

# Волынская

## больница

медицинский вестник №1 / 2012



### Дорогие друзья!

Имеем честь предложить Вашему вниманию первый выпуск медицинского вестника федерального государственного бюджетного учреждения «Клиническая больница №1» Управления делами Президента Российской Федерации.

Основная цель его издания – знакомство медицинской общественности с новейшими лечебно-диагностическими методиками, применяемыми в нашей больнице.

ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) является многопрофильным учреждением, оказывающим специализированную и высокотехнологическую медицинскую помощь в плановом и экстренном порядке по следующим направлениям:

- хирургия (абдоминальная, эндокринная, сердечно-сосудистая, эндоваскулярная);
- травматология и ортопедия;
- рентгенхирургия (ангиография,

- стентирование, имплантация кавалитров, электрокардиостимуляторов, интервенционная хирургия);
- отоларингология;
- челюстно-лицевая хирургия;
- оперативная гинекология;
- урология (нейро- и онкоурология, андрология);
- гнойно-септическая хирургия;
- лечение последствий тяжелой сочетанной травмы, политравмы и ранений;
- реанимация и интенсивная терапия больных с острым нарушением мозгового кровообращения, с неотложными кардиологическими состояниями;
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез, каскадная плазмафильтрация, эритроцитозферез, гемодиализ, гемофильтрация, высокообъемный селективный плазмаферез, альбуминовый диализ (МАРС-терапия) и др.);
- кардиология;
- неврология;
- пульмонология;

- гастроэнтерология
- физиотерапия (в т.ч. водолечение);
- мануальная терапия;
- рефлексотерапия;
- лечебная физкультура;
- стоматологическая помощь (в т.ч. ортопедия и имплантология).

Диагностическая служба представлена: отделениями лучевой, функциональной, эндоскопической и лабораторной диагностики.

Высокий научный потенциал и огромный полувекковой практический опыт коллектива ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) служит основой высокого уровня плановой и экстренной медицины.

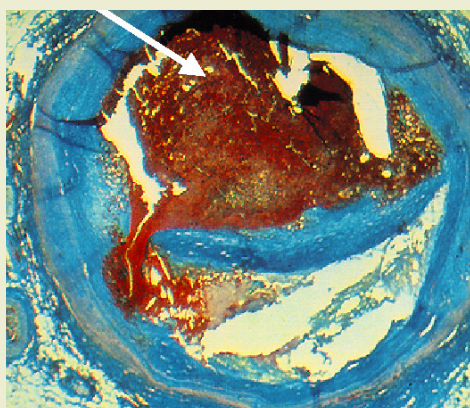
Приглашаем всех желающих к сотрудничеству и принятию участия в нашем проекте. Также мы будем рады видеть Ваши работы на страницах нашего вестника.

**Главный врач**  
д.м.н. профессор  
Бояринцев В.В.



# Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда — современное состояние вопроса

**П**ричиной развития некротических изменений миокарда является абсолютная или относительная недостаточность коронарного кровообращения вследствие тромботической окклюзии просвета артерии.



Разрыв атеросклеротической бляшки с последующим тромбозом артерии

Успешное лечение острого инфаркта миокарда зависит от степени восстановления просвета окклюзированной артерии и соответственно кровотока в ишемизированной ткани миокарда, а так же времени, прошедшего между окклюзией и восстановлением просвета сосуда. Именно поэтому наиболее раннее восстановление перфузии миокарда является патофизиологической основой лечения острого инфаркта миокарда.

Острый инфаркт миокарда представляет собой важнейшую проблему, находящуюся на стыке современной кардиохирургии и кардиологии. Рентгеноэндоваскулярные методы лечения в настоящее время занимают ведущее место в коррекции данной патологии. По данным мировой литературы стентирование, как доминирующая методика эндоваскулярного лечения, является наиболее эффективным и безопасным методом лечения острого инфаркта миокарда. Коронарная ангиопластика со стентированием позволяет воздействовать не только на тромб, но и на атеросклеротическую бляшку, сужи-

вающую просвет венечной артерии. Именно эндоваскулярная методика (стентирование) способна восстанавливать исходную нативную анатомию коронарной артерии, в отличие от консервативной терапии и открытой хирургии.

На следующем изображении представлен клинический пример стентирования правой коронарной артерии при остром инфаркте миокарда.



Коронарограмма пациента с острым инфарктом миокарда задней локализации (до окклюзия ПКА, после полное восстановленные просвета ПКА с восстановлением ЭКГ)

Показанием к выполнению стентирования у больных с острым инфарктом миокарда является инфаркт миокарда в ходу с признаками продолжающейся ишемии в области клинко-зависимой артерии при наличии ангиографических критериев возможности выполнения процедуры.

Мировой современный опыт позволяет сформулировать определен-

ные положения:

- стентирование коронарных артерий является высокоэффективным методом выбора в лечении пациентов с острым инфарктом миокарда;
- при остром инфаркте миокарда необходимо обязательное проведение коронарографии и решения вопроса о возможности проведения эндоваскулярного вмешательства; первичное коронарное стентирование должно быть приоритетным методом лечения;

- выполнение стентирования в острейшем периоде инфаркта миокарда позволяет оптимизировать лечение и улучшить ближайший и отдаленный прогноз заболевания;

- определяющим фактором сохранения функционального состояния миокарда и снижения летальности у пациентов с острым инфарктом миокарда является время от начала ангинозного приступа до начала процедуры стентирования; для улучшения непосредственных и отдаленных результатов стентирования необходимо сокращение до минимума временного интервала, с помощью экстренной госпитализации больных с острым инфарктом миокарда в специализированную клинику с наличием рентгеноперационной, а в ряде случаев доставки пациентов в рентгеноперационную минуя приемное отделение.

*В настоящее время в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) оказывается высокоспециализированная медицинская помощь любой сложности у больных ишемической болезнью сердца с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, с использованием самого современного инструментария и стентов последнего поколения.*

**к.м.н. Закарян Н. В.**  
**к.м.н. Панков А.С.**  
**Носко И.В.**



# Фибрилляция предсердий — новый подход к лечению

**Ф**ибрилляция предсердий – самое распространённое нарушение ритма сердца, представляющее собой хаотичное возбуждение предсердий, с нерегулярным проведением импульса на желудочки сердца.



Фибрилляция/трепетание предсердий, поверхностные и внутрисердечные отведения во время РЧ воздействия.

По статистике фибрилляция предсердий составляет более 40 % среди всех видов нарушений ритма. Причины возникновения её различны. Фибрилляция предсердий может возникать: у людей без органических заболеваний сердца, идиопатическая форма; после перенесенного инфаркта или у больных с ишемической болезнью сердца на фоне явлений кардиосклероза; при острых интоксикациях, например алкоголем, синдром «праздничного сердца», довольно распространённое явление. Морфологическим субстратом фибрилляции предсердий является миокард левого предсердия, который является таковым в силу особенностей своей иннервации.

По характеру течения разделяют пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, длительностью до 7 суток и купирующуюся самостоятельно; персистирующую – более 7 суток, купирующуюся приёмом медикаментов или электрической кардиоверсией; постоянную – более 1 года, если принимается решение об отказе от восстановления ритма, в противном случае эта форма фибрилляции предсердий трактуется как длительно существующая персистирующая.

Пациенты чаще всего жалуются на нерегулярное сердцебиение, общую слабость, чувство нехватки воздуха, головокружение, иногда, обмороки. При объективном осмотре выслу-

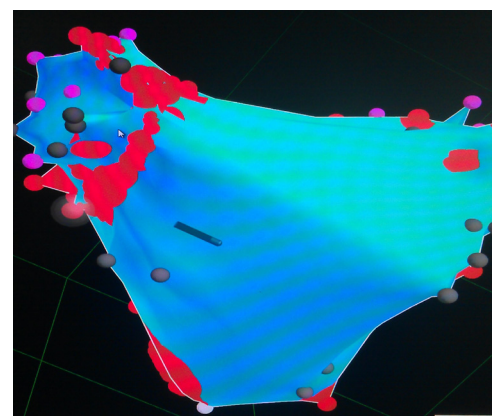
шиваются неритмичные частые тоны сердца, частота которых выше частоты пульса, так называемый феномен «дефицита пульса». На ЭКГ отмечается, при неритмичной желудочковой активности, отсутствие предшествующей ей предсердной волны «Р». Предсердная активность представлена хаотичными волнами «F».

Лечение, как правило, начинается с применения антиаритмических препаратов. При отсутствии органической патологии сердца, ИБС, препаратами первой линии являются антиаритмики I группы по классификации Вогана-Вильямса, Пропафенон и Этацизин, которые принимаются пациентом по необходимости, при возникновении пароксизма фибрилляции предсердий – «таблетка в кармане». При отсутствии эффекта или при наличии ИБС назначаются препараты III группы: Соталол, Амиодарон. Все пациенты с любой формой фибрилляции предсердий нуждаются в приёме дезагрегантов (Аспирин не менее 100 мг в сутки) или антикоагулянтов (Варфарин, подбор дозы) под обязательным контролем МНО (2 – 3). В настоящее время используются также препараты Ксарелто, Продакса, не требующие контроля МНО. С целью восстановления синусового ритма применяется медикаментозная, либо электрическая, в т. ч. и низкоэнергетическая эндокардиальная (внутрисердечная), кардиоверсия. Всем пациентам, имеющим фибрилляцию предсердий более 48 часов, показана чреспищеводная эхокардиография для исключения наличия тромба в левом предсердии и антикоагулянтная подготовка.

При неэффективности адекватной антиаритмической терапии показано хирургическое лечение. Основным видом хирургии фибрилляции предсердий является миниинвазивная операция – эндокардиальная катетерная радиочастотная деструкция (абляция, РЧА) в левом предсердии. Она направлена на денервацию левого предсердия, сокращение критической массы фибриллирующего миокарда и изоляцию очагов, чаще всего располагающихся в устьях лёгочных вен. Эффективность данного вида лечения достигает 80-90%, при этом необходимость в повторном вмешательстве – около 30%. Различные осложнения возникают менее чем у 5% пациентов. В мировой практике эта операция является методом выбора у пациентов с парок-

сизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий. Противопоказанием к данной операции является наличие тромба в ушке левого предсердия.

Техника выполнения катетерной радиочастотной абляции включает несколько этапов. Предварительно, трансвенозным доступом, устанавливаются электроды в коронарный синус для РЧА. Затем выполняется пункция межпредсердной перегородки, при этом иногда используется циркулярный диагностический катетер, который устанавливается в устье лёгочных вен типа Lasso. Далее под контролем специального оборудования, электрофизиологической станции с эндокардиальными отведениями и навигационной станции, выполняется электроанатомическое картирование левого предсердия.

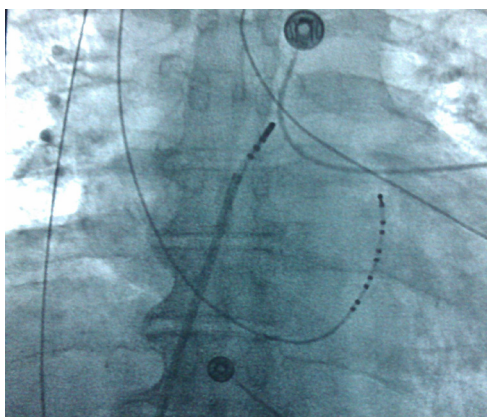


Электроанатомическая карта левого предсердия, построенная на навигационной системе Биоток.

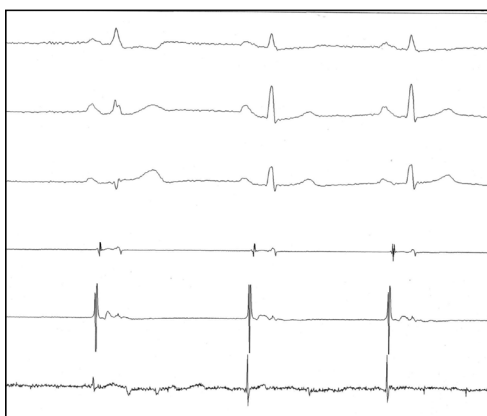
И в завершении выполняется линейная РЧА вокруг устьев лёгочных вен и/или мест типичного расположения ганглионарных сплетений, с целью изоляции и модификации морфологического субстрата аритмии, в результате чего с высокой вероятностью достигается стойкий синусовый ритм.

Опасность нелеченой фибрилляции предсердий заключается в часто возникающих тромбоэмболических осложнениях (инсульты). У более чем 30% больных с инсультами наблюдается фибрилляция предсердий; дилатация камер сердца и прогрессирование сердечной недостаточности; развитие многочисленных побочных явлений от длительного приёма антиаритмических препаратов и антикоагулянтов.





Рентгенконтроль положения электродов в сердце во время РЧА.



Восстановление синусового ритма во время РЧА

В настоящее время в ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) на базе отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения организована и успешно функционирует аритмологическая служба. В ее арсенале имеется современное оборудование и расходные материалы известных фирм-производителей. Кардиологи совместно с аритмологом проводят отбор пациентов для выполнения высокотехнологических исследований и операций при любых нарушениях ритма. Дополнительно врач-аритмолог Мезенцев Павел Владимирович ведет консультативный прием в поликлиническом отделении ФГБУ «Клиническая больница №1» (ул. Староволынская, д.10) – в понедельник (15:00 - 17:00), контактный телефон – 8 (967) 046-68-87.

**к.м.н. Донецкая О.П.**  
**к.м.н. Закарян Н. В.**  
**Мезенцев П. В.**

## Здоровье и время: амбулаторное обследование и лечение пациентов в Волынской больнице

**О**дним из приоритетных направлений деятельности Волынской больницы в настоящее время является расширение и совершенствование амбулаторной консультативно-диагностической помощи.

Успешной реализации данного проекта способствует создание замкнутой внутриведомственной системы консультирования пациентов врачами-специалистами поликлинического отделения, полноценного обследования их в диагностических подразделениях больницы, проведения лечебных и профилактических курсов амбулаторного и, по показаниям, стационарного лечения, с последующим диспансерно-динамическим наблюдением.

Обращение пациентов в поликлиническое отделение больницы осуществляется самостоятельно, а также по рекомендациям и направлениям врачей-специалистов из других лечебных учреждений, медицинских ассистанских и страховых компаний. При этом им предоставляется возможность срочного получения медицинской помощи в день обращения, либо по предварительной записи (регистратура, call-центр, интернет-портал, прямое обращение в регистратуру).

Первичный прием врачей-консультантов поликлинического отделения включает составление индивидуального плана обследования, проведение экспертизы временной нетрудоспособности работающим пациентам, а также контроль выполнения диагностических мероприятий.

Консультации проводятся по следующим врачеведческим специальностям: терапия, кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, психиатрия, неврология, мануальная терапия, ревматология, аллергология и иммунология, дерматовенерология, хирургия, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, урология, гинекология и онкология.

На обязательном повторном осмотре интерпретируются результаты исследований, назначаются курсы амбулаторного лечения, а также проводится отбор и направление нуждающихся (около 18%) на стационарное, в т.ч. оперативное и высокотехнологичное лечение.



Диагностические возможности Волынской больницы, доступные амбулаторным пациентам, представлены следующими методами: клиничко-лабораторные, ультразвуковая диагностика (органов брюшной полости, малого таза, щитовидной и молочной желез, суставов, мягких тканей, ТРУЗИ, ЭХО-КГ, венозных и артериальных сосудов, эластонография и др.), мультиспиральная компьютерная томография (головного мозга, придаточных пазух носа, височных костей, суставов и конечностей, брюшной полости, забрюшинного пространства, органов грудной клетки, малого таза, органов шеи, в том числе с болюсным контрастным усилением, а также МСКТ-ангиография), скинтиграфия (скелета, легких, печени, щитовидной железы, сердца, почек, головного мозга), рентгенодиагностика, остеоденситометрия (ультразвуковая, рентгеновская, МСКТ-денситометрия), позитронно-эмиссионная томография, эндоскопические (эпифаринголарингоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия, ретроградная панкреатохолангиография), функциональные (сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем).

Полноценное обследование пациентов в диагностических подразделениях, проведение эффективной терапии в амбулаторных и стационарных условиях является залогом клинического успеха!

**Журавлёв С.В.**

