

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 внутриаarterиальной инфузии химиопрепарата. Внутриаarterиальная 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: Внутриаarterиальная 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 г.г. 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

в конечном счете улучшение качества лечения, проявившееся, к примеру, в снижении летальности при остром инфаркте миокарда до 4,2% в 2008 г. При этом любопытно, что средний возраст умерших от острого инфаркта миокарда составил в 2006 г. – 75,4, в 2007 г. – 79,1, а в 2008 г. – 79,8 года. В 2008 г. 8 пациентов скончались в результате массивной тромбоэмболии легочной артерии (средний возраст – 79,6 лет), 3 больных умерли от острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст – 86,0 лет).

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТЫ

Осиев А.Г., Редькин Д.А., Верещагин М.А., Кретов Е.И., Марченко А.В., Гранкин Д.С., Бирюков А.В., Крестьянинов О.В., Зубарев Д.Д.
ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия

Цель исследования: оценка эффективности эндопротезирования аорты.

Материал и методы: В ННИИПК с декабря 2006 г. по август 2009 г. эндопротезирование аорты было произведено у 16 пациентов. У 5 было произведено эндоваскулярное протезирование аневризмы грудного отдела аорты, у 11 пациентов инфраренального отдела. Возраст больных аневризмой аорты составил от 29 до 79 лет. Больных женского пола – 4 (25%), мужского – 12 (75%). Методы предоперационного исследования включали в себя: ЭхоКГ, аортографию, МСКТ. Одним из основных методов исследования была выбрана спиральная компьютерная томография. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием позволила получить полную информацию об участках предполагаемой имплантации, максимальном диаметре аневризмы, наличии тромбов и кальцификации. Для точного позиционирования эндопротеза относительно устья почечных артерий (для инфраренального отдела аорты) и подпочечной артерии (для грудного отдела) всем пациентам выполнялась аортография с использованием маркированного катетера. Всем пациентам выполнено эндопротезирование с имплантацией стент-графтов. Вмешательство выполнялось в условиях рентгеноперационной с использованием ангиографической установки Innova фирмы GE. В случае с грудным отделом аорты использовались эндопротезы GORE TAG 1 пациент (6,3%), MEDTRONIC VALENT 3 пациента (18,8%), RELAY 1 пациент (6,3%). В случае с инфраренальной аневризмой использовались бифуркационные аортоподвздошные стент-графты GORE EXCLUDER 3 пациента (18,8%), MEDTRONIC TALENT (6 пациентов 37,5%) и AORFIX 2 пациента (12,6%).

Результаты: По данным контрольной аортографии выполненной непосредственно после

имплантации эндопротеза подтекание контрастированной крови в полость аневризмы определялось у одного пациента с большой инфраренальной аневризмой (77 мм) (через коллатерали (люмбарные поясничные артерии) – 2 тип) в остальных случаях произведено герметичное закрытие аневризмы. У всех пациентов (100%) перед выпиской на контрольной МСКТ отмечались признаки герметизации и тромбоза полости аневризмы. Средний период госпитализации составил 5 суток. Летальный исход зафиксирован у одного пациента (6,3%). Контрольное обследование выполнено было 6 (37,5%) пациентам. Четверем пациентам с инфраренальной аневризмой через 6 месяцев и у 2-м с аневризмой грудного отдела через 2 месяца. У всех пациентов по данным контрольной МСКТ отмечается полная изоляция и тромбоз полости аневризмы.

Заключение: Эндопротезирование аорты является эффективным методом лечения аневризм грудного, инфраренального отделов аорты и не требующим длительного периода госпитализации. Эндопротезирование аорты ассоциируется с высокой частотой успешного непосредственного ангиографического результата. Результаты эндопротезирования в отдаленном периоде характеризуются хорошим ангиографическим и клиническим эффектом, успешное закрытие аневризмы выявлено в 100% случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОГРАДНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Осиев А.Г., Бирюков А.В., Верещагин М.А., Редькин Д.А., Гранкин Д.С., Кретов Е.И., Марченко А.В., Крестьянинов О.В., Байструков В.И.
ФГУ ННИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий, Новосибирск, Россия

Цель исследования: показать возможность и эффективность метода ретроградной реканализации хронических окклюзий коронарных артерий.

Материал и методы: С октября 2007 года по июль 2009г. 69 пациентам выполнена ретроградная реканализация хронических окклюзий (более 1 года) коронарных артерий. 62 (89,5%) больным ранее была предпринята попытка реканализовать окклюзию антеградным путем. 59 (85,5%) мужчин и 10 (14,5%) женщин. 52 (75,4%) вмешательств на правой коронарной артерии, 14 (20,3%) на передней нисходящей артерии, 2 (2,9%) на огибающей артерии и 1 (1,4%) случай ретроградной реканализации аортокоронарного венозного шунта. Для реканализации хронической окклюзии использовались следующие методики: прямое проведение ретроградного проводника – 21 (30,4%), методика целующихся проводников – 39 (56,5%), CART техника – 7 (10,1%), и методика загнутого проводника – 2 (2,8%). 65 (94,2%) операций