

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 высокотехнологичной 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 биломой потребовалось наружное чрескожное дренирование в течение 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.