

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.

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) достаточно часто осложняет течение острого коронарного синдрома (ОКС) с одной стороны, с другой стороны, данное нарушение сердечного ритма может способствовать обострению ИБС, главным образом, за счет увеличения частоты сердечных сокращений и повышения потребности миокарда в кислороде.

Цель исследования. Оценка состояния коронарного русла по данным коронарной ангиографии (КАГ) у больных ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), у которых в период настоящего индексного события была зарегистрирована ФП.

Материал и методы. Проанализированы результаты КАГ у 53 пациентов с ОКСбпST (возраст 44 – 79 лет, мужчин — 34, женщин — 19). КАГ выполнялась в 1 – 3 сутки после развития ОКСбпST. На основании клинко-ЭКГ и лабораторных данных инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) был диагностирован у 21 больного, нестабильная стенокардия (НС) – у 32 больных. У всех пациентов оценивались параметры внутрисердечной гемодинамики по данным эхокардиографии.

Результаты. При поступлении в стационар или на догоспитальном этапе ФП была зарегистрирована у 18 пациентов ИМбпST и у 31 больного с НС. Синусовый ритм у 46 из этих больных восстановился спонтанно или был восстановлен медикаментозно в течение 48 часов от предполагаемого развития ФП, у 3 больных ФП сохранялась вплоть до выписки из стационара. У 4 больных ФП развилась на 2-4 сутки после поступления (1 пациент с НС и 3 – с ИМбпST), что позволило однозначно трактовать данную аритмию, как осложнение ОКС.

У 14 больных с НС и у 7 с ИМбпST при КАГ значимого поражения коронарного русла не выявлено, однако, соответственно, у 8 и 3 пациентов этих групп обнаружен мышечный мостик ПМЖА, со стенозированием в систолу от 40 до 90%. У остальных пациентов НС и ИМбпST, у которых ФП зарегистрирована при поступлении или на догоспитальном этапе, выявлялось преимущественно одно, реже двухсосудистое поражение коронарных артерий.

У пациентов, у которых ФП развилась на 2 – 4 сутки после поступления, в анамнезе имелись указания на ранее перенесенный инфаркт миокарда, при КАГ имело место двух – трехсосудистое поражение, включая хроническую окклюзию ПКА у 2 больных, фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) была снижена ($38 \pm 3\%$), а течение настоящего ОКС осложнилось острой сердечной недостаточностью (Киллип класс II и III, соответственно, у 3-х и 1-го пациента). Причем пациент с Киллип классом III умер на 12 сутки от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Заключение. У пациентов с ФП и НС/ИМбпST при отсутствии значимого поражения коронар-

ного русла достаточно часто выявляется мышечный мостик, играющий, по видимому, важную роль в патогенезе ОКС. При ФП, возникшей как осложнение ОКСбпST (на 2-4 сутки), чаще имеет место многососудистое поражение, систолическая дисфункция ЛЖ, а течение заболевания характеризуется худшим прогнозом за счет развития сердечной недостаточности.

СЛУЧАЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Лобков Д.В.

ГККП «Костанайская областная больница»,
Костанай, Казахстан.

Введение. Не смотря на применение современных лекарственных препаратов, смертность от инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком составляет до 90 %. Проведение ЧКВ, внутриаортальной баллонной контрпульсации позволяет уменьшить летальность.

Материалы и методы. Пациент доставлен бригадой Скорой Помощи в ГККП «Костанайская областная больница», с диагнозом: Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, нижней стенки левого желудочка, осложненный кардиогенным шоком. Госпитализирован в реанимационное отделение. Объективный статус при поступлении — состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. В легких везикулярное дыхание, ЧДД – 28 в 1 минуту, влажные хрипы по всем легочным полям. Сердечные тоны глухие, ритмичные, ЧСС – 32 – 40 в 1 минуту, АД – 80 на 40 мм рт ст. На ЭКГ – подъем сегмента ST во II, III и AVF отведениях. Проводилось лечение – внутривенно допамин, гепарин, атропин, стрептокиназа, через час гемодинамика стабилизировалось на цифрах 90 и 60 мм рт ст, но сохранялся болевой синдром и подъем сегмента ST. Пациент в таком состоянии через 2 часа с момента поступления в стационар, доставлен в рентгеноперационную.

Результаты. На коронарографии: Правый тип кровообращения миокарда. Ствол ЛКА, ПМЖВ и ОА — без патологии. Окклюзия ПКА в проксимальном отделе. Кровоток TIMI 0. Проведена баллонная ангиопластика ПКА со стентированием, имплантированы стенты «Endeavor» 4.0 x 12 мм и «Endeavor» 4.0 x 9 мм. Просвет артерии восстановлен. Кровоток TIMI III. Переведен в реанимационное отделение. Выписан на 18 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Применение ЧКВ при остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, позволяет снизить летальность у данных пациентов.