

ния позволили снизить процент неблагоприятных исходов, летальность остается высокой. В последние годы значимая роль в патогенезе КШ придается развитию синдрома системной вазопатической реакции (ССВР).

Целью работы явилось изучение выраженности ССВР у больных инфарктом миокарда, осложнившимся развитием кардиогенного шока, её зависимости от тактики лечения подобных пациентов.

Материал и методы: В исследование включались больные ИМ, поступившие не позднее 6 часов после развития КШ. После оценки клинических, лабораторных показателей, инвазивной оценки показателей центральной гемодинамики, в исследование включено 55 пациентов (33 мужчины, 22 женщины). Пациенты были разделены на 4 сопоставимых по полу, возрасту и сопутствующей патологии группы в зависимости от тактики лечения: консервативная терапия (I группа, n=16), системная тромболитическая терапия (ТЛТ) (II группа, n=16), экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) (III группа, n=16) и операция коронарного шунтирования по экстренным показаниям (IV группа, n=7). Внутриаортальная баллонная контрпульсация применялась во всех группах. Начиная с момента включения в исследование, пациентам проводилось серийное определение уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей- α (ФНО α), прокальцитонина (РСТ) - в первые 24 часа КШ с интервалом в 6 ч., далее – каждые 12 ч., также каждые 12 ч. производилась интегральная оценка тяжести состояния с использованием шкалы APACHE IV. Оценивалась госпитальная летальность больных ИМ, осложненным КШ.

Результаты: Достоверных различий гемодинамических показателей при поступлении между группами не выявлено. Госпитальная летальность в I группе составила 68,75% (n=11), во II группе - 75,00% (n=12), в III группе - 56,25% (n=9), и в IV группе - 57,14% (n=4). Повышение уровня ИЛ-6, ФНО α относительно исходных отмечалось во всех группах пациентов к 12 ч. от момента развития КШ, что сопровождалось увеличением суммы баллов APACHE IV. Максимальные значения ИЛ-6 в первые 12 ч. в III группе в сравнении с I и II группами были достоверно ниже. Повышение уровня РСТ в плазме крови к 12 ч. было достоверно выше в группах I и II в сравнении с III группой. Отсутствие снижения или нарастание уровня ИЛ-6, повышение уровня РСТ в крови к 24 ч. течения КШ в I, II и III группах ассоциированы с нарастанием тяжести состояния по шкале APACHE IV, развитием полиорганной недостаточности, неблагоприятным исходом заболевания.

Выводы: Лабораторные признаки ССВР отмечаются у всех больных ИМ, осложненным развитием КШ уже к первым 12 часам течения шока. Выраженность ССВР у пациентов с КШ при проведении ЧКВ ниже в сравнении с проведением системной ТЛТ или консервативной терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ BBC ONE

Мельников А. В.

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

Результаты по данному исследованию были впервые представлены на ТСТ 2008г. в Вашингтоне Дэвидом Хилдик-Смитом.

BBC ONE – Британское бифуркационное коронарное исследование: старые, новые и развивающиеся подходы в лечении бифуркационных поражений коронарных артерий.

BBC ONE – рандомизированное сравнение простого и комплексного подхода при стентировании бифуркационных поражений коронарных артерий с использованием покрытых стентов.

В исследовании BBC ONE использовались 2 техники стентирования бифуркационных поражений:

Простая - поэтапное использование provisional T-стентирования;

Комплексная – с использованием техники crush или culotte на усмотрение рентгенохирурга.

Конечной точкой исследования являлись: Смерть, инфаркт миокарда и TVF.

Критерием отбора для данного исследования являлись бифуркационные поражения коронарных артерий требующие стентирования. При этом диаметр боковой ветки должен был быть не меньше 2.25 мм, а диаметр основного сосуда не меньше 2.5 мм.

Всего в исследовании приняло участие 500 человек. Все они были разбиты на две группы Simple и Complex по 250 человек каждая.

Результаты:

Конечная точка исследования

	Complex	Simple
Смерть	2 (0,8%)	1 (0,4%)
Инфаркт миокарда	28 (11,2%)	9 (3,6%)
TVF	18 (7,2%)	14 (5,6%)

Интраоперационный MACE

	Complex	Simple
Количество пациентов	20 (7,6%)	5 (2,0%)
Смерть	0	0
Инфаркт миокарда	18	5
АКШ	2	0

Итоги вмешательств

	Complex	Simple	p value
Время процедуры (мин.)	78	57	<0.001
Время скопии (мин.)	22	15	<0.001
Кол-во использованных проводников	3,11	2,21	<0.001
Кол-во использованных баллонов	3,97	2,26	<0.001
Кол-во использованных стентов	2,21	1,17	<0.001

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.