

или момента развития РПИС. В случае номинальных переменных учитывался факт наличия признака. Для замены интервальных переменных на номинальные определялась пороговая величина признака, при достижении которой различия в группах становились статистически значимыми.

Определение предикторов РПИС у больных ИМПСТ осуществляли в 2 этапа. На первом этапе отбирали признаки, ассоциированные с достоверно высоким относительным шансом развития (OR) РПИС. На втором этапе исследования оценивали прогностическую значимость отобранных признаков на независимой выборке, сопоставимой с исследуемыми группами. В зависимости от значимости показателей прогностической ценности предикторы ранжированы по рангам. Признаки, имеющие высокую прогностическую значимость, расценивали как предикторы РПИС.

Результаты. Определены клинические, лабораторные, молекулярно-генетические, инструментальные признаки, наличие которых определяло достоверно высокий OR РПИС. Оценка критериев прогностической значимости позволила определить предикторы развития РПИС. Наиболее значимым предиктором РПИС у больных ИМПСТ установлено наличие рецидивов ангинозных болей в течение 1 суток заболевания (OR=5,79; 95% CI 1,59–21,02). Вероятность правильного прогноза РПИС при наличии данного симптома составила 0,85. При этом признак был высоко специфичен (0,96) и чувствителен (0,74). Доля пропуска в прогнозе РПИС была низкой и составила 0,26. Аналогичные по прогностической значимости были: наличие нестабильной стенокардии, предшествующей развитию ИМПСТ (OR=4,07; CI 95% 1,91 – 8,71), наличие у больных в первые 6 часов от развития заболевания лейкоцитоза $14 \times 10^9/\text{л}$ (OR=20,8; 95% CI 5,99–72,34). Вышеназванные предикторы отнесены к первому, наиболее высокому по прогностической значимости, рангу. Определены предикторы 2 и 3 ранга прогностической значимости. К предикторам 2 ранга по прогностической значимости отнесены: наличие в первые 6 часов ИМПСТ уровня СРБ ≥ 10 мг/л (OR=2,78; 95% CI 1,38–5,61); диастолическая гипертензия ≥ 100 мм.рт.ст. в течение последнего года, предшествующего ИМПСТ (OR=6,97; 95% CI 3,09–15,75); носительство генотипа II ACE гена (OR=2,84; 95% CI 1,61–5,02). К 3 рангу отнесены следующие предикторы: глюкоза ≥ 8 ммол/л в первые 6 часов ИМПСТ (OR=2,32; 95% CI 1,16–4,65); систолическая гипертензия ≥ 170 мм.рт.ст. в течение последнего года, предшествующего ИМПСТ (OR=2,55; 95% CI 1,28 – 5,09); факт курения (OR=3,81; 95% CI 1,88–7,7); развитие болевого приступа в покое в дебюте заболевания (OR=4,57; 95% CI 2,25–9,29).

Выводы. Определены предикторы РПИС у больных ИМПСТ, имеющие высокую степень прогностической значимости.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В СОЧЕТАНИИ С ЭВП: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Васильев П.С., Костянов И.Ю.,
Колединский А.Г., Громов Д.Г., Роган С.В.,
Сухоруков О.Е., Ковальчук И.А.,
Абильдинова А.Ж., Хамбазаров Ш.Б., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной
кардиоангиологии, Москва, Россия

Цель работы. Изучить госпитальные и отдаленные результаты раннего поэтапного восстановления нарушенного кровоснабжения сердца у больных ОИМ.

Материал и методы. Ретроспективно изучены результаты обследования и лечения 1029 больных ОИМ с подъемом ST и догоспитальным системным тромболизисом, которые были пролечены в НПЦИК в период с 1 января 2001 г. по 30 сентября 2010 г. включительно. Средний возраст пациентов составил $57,38 \pm 10,2$ лет, пациентов мужского пола было 864 (84%) человека.

Течение заболевания оценивалось по следующим критериям: ФВ левого желудочка, наличие постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости, развитие рецидива ОИМ, летальность от ОИМ.

Результаты. В первые 6 часов от начала ОИМ было обследовано (КАГ, ВГ) 945 (91,8%) пациентов с ОИМ и ТЛ. Эффективность тромболизиса составила 67%, средняя величина стенозирующего поражения ИОА — $83,22 \pm 16,36\%$. У 678 (65,8%) пациентов одномоментно выполнены успешные ЭВП, летальность — 1,9%. У 16 (1,5%) пациентов ЭВП были безуспешные, летальность в этой группе — 25%. 351 (34,1%) пациенту была рекомендована плановая реваскуляризация миокарда или медикаментозная терапия. Летальность в этой группе — 4,2%. Средняя ФВ (%) всех экстренно обследованных пациентов с ОИМ и ТЛТ составила $52,7 \pm 11,9$, наиболее низкие показатели левожелудочковой функции были в группе больных ОИМ с неэффективным ТЛ и безуспешной ЭВП на ИОА — $42,8 \pm 9,8\%$, что достоверно различалось с показателями ФВ пациентов с эффективным ТЛ — $56,4 \pm 11,1\%$.

Не осложненное госпитальное течение отмечалось у 759 (80,3%) пациентов, рецидив ОИМ развился у 28 (2,9%) пациентов, ранняя постинфарктная стенокардия у 89 (9,4%), сердечная недостаточность II-IV степени (Killip) у 48 (5,1%) пациентов, скончались от ОИМ 17 (1,8%) пациентов.

Наименее благоприятное клиническое течение наблюдалось в группе больных ОИМ с неэффективным ТЛ и безуспешной ЭВП (n=16): не осложненное госпитальное течение в этой группе отмечалось у 6 (37,5%) пациентов, ранняя постинфарктная стенокардия у 1 (6,25%), нарушения ритма и проводимости отмечены у 5 (31,2%) пациентов, сердечная

недостаточность II-IV степени (Killip) у 4 (25%) пациентов, скончались от ОИМ 4 (25%) пациентов.

Контрольное обследование пациентов с ОИМ и ТЛ в отдаленном периоде проводилось в среднем через $8,7 \pm 1,5$ месяцев. Получена информация о состоянии 751 пациента (79,4%). Полное обследование в стационаре, включающее в себя селективную КАГ прошли 610 пациентов (64,5%). Клиника стенокардии отмечалась у 190 (25,2%), повторный ИМ перенесли 18 (2,4%), недостаточность кровообращения 27 (3,6%), скончались 20 (2,6%) пациентов. Контрольное обследование пациентов в группе больных ОИМ с неэффективным ТЛ и безуспешной ЭВП проведено в среднем через $8,9 \pm 2,1$ мес. Получена информация о состоянии 8 пациентов (66,6%). Полное обследование в стационаре, включающее в себя селективную КАГ прошли 6 пациентов (50%). Клиника стенокардии отмечалась у 1 (12,5%), недостаточность кровообращения 3 (37,5%), скончался 1 (12,5%) пациент.

Выводы. Использование ТЛ на догоспитальном этапе в первые часы развития ОИМ с подъемом ST позволяет восстановить антеградный кровоток в ИОА у значительной части больных (67,0%). Наиболее гладкое клиническое течение отмечается у больных ОИМ с ранней реканализацией ИОА, по сравнению с пациентами с неэффективным ТЛ или без ЭВП. Проведение ЭВП больным ОИМ с догоспитальным ТЛ достоверно снижает летальность, частоту рецидива ОИМ, постинфарктной стенокардии и сердечной недостаточности. Всем пациентам с ОИМ и ТЛ показано проведение urgentной КАГ для объективной оценки состояния коронарного русла и выбора лечебной тактики.

ПРИЖИЗНЕННЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Васильев С.В., Коган М.И., Антоненко И.В., Мальцев Е.А., Лахтин В.В., Ротенко Р.В.
ГУЗ ТО ЦМК «Салехардская окружная клиническая больница», ЯНАО, Салехард, Россия.

Цель исследования. Показать ценность рентгенохирургических методов обследования.

Методы. Функционирующая многоцелевая служба рентгенэндоваскулярной хирургии в многопрофильной больнице.

Результаты. В течение года обратившийся для стационарного обследования пациент Б. 44 лет периодически ощущал сжимающий дискомфорт в груди, как при обычных физических нагрузках, так и без них (редко). При поступлении в отделение кардиологии, помимо типичных проявлений стенокардии, – изменения на ЭКГ в виде депрессии сегмента ST на 2.5 мм по передне-перегородочным и верхушечным отведениям, с нормализацией электрокардиограммы в последующем. На коронарографии (КАГ) выявлено anomальное отхождение левой венечной

артерии длинным стволом из правого коронарного синуса, артерия лежит между аортой и легочным стволом. Гемодинамически значимых изменений в системах левой и правой коронарной артерий не выявлено.

Выводы. По данным литературы, в мире документировано менее 50 случаев прижизненной диагностики аномалии отхождения левой венечной артерии из правого коронарного синуса (тысячи случаев – по данным вскрытия у лиц молодого возраста от внезапной смерти). КАГ является ценным методом диагностики у лиц с типичными проявлениями ИБС. Не все больные с ИБС имеют атеросклеротический генез симптомокомплекса болезни.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ РЕПЕРFUЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ОИМПСТ

Васильева Е.Ю., Скрипник Д.В., Назаров А.В., Резцов Р.Ю., Шпектор А.В.
Кафедра кардиологии ФГДО МГМСУ, Москва, Россия

Основным методом лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) является восстановление кровотока по окклюзированной инфаркт-связанной артерии. Этого можно добиться фармакологическим (тромболизис) или механическим (ЧКВ) путем. Возможна и комбинация этих методов, т.е. фармако-инвазивная реперфузия (ФИР). Мета-анализ Kelly E. с соавторами 23 рандомизированных исследований при ОИМпST доказывает однозначное преимущество ЧКВ в ранние сроки перед системным тромболизисом (ТЛ), так как достоверно снижает летальность и частоту повторных инфарктов миокарда. Однако, в силу финансовых и организационных сложностей, проведение ЧКВ всем больным с ОИМпST невозможно даже в развитых странах мира, о чем свидетельствуют Европейские и Американские национальные регистры.

Цель настоящей работы заключалась в сравнении эффективности различных методов реперфузии миокарда у больных ОИМпST.

Материал и методы. В исследование вошли 675 пациентов ОИМпST, которым была проведена реперфузия миокарда. Больные с кардиогенным шоком из анализа были исключены. Все пациенты были разделены на три группы: группа ЧКВ (N=192), ФИР (N=150) и ТЛ (N=333).

Чрескожное коронарное вмешательство проводилось с применением коронарных проводников, баллонных катетеров, покрытых и непокрытых лекарствами коронарных стентов, катетеров для мануальной аспирации тромбов.

Стентирование инфаркт-связанной артерии проводилось в 99% случаев.