

одном случае в группе DES. Отдаленные результаты ЧКВ (6-12 месяцев после вмешательства) были отслежены у 66% пациентов группы BMS и 48% больных группы DES. Положительный клинический эффект, под которым понимали уменьшение ФК стенокардии на 2, или ее исчезновение, или отрицательный результат нагрузочного тестирования имел место у 77% пациентов группы I и 84% больных группы II (NS). Стенокардия отсутствовала в отдаленном периоде у 60% больных группы BMS и у 84% пациентов группы DES ($p < 0,05$). Реинтервенция целевого стеноза выполнена у 22,6% больных группы BMS и у 2,9% пациентов группы BMS\DES ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Простая техника стентирования в сочетании с имплантацией покрытых стентов при коррекции бифуркационных поражений коронарных артерий является безопасным и эффективным методом реваскуляризации.
2. Использование стентов с лекарственным покрытием в сочетании с простой техникой стентирования в лечении бифуркационных стенозов достоверно снижает частоту рестеноза и необходимость реинтервенции, в сравнении с применением обычных металлических стентов и более частым использованием сложных технических приемов.

ЧРЕСКОЖНО ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ СИСТЕМЫ «ПОРТ-КАТЕТЕР» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ: ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВКИ, ПРИМЕНЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ

М.И. Генералов, П.Г. Таразов, А.А. Поликарпов, В.А. Цуркан, А.В. Козлов, Е.Г. Шачинов (Санкт-Петербург)

Цель. Продемонстрировать особенности установки и применения чрескожно имплантируемых систем «порт-катетер» (ЧИСПК) для длительной химиотерапии в печеночную артерию у пациентов с нерезектабельными метастазами колоректального рака (Мтс КРР) в печень.

Материалы и методы. С мая 2005 по ноябрь 2007 г. установка ЧИСПК выполнена у 21 больного (13 мужчин и 8 женщин в возрасте от 45 до 60 лет) с нерезектабельными Мтс КРР в печень. До установки ЧИСПК у всех пациентов провели от 1 до 6 циклов химиоинфузии в печеночную артерию (ХИПА) через ангиографический катетер для подтверждения эффективности и целесообразности дальнейших циклов ХИПА.

В рентген-операционной, оснащенной ангиографическим комплексом, выполняли пункцию общей бедренной артерии. Установка ЧИСПК состояла из следующих этапов: диагностическая висцеральная ангиография; катетеризация гастродуоденальной или правой желудочно-

сальниковой артерии; смена диагностического катетера на постоянный (инфузионный) катетер; соединение инфузионного катетера с силиконовым катетером и камерой артериального порта; имплантация под кожу камеры артериального порта.

Для проведения регионарной химиотерапии камеру порта пунктировали специальной асептической иглой и подключали к шприцевому насосу. Использовали следующую схему: карбоплатин 270 мг/м² (или оксалиплатин 85 мг/м²) в течение 60 мин (1-й день), 5-фторурацил – 295 мг/м² болюсно (1-й и 2-й дни) и 1175 мг/м² за 24 ч (1-й и 2-й дни). Внутривенно вводили 115 мг/м² лейковорина за 60 мин (1-й и 2-й день).

Результаты. Осложнений, связанных с ангиографией и установкой системы «порт-катетер», не было. У 21 пациента провели 246 циклов ХИПА (от 1 до 29, в среднем 11). За период наблюдения у 10 (48%) из 21 больных отмечено 15 осложнений: тромбоз печеночной артерии (n=5), появление нецелевой перфузии (n=4), пролежень мягких тканей над катетером (n=3), смещение катетера (n=1), повреждение камеры порта (n=1), повреждение силиконового катетера (n=1). В 13 случаях после устранения осложнения терапия была продолжена, и лишь в двух наблюдениях потребовался переход на режим системной химиотерапии. Время функционирования ЧИСПК составило от 30 до 832 (в среднем 402) сут.

К настоящему времени умерли 6 больных в сроки от 5 до 21 (в среднем $15 \pm 2,5$) мес от начала ХИПА. Живы 9-31 мес от начала регионарной химиотерапии и продолжают получать повторные циклы ХИПА 15 пациентов, у 8 из них (53%) сохраняется стабилизация опухолевого процесса в печени. Заболевание прогрессировало у 7 (47%) больных, что потребовало перейти на другую схему химиотерапии. Общая 1-летняя выживаемость составила 95%.

Выводы: Чрескожная установка системы «порт-катетер» является относительно простой, безопасной и малотравматичной процедурой. Использование инфузионных систем упрощает проведение повторных циклов ХИПА и улучшает качество жизни пациентов с Мтс КРР в печень. Осложнения, возникающие при использовании систем порт-катетер, не являются тяжелыми и успешно корригируются общехирургическими мероприятиями и методами интервенционной радиологии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СОСУДОВ (МСКТ КОРОНАРО – И АНГИОГРАФИИ)

В.Э. Глаголев, З.А. Кавтеладзе, А.М. Бабунашвили, Д.П. Дундуа, Г.Ю. Травин, Д.С. Карташов, Ю.В. Артамонова, С.А. Дроздов, К.В. Былов (Москва)

Инвазивная коронаро- (КАГ) и ангиография (ААГ), ввиду их высокой информативности, являются «золотым стандартом» в обследовании сердечно-сосудистой системы.

С появлением высокоскоростных мультиспиральных компьютерных томографов (МСКТ) появилась возможность неинвазивной визуализации артерий любой локализации.

Проведенные многочисленные исследования по сравнению МСКТ КАГ и инвазивной КАГ в диагностике гемодинамически значимого стенотического поражения (стеноз >50%) показали, что современная МСКТ КАГ имеет: чувствительность 94%-100%, специфичность 95%- 97%, положительную предсказательную ценность 87%-97%, отрицательную предсказательную ценность 99%-100%. Приведенные результаты подтвердили идентичность получаемых результатов МСКТ и КАГ в диагностике атеросклероза коронарных артерий, и указали на возможность использования высокоскоростной МСКТ вместо диагностического инвазивного исследования.

В ЦЭЛТе с 2006 г по 2007г проведены 672 МСКТ коронарографий и 404 МСКТ ангиографий. У 47 пациентов в дальнейшем была проведена контрольная коронарография, подтвердившая поражения венечных сосудов, а у 136 -селективная ангиография.

МСКТ ангиография позволяет дополнительно выявлять поражения других артерий, например, стенозы почечных артерий, а также другую сопутствующую патологию: объемные образования надпочечников, опухоли других органов и т.д.

Наряду с возможностью оценки состояния коронарного дерева, МСКТ КАГ позволяет изучить клапанные структуры (кальциноз, аномалии развития, вегетации), выявляет поражения миокарда (рубцы, аневризмы, гипертрофии, разрывы), полостей сердца, перикарда. Дополнительную информацию дает определение систолической функции миокарда с выявлением зон дискинезий.

Важная особенность МСКТ КАГ – это способность оценки морфологической характеристики бляшки без использования инвазивного внутрисосудистого ультразвука.

Таким образом, МСКТ КАГ объединяет в себе возможности нескольких диагностических методов: инвазивной коронарографии, ЭХОКГ и МРТ сердца, и внутрисосудистого УЗИ.

К сожалению, остаются сложности при МСКТ КАГ в оценке поражений коронарных артерий при их выраженном кальцинозе, при артериях малого калибра, у тучных пациентов, а также при выявлении рестенозов внутри стентов диаметром менее 2,5мм, и остается невозможным проведение исследования у лиц с неправильным ритмом сердца.

Правильный отбор, а затем и подготовка пациента – залог получения высокоинформативного

результата, не отличающегося от полученного при инвазивных исследованиях.

Современная МСКТ не уступает инвазивным методам (КАГ и ААГ) в диагностике заболеваний периферических и коронарных артерий, имея при этом ряд неоспоримых преимуществ, таких как: неинвазивность, отсутствие необходимости в госпитализации, возможность анатомо-функциональной оценки, скорость получения визуальной информации, что в итоге определяет удобство для пациента и врача.

«PROVISIONAL-T» СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

П.И. Горбенко, С.В. Козлов, С.Л. Новосельцев, А.А. Липченко, Е.Г. Фокина, В.Г. Грачев, М.В. Архипов (Екатеринбург)

Эффективность применения чрескожных коронарных вмешательств и улучшение дальнейшего прогноза течения заболеваний у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом и без подъема сегмента ST доказана множеством рандомизированных исследований. При этом проблема ангиопластики бифуркационных поражений венечных артерий, частота которых составляет по данным различных авторов до 20%, у пациентов с ОКС, остаётся крайне актуальной и злободневной. На данный момент накоплен большой мировой опыт лечения бифуркационных поражений коронарных артерий. Разработаны оригинальные методики стентирования, такие как “crash stenting”, “Т” и “У” стентирование, баллонной ангиопластики – “kissing balloon”, внедрены в практику бифуркационные специальные стенты. При этом до конца не удается решить общие проблемы лечения бифуркационных стенозов коронарных артерий, таких как относительно низкая частота успеха вмешательства, более высокая частота рестеноза и высокая стоимость процедуры. Следует добавить, что у пациентов с ОКС во многих случаях отмечается тромботическая окклюзия симптом связанной артерии, оценка дистального русла часто затруднена, что не даёт возможности заранее спланировать ход операции. Наличие тромботических масс в просвете сосуда повышает риск комприметации боковых ветвей из-за смещения массива бляшки и дистальной эмболии. Все эти факторы значительно влияют на полноту реваскуляризации бифуркационных поражений коронарных артерий при ОКС.

По данным последних исследований наилучшие отдаленные результаты стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий демонстрирует техника «Provisional Т» (про-визорное Т) стентирование – стентирование основной артерии с дилатацией устья боковой