

Комплексное лечение больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ST-ОИМ), включающее догоспитальный тромболизис, мануальную вакуумную тромбэкстракцию и ангиопластику инфаркт-ответственной артерии: ближайшие результаты

Куртасов Д.С., Колединский А.Г., Чернышева И.Е., Ковальчук И.А., Васильев П.С., Иоселиани Д.Г.

ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность мануальной вакуумной тромбэкстракции (МВТ) из инфаркт-ответственной артерии (ИОА) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с догоспитальным тромболизисом (ТЛТ).

Материал и методы. В настоящее исследование в ретроспективном порядке с января 2008 по май 2012 г. был включен 121 пациент с ОИМ и догоспитальным ТЛТ. В исследование включались только пациенты с ангиографическими признаками пристеночного тромба (ТТГ > 1). Нами оценивались следующие показатели: антеградный кровоток в ИОА по классификации TIMI, показатели перфузии миокарда по MBG, резолюция сегмента ST на ЭКГ после ЭВП, частота МАСЕ (сердечная смерть, повторный ИМ и повторная реваскуляризация ИОА) на госпитальном периоде заболевания.

Результаты. Системная ТЛТ была эффективна у 58 пациентов (47,9%). Макроскопически видимые фрагменты тромбы удавалось эвакуировать в 59 (51,3%) случаях, баллонная дилатация потребовалась в 44 (36,3%) случаев, последующее стентирование выполнялось в 111 (91,7%) случаях. Следует отметить, что в части случаев (8,3%) оптимальный ангиографический результат достигался после процедуры МВТ без необходимости выполнения баллонной ангиопластики или стентирования. После проведения экстренных ЭВП в сочетании с МВТ показатели кровотока по TIMI (3) отмечались у 101 (83,5%) пациента, показатели миокарда по MBG (3) 75 (61,9%) пациентов, полная резолюция сегмента ST (>70%) была у 66 (54,6%) пациентов, частота МАСЕ составила 5 (4,1%) случаев. Отмечалось 2 случая госпитальной летальности от кардиальных причин, повторная реваскуляризация ИОА потребовались в двух случаях, и один случай повторного ИМ.

Выводы. Учитывая полученные данные, МВТ является вполне безопасным методом удаления тромботических масс из ИОА у пациентов с ОИМ и догоспитальным тромболизисом с высокой степенью непосредственного ангиографического успеха. МВТ – относительно доступный и эффективный метод восстановления кровотока в ИОА и может быть рекомендован для рутинного клинического применения у пациентов с ОИМ с проведенным ТЛТ.

Опыт применения внутрисердечного ультразвукового исследования при эндоваскулярном закрытии вторичных дефектов межпредсердной перегородки

Кучеров В.В., Мангутов Д.А., Новичков С.А., Пестовская О.Р., Чернов М.Ю.

Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко

Цель: оценить эффективность внутрисердечного ультразвукового исследования при эндоваскулярном закрытии вторичных дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП).

Материал и методы. Обследовано 7 пациентов, подвергшихся эндоваскулярному закрытию межпредсердной перегородки (МПП). Возраст пациентов (мужского пола) колебался от 19 до 42 лет, размер дефекта МПП варьировал от 1,2 до 2,2 см. Эндоваскулярное закрытие вторичного дефекта МПП осуществлялось системой Amplatzer под местной анестезией и контролем внутрисердечной эхокардиографии (ВСЭХОКГ). Использовалась ультразвуковая система Acuson Cypruss (фирма Siemens) с применением ультразвукового катетера AcuNav 10Fr, 7,0 MHz. Перед катетеризацией выполнялась ВСЭХОКГ

для оценки диаметра дефекта. Для определения диаметра дефекта и выбора устройства соответствующего размера в левое предсердие вводили измерительный баллонный катетер, который наполняли контрастным веществом и подтягивали в направлении перегородки до тех пор, пока он не проходил в правое предсердие с небольшим сопротивлением. После выбора размера устройства проводилась процедура его имплантации, затем ВСЭХОКГ для контроля правильности его установки. Для завершения имплантации устройство "скручивали" с кабеля. Затем выполняли ВСЭХОКГ для контроля правильности его расположения и исключения наличия остаточных дефектов с использованием режима цветового доплера.

Результаты. У 6 пациентов была успешно выполнена процедура закрытия дефекта МПП. При повторном проведении ЭХОКГ остаточных гемодинамически значимых шунтов не выявлено. У одного пациента непосредственно на операционном этапе в ходе процедуры развился болевой синдром в области сердца, операция была прекращена.

Вывод. В ходе эндоваскулярной коррекции ДМПП метод ВСЭХОКГ позволяет достоверно определить размеры, форму, расположение дефекта, края дефекта. ВСЭХОКГ повышает эффективность и безопасность процедуры эндоваскулярного закрытия вторичных дефектов МПП.

Влияние клинических и ангиографических характеристик больных с острым коронарным синдромом на подавление агрегации тромбоцитов после назначения двойной дезагрегантной терапии

Ларин А.Г.¹, Гиляревский С.Р.^{1,2}, Коков Л.С.^{1,2}, Лопотовский П.Ю.^{1,2}, Хватов В.Б.¹, Макаров М.С.¹

¹ ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского" ДЗ г. Москвы "

² ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" МЗ РФ

³ ГБОУ ДПО "РМАПО" МЗ РФ

Двойная дезагрегантная терапия (ДАТ) клопидогрелем и аспирином давно является "золотым стандартом" лечения при чрескожных вмешательствах на коронарных артериях (ЧВКА), особенно у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). Нередко причиной тромбозов стента является резистентность к приему клопидогреля.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между различными клиническими и ангиографическими характеристиками больных с ОКС и частотой высокой остаточной агрегации тромбоцитов (ВОАТ).

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование, включавшее 87 больных в возрасте 18–75 лет с ОКС. Критерии исключения: противопоказания к ЧВКА или к приему двойной дезагрегантной терапии, выполнение тромболитической терапии на догоспитальном этапе.

До выполнения ЧВКА назначался клопидогрель в нагрузочной дозе 600 мг, затем продолжался прием в поддерживающей дозе 75 мг 1 раз/сутки. Другие лекарственные препараты применялись в соответствии с современными рекомендациями. Агрегация тромбоцитов определялась на аппарате "Биола-220LA" через сутки после назначения дезагрегантов. В качестве индуктора агрегации использовался раствор аденозиндифосфата (АДФ) 20 мкмоль. За ВОАТ было принято значение агрегации из верхней четверти. Выявлялись различия между группой больных с ВОАТ и остальными больными по всем возможным клиническим признакам (пол, возраст, тяжесть по шкале GRACE, наличие элевации сегмента ST на ЭКГ и др.), сопутствующим заболеваниям (гипертоническая болезнь, ПИКС, сахарный диабет и др.); оценивались различные лабораторные показатели (количество тромбоцитов, общий холестерин и др.); проводилась оценка данных ангиографии (тяжесть коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX, наличие тромбоза, окклюзии и др.). Всего оценено 49 признаков. Наиболее значимые различия были включены в многофакторный анализ.

Результаты. В исследование включено 87 человек, в группе с ВОАТ выделены 22 больных, без ВОАТ – 65 больных. Проведенный многофакторный анализ (метод логистической регрессии) показал, что единственными значимыми факторами риска возникновения высокой остаточной агрегации тромбоцитов являются наличие атеросклеротического поражения коронарного русла более 22 баллов по шкале SYNTAX ($p = 0,03$, ОШ – 3,692 [1,14–12,01]) и факт назначения омега-3 (р = 0,009, ОШ – 4,891 [1,49–16,04]).

Выводы. У пациентов с острым коронарным синдромом наиболее значимыми факторами риска развития высокой остаточной агрегации тромбоцитов являются тяжелый атеросклероз коронарных артерий и сопутствующее назначение омега-3. Вероятно, у данной категории больных для “гастропротекции” следует назначать другие препараты, а у пациентов с тяжелым атеросклерозом нужно применять более мощную схему дезагрегантной терапии.

Сравнительная оценка информативности шкал GRACE и TIMI для определения показаний к инвазивному лечению больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и сопутствующей фибрилляции предсердий

Липченко А.А., Фокина Е.Г., Грчев В.Г., Дмитриев В.К.

ГБОУ ВПО “УГМУ” МЗ РФ

Медицинское объединение “Новая больница”, г. Екатеринбург

Введение. Для выбора стратегии лечения (первоначально консервативной или ранней инвазивной) больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) используются шкалы GRACE и TIMI. Однако нет данных о возможности их применения при ОКСбпST в сочетании с фибрилляцией предсердий (ФП).

Цель исследования: оценить информативность шкал GRACE и TIMI для выбора начальной стратегии лечения пациентов с ОКСбпST на фоне ФП.

Материал и методы. Обследованы 58 больных (мужчин – 38, женщин – 20, возраст – $61,8 \pm 1,5$ года) с ОКСбпST, у которых при поступлении зарегистрирована ФП. ИМ был диагностирован у 24 больных, нестабильная стенокардия (НС) – у 34. Стратификация риска первоначально проводилась на фоне ФП в первые 6–12 ч после госпитализации и повторно после восстановления синусового ритма (СР) (54 больных) или урежения ЧСС до 80–90 в минуту (4 больных) на 1–3-и сутки. В эти же сроки всем больным выполнена коронарная ангиография (КАГ), на основании которой выделено две группы: со значимым стенозирующим поражением коронарного русла (КР) (1-я группа – 34 больных) и без значимого поражения КР (2-я группа – 24 больных).

Результаты и обсуждение. При оценке риска по шкале GRACE на фоне ФП количество баллов у больных 1-й группы составило $185,5 \pm 6,2$, 2-й группы – $153,3 \pm 6,3$, что в целом соответствовало высокому уровню риска у пациентов обеих групп. После восстановления СР/урежения ЧСС количество баллов у пациентов 1-й группы по-прежнему соответствовало высокому уровню риска – $153,1 \pm 5,2$, у пациентов 2-й группы количество баллов снизилось весьма значительно – до $93,4 \pm 4,4$, что является критерием низкого риска. Эти показатели были достоверно ниже аналогичных величин на фоне ФП.

При оценке риска по шкале TIMI на фоне ФП количество баллов составило у пациентов 1-й группы $4,1 \pm 0,16$, а у пациентов 2-й группы – $1,25 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), т.е. в целом пациенты 1-й группы соответствовали критериям высокого риска, а 2-й – низкого.

При оценке риска после восстановления СР/урежения ЧСС общее количество баллов у пациентов 1-й группы составило $3,82 \pm 0,16$, у пациентов 2-й группы – $0,92 \pm 0,11$ ($p < 0,001$). Эти показатели достоверно не отличались от аналогичных величин, рассчитанных на фоне ФП.

Заключение. При использовании шкалы GRACE на фоне ФП расчетный уровень риска может быть “завышен” вследствие более высокой ЧСС и часто встречающейся депрессии сегмен-

та ST во время эпизода тахикардии. Точность оценки риска при использовании шкалы TIMI на фоне ФП не зависит от ритма и ЧСС. Шкала TIMI является информативной у таких больных и позволяет в ранние сроки осуществлять отбор пациентов с ОКСбпST в сочетании с ФП на КАГ и инвазивное лечение.

Одномоментное эндоваскулярное лечение приобретенных пороков и стенотического поражения коронарных артерий

Лихарев А.Ю.¹, Осиев А.Г.², Коков Л.С.^{3,4}

¹ ГБУЗ “ГКБ №12 ДЗ г.Москвы”

² Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения НИИ патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина, Новосибирск

³ ГБУЗ “НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы”

⁴ ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”

Введение. Сочетание митрального стеноза со стенотическим поражением коронарных артерий встречается у 25% больных с митральным пороком. Постинфарктные дефекты межжелудочковой перегородки встречаются у 1–2% больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда. У выживших пациентов постинфарктный разрыв межжелудочковой перегородки приводит к быстрому прогрессированию сердечной недостаточности, обусловленной значительным сбросом крови слева направо на уровне желудочков сердца. Единственным методом лечения больных с постинфарктным разрывом межжелудочковой перегородки до настоящего момента являлась хирургическая. В настоящее время все большее применение находит малоинвазивная тактика с применением окклюдеров для межжелудочковых дефектов Amplatzer.

Материал и методы. Мы выполнили успешную одномоментную коррекцию порока митрального клапана и стенотического поражения коронарных артерий у 4 пациенток и стентирование коронарных артерий с устранением постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки у 1 пациентки 68 лет. Во время проведения всех операций проводилась трансартериальная эхокардиография (ТТЭхоКГ), или при недостаточной визуализации – трансэзофагеальная эхокардиография (ТЭЭхоКГ) для контроля за проведением транссептальной пункции, положением окклюдера, оценки непосредственных результатов процедуры и своевременного выявления возможных осложнений (гемоперикард, разрыв створок митрального клапана). Во всех случаях коррекции митрального порока первым этапом выполнялось стентирование коронарных артерий и после него – транссептальная пункция и митральная вальвулопластика. В случае устранения дефекта межжелудочковой перегородки первым этапом также было выполнено стентирование коронарных артерий.

Результаты. Во всех случаях оперативное лечение было успешным, осложнений не было. В случае устранения дефекта межжелудочковой перегородки отмечен резидуальный шунт через диски окклюдера, который закрылся через 6 мес после коррекции.

Выводы. Одномоментная эндоваскулярная коррекция приобретенных пороков сердца и стентирование коронарных артерий являются эффективным и малотравматичным методом лечения. Обеспечение интраоперационной ТТЭхоКГ и ТЭЭхоКГ, опыт и слаженная работа операционной бригады позволяют предотвратить возможные осложнения и интраоперационно оценить эффективность коррекции пороков.

Клиническая эффективность стентирования коронарных артерий при остром инфаркте миокарда

Маджитов Х.Х., Алимов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Астана, Республика Казахстан

Цель: изучить эффективность стентирования клинико-зависимой коронарной артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. В настоящее исследование было включено 156 больных, поступивших с диагнозом “острый