

Актуальность. Несмотря на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 26,7% за последние 10 лет, они остаются основной причиной гибели людей во всем мире. В последнее время была установлена взаимосвязь развития атеросклероза еще с одним видом липопротеинов — липопротеином (а). В крови больных с быстро прогрессирующим атеросклеротическим поражением коронарного русла при отсутствии изменений липидного профиля, определяется повышенный уровень липопротеина (а). По данным мировой литературы высокий уровень липопротеина (а) занимает одно из ведущих мест среди наследуемых факторов риска коронарной болезни сердца. Следовательно, ранняя диагностика необходима для оценки индивидуального риска ССЗ, а так же для определения тактики лечения и выбора метода оптимальной терапии у больных со стенотическим поражением коронарного русла.

Целью нашего исследования является оценка влияния содержания уровня Липопротеина А в плазме крови на прогрессирование атеросклероза коронарных артерий у пациентов после стентирования коронарных артерий при условии оптимальной медикаментозной терапии и коррекции факторов риска развития ИБС.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовало 36 человек в возрасте от 32 до 64 лет (средний возраст 58 лет) с ИБС, которым была выполнена баллонная ангиопластика со стентированием. У пациентов измеряли общий холестерин, триглицериды, Х-ЛПНП, Х-ЛПВП, АпоВ, АпоА-I с последующей коррекцией, так же у пациентов были исключены такие факторы риска как СД, ГБ, курение, повышенный уровень С-реактивного белка.

Результаты. В результате 3-х летнего наблюдения у 8 пациентов (%) имелись рестенозы в стенте и образование новых атеросклеротических бляшек de novo. У 28 (%) не наблюдались рестенозы и образование атеросклеротических бляшек. В ходе дополнительного лабораторного анализа у пациентов с рестенозами в ранее имплантированных стентах и образованием фокусов поражения de novo выявлено повышение уровня ЛП(а). Достоверной разницы по другим измерявшимся показателям между группами пациентов, имевших и не имевших рестенозов, не обнаружено.

Выводы. Повышенный уровень ЛП(а) — это независимый фактор риска развития ИБС и клинического рецидива после чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Кучеров В.В., Мангутов Д.А., Новичков С.А., Емельяненко М.В., Джанджгава А.О.
Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель. Сравнить степень выраженности стенозирования коронарных артерий при проведении внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ) и стандартной коронарографии (КАГ).

Материал и методы. И исследование были включены 15 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), мужского пола в возрасте $54,3 \pm 7,7$ лет. У 5-х больных диагностирован острый инфаркт миокарда, у 10-х нестабильная стенокардия. КАГ выполнялась через $3,4 \pm 1,2$ дня после установки диагноза ОКС. КАГ выполнялось в стандартных проекциях, ВСУЗИ проводилось с использованием ультразвукового аппарата “Galaxy” фирмы Boston Scientific (движение датчика — 1мм/сек).

Результаты. При КАГ у всех пациентов выявлялось однососудистое поражение коронарных артерий со степенью стеноза $73,8 \pm 10,7\%$ и его протяженностью $12,0 \pm 4,1$ мм. Согласно данным ВСУЗИ средняя степень стеноза составила $79,6 \pm 10,2\%$ и протяженность $13,2 \pm 3,6$ мм. При ВСУЗИ у четырех пациентов была выявлена большая степень стеноза, чем при КАГ (78% и 56% соответственно).

Выводы. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование коронарных артерий позволяет получить объективные данные о просвете сосуда и структуре стенки, дать количественную и качественную оценку неизмененных участков и стенозированных сегментов артерии, что существенно дополняет результаты инвазивного диагностического исследования, позволяет определить объем и тип последующей эндоваскулярной операции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАССЕПТАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Кучеров В.В., Мангутов Д.А., Новичков С.А., Емельяненко М.В., Джанджгава А.О.
Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель. Оптимизировать проведение трансептальной пункции методом проведения методом проведения внутрисердечной эхокардиографии.

Материалы и методы. Обследовано 143 пациента, которым проводилась радиочастотная абляция фибрилляции предсердий (РЧА ФП). Всем пациентам пункция межпредсердной перегородки осуществлялась под контролем внутрисердечной эхокардиографии (ВСЭХОКГ). Использовалась ультразвуковая система Acuson “Cypress” фирмы Siemens с применением ультразвукового катетера “AcuNav” 10Fr, 7,0 MHz. Для проведения катетера использовался интродюсер 11 Fr, ультразвуковой датчик был введен через левую бедренную вену в нижнюю полую вену и был позиционирован в правом предсердии. Все

исследование записывалось на жесткий диск системы и видеокассету.

Результаты. У 12 пациентов в ходе операции при использовании цветового доплера выявлялось патентное овальное окно, ранее не диагностированное при трансторакальной и чреспищеводной ЭХОКГ. У всех больных определялось местоположение наконечника транссептального интродюсера и пункционной иглы в правом предсердии, ее контакт с межпредсердной перегородкой, что обеспечило безопасность проведения транссептальной пункции. Характерный «скачок» иглы был соблюден одновременно с флюороскопией и ВСЭХОКГ у всех пациентов. Время проведения транссептальной пункции у прооперированных больных составило $4,9 \pm 3,5$ мин.

Вывод. ВСЭХОКГ повышает эффективность и безопасность выполнения транссептальной пункции.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ ИМПЛАТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТЕНТОВ

Левицкий И.В., Широков Р.О., Самко А.Н.
РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия.

За период с 2005 по 2010 год были проанализированы коронарные ангиограммы 240 больных, у которых были выявлены рестенозы после ранее выполненной ангиопластики с установкой различных типов стентов с лекарственным покрытием (Таблица 1). Срок наблюдения составил от 3 до 28 месяцев. Всего было выявлено 273 рестеноза (>50%) у 240 пациентов.

Таблица 1

Стент	Количество больных (240)	Количество сегментов (273)	Полимерное покрытие	Активное вещество
Cypher	93	95	Постоянное	Sirolimus
Axxion	36	42	Без полимера + искусственный гликокаликс	Paclitaxel
EucaTax	111	136	Биоразлагаемое + постоянное биосовместимое «Camouflage»	Paclitaxel

По рентгеноморфологическим характеристикам рестенозы были разделены на 2 группы фокальные (менее 10 мм. и «краевые рестенозы») и диффузные (на всем протяжении стента, включающие тотальную окклюзию).

Таблица 2

Стент	Фокальный рестеноз (N, %)				Диффузный рестеноз
	Всего	В стенте	Краевой проксимальный	Краевой дистальный	
Cypher	71 (72%)	24 (25%)	36 (38%)	11 (11%)	24 (25%)
Axxion	12 (28%)	6 (14%)	4 (10%)	0	30 (71%)
EucaTax	45 (33%)	26 (19%)	15 (91%)	4 (3%)	91 (67%)

Было выявлено, что рестенозы 2-го типа (диффузные) значительно чаще встречаются после имплантации стентов с лекарственным покрытием Paclitaxel (Axxion, EucaTax), чем при имплантации стентов Cypher, содержащих сиролимус. ($p < 0,01$). При этом в группе стентов Axxion частота диффузных рестенозов была самой высокой ($p < 0,005$), что, по-видимому, связано с отсутствием полимерного покрытия обеспечивающего долговременное и равномерное выделение лекарственного вещества. Также было выявлено, что вероятность развития рестеноза диффузного типа у больных сахарным диабетом (18% от общего количества пациентов) значительно выше при установке стента любого типа. ($p < 0,001$). При установке стентов длиной более 24 мм также было выявлено достоверное повышение вероятности возникновения рестеноза диффузного типа. ($p < 0,02$). После имплантации стентов Cypher краевые рестенозы (особенно в проксимальном отделе стента) встречались значительно чаще ($p < 0,01$) в отличие от стентов с лекарственным покрытием Paclitaxel (Axxion, EucaTax).

После имплантации стентов Cypher более характерны рестенозы фокального и «краевого» типа, которые являются более благоприятными при дальнейшем выборе тактики лечения, в отличие от стентов с лекарственным покрытием Paclitaxel (Axxion, EucaTax). Сахарный диабет является предиктором развития рестенозов диффузного типа, что может быть плохим прогностическим признаком при эндоваскулярном лечении данной категории больных.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Липченко А.А., Клишкин А.А.*, Фокина Е.Г.*, Козлов С.В.*, Архипов М.В.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Медицинское объединение «Новая больница»*, Екатеринбург, Россия.