

риска ИБС, функциональному классу стенокардии, указанию на отягощенный семейный анамнез, частоте факта перенесенного инфаркта миокарда, показателям липидного и углеводного обмена. Фактор некроза опухоли (ФНО-α) и трансформирующий фактор роста-β (ТФР-β) не претерпевали существенных изменений показателей как исходно, так и в отдаленные сроки. Концентрация ИЛ-6, взятая в отдаленные сроки, существенно отличалась у больных с сформировавшимся рестенозом стента и у больных без этого осложнения.

В зависимости от концентрации СРБ больные были поделены на три подгруппы. Уровень СРБ менее 1,0 мг/л был у 37 (35,2%) пациентов (подгруппа 1), из них у 5 (13,5%) развился в последующем рестеноз, уровень от 1,0 мг/л до 3,0 мг/л (подгруппа 2) имели 30 (28,5%) больных, из которых у 6 (20%) был рестеноз через 6 месяцев после ТБКА и уровень СРБ, превышающий 3,0 мг/л, был отмечен у 36 (34,9%) пациентов (подгруппа 3), из них у 12 (33,3%) больных развился рестеноз, а у 24 (66,7%) больных рестеноз отсутствовал в конце периода наблюдения. Отмечена тенденция к увеличению частоты рестеноза в зависимости от повышения исходной концентрации СРБ в плазме $\chi^2=3,49$, ($p=0,06$).

Частота рестеноза в зависимости от уровня СРБ ($n=103$).

Показатель	СРБ < 1 мг/л $n=37$		1 > СРБ < 3 мг/л $n=30$		СРБ > 3 мг/л $n=36$	
	Рестеноз (+)	Рестеноз (-)	Рестеноз (+)	Рестеноз (-)	Рестеноз (+)	Рестеноз (-)
N (%)	5 (13,5%)	32 (86,5%)	6 (20%)	24 (80%)	12 (33,3%)	24 (66,7%)

В группе больных с развившимся рестенозом ($n=23$) СРБ имел более высокие значения концентрации как исходно – $3,0 \pm 2,0$ мг/л против $2,5 \pm 2,5$ мг/л в группе больных без рестеноза ($n=81$), так и спустя 6 месяцев. Уровень СРБ оказался выше в группе рестеноза $3,4 \pm 4,8$ мг/л в сравнении с группой больных без рестеноза $2,8 \pm 4,2$ мг/л, хотя разница не достигла статистически достоверной значимости.

Интерлейкин-6 – цитокин, стимулирующий выработку СРБ, показал более отчетливые связи между концентрацией в плазме и течением болезни на протяжении периода наблюдения.

Среднее значение ИЛ-6 в группе больных с рестенозом, измеренное у 20 больных оказалось существенно выше $8,9 \pm 8,7$ пг/мл в сравнении с группой больных без рестеноза, измеренный у 70 больных $3,7 \pm 2,8$ пг/мл ($p=0,003$) как исходно, так и в конце периода наблюдения: $5,4 \pm 4,9$ пг/мл против $3,1 \pm 3,1$ пг/мл соответственно ($p=0,06$).

Анализ изучаемых показателей медиаторов воспаления по группе больных с рестенозом ($n=20$) обнаружил высоко достоверную связь между концентрациями СРБ и ФНО-α – другим известным стимулятором синтеза СРБ – как исходно ($r=0,46$, $p=0,03$), так и спустя 6 месяцев после ЧКВ ($n=17$), ($r=0,47$, $p=0,05$).

Вывод: оценка факторов воспаления перед вмешательством на коронарных артериях может быть полезна для оценки прогноза развития in-stent рестеноза и обоснования медикаментозной тактики после вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕНТАМИ «CYPHER» И «BX SONIC», БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

О.Е. Сухоруков, С.П. Семитко, Д.Г. Громов (Москва)

Цель исследования: Сравнительная оценка, анализ непосредственных и отдаленных результатов стентирования коронарных артерий стентами «Cypher» с лекарственным покрытием, и голометаллических стентов «Bx Sonic» (J&J, Cordis, USA) у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование вошло 433 пациента как с различными формами ИБС. Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошло 213 пациентов, которым были имплантированы 285 стентов «Cypher». Во вторую группу – 220 пациентов с 293 имплантированными стентами «Bx Sonic». По своей сути, имплантированные стенты были с одинаковыми физико-морфологическими свойствами и различались только наличием антипролиферативного покрытия (сиролимус) у стентов «Cypher». По исходным клинико-анамнестическим и ангиографическим данным пациенты в исследуемых группах достоверно не различались.

Результаты. Непосредственный ангиографический результат ЭВП

Показатель	1 группа ($n=285$)	2 группа ($n=293$)
Ангиографический успех процедуры	283 (99,3%)	289 (98,7%)
Прямое стентирование	201 (70,5%)	211 (72,0%)
Средний диаметр просвета в области вмешательства после процедуры (мм)	$2,92 \pm 0,28$	$3,02 \pm 0,32$
Диссекция	1 (0,35%)	2 (0,7%)
Окклюзия значимой боковой ветви	-	1 (0,3%)
Эффект no-reflow	1 (0,35%)	1 (0,3%)

Контрольное обследование включающее селективную коронарографию после проведения процедуры в сроки $7 \pm 1,8$ мес. прошли 126 (59,2%) пациентов первой группы и 174 (79,1%) во второй.

Результаты контрольного исследования	1-я группа	2-я группа	Достоверность
Хороший результат	96,8%	66,5%	$P<0,01$
Рестеноз в стенте	3,2%	33,5%	$P<0,01$
Поздний тромбоз в стенте	0,6%	2,6%	NS

Большие кардиальные осложнения (MACE)	1,9%	4,7%	NS
Летальные исходы	0,6%	0,6%	NS
Повторные ЭВП	3,2%	32,5%	P<0,01
Рестеноз у больных с СД	3,2%	83,3%	P<0,01
Рестеноз в стентах длиной более 20 мм	1,2%	24,6%	P<0,01
Рестеноз в стентах менее 3 мм	0,6%	22,4%	P<0,01
Реокклюзия после ЭВП хронических окклюзий	0	15,6%	P<0,01

Заключение. Проведенное исследование показало, что применение лекарственного антипролиферативного покрытия (сиролимус) показывает лучшие результаты у пациентов любых возрастных групп, с разными формами ИБС, при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии, а также у больных сахарным диабетом, длинных поражений и в сосудах малого диаметра, по сравнению с голометаллическими стентами.

СЕЛЕКТИВНАЯ САЛЬПИНГОГРАФИЯ И РЕКАНАЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

П.Г. Таразов, С.Ю. Румянцева (С-Петербург)

Цель: анализ диагностических и терапевтических возможностей селективной сальпингографии (ССГ) и чрескатетерной реканализации маточных труб (ЧР МТ) у пациенток с трубным бесплодием.

Материалы и методы. За период с 1993 по 2007 г. обследованы 180 женщин в возрасте от 21 до 42 лет с ранее диагностированной проксимальной непроходимостью обеих или единственной МТ и средней длительностью бесплодия 4,5 г. Процедура осуществлялась амбулаторно и состояла из следующих этапов: 1) повторная ГСГ; 2) при подтверждении проксимальной непроходимости маточных труб – ССГ; 3) при неэффективности ССГ – ЧР МТ.

Результаты. При повторной ГСГ непроходимость МТ не подтвердилась у 34 женщин (19%), из них 23 забеременели в течение года (68%). ССГ позволила визуализировать МТ у 50 пациенток (28%), беременность в течение 12 мес наступила у 18 из них (36%). ЧР МТ была успешной у 84 из 96 пациенток (88%), частота беременности составила 23% (n=19) и зависела от состояния дистальных отделов МТ и возраста женщин. В целом, в результате комбинированного применения ГСГ, ССГ и ЧР МТ беременность наступила у 60 из 180 женщин (33%) и в 57 случаях (32%) закончилась нормальными родами.

Выводы. ССГ и ЧР МТ играют важную роль в обследовании и лечении пациенток с бесплодием: являются методами уточняющей диагностики проходимости и состояния МТ, дают женщинам реальный шанс беременности и родов.

МЕСТО ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА

Р.С. Тарасов, В.И. Ганюков, Н.И. Сусоев, И.Н. Шиганцов, Е.А. Левченко, М.В. Демина, И.Ю. Бравве (Новосибирск)

Цель исследования: изучение эффективности отсроченных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), и дальнейшей тактики лечения у больных с аневризмой левого желудочка (АЛЖ).

Материалы и методы: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения 23 больных с постинфарктной АЛЖ, которым выполнялись ЧКВ с имплантацией непокрытых стентов в инфаркт-зависимую артерию. ЧКВ осуществлялось в сроки от нескольких суток до 8 недель после перенесенного Q-позитивного переднего ИМ (медиана 4 нед.) – группа I. В группу контроля вошли 23 пациента с АЛЖ, которые подверглись выжидательной стратегии лечения на период ожидания оптимальных сроков кардиохирургической операции – группа II. Через 6 месяцев всем больным выполнена контрольная вентрикулокоронарография, проведена оценка клинического статуса пациентов, проанализирована дальнейшая тактика ведения больных. Исходно и в динамике тяжесть поражения коронарного русла оценивалась при помощи шкалы SYNTAX Score. Локальная сократительная способность ЛЖ изучалась на основании индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС), вычисляемого по результатам левой вентрикулографии.

У всех пациентов по результатам коронарографии диагностирован «хирургический» уровень (стенозирование $\geq 70\%$) поражения передней нисходящей артерии. Исходно, по данным левой вентрикулографии все пациенты имели снижение глобальной сократительной способности миокарда ЛЖ со средним значением фракции выброса (ФВ) ЛЖ в первой группе 36,1%, и 42,9% во второй группе ($p > 0,05$), а так же признаки постинфарктной АЛЖ. Отдаленные результаты изучались на основании клинических данных, результатов вентрикулокоронарографии, шкалы SYNTAX Score, и ИНЛС.

Результаты: В отдаленном периоде клиника стенокардии отсутствовала у 12 пациентов I группы (52,2%), стабильная стенокардия напряжения отмечена у 10 больных (43,5%), лишь 1 пациент имел клинику нестабильной стенокардии (4,3%). При этом в группе контроля стенокардия отсутствовала у 3 больных (13%), стабильную стенокардию имели 18 пациентов (72%), у 2 больных диагностирована нестабильная стенокардия 2 (8,7%).

В динамике выявлено улучшение глобальной сократительной способности миокарда ЛЖ у пациентов I группы. Средний показатель ФВ ЛЖ