

высоким хирургическим и анестезиологическим риском.

В период с 2007 по 2010 гг. оперирован 21 больной. 19 пациентам произведена операция бифуркационного стентирования инфраренального отдела аорты стент-графтами и 2 пациентам имплантирован линейный стент – графт при ложной аневризме проксимального анастомоза аорто-бифуркационного протеза. Средний возраст больных — 68 (± 6 , 8) лет. Все пациенты мужского пола. Операции выполнялись под эпидуральной анестезией.

Использованы два стент-графта «AORFIX» (Lombard Medical), 9 стент-графтов «Excluder» (Gore), 7 стент-графтов «Talent» – (Medtronic) 1 стент-графт Zenit (COOK) и два линейных стент-графта. В 19 случаях имплантации стентов выполнялась двусторонняя поперечная артериотомия бедренных артерий, в 2 случаях – односторонняя поперечная артериотомия и контрлатеральный пункционный доступ. Для профилактики подтекания I типа у всех больных после имплантации выполнено «осаживание» баллонными катетерами.

Результаты. Непосредственный технический успех был во всех случаях. Подтеканий 2 типа – 2, что не потребовало дальнейших вмешательств. В ближайшем 30-дневном периоде у одного пациента после имплантации стента произошел тромбоз бранши основного ствола, в связи с чем была произведена тромбэктомия. В отдаленном периоде – через 8 месяцев произошла дислокация стента (в дальнейшем пациенту выполнено аортобифеморальное протезирование в плановом порядке). Выживаемость с момента первой имплантации – 100%.

Контрольная компьютерно-томографическая ангиография выполнена в сроки 6 и 12 месяцев 15 пациентам – стенты проходимы, состоятельны, аневризмы выключены из кровотока, подтеканий и дислокаций не отмечено.

Выводы. Эндоваскулярное стентирование аневризм инфраренального отдела аорты – малотравматичный, эффективный метод лечения, имеющий преимущество у пожилых больных с высоким хирургическим и анестезиологическим риском

ПЕРФОРАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧТКА

Иванов В.А., Трунин И.В., Бобков Ю.А., Смирнов В.Л., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий остается одной из главных причин инвалидизации и смертности в мире. За последние три десятилетия достигнут значительный прогресс в

лечении пациентов, как с помощью консервативной терапии, так и открытой хирургии и эндоваскулярных методик. Однако, несмотря на успехи в минимизации риска возникновения осложнений за счет улучшения инструментария и методик реваскуляризации, при вмешательствах на коронарных артериях могут встретиться жизнеугрожающие осложнения, такие как перфорация артерии. Перфорации артерий, или нарушение целостности стенки сосудов, при баллонной ангиопластике встречаются преимущественно при наличии резкого снижения эластичности стенки коронарной артерии (выраженный кальциноз). Перфорации проводником происходят при тяжелых окклюзиях и применении агрессивной тактики реканализации.

За период с 2002 по сентябрь 2010 года в ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России» было отмечено 6 случаев перфорации коронарных артерий. 3 случая перфорации проводниками и 3 — разрывы при выполнении баллонной ангиопластики. В одном случае удалось закрыть перфорацию длительным раздуванием баллона в зоне разрыва, в одном случае была выполнена эмболизация пораженной артерии микроспиральями, в двух случаях – экстренное АКШ, у двух пациентов – стентирование зоны перфорации стент-графтами. Один пациент умер после выполнения АКШ.

Перфорация коронарных артерий — грозное осложнение, однако при правильном и своевременном лечении позволяет надеяться на положительный результат.

В современной операционной рентгенохирургического отделения необходимо иметь все необходимые инструменты и оборудование для успешного лечения подобных осложнений (стент-графты, проточные баллонные катетеры, а также наборы для проведения пункции перикарда, устройства для баллонной контрпульсации и т.д.).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ БИЛОБАРНОМ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Иванов В.А., Белякин С.А., Трунин И.В., Филиппов А.В., Смирнов В.Л., Бобков Ю.А., Иванов А.В., Майсков В.В., Пилипосян Е.А., Пермяков С.В.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России»

Красногорск Московской обл., Россия.

Единственным радикальным способом лечения злокачественных заболеваний печени является резекция, однако на момент диагностирования опухолевого поражения хирургическое вмешательство возможно лишь в 15% случаев. Остальным 85% пациентов необходимо пал-

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, адъювантный 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 адъювантном 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., Пермиков 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