

что продукты жизнедеятельности описторхов вызывают экспрессию гена VEGFR (ген, ответственный за рост эндотелия, механоцитов и белков-рецепторов, обеспечивающих трансмембранный перенос факторов роста в клетку) и мутацию гена EGFR (фактор эпидермального роста). Так же хорошо изучено «поведение» сосудистой стенки, подверженной стентированию. Определено, что механизм развития интестентных рестенозов связан с пролиферацией гладкомышечных клеток и образованием неоинтимы.

Выводы. По-видимому, наличие описторхозной инвазии является предиктором рестенозов в ранние сроки у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием.

Рекомендовано проводить дегельминтизацию у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием в кратчайшие сроки после ЧКВ или до выполнения ЧКВ. Полученные данные требуют дальнейшего более детального исследования и наблюдения за пациентами с описторхозной инвазией, перенесших ЧКВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСЛОВНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ БОКОВОЙ ВЕТВИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БИФУРКАЦИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Шахов Б.Е., Чеботарь Е.В., Казаковцев А.В., Кузьменко Е.А., Бритвина О.В., Закревский А.В. Нижегородская государственная медицинская академия ГУ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», Н. Новгород, Россия

Введение. Внедрение в клиническую практику стентов с антипролиферативным покрытием привело к значительному улучшению результатов эндоваскулярных вмешательств. Необходимость сохранения проходимости боковой ветви и неудовлетворительные отдаленные результаты в отношении устья боковой ветви при коррекции бифуркационных поражений заставляют продолжать изучение данной проблемы.

Материал и методы. Выполнен анализ результатов эндоваскулярных коррекций 225 бифуркационных поражений коронарных артерий у 201 пациента (173 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35-75 лет (средний возраст $54,6 \pm 0,6$ года). 42 пациента поступили в стационар с клиникой хронической стабильной стенокардии II функционального класса, 123 — III функционального класса, 2 — IV функционального класса по CCS. 34 пациента поступили в клинику с острым коронарным синдромом (ОКС). 111 больных (55,2 %) ранее перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ). Гипертоническая болезнь отмечена у 132 пациентов (65,6 %), сахарный диабет — у 13 (6,4%). Величина фракции выброса левого желудочка колебалась от 34 до 77% (среднее значение $54,7 \pm 0,6$ %). По данным коронарографии, у 180 пациентов выявлено 1 бифуркационное поражение, у 18 больных — 2 и у 3 пациентов — 3 бифуркационных поражения.

Тип поражения определялся по классификации Medina. Тип «1.1.1» диагностирован у 102 больных, «1.1.0» — у 45, «1.0.0» — у 20, «0.1.1» — у 15, «0.1.0» — у 26, «0.0.1» — у 10 больных и «1.0.1» — у 7 пациентов. У 85 больных (I группа) коррекция выполнялась с использованием стентов с лекарственным покрытием, у 116 пациентов (II группа) — с использованием голометаллических стентов. «Одностветовая» коррекция бифуркации выполнена в 197 случаях, «двухстветовая» — в 28 случаях. Во всех случаях «двухстветовой» коррекции и в 113 случаях «одностветовой» коррекции использовалось заключительное формирование бифуркации по методике «целующихся баллонов». Изучение отдаленных результатов (6мес. — 8 лет.) проведено у 170 пациентов (84,5%): 72 пациентов I группы и 95 пациентов II группы.

Результаты. Ангиографический успех вмешательства был достигнут у 97,9% больных. В постпроцедурном периоде осложнения отмечены у 9(4,4%) пациентов. Летальных исходов в госпитальном периоде не было. Анализ отдаленных результатов показал: в первой группе больных летальных исходов не было, развитие ОИМ отмечено у 3(3,5%), рестеноза — у 7(8,2%) больных. В 2 из 7 случаев отмечено развитие рестеноза в главной и боковой ветвях, в 5 — только в боковой ветви. У 5 из 7 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 2 — «одностветовая». Во второй группе в отдаленном периоде летальность составила 1,0%, ОИМ развился у 4(3,4%), а рестенозы — у 35(30,1%) пациентов. В 17 случаях рестеноз локализовался в главной или в главной и боковой ветвях, в 18 — только в боковой ветви. У 7 из 35 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 24 — «одностветовая». Среди пациентов обеих групп, подвергшихся «одностветовой» коррекции, развитие рестеноза отмечено в 20,7% случаев, «двухстветовой» коррекции — в 57,1%.

Заключение. Применение стентов с антипролиферативным покрытием позволяет существенно улучшить результаты «условного» Т-стентирования. Имплантация второго стента при выполнении Т-стентирования приводит к увеличению частоты рестеноза. Использование покрытых стентов в анализируемой группе больных не привело к увеличению частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

Шачинов Е.Г.
ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава, Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Определить безопасность и эффективность перераспределительной химиоэмболизации грудных артерий для улучшения результатов регионарного лечения пациенток с местнораспространенными формами РМЖ.

Материал и методы. За период 2008-2010 г. у пяти больных в возрасте от 47 до 55 лет с местнораспространенными нерезектабельными формами РМЖ выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства с использованием методики перераспределения кровотока в бассейне внутренней грудной артерии. Процедуру выполняли с целью предотвращения нецелевой перфузии химиоэмболизата и связанных с этим осложнений (невралгия, некроз кожи, дисфункция внутренних органов), а также для компенсаторного расширения и усиления кровотока по ветвям, питающим опухоль. Устанавливали металлические спирали диаметром от 2 до 4 мм, длиной от 10 до 20 мм во внутреннюю грудную артерию дистальнее отхождения передних межреберных ветвей. Затем проводили масляную химиоэмболизацию (ХЭ) внутренней грудной артерии с использованием 50 мг метотрексата и 1000 мг 5-фторурацила, смешанных с 2-6 мл липиодола.

Результаты. Осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством, не было. Через 1 мес после рентгенэндоваскулярного лечения первичный ответ в виде стабилизации роста опухоли отмечался у четырех (80,0%), частичный ответ у одной пациентки (20,0%).

В настоящее время все пациентки живы в сроки от 2 до 25 мес от начала лечения.

Вывод. Использование методики перераспределения кровотока позволяет безопасно выполнять химиоэмболизацию при местнораспространенной нерезектабельной форме РМЖ.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

Шачинов Е.Г.
ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава,
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность комбинированного химиолучевого лечения инфильтративно-отечных форм РМЖ в сочетании с внутриартериальной химиоэмболизацией.

Материалы и методы. За период 2000-2010 г. проведено 56 курсов комбинированного лечения у 50 пациенток в возрасте от 38 до 68 лет с инфильтративно-отечной формой РМЖ. В большинстве случаев первым этапом лечения являлась системная химиотерапия (СХТ) по схеме

CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил), одна больная получала нагельбин. На 8 сут от начала лечения проводили масляную химиоэмболизацию (ХЭ) внутренней (n=35), наружной (n=9) или обеих грудных артерий (n=12), с использованием 50 мг метотрексата, 1000 мг 5-фторурацила, смешанных с 2-5 мл липиодола. В одном случае химиосуспензия была представлена 50 мг нагельбина и 3 мл липиодола.

Через 1 сут. после ХЭ проводили лучевую терапию (ЛТ). Лечение осуществляли 5 р/нед, в режиме среднего фракционирования дозы (3 Гр) до суммарной дозы на основании МЖ 45 Гр, на зоны регионарного лимфооттока 33-36 Гр фигурным полем.

Через 3-4 нед. после окончания ЛТ проводили СХТ по схеме CMF (6 курсов). Пять пациенток получили аналогичное лечение по поводу контралатерального РМЖ.

Результаты. Через 1 мес. после комбинированного лечения частичный ответ отмечался у 10 (17,8%), стабилизация роста опухоли у 41 пациентки (73,2%). Еще у 5 больных (8,9%) заболевание прогрессировало. Осложнение в виде некроза опухоли с дальнейшим распадом, не позволившее продолжить ЛТ, возникло у одной больной (1,8%), получавшей нагельбин.

В настоящее время 33 пациентки живы в сроки от 1 до 102 мес. от начала лечения. Средняя продолжительность жизни 17 умерших больных составила $29,5 \pm 3,43$ мес. Показатели прямой 1-, 2- и 3-летней выживаемости равны 93,5%, 82,0% и 39,7%, соответственно.

Заключение. Комбинированная химиолучевая терапия в сочетании с внутриартериальной химиоэмболизацией является перспективным методом лечения инфильтративно-отечных форм РМЖ.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шехтер Н.М., Омельяненко М.Г., Плеханов В.Г.¹,
Святова Н.Д.¹, Обжерина С.В.¹
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия
¹ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»,
Иваново, Россия.

Проблема лечения хронической коронарной недостаточности ангиохирургическим путем поставила перед врачами ряд вопросов, среди которых есть вопрос о влиянии этих методов лечения на сократительную способность миокарда (Ю. Ю. Торим, 2008). Несмотря на то, что периодически появляются высказывания о нецелесообразности проведения стентирования коронарных артерий при стабильной стенокардии (S. Yusuf, 2007),