

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УСТРОЙСТВ АСПИРАЦИИ ТРОМБА ПРИ ОСТРЫХ ОККЛЮЗИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Мовсисянц М.Ю., Иванов В.А., Трунин И.В., Бобков Ю.А., Терехин С.А., Иванов А.В., Майсков В.В. ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Введение: Чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным методом лечения пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. В последнее время опубликованы результаты исследований, в которых продемонстрирована эффективность ЧКВ с предварительной аспирацией тромба в сравнении со стандартным вмешательством.

Материал и методы: Были выбраны 38 пациентов с острыми окклюзиями коронарных артерий. Критерии включения: давность инфаркта не более 12 часов, острая окклюзия одной из магистральных коронарных артерий по результатам коронарной ангиографии. Критерии исключения: кардиогенный шок, перенесенное в анамнезе коронарное шунтирование, блокада левой или правой ножки пучка Гиса, ритм электрокардиостимулятора. Всем пациентам первым этапом ЧКВ выполнялась механическая реканализация проводником. Далее пациенты были разделены на две группы. В первой группе выполнялась аспирация тромба с помощью специального катетера, во второй группе – выполнялась баллонная ангиопластика. ЧКВ как в первой, так и во второй группах завершалось выполнением стентирования. Первую группу составили 18, вторую группу – 20 пациентов. Пациенты первой и второй группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам.

Адекватность реперфузии после выполнения вмешательства оценивали по степени кровотока по шкале TIMI по результатам коронарной ангиографии и по снижению сегмента ST по результатам ЭКГ. Под адекватной реперфузией считали степень кровотока по шкале TIMI 3 и снижение подъема сегмента ST более чем на 70% через 30 минут после завершения вмешательства. Под неадекватной реперфузией считали степень кровотока по шкале TIMI 2 и менее, наличие феномена «no reflow» и снижение подъема сегмента ST менее чем на 70% через 30 минут после завершения вмешательства.

Результаты: У 12 (66,7%) пациентов первой группы были получены фрагменты тромба, после выполнения стентирования степень кровотока TIMI 3. В других 6 (33,3%) наблюдениях первой группы не определялось макроскопических фрагментов тромба, в 1 (5,6%) случае на контрольной ангиограмме по окончании вмешательства степень кровотока по шкале TIMI была 1, определялся феномен «no reflow».

Во второй группе после выполнения механической реканализации с последующей баллонной ангиопластикой в 16 (80%) наблюдениях степень кровотока по шкале TIMI 3 и у 4 (20%) пациентов определялся кровоток по шкале TIMI 2 и менее с феноменом «no reflow». При сравнении с первой группой пациентов, во второй группе степень кровотока по шкале TIMI 2 и менее с феноменом «no reflow» определялась достоверно чаще ($p < 0,05$). Через 30 минут после вмешательства оценивалось снижение подъема сегмента ST. В первой группе снижение сегмента ST более чем на 70% определялось у 16 (88,9%) пациентов, во второй группе – у 14 (70%) больных ($p < 0,05$). В первой группе снижение сегмента ST менее чем на 70% определялось в 2 (11,1%) наблюдениях, во второй группе – у 6 (30%) больных ($p < 0,05$). По показателям повторного инфаркта, смертности и реваскуляризации целевой артерии на госпитальном этапе наблюдения в первой и второй группах пациентов статистически достоверных различий получено не было.

Заключение. Несмотря на то, что наше исследование показало большую эффективность устройств аспирации тромба по восстановлению кровотока при сравнении со стандартным ЧКВ, дальнейшее накопление опыта работы с данными катетерами позволит сделать более однозначные выводы о их эффективности и безопасности в клинической практике.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

Момджян Б.К., Кан Г.В.
ФГУ РНЦРР, Москва, Россия

Введение: Заболевания печени занимают одно из первых мест в онкологии. Метастатические опухоли печени встречаются в 50 - 60 раз чаще первичных. Практически у каждого третьего онкологического больного, независимо от локализации первичной опухоли, обнаруживается вторичное поражение печени. Чувствительность опухоли к химиопрепарату напрямую зависит от его концентрации. При регионарном артериальном введении концентрация препарата в ткани печени увеличивается в 10 - 100 раз по сравнению с системным введением, а общее токсическое влияние напротив – существенно уменьшается. Введение эмболизирующей композиции способствует задержке препарата в ткани от нескольких часов до недель. При эмболизации ветвей печеночной артерии, которая снабжает опухоль питанием, создается зона ишемии.

Материал и методы: В клинике РНЦРР обследовано 290 больных с различными заболеваниями печени. Комплекс лучевых методов диагностики заболеваний включал: УЗИ, КТ и др. Для уточнения генеза поражения было проведено 195 чрескожных тонкоигольных биопсий

печени. Из них у 176 (90,3%) больных выявлено метастатическое поражение органа, а у 14 (7,2%) - первичное поражение.

После морфологической верификации диагноза 190 пациентам проводилось лечение.

На первом этапе проводилась катетеризация правой бедренной артерии с суперселективной установкой кончика катетера в печеночные артерии в зависимости от локализации пораженных участков печени. При поражении обеих долей печени катетер устанавливался в собственно печеночной артерии. Проводилось ангиографическое исследование. После фиксации катетера больного переводили в отделение для проведения внутриаартериальной инфузии химиопрепарата. Внутриаартериальная инфузия проводилась в течение от 1 до 3 -х суток, в зависимости от назначений.

После проведения инфузии следовал заключительный этап лечения - химиоэмболизация. Под контролем рентгенотелевидения в катетер вводили химиопрепарат, смешанный с маслянистым контрастным веществом. Лечение проводилось повторно с интервалом в 3-4 недели.

У всех пациентов отмечался постэмболизационный синдром, купирующийся анальгетиками.

Результаты: Внутриаартериальная инфузия с последующей химиоэмболизацией печени проведена 190 больным с первичными или метастатическими изменениями. Проведенный анализ лечения показал следующее: у 43 (22,6%) больных достигнут положительный эффект после курса лечения - новообразования уменьшились в размерах, у 87 (45,8%) - стабилизация процесса и у 60 (31,6%) - проводимое лечение не привело к ожидаемому эффекту (отрицательная динамика).

Выводы: Таким образом, динамическое наблюдение за больными, с первичными или метастатическими поражениями печени после проведенного лечения выявило три группы больных. Первая - с явно выраженной положительной динамикой. Вторая - со стабилизацией процесса. Третья - с прогрессированием процесса. Доля пациентов первой и второй групп в исследовании явно превалирует.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Накатис Я.А., Титков Ю.С., Семиголовский Н.Ю., Козлов К.Л., Загатин М.М.

Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение: С предоставлением Клинической больнице №122 ФМБА РФ права по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в виде коронароангиографии, ангиопла-

стики и стентирования коронарных, сонных и почечных артерий, имплантации электрокардиостимуляторов, электрокардио-регистраторов, выполнения аортокоронарного шунтирования в конце 2006 года произошло резкое увеличение потока кардиологических больных.

С учетом опыта проведения интервенционных вмешательств с 1994 года, ситуацию в ограниченных объемах разрешало 60-ти коечное отделение кардиологии и 6-ти коечное отделение кардиореанимации (КРО). В новых условиях потребовалось создание дополнительной кардиохирургической службы с соответствующим 5-ти коечным отделением кардиохирургической реанимации (КХР) и дополнительной палаты интенсивной терапии (ПИТ) на 8 коек, предназначенной для оказания помощи больным после интервенционных вмешательств. ПИТ - так называемая за рубежом "stepdown intensive care unit" (см. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, 2004), как и КРО и КХР оснащена кардиомониторной следящей аппаратурой и всем необходимым для проведения реанимационных мероприятий.

Указанная реорганизация позволила интенсифицировать и оптимизировать процесс диагностики и лечения, сконцентрировать технику и специалистов на соответствующих этапах оказания помощи и значительно увеличить объемы ВМП, а также разделить потоки больных, поступающих в отделения интенсивной терапии по «Скорой помощи», по направлениям муниципальных и федеральных лечебно-профилактических учреждений; из других отделений стационара.

Материал и методы: Приводим некоторые статистические показатели работы кардиологической службы нашего учреждения в период проведенной реорганизации.

Результаты: Среди итогов проведенной реорганизации и дооснащения:

- рост количества пролеченных кардиологических больных с 1420 в 2006 г. до 1900 в 2008 г.; за время работы кардиохирургической службы прооперировано на открытом сердце около 500 больных;
- увеличение количества интервенционных вмешательств с ежегодных 200-300 в 2002-2005 гг. до 980 в 2007 г. и 1126 в 2008 г., соответственно;
- освоение новых технологий в профилактике и лечении ряда кардиоваскулярных заболеваний - тромбозамболии легочной артерии (установка кава-фильтров); цереброваскулярной болезни (ангиопластика сонных артерий); артериальной гипертензии (стентирование почечных артерий); сердечных аритмий (имплантация кардиостимуляторов, кардиорегистраторов-Reveal, первый из которых в стране установлен в нашем стационаре).

Заключение. Несомненным положительным итогом внедрения ВМП в кардиологии явилось