

<b>ПА+АНК</b>	диагностические мероприятия	10 908,01	15 604,57	15 604,57
	медикаментозное лечение	9 063,38	12 452,15	18 725,31
	операция	208 429,52	234 008,44	120 740,84
	пребывание в реанимации	13 671,06	27 342,12	54 684,24
	пребывание в отделении	10 425,40	20 850,80	52 874,19
	<b>ИТОГО</b>	<b>252 497,37</b>	<b>310 258,08</b>	<b>262 629,15</b>

Анализ «затраты-эффективность» на единицу эффекта показал существенные различия в сравниваемых группах. За единицу эффекта был взят показатель «средний койко-день пребывания одного пациента в стационаре».

Локализация поражения артерий		Одномоментные эндоваскулярные операции	Поэтапные хирургические операции
Коронарные и экстракраниальные	Стоимость лечения, руб.	337 437,30	425 122,04
	Средний койко-день	10,5	19,8
	Эффективность	20379,15	23943,54
Коронарные и почечные	Стоимость лечения, руб.	266 699,42	416 717,71
	Средний койко-день	9	19,3
	Эффективность	16449,27	24573,07
Коронарные и нижних конечностей	Стоимость лечения, руб.	290 786,90	385 362,94
	Средний койко-день	9	19,3
	Эффективность	17787,46	22503,78
Экстракраниальные и почечные	Стоимость лечения, руб.	286 905,61	267 547,76
	Средний койко-день	6,5	14
	Эффективность	20019,33	22607,70
Экстракраниальные и периферические	Стоимость лечения, руб.	298 089,06	293 611,91
	Средний койко-день	6,5	14
	Эффективность	20709,66	24469,42
Почечные и артерии нижних конечностей	Стоимость лечения, руб.	252 497,37	262 629,15
	Средний койко-день	5	17,3
	Эффективность	20826,64	19810,41

Сравнительная характеристика приращения эффективности с учетом оперативных вмешательств по локализации пораженных артерий показала, что одномоментные эндоваскулярные

операции экономически эффективны при коронарной локализации, приращенная эффективность находится в диапазоне от 1980,22 рублей (коронарные и экстракраниальные локализации) до 6249,08 рублей (коронарные и нижних конечностей локализации), что по нашему мнению связано с высокой стоимостью хирургического лечения ИБС. При периферических локализациях с экономической точки зрения более приемлемы поэтапные хирургические подходы. Диапазон приращенной эффективности от 307,95 рублей (почечные и артерии нижних конечностей) до 1708,98 рублей (экстракраниальные и периферические локализации).

**Выводы.** Проведение одномоментного эндоваскулярного лечения облитерирующих заболеваний артерий различных локализаций позволяет повысить экономическую, медицинскую и социальную эффективность лечения.

### **РЕСТЕНОЗЫ ПОСЛЕ ЧКВ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ У ЛИЦ С ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ**

Шариков Н.Л., Павлов П.И., Мизин А.Г., Серенко А.Н., Кипров Р.Ю.  
Окружная клиническая больница,  
Ханты-Мансийск, Россия.

**Цель исследования.** Определить, влияет ли наличие описторхозной инвазии у пациентов перенесших ЧКВ со стентированием на частоту рестенозов.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов перенесших ЧКВ со стентированием в период с 2003 по 2009 года на базе отделения РХМДиЛ ОКБ г. Ханты-Мансийска.

**Результаты.** Выявлено 74 случая рестенозов в различные сроки после стентирования. У 30 пациентов с описторхозной инвазией, подтвержденной копроовоскопическим методом, отмечалось наличие рестенозов в стентированном сегменте при контрольной коронароангиографии (КАГ) и возврат характерных жалоб. В прошедшие от момента ЧКВ 3-6 месяцев все пациенты придерживались рекомендованного лечения, в том числе получали двойную антиагрегантную терапию. При этом лица, свободные от описторхозной инвазии, по данным копроовоскопии, с наличием рестенозов в период 3-6 месяцев встречались в два раза реже и составили 15 человек. Объяснить данную взаимосвязь можно следующим: в научных работах 90-х годов конца 20 века, выполняемых на базе Тюменской Государственной Медицинской Академии, было подтверждено что у лиц, страдающих хронической описторхозной инвазией, заживление переломов трубчатых костей происходило на 17% быстрее, чем у неинвазированных пациентов. Исследование показало,

что продукты жизнедеятельности описторхов вызывают экспрессию гена VEGFR (ген, ответственный за рост эндотелия, механоцитов и белков-рецепторов, обеспечивающих трансмембранный перенос факторов роста в клетку) и мутацию гена EGFR (фактор эпидермального роста). Так же хорошо изучено «поведение» сосудистой стенки, подверженной стентированию. Определено, что механизм развития внутривенных рестенозов связан с пролиферацией гладкомышечных клеток и образованием неоинтимы.

**Выводы.** По-видимому, наличие описторхозной инвазии является предиктором рестенозов в ранние сроки у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием.

Рекомендовано проводить дегельминтизацию у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием в кратчайшие сроки после ЧКВ или до выполнения ЧКВ. Полученные данные требуют дальнейшего более детального исследования и наблюдения за пациентами с описторхозной инвазией, перенесших ЧКВ.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ УСЛОВНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ БОКОВОЙ ВЕТВИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БИФУРКАЦИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Шахов Б.Е., Чеботарь Е.В., Казаковцев А.В., Кузьменко Е.А., Бритвина О.В., Закревский А.В. Нижегородская государственная медицинская академия ГУ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», Н. Новгород, Россия

**Введение.** Внедрение в клиническую практику стентов с антипролиферативным покрытием привело к значительному улучшению результатов эндоваскулярных вмешательств. Необходимость сохранения проходимости боковой ветви и неудовлетворительные отдаленные результаты в отношении устья боковой ветви при коррекции бифуркационных поражений заставляют продолжать изучение данной проблемы.

**Материал и методы.** Выполнен анализ результатов эндоваскулярных коррекций 225 бифуркационных поражений коронарных артерий у 201 пациента (173 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35-75 лет (средний возраст  $54,6 \pm 0,6$  года). 42 пациента поступили в стационар с клиникой хронической стабильной стенокардии II функционального класса, 123 — III функционального класса, 2 — IV функционального класса по CCS. 34 пациента поступили в клинику с острым коронарным синдромом (ОКС). 111 больных (55,2 %) ранее перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ). Гипертоническая болезнь отмечена у 132 пациентов (65,6 %), сахарный диабет — у 13 (6,4%). Величина фракции выброса левого желудочка колебалась от 34 до 77% (среднее значение  $54,7 \pm 0,6$  %). По данным коронарографии, у 180 пациентов выявлено 1 бифуркационное поражение, у 18 больных — 2 и у 3 пациентов — 3 бифуркационных поражения.

Тип поражения определялся по классификации Medina. Тип «1.1.1» диагностирован у 102 больных, «1.1.0» — у 45, «1.0.0» — у 20, «0.1.1» — у 15, «0.1.0» — у 26, «0.0.1» — у 10 больных и «1.0.1» — у 7 пациентов. У 85 больных (I группа) коррекция выполнялась с использованием стентов с лекарственным покрытием, у 116 пациентов (II группа) — с использованием голометаллических стентов. «Одностветовая» коррекция бифуркации выполнена в 197 случаях, «двухстветовая» - в 28 случаях. Во всех случаях «двухстветовой» коррекции и в 113 случаях «одностветовой» коррекции использовалось заключительное формирование бифуркации по методике «целующихся баллонов». Изучение отдаленных результатов (6мес. — 8 лет.) проведено у 170 пациентов (84,5%): 72 пациентов I группы и 95 пациентов II группы.

**Результаты.** Ангиографический успех вмешательства был достигнут у 97,9% больных. В постпроцедурном периоде осложнения отмечены у 9(4,4%) пациентов. Летальных исходов в госпитальном периоде не было. Анализ отдаленных результатов показал: в первой группе больных летальных исходов не было, развитие ОИМ отмечено у 3(3,5%), рестеноза — у 7(8,2%) больных. В 2 из 7 случаев отмечено развитие рестеноза в главной и боковой ветвях, в 5 — только в боковой ветви. У 5 из 7 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 2 — «одностветовая». Во второй группе в отдаленном периоде летальность составила 1,0%, ОИМ развился у 4(3,4%), а рестенозы — у 35(30,1%) пациентов. В 17 случаях рестеноз локализовался в главной или в главной и боковой ветвях, в 18 — только в боковой ветви. У 7 из 35 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 24 — «одностветовая». Среди пациентов обеих групп, подвергшихся «одностветовой» коррекции, развитие рестеноза отмечено в 20,7% случаев, «двухстветовой» коррекции — в 57,1%.

**Заключение.** Применение стентов с антипролиферативным покрытием позволяет существенно улучшить результаты «условного» Т-стентирования. Имплантация второго стента при выполнении Т-стентирования приводит к увеличению частоты рестеноза. Использование покрытых стентов в анализируемой группе больных не привело к увеличению частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)**

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