

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.

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