

данный сосуд не удалось. Больному выполнена мультиспиральная рентгеновская томография аорты и сердца.

Результаты: по результатам МСКТ исключено наличие аневризмы аорты, подтвержден субтотальный стеноз проксимального отдела передней нисходящей артерии, выявлен 55% стеноз среднего отдела правой коронарной артерии. На основании полученных данных определен объем необходимой кардиохирургической операции.

Заключение: сделан вывод о том, что МСРТ коронарных артерий является дополнительным качественным и количественным методом диагностики поражения коронарного русла в ситуациях, когда выполнение инвазивной коронарографии затруднено или невозможно.

ЧКВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО «СЛОЖНЫМ» МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

В.И. Ганюков, Р.С. Тарасов, Н.И. Сусоев,
И.Н. Шиганцов, А.А. Шилов, Е.А. Левченко,
М.В. Демина, И.Ю. Бравве (Новосибирск)

Цель: оценить безопасность и эффективность эндоваскулярной стратегии в лечении больных, имеющих «сложное» многососудистое поражение коронарного русла.

Материалы и методы: под «сложным» многососудистым поражением понимали окклюзии и / или бифуркационные и / или продленные стенозы двух или трех коронарных артерий (КА) при индексе тяжести поражения 20 и более баллов по шкале The SYNTAX Score, которая учитывает локализацию и морфологические характеристики стенозов КА. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 17 пациентов, имеющих «сложное» многососудистое поражение. Исходно 10 больных (59%) имели трехсосудистое поражение коронарного русла, тогда как 7 (41%) – двухсосудистое. Окклюзирующее поражение коронарного русла диагностировано у 12 пациентов (71%). Четверо больных (24%) имели клинику нестабильной стенокардии, тогда как 13 пациентов (76%) – стабильное течение ИБС. В 41% случаев (n=7) использовались голометаллические стенты (BMS), стенты с лекарственным покрытием (DES) или комбинация DES+BMS применялась у 59% пациентов (n=10). Среднее количество стентов, имплантированных каждому пациенту составило 3,11. Средняя длина стентированных сегментов составила 64,9±24 мм.

Результаты: непосредственный успех вмешательства отмечен в 100% случаев. Таких осложнений как смерть, инфаркт миокарда или экстренное коронарное шунтирование – не было, однако у одного пациента ЧКВ осложнилось диссекцией передней нисходящей артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента. Полная

реваскуляризация миокарда достигнута в 59% случаев (n=10). Отдаленные результаты (через 6-12 месяцев после ЧКВ) отслежены у 71% больных (n=12). В отдаленном периоде клиника стенокардии отсутствовала в 75% случаев (n=9). У трех больных (25%) имела место стенокардия напряжения на уровне II-III ФК. В одном случае это было обусловлено рестенозом в области имплантации BMS, что потребовало реинтервенции на целевом стенозе, в двух других – неполной реваскуляризацией миокарда на фоне постинфарктной аневризмы левого желудочка. Этим больным была выполнена операция коронарного шунтирования в сочетании с резекцией аневризмы ЛЖ.

Заключение: чрескожное коронарное вмешательство является эффективным и безопасным методом полной или частичной реваскуляризации миокарда у пациентов со «сложным» многососудистым поражением коронарного русла.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОРРЕКЦИИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДИКИ СТЕНТИРОВАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

В.И. Ганюков, Р.С. Тарасов, Н.И. Сусоев,
И.Н. Шиганцов, А.А. Шилов, Е.А. Левченко,
М.В. Демина, И.Ю. Бравве (Новосибирск)

Цель исследования: сравнение ближайших и отдаленных результатов стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий в зависимости от техники чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (простая или сложная техника) и применения стентов с лекарственным покрытием (DES).

Материалы и методы: сопоставлялись ближайшие и отдаленные результаты эндоваскулярной коррекции бифуркационных поражений в группах больных с использованием обычных металлических стентов (BMS) – I группа (n=93) и с применением DES – группа II (n=106). В I группе у 56%, а во II у 82% пациентов использовалась простая техника вмешательства. В I и II группе соответственно ЧКВ осуществлялось в бассейне передней нисходящей артерии в 57% и 60% случаев, в бассейне правой коронарной артерии в 12% и 17% случаев, в 20% и 19% случаев – в бассейне огибающей артерии. Средний диаметр основного сосуда в I группе составил 3,44 мм, во II группе 3,53 мм (NS). Диаметр боковой ветви 2,3 мм и 2,4 мм (NS) соответственно.

Результаты: ЧКВ было успешным в 92,5% случаев у больных I группы и 100% пациентов II группы. Такие осложнения, как смерть, инфаркт миокарда и необходимость выполнения коронарного шунтирования имели место в 4,3% случаев у больных группы BMS и не зарегистрированы ни в

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)