

крупного калибра – 1-2 мм, а при оценке коронарных артерий сотые доли миллиметра. В 30% случаев патология была выявлена только при проведении трехмерной ротационной ангиографии, а при рутинной ангиографии в стандартных проекциях была не видна.

После получения ротационного скана и построения трехмерной модели при необходимости стенки сосуда могут быть осмотрены изнутри при помощи одного из виртуальных интервенционных инструментов «Endo View», а при наличии стенотических изменений выполнить виртуальное стентирование и оценить конечный результат.

При необходимости, с помощью методики «Calci View» определяется наличие кальция в стенках сосудов.

Положительные результаты выявления кальциевых депозитов подтверждают наличие процесса атеросклеротического бляшкообразования, но эти кальцинаты не всегда соответствовали локализации стенозов.

Заключение: Трехмерная рентгеноконтрастная ротационная визуализация сосудов позволяет провести наиболее полный анализ сосудистого русла и дает возможность:

- более точно изучить топографию, объем и характер очага поражения;
- визуализировать анатомические параметры зоны изучения с минимальной погрешностью;
- провести с высокой точностью необходимые измерения в условиях операционной;
- выявить наличие кальция в атеросклеротических бляшках и определить их плотность;
- сократить время исследования;
- определить тактику предстоящих эндоваскулярных и общехирургических вмешательств в предоперационном периоде.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В МУНИЦИПАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Семенов В.Ю., Мирзонов В.А., Проскурников Г.Н., Голощапов-Аксенов Р.С.

Управление здравоохранения Московской области, Муниципальное учреждение Мытищинская городская клиническая больница, Мытищи, Московская область, Россия

Цель исследования: оценить необходимость организации отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения в муниципальных медицинских учреждениях.

Материал и методы: в декабре 2007 года при поддержке администрации Московской области впервые на базе муниципального образования области в Мытищинской городской клинической больнице создано отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Установлен

многофункциональный ангиограф фирмы Philips. Штатное расписание укомплектовано сертифицированными специалистами рентгенохирургами, анестезиологом, электрофизиологом и сестринским персоналом. Главный вопрос бесперебойной и эффективной работы отделения рентгенохирургии в муниципальном образовании – это подготовленные кадры и оптимальное бюджетное финансирование – муниципальное и федеральное.

Результаты: организация отделения позволила перевести лечебно-диагностический процесс в клинику на новый, более высокий качественный уровень. За 1,5 года работы выполнено более 600 рентгенохирургических операций, включающих ангиографию периферических, висцеральных и коронарных артерий, стентирование коронарных, почечных и периферических артерий; эмболизацию яичковых вен, маточных и печеночных артерий, ветвей маммарного шунта, неперевязанных во время аортокоронарного шунтирования, имплантацию электрокардиостимуляторов и кавафильтров. Отделение территориально и стратегически функционирует с отделением неотложной кардиологии для эффективного лечения больных острым инфарктом миокарда, в результате чего выполнено более 170 успешных операций по реваскуляризации миокарда в бассейне инфарктсвязанной артерии. В настоящее время правовые аспекты федерального финансирования высокотехнологичной рентгенохирургической помощи для субъектов федерации урегулированы и требуют внедрения на региональном уровне.

Заключение. Организация работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения в муниципальных учреждениях здравоохранения имеет важное значение, расширяя возможности обычных диагностических процедур до активного выполнения эффективных лечебных операций и повышает качество жизни пациентов.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ТРОМБОЗОВ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ

Семиголовский Н.Ю., Козлов К.Л., Хмельницкий А.В., Олексюк И.Б., Титков А.Ю., Титков Ю.С., Агасян А.Л., Иванова Е.В., Азанов Б.А., Дьячук А.В.
Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Тромбоз стента (ТС) чаще происходит в первый месяц после имплантации стента и, в этом интервале времени он обозначается как «ранний». Однако многочисленные случаи «позднего» ТС (1-12 месяцев) при использовании стентов с лекарственным покрытием (СЛП) были описаны через месяцы и даже годы после имплантации. В настоящее время СЛП исполь-

зуются в стенозах высокого риска и, согласно имеющимся сообщениям, их применение может сопровождаться замедленной эндотелизацией и местными реакциями гиперчувствительности. В мета-анализе 6 трайлов с 1990-х годов, частота случаев смерти и инфарктов миокарда, связанных с ангиографически документированным ТС, составила 64,4%, а летальность при предположительном или документированном ТС - от 20 до 45% (Kaul и соавт., 2006; Grines и соавт., 2007). Целью работы было изучение частоты и летальности при раннем ТС и поиск возможных причин позднего ТС.

Методы исследования. В исследование вошло 748 больных, стентированных в нашем стационаре в 2003-2008 г.г., включая 345 пациентов, с имплантированными СЛП Cypher, у ряда которых проводилась повторная коронарография.

Результаты: Отмечено 8 случаев (1,01%) ранних ТС, включая как СЛП, так и голометаллических, чаще при множественном стентировании (62,5%) в сроки от 1 до 6 суток после операции. Летальность составила 37,5%. В результате повторных коронарографий после имплантации стента Cypher, у 4 больных (1,15%) выявлено наличие «футляра» лакун в меди сосуды вокруг стента, заполняющихся контрастным веществом, чего не встречалось при имплантации голометаллических стентов (Хмельницкий А.В., Козлов К.Л., 2008). Авторы назвали этот феномен «потеря меди» (“media loss”) и связали с воздействием антипролиферативного покрытия стента. У всех 4 пациентов (мужчины 42, 57, 64, и 71 года) при обращении в клинику перед повторной коронарографией имелись симптомы стенокардии. Сроки выявления феномена составили 4, 12, 14 и 14 месяцев после стентирования.

Обсуждение и заключение. В современную эру двойной антитромбоцитарной терапии средняя частота раннего ТС составляет 1%. В раннем послеоперационном периоде наряду с аспирином и клопидогрелем антитромбоцитарная терапия дополняется непрерывной инфузией нефракционированного гепарина в течение 12-18 часов под контролем АПТВ. При использовании СЛП (но не голометаллических стентов) тромбоз возникает и в более поздние сроки. К предикторам позднего ТС относят стентирование мелких сосудов, множественных, устьевых стенозов, длинные стенты, их наложение друг на друга, предшествующую брахитерапию, субоптимальный результат стентирования (включая остаточный стеноз или диссекцию), низкую фракцию выброса, преклонный возраст, сахарный диабет, почечную недостаточность, острый коронарный синдром и преждевременное прекращение приема антитромбоцитарных препаратов. Одной из причин позднего ТС может являться феномен “media loss”, возможно, предшествующий тромбозу.

ГОМОЦИСТЕИН И МИЕЛОПЕРОКСИДАЗА ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Семиголовский Н.Ю.[#], Маленковская Д.Г.[#], Гуревич В.С.[#], Захарова А.Т.^{*}, Чекалина О.С.^{*}, Соколов А.В.^{*}

[#] Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ

^{*}НИИ Экспериментальной Медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время гомоцистеин (ГЦ) известен как независимый модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (Warren С., 2002 и др.). Установлена связь между возникновением острого инфаркта миокарда (ОИМ), а также смерти от ишемической болезни сердца и высоким значением ГЦ в плазме крови (Bots М. е.а., 1999 и др.). Обсуждаются механизмы влияния гомоцистеина на сосудистую стенку: нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, окислительный стресс, способствующий перекисному окислению белков и липидов за счет увеличения продукции супероксиддисмутазы, а также усиление тромбогенеза и коагуляции (Genser D., 2003 и др.).

Известно также, что миелопероксидаза (МПО) - белок, выделяемый нейтрофильными лейкоцитами, одновременно способна вызывать окислительное поражение эндотелия. Не случайно была установлена тесная связь прогноза при ОИМ с уровнем мононуклеаров (Семиголовский Н.Ю., 1994, 1998 и др.), а недавно показано, что МПО – независимый фактор риска при остром коронарном синдроме - ОКС (Baldus S. е.а., 2003), а также ОИМ и его исходов вне связи с некрозом миокарда в отличие от тропонина (ТТ), МВ-фракции креатинкиназы (МВ-КФК) и С-реактивного белка (Brennan M-L. е.а., 2003). Представляло интерес параллельное определение уровня ГЦ и МПО у больных с ОКС, включая пациентов леченных интервенционными методиками.

Материал и методы: В исследование включено 20 больных ОКС (15 с ОИМ и 5 с нестабильной стенокардией), у которых при поступлении определяли уровень ТТ, МВ-КФК, ГЦ и МПО в 22 пробах крови (в 2 случаях - последовательно - при осложнениях стентирования коронарных артерий).

Результаты: Выявлен значительный разброс показателей ГЦ (от 10,2 до 32,5 мкмоль/л в среднем $18,5 \pm 3,2$ при нормальных значениях - 3,4-13,8) и МПО (от 304 до 1993 нг/мл, в среднем - $947,8 \pm 287,3$, при нормальных значениях – до 200). В большинстве случаев исходное содержание ГЦ было повышенным (13 из 20, 65%), а исходный уровень МПО превышал в 3-9 раз верхнюю границу нормальных значений (20 из 20 исходных проб, 100%), являясь более специфичным мар-