

**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 КРОНАРНАЯ 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%. Окклюзия ПКА в 1/3.

Произведена реканализация ПКА. Техникой «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.

**Результаты:** В I-м стационаре в регистр включены 795 больных с ОИМ, во II-м стационаре – 359 больных. В обоих стационарах обращает внимание позднее обращение больных за медицинской помощью и, соответственно, поздняя госпитализация. Среди больных с ОИМ с elevацией сегмента ST, поступивших в стационары в первые 12 часов заболевания, системный тромболизис выполнялся только во II стационаре (89,3% больным). Коронароангиография проводилась 1 больному, лечившемуся в I стационаре и 68,5% больным II стационара. Оперативное вмешательство выполнено 1 больному I стационара (PCI) и 219 больным, получавшим лечение во II стационаре (146 больным – PCI, 73 - аортокоронарное шунтирование). Проанализированы характер и частота осложнений ОИМ в стационарах. Летальность среди больных была достоверно выше в I стационаре (20,5% и 7,2% соответственно,  $p < 0,0001$ ).

**Выводы:** Разработанный регистр позволяет выявить особенности течения ОИМ, определить реальную потребность в лекарственных препаратах и высокотехнологичной медицинской помощи, рассчитать материальные затраты, а также наметить пути совершенствования в оказании помощи больным ОИМ.

#### **ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА И БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

Мовсесянц М.Ю., Бобков Ю.А., Белякин С.А.,  
ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны  
России», Красногорск, Россия

Иванов В.А., Трунин И.В., Терехин С.А., Иванов А.В.  
Введение: Ангиографическая диагностика поражений ствола ЛКА не вызывает сомнений в отношении тактики лечения при выраженных стенозах. Однако ряд исследований, в которые были включены пациенты с пограничными поражениями ствола ЛКА, продемонстрировали отсутствие различий по показателям выживаемости и большим кардиальным событиям в группах отсрочки и хирургического лечения при гемодинамически незначимых результатах фракционного резерва кровотока (ФРК). С другой стороны, при выраженных поражениях ствола ЛКА, результаты ряда исследований продемонстрировали необходимость использования ВСУЗИ после стентирования с достижением следующих критериев: минимальная площадь просвета внутри стента  $\geq 8,7$  мм<sup>2</sup>, полная аппозиция стента, полное покрытие поражения по длине и отсутствие осложнений.

В настоящее время нет единого мнения в отношении оптимальной тактики стентирования при бифуркационных поражениях коронарных артерий. Ряд исследований продемонстрирова-

ли сопоставимые результаты при использовании двух или одного стентов. Также проведены исследования, в которых в качестве руководства для дальнейшей тактики ЧКВ используются результаты измерения ФРК.

**Материал и методы:** С 2007 года в клиническую практику госпиталя внедрен алгоритм при поражениях ствола ЛКА на этапах диагностики и вмешательства. При стенозах ствола ЛКА с сужением просвета от 30 до 50% по диаметру, которое сочетается либо с пограничными поражениями в других отделах системы левой и/или правой коронарных артерий, либо с выраженными стенозами не более чем двух эпикардиальных артерий с возможностью выполнения ЧКВ, выполняется измерение ФРК в стволе ЛКА. При значениях ФРК более 0,8 в зависимости от поражений в других отделах системы левой или правой коронарных артерий пациенту назначается либо медикаментозная терапия, либо выполняется ЧКВ. Согласно указанным критериям включено 8 пациентов: 3 пациентам назначена медикаментозная терапия и 5 больным выполнено вмешательство в ПНА, ОА или ПКА.

Вмешательства при выраженных поражениях ствола ЛКА до и после имплантации стента сопровождаются ВСУЗИ. До настоящего времени выполнено 22 вмешательства при поражении ствола ЛКА под контролем ультразвука.

С 2007 года проводится исследование при «истинных» и «ложных» бифуркационных поражениях, исключая поражения ствола ЛКА. Обязательным критерием включения в исследование является наличие ангиографической компретации устья ДВ после имплантации стента в ПНА с сужением просвета 60-80% по диаметру. После имплантации стента в ПНА выполняется измерение ФРК в ДВ. Несмотря на гемодинамически незначимые показатели фракционного резерва кровотока, в одной группе «истинных» поражений ( $n = 13$ ) имплантировалось два стента, в другой группе ( $n = 14$ ) вмешательство завершалось дилатацией киссинг-техником. При «ложных» поражениях – в одной группе ( $n = 9$ ) вмешательство завершалось дилатацией киссинг-техником, в другой ( $n = 8$ ) вмешательство ограничивалось имплантацией стента в ПНА.

**Результаты:** У 8 пациентов с пограничными поражениями ствола ЛКА и гемодинамически незначимыми результатами ФРК выживаемость без кардиальных событий в течение 12 месяцев составила 100%.

У 27 пациентов с выраженным поражением ствола ЛКА после имплантации стента в 14 случаях (52%) на основании результатов ВСУЗИ использовались баллоны либо большего диаметра, либо высокого давления.

Через 12 месяцев наблюдения в группах «истинного» и «ложного» бифуркационных поражений не определялось различий по показателям возврата стенокардии, повторной реваскуляризации, инфаркта и смерти.