

блокатор IIb/IIIa рецепторов (монофрам) и пациент взят в операционную. Перед ангиографией внутривенно введен нефракционированный гепарин (5000 ЕД).

При ангиографии в просвете стента выявлены тромботические массы, приводящие к субокклюзии ПМЖВ с кровотоком TIMI II.

После проведения мануальной тромбоаспирации, кровоток по артерии стал TIMI III, боли стихли. Однако через минуту боли возобновились, и массивный тромбоз в ПМЖВ появился вновь. Внутрикоронарно введен гепарин (5000 ЕД). Проводились повторные тромбоаспирации и баллонные дилатации. Несмотря на это, тромбы появились в стволе ЛКА, на кончике проводникового катетера, а через непродолжительное время тромбоз захватил устье и проксимальный отдел ОВ.

Второй проводник был заведен в ОВ. Проводились многократные тромбоаспирации, баллонные дилатации с кратковременным успехом. Через несколько минут после начала коронарного вмешательства возник тотальный тромбоз проксимальных отделов ОВ и ПМЖВ, кровоток по их бассейнам TIMI 0. Систолическое артериальное давление снизилось до 40 мм рт.ст., возникла гипоперфузия органов и тканей, т.е. развился истинный кардиогенный шок.

Учитывая тромбоз коронарного русла на фоне массивной антитромбоцитарной (аспирин, клопидогрель и монофрам) и антикоагулянтной (гепарин) терапии, было принято решение о проведении внутрикоронарного тромболизиса. После введения стрептокиназы появился кровоток по ПМЖВ, а затем и по ОВ.

Систолическое артериальное давление повысилось до 94 мм.рт.ст., появился диурез, кожные покровы стали теплыми, сознание ясным. Учитывая это, а также выраженную склонность к тромбообразованию, от проведения внутриаортальной баллонной контрапульсации решено было воздержаться. При эхокардиографии, выполненной непосредственно после ЧКВ ФВлж=14%, определялся гипокинез верхушечного сегмента свободной стенки правого желудочка (ПЖ), дискинез верхушки ЛЖ, циркулярный акинез средних сегментов ЛЖ, тяжелая митральная недостаточность. В дальнейшем доза плавикса (150мг в сутки) была подобрана под контролем агрегации тромбоцитов.

Через 10 месяцев после выписки состояние больного стабильное. Активен. Хорошо переносит физическую нагрузку. Ангинозные приступы не рецидивируют. Клинических признаков недостаточности кровообращения нет. По данным ЭХОКГ ФВлж=44%, сохраняется аневризма верхушки левого желудочка без признаков тромбоза, митральная регургитация стала умеренной,

а сократимость правого желудочка полностью восстановилась.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Скупченко А.В., Королев Д.Г., Скобелцов Д.А., Миронова Е.В., Королева О.Л.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия.

Цель исследования. Оценить результаты применения внутрисосудистой химиоэмболизации метастазов колоректального рака в печень.

Материал и методы. С 2006 по 2009 год было выполнено 102 эмболизации метастазов колоректального рака у 53 пациентов. Возраст оперированных пациентов от 41 года до 77 лет (средний возраст составил 62 года). Пациентов мужского пола было 26, женского — 27. Количество эмболизаций колебалось от 1 до 3 у одного пациента. Химиоэмболизация проводилась пациентам с преимущественно внутripеченочными метастатическими поражениями, не являющимися кандидатами для хирургического лечения, при выявлении признаков прогрессии заболевания на фоне системной химиотерапии. Размер метастазов в наибольшем измерении колебался от 3 до 130 мм, средняя величина 31 мм, количество метастазов у одного пациента от 1 до 16, в среднем 4,2. В 9 наблюдениях эмболизация выполнялась суспензией доксорубина в липиодоле (группа А), в 7 — суспензией митомicina в липиодоле (группа В), в 31 — микросферами с иринотеканом (группа С), в 6 — микросферами с доксорубицином (группа D).

Результаты эмболизации оценивались при помощи компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением через 3 месяца после проведения эмболизации при помощи RECIST критериев.

Результаты. Полных ответов на проведенное лечение по критериям RECIST не было ни в одной группе. Частичный ответ и стабилизация процесса в группе А выявлены в 44,4% (4 наблюдения), в группе В в 28,6% (2 наблюдения), в группе С в 73,3% (21 наблюдение), в группе D в 100% (5 наблюдений).

В 2 наблюдениях в группе А, 3 в группе С и 1 в группе D уменьшение размеров метастазов позволило выполнить их радиочастотную абляцию.

Выводы. Химиоэмболизация метастазов колоректального рака является эффективным паллиативным методом лечения.

ИНТРАКОРОНАРНОЕ ВВЕДЕНИЕ АЦЕТИЛХОЛИНА: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Соболева Г.Н., Федулов В.К., Рогоза А.Н.,
Левицкий И.В., Карпов Ю.А.
Отдел ангиологии, Отдел эндоваскулярных
методов лечения, Институт клинической
кардиологии им. А.Л.Мясникова,
ФГУ РКНПК МЗ и СР, Москва, Россия.

По данным разных исследований, в среднем у 20% больных с болевым синдромом в грудной клетке, направленных на коронарографию, являются интактные коронарные артерии. Исключение диагноза «ИБС» только по отсутствию атеросклеротических изменений в коронарных артериях может привести к недооценке клинического состояния и прогноза таких пациентов.

Цель исследования. Оценить прогностическую значимость показателей эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) коронарных артерий (к.а.) у больных с интактными к.а. в ходе ретроспективного анализа.

Материал и методы. Обследовано 2 группы больных (176 чел): в 1 (основную) группу вошло 36 больных с болевым синдромом в грудной клетке, ишемией миокарда по данным нагрузочных тестов и интактными к.а.: медиана возраста 57(47,0;63,5) лет; холестерина 3,57(4,4;7,68) ммоль/л; 70% женщин, 24% курящих; во 2 группу (сравнения) - 140 пациентов с ИБС, медиана возраста 50(38;63) лет, холестерина — 6,2 ммоль/л(4,9;7,5), 52,5% мужчин, курящих 45%. Оценка ЭЗВД коронарных артерий проводилась интракоронарным введением ацетилхолина при отсутствии стенозов более 50%. Ацетилхолин вводили последовательно в дозах 0,25 — 2,5-25мкг в 10 мл физиологического раствора в течение 2 мин через диагностический катетер Judkins Left 7F, установленный в устье ствола ЛКА, каждая инфузия сопровождалась последующей съемкой левой к.а., регистрацией ЭКГ и АД. ЭЗВД коронарных артерий оценивали как $D(ацх) - D(исх) / D(исх) \times 100\%$, где $D(исх)$ - диаметр исходный, $D(ацх)$ — диаметр после введения ацетилхолина. Т.о. при меньших значениях ЭЗВД КА более выраженный спазм к.а. В группе сравнения оценивали ЭЗВД плечевой артерии ультразвуком высокого разрешения по Selermajer D.S.(1992). Ретроспективный анализ проводили по количеству сердечно-сосудистых событий (ССС), срок наблюдения больных от 9 до 15 лет.

Результаты. У женщин с интактными к.а. и ишемией миокарда отмечалось достоверное снижение сосудорасширяющей функции эндотелия по сравнению с мужчинами: $7,7 \pm 2,5\% vs 1,02 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$); в дальнейшем в ходе ретроспективного наблюдения у 17% женщин с дисфункцией эн-

дотелия к.а. отмечались сердечно-сосудистые события: у 3-х — ОИМ, у 1-ТБКА, 1-ОНМК, 1-ТИА. В группе ИБС с коронарным атеросклерозом СССР развились в 14% случаев (9-ОИМ, 5-ТБКА, 5-ОНМК, 1-ТИА).

Заключение. Определение дисфункции эндотелия к.а. у больных с интактными коронарными артериями позволяет выявить группу больных с высоким риском сердечно-сосудистых событий.

ОСТРАЯ ОККЛЮЗИЯ СТВОЛА ЛКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Соколов М.С., Сапина А. И., Назаров А.В.,
Скрыпник Д.В., Васильева Е.Ю., Шпектор А.В.
Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ, Москва,
Россия.

Пациент П., 71 года, поступил в стационар с нестихающими болями в грудной клетке. Из анамнеза известно, что он в течение 10 лет страдает артериальной гипертензией, рабочее АД 130/80 мм. рт. ст., подъемы до 160/100. С лета 2009 года стали возникать боли за грудиной при ходьбе, из-за чего приходилось останавливаться. В октябре 2009 года лечился стационарно, проводилась проба с физической нагрузкой, тест был не информативен из-за не достижения необходимой ЧСС. Постоянно принимал метопролол, аспирин. После выписки оставалась стенокардия напряжения на уровне 2-3 ФК. При поступлении в стационар на ЭКГ ритм синусовый, правильный, тенденция к элевации сегмента ST в aVL (менее 1 мм), в V1 (1 мм), депрессия сегмента ST во всех остальных отведениях. На ЭХО КГ ФВ 29%, акинез верхушечных сегментов ЛЖ, гипокинез переднебоковой стенки ЛЖ, акинез передней части МЖП на всем протяжении, акинез передней стенки ЛЖ, гипокинез верхушки правого желудочка. К моменту поступления в стационар выраженный болевой синдром и гипотония. Проводилась терапия аспирином (250 мг в сутки), плавиксом (300 мг однократная «нагрузочная» доза с последующим приемом 75 мг в сутки). Перед ангиографией внутривенно введен нефракционированный гепарин (5000 ЕД). Больному проведена экстренная коронарография на которой было выявлена окклюзия в терминальном отделе ствола левой коронарной артерии. Дистальные отделы ПМЖВ слабо заполнялись по коллатералям из ПКА. На фоне инфузии интегрилина проведена ангиопластика места окклюзии. После проводниковой реканализации кровотока отсутствует. Выполнена баллонная предилатация терминального отдела ствола с последующей имплантацией стента ZETA 3,5X15 с постдилатацией баллонным катетером 3,75X12. Получен удовлетворительный ангиографический результат. После процедуры, состояние больного стабилизировалось. Ангинозные боли полностью прошли, гемодинамика стабилизировалась. При-