

“Stent for Life”. Конечная цель – максимально быстрая доставка больных в катетеризационную лабораторию для открытия инфаркт-зависимой артерии и обеспечение ранней реперфузии миокарда. Благодаря активной помощи государственной администрации области и содействию Украинской ассоциации интервенционных кардиологов на базе областной клинической больницы создан прообраз “Реперфузионного центра”, оказывающего помощь STEMI-пациентам в режиме 24 часов в сутки (24/7).

Цель работы: провести анализ результатов первичного перкутанного коронарного вмешательства (п-ПКВ) у пациентов с STEMI при внедрении региональных медицинских программ.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов с STEMI после п-ПКВ и статистические данные работы кардиологических отделений области. Изучено 890 случаев. Оценка эффективности основывалась с учетом конечной точки – госпитальной летальности.

Результаты. За 9 мес 2013 г. выполнено п-ПКВ 280 пациентам (31,5%) с STEMI. Летальность составила 4,8%. Ограничений для проведения п-ПКВ (возраст, пол, наличие сахарного диабета и фракции выброса левого желудочка, кардиогенный шок) не было. За этот же период в области зарегистрировано 610 (68,5%) пациентов с STEMI, которым п-ПКВ не проводилось (отказ пациента или невозможность его транспортировки). Этим пациентам выполнялась тромболитическая и/или консервативная терапия. Летальность в этой группе составила 9,8%.

Выводы.

1. Рутинное проведение первичного ПКВ пациентов с STEMI в первые часы от начала симптомов является приоритетной задачей лечения.

2. Выполнение региональных программ с продуманным “локальным протоколом” (последовательность действий, система 24/7, внедрение логистики с учетом специфики области) позволило оказывать высокотехнологическую медицинскую помощь населению и снизить вдвое летальность у пациентов с STEMI.

Ангиографическая характеристика проходимости венечных артерий после тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST

Шапалов Н.А., Зинченко А.В., Некрасов Д.А., Пелешенко А.С., Некраса А.И., Нестер О.Е., Дяченко М.Ю., Саньков А.И., Пономарева Е.В.

Луганская областная клиническая больница, Украина

Основополагающим в лечении пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST (STEMI) является экстренное восстановление коронарного кровотока путем первичного перкутанного коронарного вмешательства (п-ПКВ) и/или тромболитической терапии (ТЛТ). Своевременная коронарная реперфузия снижает летальность и улучшает прогноз качества дальнейшей жизни. Эффективность ТЛТ по ангиографическим критериям изучена недостаточно.

Цель работы. Оценить степень реперфузии в коронарных артериях непосредственно после ТЛТ по данным селективной коронарографии (КВГ).

Материал и методы. Обследован 81 больной с STEMI (средний возраст – 61 год ± 8 лет) после тромболизиса (стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза) по общепринятым схемам. Всем больным выполнялась селективная КАГ и при необходимости ПКВ соответствующей инфаркт-зависимой артерии в первые 12 ч заболевания. Пациентам была проведена ТЛТ в первые 5 часов от начала болевого синдрома (210,4 ± 63 мин).

Результаты. По данным КВГ выделены следующие группы: 1-я группа – 20 больных (24,69%), неэффективная ТЛТ (тромботическая окклюзия инфаркт-зависимой артерии TIMI-0); 2-я группа – 47 больных (58,02%), сомнительно эффективная ТЛТ (остаточный тромбоз, резидуальный стеноз в инфаркт-зависимой артерии >70% ограничивающие кровоток до TIMI I, II); 3-я группа – 14 больных (17,28%), клинически эффективная

ТЛТ (остаточное сужение инфаркт-зависимой артерии <70%, кровоток TIMI III).

Достоверных различий по возрасту, полу, сопутствующей патологии между группами не было. У пациентов 1-й и 2-й групп выполнены ПКВ. В 3-й группе проводилось консервативное лечение согласно стандартным протоколам с последующей оценкой отдаленных результатов от 3 до 6 мес.

Выводы.

1. ТЛТ у больных с STEMI требует выполнения КВГ по неотложным показаниям с решением вопроса о ПКВ.

2. Использование ТЛТ в первые часы развития STEMI при отсутствии возможности проведения п-ПКВ позволяет в большинстве случаев восстановить кровоток в коронарных артериях и создать временные условия для транспортировки пациентов в реперфузионный центр.

Опыт применения съемных кава-фильтров в профилактике ТЭЛА в условиях региональной больницы скорой медицинской помощи

Шарафутдинов М.Р., Якубов Р.А., Тарасов Ю.В., Хайрутдинов А.И., Фатхуллин Р.Х., Чахоян А.М., Валиуллин Д.Х.

ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны

Цель работы: представить опыт клиники по работе с временными кава-фильтрами при профилактике ТЭЛА.

Материал и методы. Для временной установки кава-фильтра отбирались пациенты с доказанным флотирующим тромбом протяженностью более 4 см по данным УЗДС вен нижних конечностей и/или по данным ангиографии. Показанием к установке фильтра в постоянной позиции являлась рецидивирующая ТЭЛА на фоне адекватных значений МНО. Для профилактики ТЭЛА использовались съемные кава-фильтры Optease (фирма Cordis) и ALN. Для удаления применялись различные петлевые ретриверы и ALN retriever kit. Фильтры устанавливали в инфраренальной позиции предпочтительно бедренным доступом, реже кубитальным и яремным доступами. Для удаления фильтров, уловивших тромбы, использовался правый яремный доступ.

Результаты. Всего было установлено 43 фильтра, из них Optease-28, ALN-15, удалено 34 фильтра. Кава-фильтры удаляли в различные сроки – от 3 до 215 сут, в среднем на 20-е сутки. В случае обнаружения в фильтре тромботических масс перед его удалением применялся катетер “ТРЭКС” (фирма “Комед”), всего было 9 таких случаев. Также был 1 случай, когда фильтр Optease был использован в качестве временного стента в нижнюю полую вену.

Технический успех при установке кава-фильтра составил 100%, при удалении успех операции – 97%, одному пациенту фильтр удалить не удалось на сроке 170 дней. Случаев ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра у пациентов выявлено не было. Однако у двух пациентов развился синдром нижней полой вены на сроках свыше 60 суток.

Выводы. Операция по установке кава-фильтра – спасительная операция для больного. Однако это потенциально инвалидирующая операция. Если кава-фильтр может быть удален, он должен быть удален. Применение катетера “ТРЭКС” позволило удалять ранее “неудаляемые” кава-фильтры с тромботическими массами на фильтре.

Первый опыт применения высокотехнологичных эндovasкулярных технологий в лечении пораженных артерий нижних конечностей

Шарафутдинов М.Р., Якубов Р.А., Тарасов Ю.В., Хайрутдинов А.И., Фатхуллин Р.Х., Чахоян А.М., Валиуллин Д.Х.

ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны

Приблизительно каждый 20-й пациент в возрасте старше 50 лет имеет атеросклероз артерий нижних конечностей, в пересчете на цифры это 8 миллионов жителей. При этом леталь-

ность в России достигает 61%. Частота ампутаций нижних конечностей в течение года после постановки диагноза составляет 10–40%. Летальность после ампутации в течение года – до 20%, в течение пяти лет – до 40–70%, через 10 лет – 80–95%.

Материал и методы. Для вмешательства отбирались пациенты с поражением артерий нижних конечностей, с классом ишемии не ниже IV по Rutherford, с сопутствующими заболеваниями, утяжеляющими их состояние. Большинство пораженных относилось к классу А или В по TASC II. Однако ряд пациентов были прооперированы и с более выраженным поражением – С и D по TASC. Это было связано с невозможностью проведения открытой реконструктивной операции. Использовались следующие устройства: система катетерной направленной атеросклеротомии TurboHawk – 35 случаев, система для удаления тромботических масс Rotrex&Aspirex – 7 случаев, режущий баллон – 7 случаев, использование Re-entry device Outback – 4 случая, комбинация с покрытым баллоном в бедренно-подколенном сегменте – 9 случаев, в берцовом сегменте – 11 больных.

Результаты. Технический успех операций составил 92%. Однако при выписке пациентов проходимость пораженного сегмента и сохранение конечности составили 69 и 84% соответственно. Таким образом, не каждая реконструкция в раннем периоде приводила к потере конечности. Хотя до операции более чем в 70% случаев “грозила” ампутацией выше коленной щели.

Выводы. Применение высокотехнологичной помощи в лечении пораженных артерий нижних конечностей позволило сохранить ноги пациентам, которым ранее было невозможно выполнить органосохраняющую реконструктивную операцию.

Опыт получения стереорентгенографических изображений у пациентов с сосудистыми дисплазиями печени и головного мозга

Шарафутдинов М.Р.¹, Зарипов Р.А.²

¹ ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны,

² Казанская государственная медицинская академия, г. Казань

Современные методы медицинской визуализации постоянно совершенствуются. Вслед за стереоэндо스코пами появились аппараты УЗИ с 3D в реальном времени.

В 1896 г. Мах предложил идею стереорентгенографии. Позднее Ц.Я. Руссо создал устройство для стереорентгеноскопии.

На современном этапе развития интервенционной радиологии стереоизображение в реальном времени приобретает особую актуальность. Главным фактором получения стереоизображений является бинокулярность.

Основная формула определения величины стереобазы была предложена М. Levy-Dorn: $A = N(N+E)/50E$, где А – базис съемки; N – расстояние от фокуса рентгеновской трубки до кассеты; E – толщина исследуемого объекта.

Эта формула предложена для длиннофокусных систем с расстояниями 2–3 метра. При использовании С-дуги данная формула непригодна из-за выраженного параллакса.

Материал и методы. Данные изображение были получены на ангиографическом комплексе “Artis zee” (Siemens). В качестве объектов, использовались пациенты с гемангиомой печени и аневризмой головного мозга. Изображения были отредактированы с помощью программы Anaglyph Maker.

Результаты. В результате анализа полученных изображений в формуле предложенный Леви-Дорн был введен поправочный коэффициент, равный соотношению расстояния от фокуса до стола к фокусному расстоянию системы. Проще воспринималось изображение с угловой стереобазой, находящееся в центре, с малой толщиной объекта. Увеличение толщины объекта, увеличение параллакса окружающих тканей ухудшало восприятие. Уменьшение параллакса приводило к уменьшению пространственного разрешения по глубине.

Заключение. Субтракция и коллимация заметно облегчают наблюдение стереоэффекта. Использование крайних частей

конусного пучка рентгеновских лучей нецелесообразно ввиду выраженного параллакса.

Лечение постпункционных пульсирующих гематом

Шевченко Ю.Л., Боломатов Н.В., Виллер А.Г., Харпунов В.Ф.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель исследования: оценить результаты внедрения нового метода лечения постпункционных пульсирующих гематом (ППГ) с помощью пункции и компрессии под контролем УЗИ.

Материал и методы. В нашем центре в период с 2005 по 2013 г. было проведено 19 556 эндоваскулярных операций и зарегистрировано 117 (0,6%) ППГ. Все пациенты с гематомами проходили лечение методом пункции и компрессии под контролем УЗИ. Перед началом манипуляции проводилась ультразвуковая оценка ППГ, выявлялся дефект в артерии и шеечной части ложной аневризмы. Затем в асептических условиях проводилось обкалывание раствором новокаина или лидокаина места предполагаемой пункции и под контролем УЗИ проводилась пункция и аспирация шприцем крови из ППГ. Одновременно с этим проводилась компрессия ультразвуковым датчиком над дефектом в артерии до прекращения кровотока в полости ППГ. Использование ультразвукового контроля при пункции и последующей компрессии дефекта в артерии необходимо для оценки эффективности сдавления артерии. Время компрессии 10–30 мин, затем накладывалась давящая повязка на 8–12 ч и назначался постельный режим. После удаления давящей повязки проводилось контрольное УЗИ для оценки эффективности процедуры.

Результаты. После проведения лечения окклюзия достигнута у 109 (93%) больных. Из них у 102 (87,1%) человек достигнута окклюзия после первого применения метода, у 7 (5,9%) больных – после второго. В 8 (7%) случаях потребовалась операция по ушиванию артерии. Инфекционных осложнений, травм кровеносных сосудов и нервов, кровотечений не отмечалось. Выписка из стационара 48 (44%) больных с ППГ была задержана на одни сутки, 15 (13,7%) – на двое суток. У остальных 54 (42,3%) больных с развитием ППГ и вылеченных при помощи пункции и компрессии под ультразвуковым контролем осложнение не повлияло на сроки пребывания в стационаре. После проведения пункции и компрессии только 3 (2,5%) больных жаловались на боли и нарушение чувствительности в области пункции и в ноге, которые продолжались не более 7 дней.

Выводы. 1. Метод пункции и аспирации ППГ по эффективности не отличается от других методов. 2. Он прост в использовании. 3. Кроме того, не требует специализированного оборудования, расходного материала и введения дополнительных лекарственных препаратов (антибиотиков, факторов свертываемости крови). 4. Уменьшение размера гематомы вследствие аспирации крови из полости позволяет снизить риск инфицирования, невротии бедренного нерва и болевые ощущения пациентов.

Острый коронарный синдром: современные рекомендации в реальной практике

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А., Петров А.С.

НУЗ “ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО “РЖД”, г. Москва
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Цель: оценить эффективность и безопасность современных методов медикаментозного обеспечения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. В исследование отобрано 202 пациента. В ходе рандомизации включено 180 пациентов, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 48 пациентов, оперированных по поводу ОКС с подъемом сегмента ST в ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО “РЖД” с использованием во время операции бивалирудина. Во 2-ю группу вошли 54 пациента, оперированные по поводу ОКС в кардиодиспансере