

Всем пациентам с превентивной целью в правый желудочек был установлен временный электрод наружной кардиостимуляции.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех достигнут в 100% случаев. Имплантация стентов была выполнена всем пациентам. Осложнений, связанных с процедурой интервенционного вмешательства, не было ни у одного больного. Преходящие гемодинамически значимые нарушения ритма и проводимости сердца, такие как брадикардия, атриовентрикулярные блокады отмечались у 15 (24,6%) пациентов в обеих исследуемых группах. К числу ограничений к использованию тромбэктомии мы отнесли бассейны ОА и ВТК, в связи с особенностями отхождения ОА от ствола ЛКА (угол 90° и более).

Заключение. Использование тромбэктомической системы является безопасным методом и позволяет улучшить эффективность интервенционного вмешательства при лечении больных с ОКС с подъемом сегмента ST-T.

СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Козлов А.В.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи», Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Оценка эффективности эндопротезирования желчных протоков у больных раком гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой.

Материал и методы. За период 1993-2010 г. эндобилиарное протезирование выполнили у 82 больных (46 мужчин и 36 женщин) по поводу обтурационной желтухи опухолевой этиологии. Из них первичный рак или метастатическое поражение печени имело место у 49, рак головки поджелудочной железы у 16, рак внепеченочных желчных протоков у 17 пациентов. Установку стентов у 69 больных осуществили через 3-286 (в среднем 69) сут. после предварительного чрескожного чреспеченочного холангиодренирования. Показаниями к эндопротезированию были: постоянное подтекание желчи вдоль дренажа; относительно благоприятный прогноз продолжительности жизни. Первичное стентирование выполнили у 10 пациентов с уровнем билирубина менее 150 мкмоль/л и ожидаемой продолжительностью жизни более одного года.

Для стентирования желчных протоков использовали 91 стент фирм Cordis (Smart, Genesis), Cook (Gianturco-Roch, Za), Gore (Viabil), Schneider (Wallstent), Optimed (Sinus-superlex): нитиновые саморасправляющиеся = 74; пластиковые = 10; стент-графты = 4; на баллоне = 3.

Результаты. Технический успех составил 98%. У 5 больных стентирование было неэффективно и дополнено наружно-внутренним дренированием. Летальности не было. Осложнения наблюдались у четырех пациентов (4,9%): гемобилия (n=2); биллома (n=2). При гемобилии выполнили успешную чрескатетерную эмболизацию правой печеночной (n=1) и гастродуоденальной артерий (n=1). У одного больного с билломой потребовалось наружное чрескожное дренирование в течении 1 мес, в другом наблюдении симптоматическая терапия привела к ее регрессу. Рецидив желтухи наступил у 9 пациентов (11%) в сроки 1-8 мес. и был купирован повторной установкой чрескожного чреспеченочного холангиодренажа. Максимальное время функционирования стента составило 29 мес. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) зависела от основного заболевания. У 37 пациентов, которым после эндопротезирования желчных протоков выполняли регионарную химиотерапию в виде химиоинфузии или химиоэмболизации, СПЖ составила 15,4 мес.

Заключение. Эндопротезирование желчных протоков является эффективным и безопасным способом коррекции опухолевой механической желтухи, повышает качество жизни пациентов и создает благоприятные условия для проведения специфической терапии. Последующая регионарная химиотерапия способствует увеличению продолжительности жизни больных.

ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМИ ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ И ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Козлов С.В., Горбенко П.И., Фокина Е.Г., Архипов М.В.
МО «Новая больница», ГКБ № 33, Екатеринбург,
Россия.

Введение. Прерванный или «абортный» инфаркт миокарда (ПИМ) определяется как выраженное (>50%) снижение сегмента ST от первоначального уровня, характерного для ЭКГ признаков трансмуральной ишемии миокарда и отсутствие более чем двукратного повышения уровня креатинфосфокиназы. Неизвестна оптимальная стратегия ведения пациентов с критериями ПИМ после успешной догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ). Интуитивно этим пациентам показана коронароангиография с возможным последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ), особенно это касается пациентов с большой первичной территорией миокардиального риска. Частота ПИМ после первичного ЧКВ не изучалась.

Цель. Определить частоту ПИМ в группах успешной догоспитальной ТЛТ и первичного ЧКВ, выделить предикторы, влияющие на его развитие, изучить особенности коронарного кровотока у этой группы пациентов. Оценить показатели реперфузии в группе догоспитальной ТЛТ с последующим ЧКВ в сравнении с первичным ЧКВ (ПЧКВ). Оценить госпитальную и 30-дневную летальность.

Методы. Материалом для настоящей работы послужили результаты обследования, лечения и наблюдения 127 больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ). Критериями включения больных для группы догоспитальной ТЛТ с последующим ЧКВ были: давность развития симптомов ИМ к моменту госпитализации <3 часов и достижение ЭКГ критериев реперфузии. Для группы ПЧКВ критериями включения были: давность развития симптомов ИМ к моменту госпитализации <6 часов. Исследование являлось когортным, не рандомизированным, проспективно-ретроспективным.

Результаты. В основную группу вошел 61 пациент с ИМПСТ получившие догоспитальную ТЛТ с ЭКГ критериями эффективности и ЧКВ в период от 6 до 24 часов. В группу сравнения вошло 66 пациентов с ИМПСТ пролеченных ПЧКВ в период до 6 часов от начала развития клиники ИМ.

По клиническим и ангиографическим признакам группы не различались.

Критерии ПИМ были выявлены у 13 (21,3%) пациентов группы догоспитальной ТЛТ и у 5 (7,6%) пациентов группы ПЧКВ ($p=0,03$). В сравнении с пациентами с традиционным ИМПСТ, у пациентов с критериями ПИМ после ЧКВ чаще достигаются критерии полной перфузии ($p=0,003$).

Независимыми факторами, влияющими на частоту ПИМ, явились индекс тромбоза ИЗА и время начала реперфузионной терапии.

При сравнении показателей ФВ ЛЖ выявилась достоверная разница между группой с ПИМ и группой пациентов без ПИМ как по данным ЛВГ ($p=0,001$), так и по данным ЭХО-КГ ($p=0,023$). Средняя ФВ ЛЖ у пациентов с ПИМ по данным ЛВГ оказалась $66,6\% \pm 9,7\%$, по данным ЭХО-КГ $61,6\% \pm 8,9\%$. Пациенты с критериями ПИМ имели достоверно лучшую глобальную сократимость ЛЖ.

Госпитальная летальность составила 0% в группе пациентов с ПИМ и 2,8% ($n=3$) в группе «обычного» ИМ ($p=0,480$), 30-дневная летальность составила соответственно 0% и 4,6% ($n=5$) ($p=0,358$).

Заключение. Пациенты с критериями ПИМ достоверно чаще встречаются в группе успешной догоспитальной ТЛТ с последующим ЧКВ в сравнении с ПЧКВ. Достижение критериев ПИМ ассоциируется с меньшим объемом инфарктированного миокарда. Независимыми предикторами ПИМ являются индекс тромбоза ИЗА и время начала реперфузионной терапии. Несмотря на от-

сутствие достоверных различий в госпитальной и 30 дневной летальности между пациентами с ПИМ и пациентами с «традиционным» ИМ, пролеченными инвазивной и комбинированной реперфузионной терапией, имеется тенденция к более низкому уровню летальности у пациентов с критериями ПИМ в отдаленном периоде наблюдения.

МАНУАЛЬНАЯ ТРОМБАСПИРАЦИЯ ПЕРЕД ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Козлов С.В., Горбенко П.И., Фокина Е.Г., Архипов М.В.
МО «Новая больница», ГКБ № 33,
Екатеринбург, Россия

Введение. Первичное ЧКВ (ПЧКВ) эффективно восстанавливает кровоток в инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) и является наиболее предпочтительным методом лечения пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ). У значительного количества пациентов при проведении ПЧКВ происходит дистальная эмболизация ИЗА, что приводит к ухудшению миокардиальной перфузии, увеличению зоны некроза и уменьшению выживаемости. В последнее время появились данные об эффективном использовании различных устройств мануальной катетерной тромбаспирации при проведении ПЧКВ.

Цель. Провести сравнительный анализ эффективность тромбаспирации перед ПЧКВ у пациентов с ИМПСТ. Оценить непосредственную и отдаленную летальность у пациентов с предварительной тромбаспирацией перед ПЧКВ.

Методы. Проведен анализ результатов ПЧКВ при ИМПСТ с использованием предварительной тромбаспирации за период с мая 2008 по июль 2009 года. Для сравнения использовалась группа пациентов, которым выполнялось традиционное ПЧКВ.

Результаты. За период с мая 2008 по июль 2009 год проведено 75 ПЧКВ с использованием тромбаспирации. В группу сравнения вошло 76 пациентов, которым выполнялось традиционное ПЧКВ.

Не было достоверной разницы между группами по факторам риска ИБС, локализации ИМ, классу тяжести, максимальным показателям КФК и временным характеристикам инициации реперфузионной терапии. Ангиографические характеристики исходного состояния коронарного русла между сравниваемыми группами также не различались.

В группе предварительной тромбаспирации успешно проведен аспирационный катетер без баллонной преддилатации у 70 пациентов (93%),