

одноэтапное эндобилиарное вмешательство. У 6-х пациентов оно было завершено контрольным дренированием желчных протоков, а у 2-х – пломбировкой пункционного канала непосредственно после вмешательства.

У 39 (82,98%) пациентов протокол эндобилиарного стентирования был двухступенчатым. В качестве первого этапа применялось наружно-внутреннее желчеотведение, а спустя 3-14 (в среднем 8,3) суток – эндопротезирование гепатикохоледоха.

В 43 (91,5%) наблюдениях стентированию желчных протоков предшествовала баллонная дилатация, у 4-х больных имплантация стента осуществлялась без предварительного бужирования. В 36 (76,6%) случаях произведена постдилатация имплантированного стента.

**Результаты.** 11 (29,7%), перенесших дренирование желчных протоков, были в последующем оперированы. Им выполнено: 3 панкреатодуоденальная резекция, 3 бигепатикоюностомия, 4 гепатикоюностомия, 1 пересадка печени.

При паллиативном наружно-внутреннем дренировании продолжительность жизни после выписки из стационара – в среднем составила 1-9 месяцев (150 дней). У 4 (15,4%) пациентов в связи с явлениями рецидива механической желтухи или холангита в сроки 48-210 суток (в среднем 115 дней) потребовалась амбулаторная замена дренажной трубки.

При одномоментном стентировании длительность госпитализации пациентов составила в среднем 12,7 дней. 6 (75%) из 8 больных выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии после полного купирования симптомов механической желтухи, продолжительность жизни у них после стентирования составила от 1 до 36 (в среднем 18,5) месяцев.

2 (25%) пациента умерли из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности крайней степени на фоне выраженной билирубинемии (свыше 520 мкмоль/л), связанными с поздними сроками госпитализации.

Осложнения одномоментного эндобилиарного стентирования в виде гемобилии отмечены у 2-х пациентов, что мы связываем не с самой процедурой имплантации стента, а с проведением пре- или постдилатации, приводящей к травматизации и контактной кровоточивости слизистой холедоха, инфильтрированной опухолью.

При двухэтапном стентировании на госпитальном этапе у 3 (7,7%) больных отмечен летальный исход, связанный с нарастанием полиорганной недостаточности, раковой кахексии, либо с осложнениями стентирования (гемобилия, желчно-венозная фистула, ранняя окклюзия стента). 38 (97,4%) пациентов выписаны из стационара, длительность госпитализации у них составила в среднем 22,3 дней. Продолжительность жизни в отдаленном периоде составила от 0,5 до 36 (в среднем 18,5) месяцев. У 3 (7,9%) из них

в сроки от 1-18 месяцев потребовались дополнительные эндобилиарные вмешательства, связанные с повторным возникновением механической желтухи, по причине прорастания опухоли через ячейки стента, либо роста опухоли выше проксимальной границы стента.

**Выводы.** У пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков является эффективной мерой подготовки пациентов перед радикальными хирургическими операциями.

При паллиативном лечении больных с указанной патологией оптимальный протокол чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, адаптированный к тяжести холемии и печеночно-почечной недостаточности, предполагает предпочтительные одномоментное или двухэтапное стентирование гепатикохоледоха, а при их невозможности – долговременное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков.

Преддилатацию желчных протоков целесообразно проводить лишь в случаях ригидных стриктур, препятствующих одномоментному выполнению вмешательства. К постдилатации эндобилиарных стентов следует прибегать только при открытии их металлической конструкции менее 40% от исходного диаметра.

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ И АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И ПОЛУЧАЕМЫХ ИЗ НИХ КЛЕТОК- ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ КАРДИОМИОЦИТОВ В КАРДИОЛОГИИ**

А.Ф. Цыб, А.Г. Конопляников, М.А. Каплан,  
О.Е. Поповкина, Л.А. Лепехина,  
С.Ш. Кальсина (Обнинск)

В последние годы резко возрос интерес к использованию стволовых клеток взрослого организма в различных разделах медицины и особенно при повреждении тканей двух «мишеных» органов – сердца и головного мозга. В экспериментах на животных и пилотных клинических исследованиях показано, что наибольшие перспективы при лечении различных по природе заболеваний сердца имеют мезенхимальные стволовые клетки и получаемые из них *in vitro* клетки-предшественники кардиомиоцитов.

Это связано с высокой пластичностью мезенхимальных стволовых клеток и их способностью значительно интенсифицировать репаративные процессы в тканях поврежденной сердечной мышцы как за счет собственной пролиферации и дифференцировки, так и за счет оказываемого паракринного действия, переводящего в пролиферацию покоящиеся резидентные стволовые клетки взрослого организма в поврежденных тканях.

Проводимые в нашем Центре экспериментальные исследования позволили получить лицензию Федеральной службы по надзору в области здравоохранения МЗиСР РФ на метод выращивания аутологических культур мезенхимальных стволовых клеток и получаемые из них клетки-предшественники кардиомиоцитов (кардиомиобластов). На этой основе в нашем Центре начаты клинические испытания метода системной трансплантации аутологических стволовых клеток при сердечной недостаточности различного генеза. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о безопасности и эффективности нового метода клеточной терапии в кардиологии.

В докладе на материалах собственных и литературных данных будут обсуждены актуальные проблемы, касающиеся новой технологии – показания и противопоказания к использованию данного типа стволовых клеток, сочетание системной трансплантации клеток с конвенциональными методами терапии, другие способы введения стволовых клеток (эндокардиально, в венечные сосуды и др.), применение агентов, способных активировать «микроокружение» трансплантированных и резидентных стволовых клеток и ряд других, а также проблемы возможного расширения исследований в этой области и кооперации заинтересованных участников.

### **ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ**

Н.Р. Черная, Г.Е. Белозеров (Москва)

Лечение ранений и закрытых повреждений печени является сложной хирургической проблемой, и ведущими до настоящего времени остаются приемы гемостаза. В институте им. Н.В. Склифосовского разрабатываются методы миниинвазивных хирургических технологий при тяжелой травме печени.

72 пострадавшим было выполнено ангиографическое исследование. Показанием к ангиографическому исследованию явились: прогрессирующее увеличение размеров центральных или подкапсульных гематом; появление в объемных образованиях печени турбулентного кровотока по данным ультразвуковой доплерографии; клинические проявления гемобилии.

В результате ангиографических исследований были выявлены следующие виды повреждений печени: ложные аневризмы печеночной артерии – 24 больных, центральная гематома – 7, подкапсульная гематома – 8, артерио-венозная фистула – 7, псевдоаневризма с артерио-венозной фистулой – 4, гематома ворот печени – 2, изолированное повреждение печеночной вены – 1, травматическая окклюзия чревного ствола – 1, в 9 случаях изменений в ангиоархитектонике

печени не отмечалось. Таким образом, ангиографическое исследование позволяет получить достоверное представление о характере и локализации повреждений печени.

По результатам ангиографии 32 пациентам была выполнена эндоваскулярная эмболизация. Показанием к эндоваскулярному гемостазу в 21 наблюдении служила ложная артериальная аневризма, в 4 – артериовенозное соустье, в 3 – сочетание артериальной аневризмы с артериовенозным сбросом, и в 4 – данные ультразвуковой доплерографии. Наиболее часто источник кровотечения локализовался в VI, VII и VIII сегментах печени.

Из 32 больных, перенесших эмболизацию печеночной артерии, осложнения отмечены у 5. В 2 случаях это был рецидив кровотечения, обусловленный развитием коллатерального кровоснабжения полости аневризмы. У 2 больных в результате технических сложностей при катетеризации возникла окклюзия проксимального участка правой печеночной артерии. У 1 больного рецидив кровотечения был связан с недостаточной оценкой выбора окклюдизирующего агента. Данному больному была выполнена повторная эмболизация, которая была успешной.

Таким образом, эндоваскулярная эмболизация у больных с травмой печени является эффективным методом гемостаза, позволяющая избежать повторных сложных хирургических вмешательств.

### **ИМПЛАНТАЦИЯ БИФУРКАЦИОННОГО СТЕНТ-ГРАФТА, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФРАРЕНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

С.Д. Чернышев, Э.М. Идов, Б.В. Фадин, И.Г. Лещенко (Екатеринбург)

Аневризма брюшной аорты является жизнеугрожающим состоянием, так как у 40% больных с установленным диагнозом в течение года происходит ее разрыв.

Консервативное лечение аневризм брюшной аорты отсутствует, и в течение сорока лет данное заболевание лечилось только оперативным путем.

Цель работы: Продемонстрировать эффективность эндопротезирования бифуркационными стент-графтами аневризм инфраренального отдела аорты.

Материалы и методы: С сентября 2005г. по сентябрь 2007 года произведено 14 протезирований инфраренальной аневризмы брюшной аорты бифуркационными стент-графтами. Возраст больных от 57 до 78 лет, средний 63 (63,13,2). Среди пациентов было 11 мужчин, 3 женщины.

Все аневризмы выявлены при УЗИ брюш-