

Заключение: Развитие преждевременной ИБС у женщин, кроме курения, артериальной гипертензии и атерогенной дислипидемии, ассоциируется так же с отягощенным гинекологическим анамнезом. У женщин репродуктивного возраста со стенозирующим поражением венечных артерий имеется достоверно более низкий уровень половых гормонов в крови. Выявлена обратная корреляционная связь между степенью поражения коронарного русла и уровнем половых гормонов.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

С.В. Козлов, А.А. Липченко, Е.Г. Фокина,
В.Г. Грачёв, П.И. Горбенко, С.Л. Новосельцев,
М.В. Архипов (Москва)

Цель: Оценить госпитальные результаты лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ) при различных методах реперфузионной терапии.

Материалы и методы: За период с января 2005 по июнь 2007 года в наш центр поступило 886 пациентов с ОИМ, 622 (70%) из них планировался один из видов реперфузионной терапии. Эти пациенты были разделены на две группы согласно первичной реперфузионной стратегии лечения ОИМ: системный коронарный тромболизис (ТЛТ) (n=217), и возможная первичная коронарная интервенция (ЧКИ) (n=405). В целом у 568 (64%) пациентов поступивших с ОИМ, была выполнена коронарная ангиография в период до 48 часов от начала клинических проявлений.

Результаты: TIMI 2-3 кровотоков инфаркт-связанной (ИСА) при коронарографии (КАГ) был выше в группе ТЛТ 65%, в группе ЧКИ 36%. Время «симптом – игла» было короче в группе ТЛТ 221 минуты, в группе ЧКИ время «симптом-баллон» составило 489 минут. Имелась высокая эффективность коронарной интервенции как первичной, так и после тромболизиса. Госпитальная летальность составила 2,8% в группе ТЛТ+ЧКИ и 2,9% в группе ЧКИ. Не было различий по госпитальным осложнениям.

Заключение: ТЛТ как первичная стратегия лечения ОИМ приводит к более быстрому достижению реперфузии по критериям TIMI >2 в ИСА, но менее эффективна, чем первичная ЧКИ. Проведение ЧКИ после ТЛТ безопасно. У пациентов с комбинацией ТЛТ+ЧКИ меньше периоперационных осложнений в виде дистальной эмболии и синдрома «no-reflow». Считаем обоснованным проведение рутинной коронарографии всем пациентам с ЭКГ критериями эффективного тромболизиса.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЛАП ПРИ IN-STENT СТЕНОЗАХ

А.В. Кононов, С.П. Семитко, И.Ю. Костянов,
Д.Г. Иоселиани (Москва)

Проведение процедуры баллонной ангиопластики при выявленном in-stent стенозе, по данным различных исследователей, ассоциируется с хорошим непосредственным ангиографическим результатом, однако в отдаленном периоде выявляется довольно большое количество пациентов с повторным рестенозом стента (от 17% до 40%).

Целью исследования послужил анализ отдаленных клиничко-ангиографических результатов процедуры ТЛАП у пациентов с различными рентгеноморфологическими типами in-stent стенозов.

Материалы исследования: С февраля 1997 года по декабрь 2007 года на базе Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии у 382 пациентов с ранее имплантированными 442 коронарными стентами в 391 стенте при проведении контрольного обследования в отдаленном периоде после процедуры стентирования, в среднем через $7,0 \pm 3,6$ месяцев, был ангиографически подтвержден in-stent стеноз. В результате чего 345 пациентам была проведена баллонная ангиопластика рестеноза 310 стентов. Все изучаемые нами пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от рентгеноморфологического типа поражения стентированного сегмента коронарной артерии (по данным коронароангиографии): 1) В первую группу вошли 163 пациентов (47,2%) с локальным in stent стенозом (поражение стента < 10 мм). 2) Во вторую группу вошли 79 пациентов (22,8%) с диффузным in-stent стенозом (поражение стента >10 мм, in stent стеноз расположен в просвете протеза (ов), не выходящий за его пределы). 3) В третью группу вошли 67 пациента (19,5%) с диффузно-пролиферативным in-stent стенозом (поражение >10 мм, in stent стеноз выходящий за пределы стента). 4) В четвертую группу вошли 36 пациентов (10,5%), у которых была выявлена «тотальная окклюзия» стента. TIMI 0. Большинство пациентов в изучаемых группах были мужского пола, в возрасте > 50 лет. Длительность клинических проявлений ИБС у пациентов всех четырех групп превышала 2 года. Среди факторов риска ИБС чаще наблюдали гипертоническую болезнь, дислипидемию, курение, 22% всех пациентов с выявленным in-stent стенозом перенесли в анамнезе инфаркт миокарда. Фракция выброса левого желудочка во всех исследуемых группах в среднем соответствовала границе нормы. Клиничко-ангиографические результаты ранее проведенного эндоваскулярного лечения рестеноза стента были изучены в отдаленные сроки в среднем через $8,6 \pm 5,4$ месяца у 150 (43,5%) пациентов с 177 ранее имплантированными

стентами. В отдаленном периоде после проведения ТЛАП in-stent положительная нагрузочная проба наблюдалась в среднем в 26,9% случаев. Средний порог толерантности составил $76,8 \pm 6,8$ Вт. Наиболее часто у пациентов изучаемых групп рестеноз стента выявлялся в бассейне передней межжелудочковой артерии в проксимальном сегменте ($p > 0,05$).

Результаты: Общая и кардиальная выживаемость пациентов в изучаемых группах в отдаленные сроки после эндоваскулярного лечения составила 100%. В отдаленном периоде после проведения эндоваскулярных вмешательств большинство пациентов изучаемых групп были свободны от стенокардии (60%), отмечалось улучшение клинического течения заболевания в исследуемых группах. При имеющейся изначально сохранной сократительной способности левого желудочка у пациентов I-IV групп на момент проведения эндоваскулярных вмешательств, при контрольном обследовании достоверного роста сократимости миокарда получено не было ($p > 0,05$). В результате проведенного исследования у пациентов изучаемых нами групп в отдаленном периоде отмечено достоверное уменьшение потребности в приеме основных классов антиангинальных препаратов: нитратов, β -блокаторов, антагонистов Са ($p < 0,05$). При проведении контрольного ангиографического исследования повторный рестеноз стента был выявлен в 22,2%, 25%, 14,3%, 25% случаев у пациентов I-IV групп ($p = 0,4$). Реокклюзия стента наблюдалась у 8,4% пациентов при изначально диффузно-пролиферативном характере рестеноза стента и у 14,5% пациентов при изначально окклюзированном стенте. В большинстве случаев выявления повторного рестеноза стента выполнялась успешная баллонная ангиопластика ($p > 0,05$). В остальных случаях рекомендовалась медикаментозная терапия, в случае прогрессирования атеросклеротического процесса – АКШ.

Заключение: Применение баллонной ангиопластики с целью лечения in-stent стенозов является наиболее доступным, простым и безопасным методом, у большинства пациентов в отдаленном периоде сохраняется положительный клинко-ангиографический эффект от проведенного эндоваскулярного лечения in-stent стеноза.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ СТОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

А.В. Кононов, С.П. Семитко, А.Г. Колединский,
Д.Г. Иоселиани (Москва)

В большинстве случаев применение эндоваскулярных вмешательств на основном стволе ЛКА носит избирательный характер, требующий тща-

тельного отбора пациентов, большинство которых составляют, главным образом, пациенты с острой окклюзией ствола ЛКА с клиническими проявлениями острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока, а также пациенты с высоким риском проведения хирургической операции, в том числе пациенты с уже проведенной операцией прямой реваскуляризации миокарда левого желудочка (коронарного шунтирования).

Целью нашего исследования явилась оценка непосредственных и средне-отдаленных клинко-ангиографических результатов стентирования ствола ЛКА.

Материалы и методы: С июня 2002 года по май 2007 года на базе Научно-практического Центра интервенционной кардиоангиологии 42 пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства на стволе ЛКА по поводу его сужения. В большинстве случаев это были пациенты мужского пола 64,3% ($n=27$), в возрасте от 43 до 79 лет, средний возраст составил $60,1 \pm 12,1$ лет. У всех пациентов стаж ИБС в среднем не превышал 4,3 года (от 0 до 324 недель). Из факторов риска в 71,4% ($n=30$) отмечалась дислипидемия, у 85,7% ($n=36$) пациентов имелась артериальная гипертензия, у 45,3% ($n=19$) пациентов отмечалось табакокурение, у 20 пациентов (47,6% случаев) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, ОНМК перенес 1 пациент (2,4%), атеросклероз БЦА в 16,7% случаев ($n=7$), атеросклероз нижних конечностей в 11,9% случаев ($n=5$). В 52,4% случаев ($n=22$) были обследованы по экстренным показаниям. В 23,8% случаев отмечался острый инфаркт миокарда. Нарушения ритма сердца и проводимости фиксировались в 9,5% случаев ($n=4$). В 23,8% случаев ($n=10$) отмечались клинические проявления острой сердечной недостаточности, что потребовало применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК) в 7,1% случаев ($n=3$). СН II ФК была у 14,3% ($n=6$), СН III ФК у 31% ($n=13$), НС II КФ в 28,6% ($n=12$) случаев. При плановом обследовании в стационаре ср.ФВ составила $52 \pm 4,2\%$. Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, нагрузочный тест не выполнялся у 25 пациентов (59,2%). У оставшихся пациентов в 88,2% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $59,5 \pm 2,1$ Вт. При проведении диагностической коронароангиографии у всех изучаемых пациентов выявлялся гемодинамически значимое поражение ствола ЛКА, выявленный стеноз СЛКА колебался от 60 до 100% и в среднем составил 79,4%. В 4,8% случаев ($n=2$) отмечалась острая окклюзия ствола ЛКА. В 2,4% случаев была выявлен хронически окклюзированный СЛКА ($n=1$). Изолированное устьевое поражение СЛКА наблюдалось в 35,7% случаев ($n=15$), бифуркационное поражение ствола ЛКА наблюдалось в 28,6% случаев ($n=12$),