

избежать тяжелых ишемических осложнений при деконструктивных операциях у больных с несостоятельностью артериального круга головного мозга.

Применение современного эндоваскулярного инструментария позволяет избежать тяжелых осложнений в интервенционной нейрорадиологии.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ Q-ОБРАЗУЮЩИХ И Q-НЕ ОБРАЗУЮЩИХ ИНФАРТАХ МИОКАРДА

Л.Л. Клыков, А.Ю. Лебедева, А.А. Филатов,
В.В. Крылов (Москва)

Цель доклада: показать эффективность лечения инфаркта миокарда методом прямого стентирования инфаркт-зависимой артерии.

Материал и методы: С 2004 года по 2007 год нами был обследован 241 пациент с Q-образующим инфарктом, 27 из которых проведено прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии (первая группа пациентов), и 174 пациентам с Q-не образующим инфарктом миокарда, 48 из которых выполнено прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии (вторая группа пациентов).

Эндоваскулярное лечение в первой группе было произведено в течение первых 6 часов инфаркта миокарда. Эндоваскулярное лечение во второй группе было произведено в первые двое суток инфаркта миокарда.

Успешно процедура была выполнена у всех пациентов в первой группе. Нами не было отмечено стеноза in-stent и других гемодинамически значимых стенозов в течение полугода после проведенной процедуры, отмечалось отсутствие тромбозомболических осложнений во всех случаях.

Во второй группе пациентов: у двух пациентов наблюдались признаки рестеноза in-stent в течение трех и четырех месяцев соответственно (что потребовало проведения повторных эндоваскулярных процедур). С целью восстановления кровотока 6 пациентам в последующем была произведена полная реваскуляризация миокарда методом транслюминарной ангиопластики и стентирования.

Клиническое обследование в сроки от 6 месяцев до 1,5 года показало:

В первой группе: отсутствие приступов стенокардии у 27 пациентов (100%). Летальность составила: 0 пациентов (0%) в отдаленные сроки.

Увеличение сократительной функции миокарда (по данным контрастной вентрикулографии) отмечали у 9 пациентов (33 %).

Во второй группе: отсутствие приступов стенокардии у 46 пациентов (96 %). Повторное проведение эндоваскулярных процедур потребовалось 2 пациентам (4 %). Летальность составила: 0 пациентов (0%) в отдаленные сроки.

Увеличение сократительной функции миокарда (по данным контрастной вентрикулографии) достоверно не изменилась.

Выводы: Прямое стентирование инфаркт-зависимой артерии при Q-образующем инфаркте и Q-не образующем инфаркте миокарда сглаживает течение реперфузионного синдрома и уменьшает риск развития интраоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ СЕМЕЙСТВА VX (VX SONIC И VX VELOCITY) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Н.В. Кобешавидзе, С.П. Семитко,
Д.Г. Иоселиани (Москва).

Цель. Изучить непосредственные и среднеотдаленные клинико-ангиографические результаты эндопротезирования коронарных артерий матричными стентами идентичного «дизайна»: VX Sonic и VX Velocity (фирмы Cordis, Johnson & Johnson).

Материалы и методы. С января 2000 по март 2005 года в Научно-практическом центре интервенционной кардиоангиологии 567 пациентам в 667 коронарных артерий был имплантирован 701 стент VX (176 стентов VX Velocity и 525 – VX Sonic). Средний возраст пациентов составил $58 \pm 12,4$ лет (от 32 до 83), подавляющее большинство больных было мужского пола – 472 (83,2 %). Поводом для обследования и лечения в большинстве случаев была стенокардия напряжения различных функциональных классов (по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества) – 351 (61,9%); у 5 (0,9%) была диагностирована безболевого форма ИБС. Диагноз нестабильной стенокардии имел место у 138 (24,3%) пациентов; инфаркт миокарда – у 73 (12,9 %). В сроки через $7,8 \pm 2,4$ месяца после процедуры стентирования контрольное обследование (включая коронароангиографию) прошли 329 (58%) пациентов; оценено состояние 389 протезов (87 – VX Velocity и 302 – VX Sonic).

Результаты. Непосредственный ангиографический успех процедуры составил 98,6%, частота осложнений – 1,4%. Среди данных осложнений встречались: угрожающая диссекция на дистальном конце стента (0,7%), окклюзия значимой боковой ветви (0,3%), эффект no-reflow (0,3%), перфорация коронарной артерии (0,1%). На госпитальном этапе неосложненное течение после процедуры стентирования было отмечено в 95,4% случаев, госпитальная летальность составила 0,5%. Сравнительный анализ двух стентов (VX Sonic и VX Velocity) не показал каких-либо достоверных различий по таким показателям как in-stent стеноз и окклюзия в стенте. По данным контрольной селективной коронароангиографии в среднеот-

даленные сроки в общей группе больных частота рестеноза в стенте и прилежащих сегментах (+5 мм) составила 36%, окклюзия в стенте – 2,6%. У 266 (80,9%) из 329 обследованных пациентов было отмечено клиническое улучшение состояния в виде снижения на 1-2 ФК проявлений стенокардии. Отмечен достоверный прирост толерантности к физическим нагрузкам (с $67,1 \pm 8,6$ до $92,2 \pm 7,9$ Вт, $p < 0,01$). После процедуры стентирования достоверно снижалась потребность в приеме нитратов (87,8% против 45%, $p < 0,05$) и β 1-адреноблокаторов (85,1% против 63,5%, $p < 0,05$), между тем не отмечено значительных изменений в приеме ингибиторов АПФ, антагонистов кальция, диуретиков. По результатам корреляционного анализа было получено достоверное увеличение частоты развития рестеноза у пациентов с исходными поражениями типа С по сравнению с пациентами с поражениями типа А и В1 ($R = 0,742$; $p < 0,01$ и $R = 0,270$; $p < 0,04$). Была выявлена положительная достоверная корреляционная связь между устьевым и проксимальным поражением ПМЖВ ЛКА и развитием рестеноза ($R = 0,280$; $p < 0,02$); достоверная обратная корреляционная связь между неблагоприятным отдаленным результатом стентирования (рестеноз или окклюзия) и диаметром стентированного сегмента непосредственно после ЭВП менее 3,0 мм ($R = -0,302$; $p < 0,03$). При отсутствии у больных перечисленных факторов риска частота in-stent стеноза составила всего лишь 8,6%, в то время как в группе «высокого риска» – 51,4% ($p < 0,002$)!

Выводы. Использование матричных стентов BX Sonic и BX Velocity позволяет добиться оптимального непосредственного ангиографического результата в подавляющем большинстве случаев (98,6%). Проведенная работа показала, что применение «непокрытых» лекарственными средствами стентов семейства BX можно рекомендовать при А-В1 поражениях в ПКА, ОВ ЛКА и среднем сегменте ПМЖВ ЛКА, при диаметре сосуда более 3,0 мм с оптимальным непосредственным эффектом и хорошими среднеотдаленными результатами, тогда как, при использовании этих стентов при проксимальном поражении ПМЖВ ЛКА (тип С) отдаленные результаты не очень утешительны, что указывает на необходимость использования в этих ситуациях других стентов, по всей видимости, с лекарственным покрытием.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И КЛИНИКА ИБС У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Е.Е. Ковалева, Н.В. Кучкина, Д.Г. Иоселиани
(Москва)

Цель исследования: Изучить распространенность факторов риска (ФР) ИБС, связанных и несвязанных с репродуктивной системой у фер-

тильных женщин, а также оценить у них состояние коронарного русла и клиническое течение ИБС.

Материал и методы: В исследование были включены 172 женщины в возрасте от 30-50 лет, у которых изучали основные ФР ИБС и выделяли состояния репродуктивной системы, при которых часто развивается вышеупомянутая патология. Так же оценивали состояние коронарного русла по данным селективной коронарографии и определяли уровни половых гормонов в плазме крови (эстроген и прогестерон). Все обследованные женщины были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 105 пациенток с ИБС, с сохраненным менструальным циклом, во 2 группу вошли 36 пациенток с ИБС, находящихся в периоде менопаузы, в 3 группу вошла 31 практически здоровая женщина с сохраненным менструальным циклом без клинических и ЭКГ признаков ИБС. По данным селективной коронарографии венечные артерии этих женщин не имели стенозирующих изменений и выглядели нормально.

Результаты: В группе женщин репродуктивного возраста с ИБС не было выявлено четкого соответствия между частотой ДЛП и наличием атеросклеротического поражения коронарных артерий. Однако с большей частотой наблюдались такие ФР, как курение (70,5%) и АГ (62%). Констатируется связь между распространенностью ИБС и отягощенным гинекологическим анамнезом. На первом месте среди гинекологических заболеваний, которые могут быть факторами риска ИБС, была миома матки (23,8%), затем применение гормональных контрацептивов (22,8%) и яичниковая недостаточность (резекция или удаление одного яичника) – 8,6%. У женщин репродуктивного возраста с ангиографически доказанным стенозирующим поражением коронарных артерий был выявлен достоверно пониженный уровень эстрадиола и прогестерона в плазме крови, по сравнению с практически здоровыми ($p < 0,01$ и $p < 0,001$, соответственно). При этом самые низкие показатели половых гормонов имели курящие женщины с ИБС. В 34,8% случаях у женщин с ИБС были обнаружены нарушения менструального цикла в виде гипоестрогенных ановуляторных циклов. По результатам коронарографии у пациенток репродуктивного возраста с ИБС в 56,2% случаев было выявлено изолированное поражение одной коронарной артерии, в 20% – двух коронарных артерий, сочетанное поражение трех артерий наблюдалось в 23,8% случаев. Течение ИБС у женщин с сохраненным менструальным циклом было более благоприятным, чем у пациенток, находящихся в периоде менопаузы. Течение заболевания у этих больных ухудшалось при наличии повторных инфарктов миокарда и не зависело от возраста и длительности ИБС. Следует отметить, что у большинства женщин улучшение клиники было связано с проведенными эндоваскулярными процедурами.