

Заключение: Для исследованных бифуркационных поражений, пошаговое использование provisional T-стентирования превосходило тактику комплексного лечения с использованием техники (crush или culotte) по всем показателям

Учитывая тот факт, что в комплексной группе было отмечено большее количество осложнений, таких как: интраоперационный ИМ, наличие гемоперикарда, тампонады сердца и др., а также тот факт, что пациенты в комплексной группе имели значительно большую длину стентов, сама процедура занимала дольше времени, была больше доза облучения, большее число расходных материалов. Всё это говорит не в пользу более сложной методики стентирования бифуркационных поражений.

МОЯ ОСЛОЖНЁННАЯ КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПРИ ОИМ

Мельников А. В.

Центр интенсивной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск, Россия

Доклад посвящён экстренной коронарной ангиопластики при ОИМ, которая проводилась пациенту в состоянии клинической смерти 19.08.2009года.

Пациент доставлен в приёмно-диагностическое отделение с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в оба плеча, шею с неполным эффектом от наркотических анальгетиков на этапе скорой помощи.

В ПДО установлен диагноз: Острый крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ от 19.08.2009г. СН I ст.

В ПДО после осмотра и беседы с пациентом о необходимости проведении КАГ – внезапное ухудшение состояния: потеря сознания, АД и пульс не определяется. По ЭКГ: фибрилляция желудочков. Начаты реанимационные мероприятия. В состоянии клинической смерти пациент доставлен в рентген операционную.

На КАГ: Сбалансированный тип кровообращения миокарда. Диффузные изменения коронарных артерий. Стеноз ПМЖВ в с/з 70%. Оклюзия ПКА в 1/3.

Произведена реканализация ПКА. Техник «прямого» стентирования имплантирован стент «Liberte» 4.0 x 28мм. Просвет артерии восстановлен. Кровоток TIMI III.

Заключение: В послеоперационном периоде состояния больного в первые пять суток оставалось тяжёлым, с положительной динамикой. Тяжесть состояния была обусловлена постреанимационной болезнью, острой стадией инфаркта миокарда нижней стенки ЛЖ, клиническими проявлениями постгипоксического отёка головного мозга.

На шестые сутки после вмешательства пациент экстубирован. Гемодинамически стабилен.

На девятые сутки переведён из кардиореанимации в профильное отделение на дальнейшее лечение.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОМ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ)

Михальчикова Н.А., Бурова Н.Н.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ и СР РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: разработать регистр Острого инфаркта миокарда (ОИМ) для получения объективной информации о демографических, клинических характеристиках больных ОИМ, о сроках и объеме специализированной помощи больным ОИМ.

Материал и методы: Сотрудниками НИЛ разработан регистр ОИМ на основе протокола регистра ОКС, проводимый Европейским обществом кардиологов (Euro Heart Survey). Формирование базы данных представлено в стандартной программе Access, что позволяет работать как на PC, так и на бумажном носителе. Регистр адаптирован для условий Российского региона и состоит из четырех блоков. В первый блок включена информация о догоспитальном этапе (в том числе о сроках развития заболевания, характере и объеме оказываемой помощи на этапе скорой медицинской помощи). В информацию 2 блока включен этап лечения больного в отделении реанимации (длительность пребывания в ОАР, клинические характеристики, включая наличие и характер осложнений, показатели гемодинамики, объем терапии). Характеристика течения ОИМ в кардиологическом отделении /отделении для лечения больных ОИМ/ собрана в 3 блоке и включает данные об объеме терапии, результаты обследования, особенности клинической картины, осложнений ОИМ. В 4 блок внесены сведения о реабилитации и исходах заболевания. В случаях эндоваскулярного / кардиохирургического вмешательства в регистр вносятся данные о сроках коронарографии, характере поражения коронарного русла и об объеме выполненного оперативного лечения. В случаях летального исхода вносятся результаты патолого-анатомического исследования.

Проанализированы данные регистра по двум стационарам г. Санкт-Петербурга: I - многопрофильный стационар, имеющий отделение анестезиологии и реанимации для лечения кардиологических больных, специализированное кардиологическое отделение для лечения больных ОИМ и не имеющий в составе больницы КХО / отделения рентгенэндоваскулярной хирургии и II – кардиологический стационар, имеющий все подразделения для оказания высокоспециализированной помощи больным ОИМ, включая отделение рентгенэндоваскулярной хирургии и кардиохирургическое отделение.