III ФК — у 12 (20,7%), IV ФК — у 2 (3,4%), безболевого ишемия миокарда — у 2 (3,4%), прогрессирующая стенокардия — у 8 (13,8%), впервые возникшая стенокардия — у 1 (1,7%) и подострый период острого

инфаркта миокарда — у 1 (1,7%). Перенесенные инфаркты миокарда в анамнезе имели 36 (62,1%) пациентов. У 3 (5,2%) больных сформировалась постинфарктная аневризма левого желудочка. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась артериальная гипертония I-III степени — 51 (88%), СД 2 типа диагностирован у 15 (25,9%) человек. Недостаточность кровообращения I-III ФК по NYHA выявлена у всех пациентов (100%). Ожирение различной степени выявлено у 41 (70,7%) пациента, курение отмечено у 32 (55,2%) человек, гиперхолестеринемия у 25 (40,1%) больных. Показатель теста 6-минутной ходьбы составил 336 м, ФВ левого желудочка — 58 ± 9,7%, толщина комплекса интимамедиа — 1,2 ± 0,3 мм. При выполнении ангиографии у 21 (36,2%) пациента диагностировано однососудистое поражение, у 25 (43,1%) — двухсосудистое, у 12 (20,7%) — трехсосудистое и у 2 (3,4%) было выявлено поражение ствола левой коронарной артерии. Хронические окклюзии наблюдались в 25,9% случаев, бифуркационные стенозы — в 10,3%.

Результаты. Эндovasкулярное лечение проводили с применением стандартной техники стентирования. По усмотрению оператора проводили как прямое стентирование, так и стентирование с преддилатацией. Всем пациентам до процедуры назначали антиагреганты аспирин 100 мг/день и плавикс 75 мг/день или тиклид 500 мг/день. После процедуры рекомендовалось продолжить постоянный прием данных препаратов в течение 12 месяцев. Во время эндovasкулярной реваскуляризации 58 пациентам имплантировано 78 стентов, в среднем 1,4 ± 0,7 ТЭС на больного. В 38 случаях (43,2%) реваскуляризации подвергался бассейн передней нисходящей артерии, в 24 (27,3%) — правой коронарной артерии, в 23 (26,1%) — огибающей артерии и в 3 (3,4%) — интермедиарная ветвь. У 40 пациентов вмешательство проводилось на одной артерии, у 15 — на двух артериях, у 3 — на трех артериях. Имплантация стентов при стенозе ствола левой коронарной артерии выполнена у 1 (1,7%) пациента, реконструкция бифуркаций выполнялась у 7 (12,1%) больных, вмешательство на аутовенозных шунтах — у 1 (1,7%) больного, стентирование хронических окклюзий у 4 (6,9%) человек, лечение рестеноза ранее имплантированного стента проводилось у 8 (13,8%) пациентов. Во всех случаях получен оптимальный ангиографический результат (кровоток TIMI III). Всем пациентам до ангиопластики и через 6 и 12 часов после проводилось исследование тропонина Т. Осложненное течение послеоперационного периода было у 5 (8,6%) пациентов: в 3 случаях развился периперационный инфаркт миокарда подтвержденный тропонином Т (от 0,36 до 0,8 пг/мл), в 1 случае — пульсирующая гематома места пункции правой бедренной артерии, потребовавшая хирургического лечения и в 1 случае — гемоперикард, по поводу которого выполнялась пункция перикарда. За время первичной госпитализации тромбозов

стентов и летальных исходов зарегистрировано не было. Период наблюдения составил в среднем 14,8±6,4 месяцев. Повторная эндоваскулярная реваскуляризация коронарных артерий успешно выполнена у 9 (15,5%) больных, еще 5 (8,6%) пациентам осуществлено коронарное шунтирование. Повторная процедура реваскуляризации по поводу появления новых стенозов проведена 3 (5,1%) пациентам, 5 (8,6%) больным по поводу рестеноза стента и 6 (10,3%) — по поводу сочетания рестеноза стента с прогрессированием атеросклероза коронарных артерий *de novo*. В отдаленном периоде наблюдения антиишемический эффект стентирования проявлялся достоверным уменьшением функционального класса стенокардии. У 43% больных клиника стенокардии отсутствовала. Дистанция теста шестиминутной ходьбы увеличилась на 21%. Результаты ЭхоКГ свидетельствовали о тенденции к увеличению коронарного резерва за счет снижения конечно-систолических и конечно-диастолических объемов и размеров ЛЖ и повышению ФВ ЛЖ на 4%.

Заключение. Применение ТЭС у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, с различными типами поражения коронарных артерий обеспечивает безопасность и высокую антиишемическую эффективность.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Хайрутдинов Е.Р., Араблинский А.В., Ковалев Ю.А.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Городская клиническая больница имени С.П.Боткина, Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность применения эндоваскулярной эмболизации для остановки кровотечений при неоперабельных опухолях головы и шеи.

Материал и методы. В период с января 2008 по сентябрь 2010 года 15 больным была выполнена эндоваскулярная эмболизация для остановки кровотечения вследствие неоперабельной опухоли головы или шеи. У 3 (20%) больных была диагностирована опухоль щитовидной железы, у 5 (33,3%) опухоль гортани, у 2 (13,3%) опухоль нижней челюсти и у 5 (33,3%) опухоль глотки. Возраст больных колебался от 32 до 75 лет, средний возраст составил 55,3±9,5 лет. Большинство больных были мужского пола 11 (73,3%). У 8 (53,3%) пациентов была выполнена эмболизация верхней щитовидной артерии, из них у 6 больных — билатерально, у 2 — унилатерально; у 5 (33,3%) пациентов была выполнена билатеральная эмболизация верхнечелюстной артерии; у 2 (13,4%) пациентов — билатеральная эмболизация язычной артерии. В качестве эмболизационного мате-

риала во всех случаях использовали сферические частицы PVA Contour (Boston Scientific) размером от 150 до 500 микрон.

Результаты. Во всех случаях эмболизации был достигнут адекватный гемостаз. Ни одному пациенту не потребовалось выполнять перевязку наружной сонной артерии. В 2 случаях потребовалось выполнить повторную эмболизацию. Все пациенты были выписаны из больницы в течение 1 недели после проведенной эмболизации.

Заключение. Эндоваскулярная эмболизация способна обеспечить быстрый и эффективный гемостаз у пациентов с кровотечениями при неоперабельных опухолях головы и шеи.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ ВСЛЕДСТВИЕ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Хайрутдинов Е.Р., Черная Н.Р., Араблинский А.В., Цуркан В.А.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Городская клиническая больница имени С.П.Боткина, Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить результаты химиоэмболизации печеночных артерий (ХЭПА) у пациентов с метастатическим поражением печени вследствие опухолей толстого кишечника с применением различных химиотерапевтических препаратов.

Материал и методы. В период с сентября 2007 по апрель 2010 года 68 пациентам с первично-распространенным раком толстого кишечника выполнили радикальную операцию по удалению первичной опухоли. В дальнейшем при обследовании выявлены метастазы в печень. Преобладали пациенты мужского пола 48 (70,6%), средний возраст составил 65,1 лет, колебался от 35 до 78 лет. Все пациенты на момент включения в исследование прошли от 3 до 5 курсов системной химиотерапии и имели множественное билобарное метастатическое поражение печени. Последовательные процедуры масляной ХЭПА проводились с интервалом в 3-4 недели. Всего было выполнено 321 процедура ХЭПА (в среднем 4,7±0,8 процедуры на пациента). В качестве химиотерапевтических препаратов использовали: доксирубицин (22%), эрбитукс (38%), гемцитабин (28%) и митомицин С (12%). В качестве эмболизирующего агента использовали липиодол. Результаты проведенного лечения, размеры метастатических поражений печени оценивались в динамике при помощи компьютерной томографии.

Результаты. Технический успех был достигнут во всех 321 случае. Проведенный анализ лечения показал следующее: у 14 (20,6%) пациентов достигнут положительный эффект после курса лечения — метастазы печени уменьшились в размерах, у 32 (47,0%) — отмечена стабилизация процесса и у 22 (32,4%) — проводимое лечение не