

“Stent for Life”. Конечная цель – максимально быстрая доставка больных в катетеризационную лабораторию для открытия инфаркт-зависимой артерии и обеспечение ранней реперфузии миокарда. Благодаря активной помощи государственной администрации области и содействию Украинской ассоциации интервенционных кардиологов на базе областной клинической больницы создан прообраз “Реперфузионного центра”, оказывающего помощь STEMI-пациентам в режиме 24 часов в сутки (24/7).

Цель работы: провести анализ результатов первичного перкутанного коронарного вмешательства (п-ПКВ) у пациентов с STEMI при внедрении региональных медицинских программ.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов с STEMI после п-ПКВ и статистические данные работы кардиологических отделений области. Изучено 890 случаев. Оценка эффективности основывалась с учетом конечной точки – госпитальной летальности.

Результаты. За 9 мес 2013 г. выполнено п-ПКВ 280 пациентам (31,5%) с STEMI. Летальность составила 4,8%. Ограничений для проведения п-ПКВ (возраст, пол, наличие сахарного диабета и фракции выброса левого желудочка, кардиогенный шок) не было. За этот же период в области зарегистрировано 610 (68,5%) пациентов с STEMI, которым п-ПКВ не проводилось (отказ пациента или невозможность его транспортировки). Этим пациентам выполнялась тромболитическая и/или консервативная терапия. Летальность в этой группе составила 9,8%.

Выводы.

1. Рутинное проведение первичного ПКВ пациентов с STEMI в первые часы от начала симптомов является приоритетной задачей лечения.

2. Выполнение региональных программ с продуманным “локальным протоколом” (последовательность действий, система 24/7, внедрение логистики с учетом специфики области) позволило оказывать высокотехнологическую медицинскую помощь населению и снизить вдвое летальность у пациентов с STEMI.

Ангиографическая характеристика проходимости венечных артерий после тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST

Шапалов Н.А., Зинченко А.В., Некрасов Д.А., Пелешенко А.С., Некраса А.И., Нестер О.Е., Дяченко М.Ю., Саньков А.И., Пономарева Е.В.

Луганская областная клиническая больница, Украина

Основополагающим в лечении пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST (STEMI) является экстренное восстановление коронарного кровотока путем первичного перкутанного коронарного вмешательства (п-ПКВ) и/или тромболитической терапии (ТЛТ). Своевременная коронарная реперфузия снижает летальность и улучшает прогноз качества дальнейшей жизни. Эффективность ТЛТ по ангиографическим критериям изучена недостаточно.

Цель работы. Оценить степень реперфузии в коронарных артериях непосредственно после ТЛТ по данным селективной коронарографии (КВГ).

Материал и методы. Обследован 81 больной с STEMI (средний возраст – 61 год ± 8 лет) после тромболизиса (стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза) по общепринятым схемам. Всем больным выполнялась селективная КАГ и при необходимости ПКВ соответствующей инфаркт-зависимой артерии в первые 12 ч заболевания. Пациентам была проведена ТЛТ в первые 5 часов от начала болевого синдрома (210,4 ± 63 мин).

Результаты. По данным КВГ выделены следующие группы: 1-я группа – 20 больных (24,69%), неэффективная ТЛТ (тромботическая окклюзия инфаркт-зависимой артерии TIMI-0); 2-я группа – 47 больных (58,02%), сомнительно эффективная ТЛТ (остаточный тромбоз, резидуальный стеноз в инфаркт-зависимой артерии >70% ограничивающие кровоток до TIMI I, II); 3-я группа – 14 больных (17,28%), клинически эффективная

ТЛТ (остаточное сужение инфаркт-зависимой артерии <70%, кровоток TIMI III).

Достоверных различий по возрасту, полу, сопутствующей патологии между группами не было. У пациентов 1-й и 2-й групп выполнены ПКВ. В 3-й группе проводилось консервативное лечение согласно стандартным протоколам с последующей оценкой отдаленных результатов от 3 до 6 мес.

Выводы.

1. ТЛТ у больных с STEMI требует выполнения КВГ по неотложным показаниям с решением вопроса о ПКВ.

2. Использование ТЛТ в первые часы развития STEMI при отсутствии возможности проведения п-ПКВ позволяет в большинстве случаев восстановить кровоток в коронарных артериях и создать временные условия для транспортировки пациентов в реперфузионный центр.

Опыт применения съемных кава-фильтров в профилактике ТЭЛА в условиях региональной больницы скорой медицинской помощи

Шарафутдинов М.Р., Якубов Р.А., Тарасов Ю.В., Хайрутдинов А.И., Фатхуллин Р.Х., Чахоян А.М., Валиуллин Д.Х.

ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны

Цель работы: представить опыт клиники по работе с временными кава-фильтрами при профилактике ТЭЛА.

Материал и методы. Для временной установки кава-фильтра отбирались пациенты с доказанным флотирующим тромбом протяженностью более 4 см по данным УЗДС вен нижних конечностей и/или по данным ангиографии. Показанием к установке фильтра в постоянной позиции являлась рецидивирующая ТЭЛА на фоне адекватных значений МНО. Для профилактики ТЭЛА использовались съемные кава-фильтры Optease (фирма Cordis) и ALN. Для удаления применялись различные петлевые ретриверы и ALN retriever kit. Фильтры устанавливали в инфраренальной позиции предпочтительно бедренным доступом, реже кубитальным и яремным доступами. Для удаления фильтров, уловивших тромбы, использовался правый яремный доступ.

Результаты. Всего было установлено 43 фильтра, из них Optease-28, ALN-15, удалено 34 фильтра. Кава-фильтры удаляли в различные сроки – от 3 до 215 сут, в среднем на 20-е сутки. В случае обнаружения в фильтре тромботических масс перед его удалением применялся катетер “ТРЭКС” (фирма “Комед”), всего было 9 таких случаев. Также был 1 случай, когда фильтр Optease был использован в качестве временного стента в нижнюю полую вену.

Технический успех при установке кава-фильтра составил 100%, при удалении успех операции – 97%, одному пациенту фильтр удалить не удалось на сроке 170 дней. Случаев ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра у пациентов выявлено не было. Однако у двух пациентов развился синдром нижней полой вены на сроках свыше 60 суток.

Выводы. Операция по установке кава-фильтра – спасительная операция для больного. Однако это потенциально инвалидирующая операция. Если кава-фильтр может быть удален, он должен быть удален. Применение катетера “ТРЭКС” позволило удалять ранее “неудаляемые” кава-фильтры с тромботическими массами на фильтре.

Первый опыт применения высоких эндоваскулярных технологий в лечении пораженных артерий нижних конечностей

Шарафутдинов М.Р., Якубов Р.А., Тарасов Ю.В., Хайрутдинов А.И., Фатхуллин Р.Х., Чахоян А.М., Валиуллин Д.Х.

ГАУЗ РТ “Больница скорой медицинской помощи”, г. Набережные Челны

Приблизительно каждый 20-й пациент в возрасте старше 50 лет имеет атеросклероз артерий нижних конечностей, в пересчете на цифры это 8 миллионов жителей. При этом леталь-