

Цель. Определить безопасность и эффективность перераспределительной химиоэмболизации грудных артерий для улучшения результатов регионарного лечения пациенток с местнораспространенными формами РМЖ.

Материал и методы. За период 2008-2010 г. у пяти больных в возрасте от 47 до 55 лет с местнораспространенными нерезектабельными формами РМЖ выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства с использованием методики перераспределения кровотока в бассейне внутренней грудной артерии. Процедуру выполняли с целью предотвращения нецелевой перфузии химиоэмболизата и связанных с этим осложнений (невралгия, некроз кожи, дисфункция внутренних органов), а также для компенсаторного расширения и усиления кровотока по ветвям, питающим опухоль. Устанавливали металлические спирали диаметром от 2 до 4 мм, длиной от 10 до 20 мм во внутреннюю грудную артерию дистальнее отхождения передних межреберных ветвей. Затем проводили масляную химиоэмболизацию (ХЭ) внутренней грудной артерии с использованием 50 мг метотрексата и 1000 мг 5-фторурацила, смешанных с 2-6 мл липиодола.

Результаты. Осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством, не было. Через 1 мес после рентгенэндоваскулярного лечения первичный ответ в виде стабилизации роста опухоли отмечался у четырех (80,0%), частичный ответ у одной пациентки (20,0%).

В настоящее время все пациентки живы в сроки от 2 до 25 мес от начала лечения.

Вывод. Использование методики перераспределения кровотока позволяет безопасно выполнять химиоэмболизацию при местнораспространенной нерезектабельной форме РМЖ.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

Шачинов Е.Г.
ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава,
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность комбинированного химиолучевого лечения инфильтративно-отечных форм РМЖ в сочетании с внутриартериальной химиоэмболизацией.

Материалы и методы. За период 2000-2010 г. проведено 56 курсов комбинированного лечения у 50 пациенток в возрасте от 38 до 68 лет с инфильтративно-отечной формой РМЖ. В большинстве случаев первым этапом лечения являлась системная химиотерапия (СХТ) по схеме

CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил), одна больная получала нагельбин. На 8 сут от начала лечения проводили масляную химиоэмболизацию (ХЭ) внутренней (n=35), наружной (n=9) или обеих грудных артерий (n=12), с использованием 50 мг метотрексата, 1000 мг 5-фторурацила, смешанных с 2-5 мл липиодола. В одном случае химиосуспензия была представлена 50 мг нагельбина и 3 мл липиодола.

Через 1 сут. после ХЭ проводили лучевую терапию (ЛТ). Лечение осуществляли 5 р/нед, в режиме среднего фракционирования дозы (3 Гр) до суммарной дозы на основании МЖ 45 Гр, на зоны регионарного лимфооттока 33-36 Гр фигурным полем.

Через 3-4 нед. после окончания ЛТ проводили СХТ по схеме CMF (6 курсов). Пять пациенток получили аналогичное лечение по поводу контралатерального РМЖ.

Результаты. Через 1 мес. после комбинированного лечения частичный ответ отмечался у 10 (17,8%), стабилизация роста опухоли у 41 пациентки (73,2%). Еще у 5 больных (8,9%) заболевание прогрессировало. Осложнение в виде некроза опухоли с дальнейшим распадом, не позволившее продолжить ЛТ, возникло у одной больной (1,8%), получавшей нагельбин.

В настоящее время 33 пациентки живы в сроки от 1 до 102 мес. от начала лечения. Средняя продолжительность жизни 17 умерших больных составила $29,5 \pm 3,43$ мес. Показатели прямой 1-, 2- и 3-летней выживаемости равны 93,5%, 82,0% и 39,7%, соответственно.

Заключение. Комбинированная химиолучевая терапия в сочетании с внутриартериальной химиоэмболизацией является перспективным методом лечения инфильтративно-отечных форм РМЖ.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шехтер Н.М., Омельяненко М.Г., Плеханов В.Г.¹,
Святова Н.Д.¹, Обжерина С.В.¹
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия
¹ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»,
Иваново, Россия.

Проблема лечения хронической коронарной недостаточности ангиохирургическим путем поставила перед врачами ряд вопросов, среди которых есть вопрос о влиянии этих методов лечения на сократительную способность миокарда (Ю. Ю. Торим, 2008). Несмотря на то, что периодически появляются высказывания о нецелесообразности проведения стентирования коронарных артерий при стабильной стенокардии (S. Yusuf, 2007),

большинство кардиологов полагают, что повышение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), улучшение функционального класса (ФК) и качества жизни оправдывает проведение операций коронарной ангиопластики и/или стентирования у больных с выявленным жизнеспособным миокардом даже при тяжелой дисфункции ЛЖ (M. Di Carli et al., 1994; G. Stone, 2007). В отдельных работах было получено достоверное уменьшение конечного систолического объема ЛЖ, по данным эхокардиографии, после коронарного стентирования в группе больных без рестеноза, тогда как статистически значимых различий конечного диастолического объема и ФВ до и после стентирования у них выявлено не было (Н. Л. Бабак с соавт., 2008).

Целью нашего исследования явилась оценка влияния стентирования коронарной артерии на диастолическую функцию у больных со стабильной стенокардией через 12 месяцев после проведенного вмешательства.

Было обследовано в динамике 22 больных со стабильной стенокардией III ФК с диастолической дисфункцией, перенесших коронарное стентирование по поводу критического стеноза венечной артерии без клинических признаков рестеноза: мужчин — 17 (77%), женщин — 5 (23%), средний возраст — $60,4 \pm 2,0$ года. Всем больным было проведено общеклиническое, лабораторное, функциональное и ангиографическое обследование. Допплерэхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Унисон-2-03 (Россия). Диастолическая функция ЛЖ определялась по следующим показателям: оценивалась максимальная скорость раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения ЛЖ, их соотношение (Е/А), время изоволюмического расслабления желудочков (IVRT) и время изоволюмического сокращения желудочков (DTE). Больные были обследованы дважды — до проведения стентирования и через 12 месяцев после вмешательства.

Через 12 месяцев после проведенного коронарного стентирования достоверно увеличились Е ($0,51 \pm 0,05$ м/с vs $0,71 \pm 0,07$ м/с; $p < 0,04$) и Е/А ($0,73 \pm 0,08$ vs $1,11 \pm 0,09$; $p < 0,01$). Показатели А, IVRT и DTE статистически значимо не изменились. Обращает на себя внимание положительная тенденция динамики IVRT со снижением этого показателя с 133,6 до 121,1 мс и DTE — с 171,1 до 169,0 мс.

На основании полученных результатов можно сделать вывод о положительном влиянии коронарного стентирования через 12 месяцев после проведенного вмешательства на диастолическую дисфункцию по данным доплерэхокардиографии у больных со стабильной стенокардией.

МЕСТО ТРАНСЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (TIPS) В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шиповский В.Н., Монахов Д.В.
ГОУ ВПО Российский государственный
медицинский университет,
Кафедра хирургических болезней
педиатрического факультета,
Городская клиническая больница №57, Москва,
Россия.

Введение. В решении проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка все большее значение приобретают малоинвазивные хирургические вмешательства, в том числе и эндоваскулярные.

Transjugularis Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) — это эндоваскулярная операция по созданию внутрипеченочного портосистемного шунта для декомпрессии системы воротной вены

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов синдромом портальной гипертензии. В первую группу вошли 19 пациентов, которым выполнено TIPS с использованием стент-графтов “Gore Viatorr TIPS Endoprosthesis”. Показаниями к TIPS явились: у 16-ти пациентов неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВП, при этом у одного из них был асцит резистентный к диуретической терапии, еще у 3-х больных без эпизода геморрагии в анамнезе, показанием к TIPS явился резистентный асцит.

Во вторую группу вошло 66 пациентов, 61-му из них выполнено TIPS с использованием двух видов голометаллических стентов: матричные и самораскрывающиеся. Неудачные попытки TIPS связаны с невозможностью канюлировать воротную вену. Показаниями к TIPS явились: у 49 пациентов — неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВП, при этом у 17-ти из них был асцит резистентный к диуретической терапии, еще у 12-ми больных без эпизодов геморрагии в анамнезе, показанием к TIPS явился резистентный асцит.

В этой группе мы использовали голометаллические стенты диаметром 7-10 мм (средний — 9,5 мм) и длиной от 58 до 100 мм (средняя — 84,7 мм).

В первые сутки после TIPS всем пациентам выполнялось контрольное дуплексное сканирование портального кровотока с оценкой гемодинамики в воротной, селезеночной и верхней брыжеечной венах и кровотока через стент.

Все пациенты повторно госпитализировались в нашу клинику для проведения курса консервативной терапии и дообследования через определенные промежутки времени (1, 3, 6 и 18 мес.). В случае повторного выявления варикозно-расширенных вен, лигирование повторялось вплоть до полной эрадикации вен.