осложнений. Выживаемость при ДБСТ за 35 мес. (2 года 11 мес.) составила 89%, а выживаемость без повторных реваскуляризаций при ДБСТ — 75%.

Заключение. Коронарный кальциноз при ДБСТ (СКВ) развивается быстрее и более выражен по сравнению с пациентами, не страдающими ДБСТ. Выполнение операций коронарного шунтирования по поводу коронарного атеросклероза на фоне ДБСТ связано с повышенной частотой госпитальных осложнений и событий, а также со снижением отдаленной до 3 лет выживаемости и доли пациентов без повторных реваскуляризаций.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И АНГИОПЛАСТИКИ

Садыков Т.Т., Самко А.Н., Меркулов Е.В.,
Мионов В.М., Жамгырчиев Ш.Т., Староверов И.И.
РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия.

Стратегия «облегченной ЧКВ» при остром инфаркте миокарда (ОИМ) до настоящего времени используется во многих странах мира. К ее потенциальным преимуществам относится ранняя по времени реперфузия (если она начата на догоспитальном этапе или сразу при поступлении в клинику), меньшая площадь инфаркта, меньший объем тромбоза в инфаркт-связанной артерии и нередко более высокая частота успешных процедур ангиопластики (ТКА).

Поэтому **целью** данного **исследования** было оценить непосредственные клиничко-ангиографические результаты ТКА у больных с ОИМ с подъемом сегмента S-T после успешной или безуспешной тромболитической терапии (ТЛТ).

В исследование включено на проспективной основе 68 больных (ср. возраст 58±8 лет) с ОИМ, которым была выполнена ТКА в первые 6 часов от начала заболевания: в 1-ю группу вошли 37 больных с успешной ТЛТ, во 2-ю группу — 31 больной после безуспешной ТЛТ по данным коронарографии. Достоверных различий по возрасту, полу, гиперхолестеринемии, сахарному диабету и фракции выброса левого желудочка между группами не было. В обеих группах успех ТКА (достижение кровотока не менее TIMI 3) составил 100%, количество имплантируемых стентов на пациента составило 1.4 (от 1 до 3). Серьезных сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах не было отмечено в госпитальный период, геморрагические осложнения не потребовавшие трансфузии — в 1 гр. было у 3-х больных, во 2-й — у 2.

Таким образом, ТКА у больных с ОИМ в первые 6 часов применялась безопасно и с высоким процентом успеха вне зависимости от результатов

ТЛТ. Отдаленные результаты наблюдения через 3 и 6 месяцев в этих группах будут доложены на съезде.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ УСТАНОВКИ ОККЛЮДЕРОВ БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ДМПП И ОАП)

Сарычев П.В., Тимошин И.С., Булынин А.В.,
Афанасьев А.В., Виноградская В.В., Лаптиев Р.В.
ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия.

Цель работы. Представить пятилетний опыт эндоваскулярного лечения ДМПП и ОАП с помощью окклюдеров.

Материал и методы. В ГУЗ ВОКБ №1 с 2005 г. используется метод закрытия врожденных пороков сердца с помощью окклюдеров. За пятилетний период были установлены 35 устройств: 24 при ДМПП и 11 при ОАП. Операции проводились под местной анестезией, у детей моложе 9 лет выполнялся внутривенный наркоз. До 2007 г. на стадии обследования пациентов с ДМПП, мы выполняли ЭхоКГ сердца трансторакальным методом, зондирование полостей сердца с измерением дефекта «измерительным» баллоном. Полученные данные измерения дефекта инвазивными и УЗ методиками в большинстве случаев отличались. В течение последних трех лет для лучшей верификации размера дефекта, на диагностическом этапе мы используем транспищеводный датчик для ЭхоКГ, что привело к более точному определению размера дефекта, оценке его краев и структуры. С использованием данного подхода к диагностике ошибок в подборе окклюдеров стало меньше, но единичные случаи все же наблюдались. Что бы их исключить, мы стали производить измерение дефекта «sizing» баллоном под УЗ контролем транспищеводным датчиком до прекращения сброса.

Результаты. В 23 случаях лечения ДМПП наблюдалось полное закрытие дефекта, в одном — резидуальный сброс сохранялся в течение 6 месяцев. При лечении всех ОАП в 100% случаях наблюдалось полное закрытие дефекта. Таких осложнений как смерть или случаев, требующих открытых оперативных коррекций в нашей практике не наблюдалось. Используя для измерения ДМПП ЭхоКГ транспищеводным датчиком, количество диагностических ошибок стало значительно меньше.

Выводы. Соблюдение правил постановки окклюдеров, тщательный диагностический отбор пациентов с ДМПП и ОАП позволяет эффективно выполнять эндоваскулярные методы их закрытия окклюдерами. Использование транспищеводного датчика при ЭхоКГ у больных с ДМПП на догоспитальном этапе, позволяет более точно определить размер дефекта, а использование УЗ контроля во время измерения

«sizing» баллоном позволяет избежать ошибок при подборе размеров окклюдеров, более детально определить структуру и характер дефекта

ВРЕМЯ «DOOR-TO-BALLOON» КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СТАЦИОНАРЕ С КРУГЛОСУТОЧНО РАБОТАЮЩЕЙ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИЕЙ

Седова Е.В., Алексеева Н.С., Козлов К.Л.,
Долгонова Т.В., Богачев А.А.
ЗАО КардиоКлиника, Санкт-Петербург, Россия

Введение. При остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST необходимо как можно более быстрое восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии. Это положение доказано рядом клинических исследований и результатами крупных регистров и не вызывает сомнений. В отечественных и международных рекомендациях указано, что методом выбора при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST является чрескожная ангиопластика. При этом максимально быстрое вмешательство напрямую влияет на эффективность реперфузии, выживаемость, частоту осложнений, восстановление фракции выброса левого желудочка.

Наиболее важным, с точки зрения работы стационара, является время «door-to-balloon» (дверь-баллон), то есть, время от госпитализации пациента в стационар с ангиографической лабораторией до раздутия баллона в инфаркт-связанной артерии.

В работе Cannon et al. (2000) на 27000 пациентах со STEMI, подвергшихся экстренной ангиопластике, показано что время «door-to-balloon» меньше 2-х часов было важным фактором, влияющим на смертность в независимости от сроков доставки в стационар. В последних европейских рекомендациях по реваскуляризации миокарда (2010) есть указания, что время «door-to-balloon» не должно превышать 90 мин: это позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения. При этом наилучший прогноз достигается в стационарах, где проведение экстренной ангиопластики доступно 24 часа 7 дней в неделю.

Цель. Оценить влияние сроков и качества оказания медицинской помощи на выживаемость и длительность госпитализации у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в условиях частной кардиологической клиники.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 42 пациента с элевацией сегмента ST на 1 и более мм в двух и более последовательных отведениях ЭКГ с болевым синдромом от 45 минут до 12 часов, поступивших с января 2008 по

сентябрь 2009 года в рентгенангиографическое отделение интервенционной кардиологии частной кардиологической клиники — ЗАО «КардиоКлиника». Всем пациентам были выполнены экстренные операции ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной артерии.

В 3-х случаях проводилась экстренная ангиопластика в связи с неэффективным тромболитизмом (сохранение болевого синдрома и подъема сегмента ST), выполненная в других стационарах города. Мужчины составили 72% (n=30), средний возраст 57,6 года. У 28% пациентов (n=13) из сопутствующих заболеваний имелись сахарный диабет (в т.ч. впервые выявленный) или нарушение толерантности к глюкозе. 69% пациентов (n=29) страдали гипертонической болезнью, из них у 11% (n=5) артериальная гипертензия была выявлена впервые. Инфаркт миокарда в анамнезе был документирован 11% пациентов (n=5). Всем пациентам назначались аспирин, гепарин, клопидогрель. Для пациентов, не получавших антиагрегантную терапию до поступления, нагрузочная доза клопидогреля перед ангиопластикой составляла 600 мг. При поступлении в отделение пациентом подписывалось информированное согласие на процедуру коронарографии и потенциальной ангиопластики, обеспечивался венозный доступ, выполнялись экспресс-анализы на гемоглобин, креатинин, калий, глюкозу, тропонин, каждые 10 минут проводилась регистрация ЭКГ. В первые минуты поступления всем пациентам выполняли эхокардиографическое исследование непосредственно в палате интенсивной терапии.

Результаты. В 97% случаев коронарография выполнялась через бедренный доступ. Одной пациентке коронарография и ангиопластика были проведены через брахиальный доступ в связи с высоким риском кровотечений на фоне бесконтрольного приема непрямых антикоагулянтов (МНО 4,2). При выполнении коронарографии однососудистое поражение коронарных артерий было выявлено у 71 % пациентов (n=30), у 19 % — двухсосудистое (n=8). В 9% случаев (n=4) выявлено многососудистое поражение коронарных артерий с признаками острого тромбоза в инфаркт-связанной артерии. 42% (n=18) составило поражение передне-межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Кровоток TIMI 0 по инфаркт-связанной артерии наблюдался в 34 (80%) случаях, TIMI 1 — в 2 (4%), TIMI 2 — в 3 (7%), TIMI 3 — в 3 (7%). Всем пациентам выполнялась экстренная ангиопластика и стентирование одним или двумя стентами инфаркт-связанной коронарной артерии. Предилатация проводилась в 100% случаев. Процедуры ангиопластики и стентирования нецелевого сосуда (non-culprit lesion) не проводились. Во всех случаях была достигнута реканализация инфаркт-связанной артерии. Синдром “no-reflow” (синдром отсутствия кровотока) отмечался в двух случаях, синдром “slow-flow”