

Цель. Продемонстрировать наблюдение успешного лечения посттравматической псевдоаневризмы печеночной артерии.

Описание наблюдения. Пациентка К., 70 лет, в октябре 2006 г. обратилась в стационар с жалобами на слабость, опоясывающие боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту. После проведенного обследования был установлен диагноз: острый панкреатит, желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. В результате консервативной терапии боли уменьшились, однако сохранялись слабость, частые приступы тошноты и рвоты.

Через год возобновились сильные опоясывающие боли, в рвотных массах появились сгустки крови (до 3 см) с желчью, отмечена иктеричность кожных покровов и склер. При повторной госпитализации по данным рентгенологического обследования и дуоденоскопии выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков и два образования в печени. С предположительным диагнозом опухоли печени пациентка в ноябре 2007 г. была госпитализирована на отделение хирургии ФГУ РНЦРХТ. При многофазной многослойной спиральной компьютерной томографии (КТ) и ультразвуковым исследованием (УЗИ) с цветным доплеровским картированием и энергетической доплерографией выявлены две псевдоаневризмы печеночной артерии с выраженным артериальным кровотоком. Причиной их возникновения могла послужить травма, полученная при дорожно-транспортном происшествии 41 год назад.

Прямое ангиографическое исследование подтвердило данные КТ и УЗИ. Выполнена эмболизация полостей псевдоаневризм микроспиральями. После проведенного лечения приступы болей, тошноты и рвоты исчезли и не повторялись в течение всего срока наблюдения (1,5 года). Контрольное ангиографическое обследование через 6 мес. подтвердило полное выключение псевдоаневризм из кровотока.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует необходимость проведения тщательного рентгенологического обследования у пациентов с объемными образованиями печени. Эмболизация полости псевдоаневризмы является эффективным, безопасным и надежным методом лечения этой патологии.

РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Павловский А.В.,
Козлов А.В., Шачинов Е.Г.
ФГУ Российский научный центр радиологии и
хирургических технологий,
Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Изучить результаты внутриартериальной терапии у больных раком поджелудочной железы.

Материал и методы. За период 1998-2010 г. лечебные рентгеноэндоваскулярные вмешательства выполнены у 85 больных с гистологически подтвержденным диагнозом аденокарциномы поджелудочной железы. По классификации TNM у пациентов имели место стадии опухоли T3-4N0-1M0 (без отдаленных метастазов), признанные нерезектабельными (n=77) или неоперабельными из-за сопутствующей патологии (n=8). Механическая желтуха, имевшаяся у 75 больных, была устранена с помощью хирургического билиодигестивного анастомоза, чрескожного дренирования или стентирования. В 90% наблюдений опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы.

Артериальную химиоинфузию (ХИ, 38 больных) осуществляли в чревный ствол; вводили 1000 мг/м² гемцитабина (гемзара) за 40-60 мин; циклы повторяли каждые 4 нед. Химиоэмболизацию (ХЭ, 47 больных) артерий, питающих опухоль (в большинстве случаев гастродуоденальной артерии) выполняли масляной суспензией, состоящей из 500-1000 мг/м² гемзара и 3-5 мл липиодола; для профилактики панкреатита вводили в/в сандостатин в течение 3 сут и проводили инфузионную терапию. Процедуру повторяли также каждые 4 нед.

Результаты. Все процедуры были технически успешны.

Всего у 38 больных проведено 120 ХИ (от 1 до 5, в среднем 3,2); летальности и серьезных осложнений не было.

После 188 ХЭ (от 1 до 12, в среднем 4,0) у большинства из 47 пациентов наблюдались умеренные боли в животе, повышения температуры тела до 38,0°C и повышение уровней АСТ/АЛТ; эти симптомы купировались в течение 2-4 сут. У одного больного развился острый панкреатит, потребовавший хирургического вмешательства.

По данным компьютерной томографии, после первого цикла ХИ частичный ответ отмечен у 11 (29%), стабилизация у 10 (26%), прогрессирование опухоли у 17 больных (45%). После ХЭ полный ответ возник у двух (4%), частичный у 19 (40%), стабилизация у 12 (26%), прогрессирование у 14 пациентов (30%).

Ко времени анализа данных умерли 77 из 85 больных. Средняя продолжительность жизни в группах ХИ и ХЭ составила 6,5±1,7 и 14,9±3,2 мес соответственно (P<0,05). В группе ХИ показатели 1- и 3-летней выживаемости составили 9,1% и 3,0% (максимальная выживаемость 41 мес). После ХЭ показатели 1- и 3-летней выживаемости составили 27,3% и 11,4%; более 5 лет прожили два пациента (4,5%), максимальная выживаемость 7 лет 10 мес.

Заключение. ХЭ является методом паллиативного лечения, позволяющим продлить жизнь значительной части больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Улятовская Л.Н., Кавтеладзе З.А., Запорожцев Д.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии,
Москва, Россия.

Цель исследования. Определение места эмболизации маточных артерий в современном подходе к комбинированным методам лечения миомы матки с сохранением органа и репродуктивной функции.

Материал и методы. Нами изучена эффективность эмболизации маточных артерий у 424 пациенток в возрасте от 28 до 57 лет (средний возраст 43 года) в период с июня 2003 года по ноябрь 2010 (за 7 лет и 5 месяцев). Размеры и характер расположения узлов уточняли с помощью ультразвукового исследования, лапароскопии и гистероскопии. Миома размерами до 10 недель беременности зафиксирована у 52% исследованных, 11-15 недель — у 37%, 16 недель и больше — у 11%. Симптомной миома оказалась в 87 % случаев, бессимптомной — в 13%. Анемией страдали 36% пациенток, бесплодием — 12%, что соответствовало 51 женщине

Метод ЭМА использовался как самостоятельный метод лечения миом, так и в комбинации с эндоскопической миомэктомией путем лапароскопии и резектоскопии (в 12%). Сочетание методов позволило «снять» диагноз миомы у 12% обследованных, добиться регресса размеров опухоли на 70-80% при удалении больших доминантных субсерозных узлов — у 9% пациенток. Исходом эмболизации остались довольны 95% женщин, уменьшение размеров опухоли отмечено в 93%, симптомы прекратились у 95% наблюдаемых.

Беременность наступила у 25 женщин (6%) в первые 2 года после процедуры (у 2-х в программе ЭКО); у 5 закончилась самостоятельными родами через естественные родовые пути в 6 — путем кесарева сечения, у 3-х — прогрессирует в настоящее время, у 3 — закончилась самопроизвольным выкидышем (на фоне замершей беременности), 8 женщин прервали ее на сроках более 6 недель (беременность протекала без признаков угрозы прерывания). У 5 пациенток беременность не была желанной после многолетнего периода бесплодия, лечение которого не входило в задачу пациенток.

Всем женщинам, у которых позже наступала беременность, была проведена ЭМА без комбинации с эндоскопическими методами. В этих случаях расположение доминантного узла было межмышечное в задней стенке матки не более 6 см в диаметре до ЭМА, и не более 1,5 см через 3-6 месяцев после.

Заключение. ЭМА может быть рекомендован как метод лечения бесплодия пациенткам репродуктивного возраста с миомой при расположении доминантного узла в задней стенке матки. В ре-

продуктивном возрасте обязательным является исключение анастомоза между маточной и яичниковой артериями. Комбинация эндоскопических методов и ЭМА позволяет реализовывать репродуктивную функцию, значительно редуцируя размеры опухоли, и прибегать к программе ЭКО.

ИЗМЕНЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ЭКГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Филатов А.А., Крылов В.В.

Отделение рентгенохирургических методов
диагностики и лечения, городская клиническая
больница №15 им. О.М. Филатова,
Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить поражение коронарного русла и изменение ФВЛЖ у больных с первичным инфарктом миокарда без зубца Q на ЭКГ в зависимости от проведенного эндоваскулярного лечения.

Материал и методы. Обследован 241 больной острым Q-необразующим инфарктом миокарда в возрасте от 34 до 76 лет, из них 153 мужчин и 88 женщин. Больные разделены на группы в зависимости от количественного поражения коронарных артерий.

В первую группу были включены: 72 больных, у которых выявлено однососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 52 мужчины (72%) и 20 женщин (28%).

Во вторую группу были включены: 152 больных, у которых выявлено многососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 101 (66%) мужчина и 51 (34%) женщина.

В третью группу были включены: 17 больных без гемодинамического значимого поражения коронарных артерий (стеноз менее 50%). Эндоваскулярное лечение не проводилось.

Левая вентрикулография была проведена 241 больному. Оценивали кинетику стенок левого желудочка в 5 сегментах, соответствующих зонам перфузии основных коронарных артерий и показатели внутрисердечной гемодинамики — общую фракцию выброса левого желудочка, конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР).

Выводы.

1. Сократительная способность миокарда левого желудочка после перенесенного Q-необразующего инфаркта миокарда снижается незначительно, в среднем составляет 55,3%.
2. Наличие развитого коллатерального кровотока сопровождается увеличением сократи-