

4. Процедура стентирования ОАП является методом выбора у критических пациентов. Применение данной процедуры позволяет стабилизировать пациента, что улучшает результаты последующего хирургического лечения.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ НА РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.Н. Федорченко, А.В. Протопопов, А.Г. Осиев, Р.С. Тупикин, А.Ю. Бухтояров, М.Г. Шматов, К.О. Лясковский, Д.А. Корж, О.С. Волколуп, А.А. Усачев, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина (Краснодар, Красноярск, Новосибирск).

Цель исследования: изучение влияния пола пациентов на частоту развития рестенозов после стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы: в исследование вошли 4374 пациента, 1025 женщин и 3349 мужчин, подвергнутых стентированию коронарных артерий. Вмешательства выполнялись по стандартной методике с необходимой сопутствующей антиагрегантной терапией. Всем больным, по возможности, выполняли контрольную коронарографию в течение 6 месяцев после вмешательства. Клиническое наблюдение пациентов включало амбулаторный поликлинический прием через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после вмешательства. По сравнению с мужчинами, женщины были ~ на 5 лет старше и имели худшие клинические показатели, но меньшую частоту инфарктов миокарда и коронарного шунтирования в анамнезе. У женщин отмечали достоверное увеличение частоты сахарного диабета, чаще встречалось поражение передней межжелудочковой артерии. Мужчинам и женщинам имплантировали стенты одинаковых типов. В обеих группах стентирование заканчивалось успехом в 98,9% случаев.

Результаты. 30-тидневный сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и ОИМ составил 3,2% у женщин и 1,8% у мужчин. У пациентов женского пола чаще выполнялись экстренные повторные ЧКВ (3,0% у женщин и 2,2% у мужчин).

Риск развития рестенозов у пациентов женского пола был ниже, чем у мужчин (28,9% и 33,9%, соответственно). Критическая степень рестенозирования (>75%) была менее присуща женщинам (17,2% у женщин и 21,1% у мужчин). Обнаружены различия по частоте развития рестенозов у женщин и мужчин только среди пациентов без сахарного диабета. В подгруппе сахарного диабета частота рестенозов составила 36,8% у женщин и 36,1% у мужчин, тогда как без диабета рестенозы зарегистрированы у 26% женщин и 33,5% мужчин.

Смертность по итогам года у женщин составила 5,2%, у мужчин – 4,5%. Сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и инфаркт миокарда был 7,2% у женщин и 6,0% у мужчин. Клинически частота рестенозов была ниже у женщин (14,8% и 17,5% у мужчин). Жалобы на стенокардию предъявляли 15,4% женщин и 17,9% мужчин. У больных не подвергавшихся контрольной коронарографии годовая смертность составила 10,0% у женщин и 12,3% у мужчин, а частота повторных реваскуляризации 1,7% и 3,7%, соответственно.

Заключение. Пациенты женского пола имеют более низкий риск развития рестенозов после ЧКВ. Женщины имеют более высокий риск развития осложнений в течение первых 30-ти дней после вмешательства и для них более характерны тромботические осложнения. После 30-ти дневного периода, результаты лечения у женщин становятся лучше, чем у мужчин, вследствие более низкой частоты развития рестенозов.

Показано отрицательное влияние диабета на возникновение рестеноза, в большей степени у женщин. Именно пациенты женского пола больные ИБС с сопутствующим сахарным диабетом должны получать оптимизированную, персонализированную антиагрегантную терапию для улучшения общих результатов применения инвазивных коронарных методик в целом.

ТАКТИКА ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.А. Хачатуров, С.А. Капранов, В.Ф. Кузнецова, А.Г. Златовратский (Москва)

Цель. Оценка рациональности различных протоколов чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой опухолевой этиологии.

Материал. За период с 01.01.2003 по 20.09.2007 год чреспеченочные эндобилиарные вмешательства были произведены 84 больным с механической желтухой опухолевой этиологии. Возраст пациентов составлял от 33 до 91 (в среднем 60,7) лет. Длительность механической желтухи колебалась от 7 до 30 (в среднем 18,5) дней. Уровень билирубинемии составлял от 32,9 до 547,7 (в среднем 255,1) мкмоль/л.

В 47 (55,95%) случаев завершающим вмешательством явилось паллиативное стентирование желчных протоков, у 37 (44,05%) – наружно-внутреннее дренирование, из которых в 26 (70,3%) наблюдениях оно избрано в качестве окончательного этапа лечения, а в 11 (29,7%) – в качестве меры предоперационной подготовки больных.

У 8 (17,02%) из 47 больных, перенесших стентирование желчных протоков, было применено

одноэтапное эндобилиарное вмешательство. У 6-х пациентов оно было завершено контрольным дренированием желчных протоков, а у 2-х – пломбировкой пункционного канала непосредственно после вмешательства.

У 39 (82,98%) пациентов протокол эндобилиарного стентирования был двухступенчатым. В качестве первого этапа применялось наружно-внутреннее желчеотведение, а спустя 3-14 (в среднем 8,3) суток – эндопротезирование гепатикохоледоха.

В 43 (91,5%) наблюдениях стентированию желчных протоков предшествовала баллонная дилатация, у 4-х больных имплантация стента осуществлялась без предварительного бужирования. В 36 (76,6%) случаях произведена постдилатация имплантированного стента.

Результаты. 11 (29,7%), перенесших дренирование желчных протоков, были в последующем оперированы. Им выполнено: 3 панкреатодуоденальная резекция, 3 бигепатикоюностомия, 4 гепатикоюностомия, 1 пересадка печени.

При паллиативном наружно-внутреннем дренировании продолжительность жизни после выписки из стационара – в среднем составила 1-9 месяцев (150 дней). У 4 (15,4%) пациентов в связи с явлениями рецидива механической желтухи или холангита в сроки 48-210 суток (в среднем 115 дней) потребовалась амбулаторная замена дренажной трубки.

При одномоментном стентировании длительность госпитализации пациентов составила в среднем 12,7 дней. 6 (75%) из 8 больных выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии после полного купирования симптомов механической желтухи, продолжительность жизни у них после стентирования составила от 1 до 36 (в среднем 18,5) месяцев.

2 (25%) пациента умерли из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности крайней степени на фоне выраженной билирубинемии (свыше 520 мкмоль/л), связанными с поздними сроками госпитализации.

Осложнения одномоментного эндобилиарного стентирования в виде гемобилии отмечены у 2-х пациентов, что мы связываем не с самой процедурой имплантации стента, а с проведением пре- или постдилатации, приводящей к травматизации и контактной кровоточивости слизистой холедоха, инфильтрированной опухолью.

При двухэтапном стентировании на госпитальном этапе у 3 (7,7%) больных отмечен летальный исход, связанный с нарастанием полиорганной недостаточности, раковой кахексии, либо с осложнениями стентирования (гемобилия, желчно-венозная фистула, ранняя окклюзия стента). 38 (97,4%) пациентов выписаны из стационара, длительность госпитализации у них составила в среднем 22,3 дней. Продолжительность жизни в отдаленном периоде составила от 0,5 до 36 (в среднем 18,5) месяцев. У 3 (7,9%) из них

в сроки от 1-18 месяцев потребовались дополнительные эндобилиарные вмешательства, связанные с повторным возникновением механической желтухи, по причине прорастания опухоли через ячейки стента, либо роста опухоли выше проксимальной границы стента.

Выводы. У пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков является эффективной мерой подготовки пациентов перед радикальными хирургическими операциями.

При паллиативном лечении больных с указанной патологией оптимальный протокол чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, адаптированный к тяжести холемии и печеночно-почечной недостаточности, предполагает предпочтительные одномоментное или двухэтапное стентирование гепатикохоледоха, а при их невозможности – долговременное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков.

Преддилатацию желчных протоков целесообразно проводить лишь в случаях ригидных стриктур, препятствующих одномоментному выполнению вмешательства. К постдилатации эндобилиарных стентов следует прибегать только при открытии их металлической конструкции менее 40% от исходного диаметра.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ И АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК И ПОЛУЧАЕМЫХ ИЗ НИХ КЛЕТОК- ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ КАРДИОМИОЦИТОВ В КАРДИОЛОГИИ

А.Ф. Цыб, А.Г. Конопляников, М.А. Каплан,
О.Е. Поповкина, Л.А. Лепехина,
С.Ш. Кальсина (Обнинск)

В последние годы резко возрос интерес к использованию стволовых клеток взрослого организма в различных разделах медицины и особенно при повреждении тканей двух «мишеных» органов – сердца и головного мозга. В экспериментах на животных и пилотных клинических исследованиях показано, что наибольшие перспективы при лечении различных по природе заболеваний сердца имеют мезенхимальные стволовые клетки и получаемые из них *in vitro* клетки-предшественники кардиомиоцитов.

Это связано с высокой пластичностью мезенхимальных стволовых клеток и их способностью значительно интенсифицировать репаративные процессы в тканях поврежденной сердечной мышцы как за счет собственной пролиферации и дифференцировки, так и за счет оказываемого паракринного действия, переводящего в пролиферацию покоящиеся резидентные стволовые клетки взрослого организма в поврежденных тканях.