

тозного узла субсерозной или субмукозной локализации на ножке. Всем пациенткам выполняли МРТ-исследование с контрастным усилением и применением программ оценки тканевой перфузии миомадозных узлов. Все миомадозные узлы были классифицированы в зависимости от активности перфузии по отношению к неизмененному миометрию на три типа: гипоперфузионный, гиперперфузионный и изоперфузионный. Исследования проводились двукратно: на первом этапе – не ранее 10 сут до операции, на втором этапе – через 24–48 ч после операции. Пациентки были рандомизированы в две группы в зависимости от размера используемого эмболизирующего материала: в первой группе (32 пациентки, 181 миомадозный узел) использовались калиброванные микросферы из поливинилалкоголя размером 500–700 мкм; во второй группе (31 пациентка, 149 миомадозных узлов) использовались аналогичные микросферы размером 700–900 мкм. Общее количество выявленных миомадозных узлов составило 330 (от 1 до 16). Среднее количество миомадозных узлов на одну пациентку составило  $5,2 \pm 2,9$ . Во всех случаях выполнялась двусторонняя эмболизация маточных артерий правосторонним трансфеморальным доступом. Использовалась селективная катетеризация маточных артерий с помощью микрокатетеров. Введение эмболизирующего материала проводилось до остановки кровотока в крупных ветвях маточной артерии и появления рефлюкса в ней. Повторная катетеризация и ангиография маточных артерий проводились не менее чем через 5 мин после введения основной порции эмболизирующего материала. При необходимости выполнялась дополнительная эмболизация частями того же размера. Основным критерием непосредственной эффективности эмболизации маточных артерий являлся объем некровоснабжающейся ткани (ОНТ) миомадозного узла и количество узлов с ОНТ более 95%. Дополнительно оценивались количество потраченного эмболизирующего материала (в мл) и тяжесть болевого синдрома в первые сутки после вмешательства (с помощью визуальной аналоговой шкалы).

**Результаты.** У всех пациенток выполнены технически успешные двусторонние ЭМА. По данным предоперационного МРТ-исследования из 330 выявленных миомадозных узлов 188 (57%) были отнесены к гипоперфузионным, 69 (20,9%) – к гипеперфузионным, 73 (22,1%) – к изоперфузионным. В 1-й группе пациенток распределение миомадозных узлов по типам составило 107/41/33 соответственно, во 2-й группе – 81/28/40 соответственно. Непосредственная эффективность ЭМА по данным МРТ составила в 1-й группе пациенток 96,7% – 175 полностью обескровленных узлов из 181. Во 2-й группе больных непосредственная эффективность составила 88,6% (132 узла из 149). Эффективность эмболизации по типам перфузии миомадозных узлов (гипо-, гипер- и изоперфузионные) в 1-й группе больных составила 99,1 (106 из 107), 92,7 (38 из 41) и 6,1% (31 из 33) соответственно. Во 2-й группе пациенток эффективность составила 3,7 (78 из 81), 57,1 (16 из 28) и 95% соответственно. Тяжесть болевого синдрома в первой группе составила в среднем  $4,1 \pm 2,1$  балла, а во второй  $3,1 \pm 3,1$  балла. Потребность в наркотических анальгетиках в первые сутки послеоперационного периода в первой группе составила 28,1% (9 из 32), во 2-й группе – 12,9% (4 из 31). Количество потраченного эмболизирующего материала в 1-й группе составило в среднем  $7,8 \pm 1,9$  мл, во 2-й –  $5,4 \pm 2,8$  мл.

**Выводы.** 1. Сферический калиброванный эмболизирующий материал с размером сфер 700–900 мкм показал низкую эффективность в отношении гиперперфузионных миомадозных узлов по сравнению с аналогичным материалом с размером сфер 500–700 мкм. 2. Применение эмболов более крупного размера сопровождается менее выраженным болевым синдромом в первые сутки после вмешательства и меньшим количеством расходуемого эмболизирующего материала. 3. У пациенток с выявленными предоперационно по данным МРТ-исследования миомадозными узлами гиперперфузионного типа целесообразно использовать эмболизирующий материал с меньшим размером эмболизирующих частиц. У пациенток без миомадозных узлов данного типа целесообразно использовать эмболизирующий материал с частицами большего размера.

### Госпитальные результаты рентгенэндоваскулярного лечения пациентов старшей возрастной группы с инфарктом миокарда, сопровождающимся подъемом сегмента ST

Араблинский А.В., Хайрутдинов Е.Р.,  
Фомин В.Н., Цуркан В.А., Струценко М.В.

ГБУЗ "ГКБ им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы",  
кафедра терапии и подростковой медицины ГБОУ ДПО "РМАПО"

**Цель исследования:** оценить эффективность эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у пациентов старшей возрастной группы (старше 75 лет) с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы.** С 2007 г. в отделение рентгенохирургии ГКБ им. С.П. Боткина обследовано 235 пациентов старше 75 лет с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Средний возраст пациентов составил  $79,6 \pm 4,3$  года. Было 143 (60,8%) женщины и 92 (39,2%) мужчины. Среди факторов риска развития ИБС выделялись: артериальная гипертония (80,8%), гиперхолестеринемия (72,7%), курение (25,9%) и сахарный диабет (19,1%). Инфаркт-ответственной артерией в 38,7% была передняя нисходящая артерия, в 40,8% – правая коронарная артерия и в 20,5% – огибающая артерия. Многососудистое поражение коронарного русла было выявлено у 78,7% пациентов, риск проведения ЧКВ по шкале SYNTAX score составил в среднем  $29,3 \pm 6,9$  балла. В 63,4% случаев проводилось первичное ЧКВ, а в 36,6% – ЧКВ выполнялось в течение суток после проведения тромболитической терапии. Кардиогенный шок был диагностирован у 13,6% пациентов. Перед проведением вмешательства все больные получали нагрузочную дозу клопидогреля 600 мг и аспирин 325 мг. Всего было имплантировано 321 стент (45 стентов с лекарственным покрытием и 276 голометаллических стентов), в среднем 1,36 на больного.

**Результаты.** Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 92,7%. Выживаемость пациентов на госпитальном этапе составила 89,3%. Рецидив инфаркта миокарда был зарегистрирован у 4,7% больных, в связи с чем выполнялось повторное ЧКВ. Факторы риска госпитальной летальности: кардиогенный шок, многососудистое поражение коронарного русла, высокий риск проведения ЧКВ по шкале SYNTAX score, фракция выброса левого желудочка менее 40%, инфаркт миокарда передней локализации.

**Выводы.** Эндоваскулярная реваскуляризация миокарда у пациентов старшей возрастной группы с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST является эффективным и достаточно безопасным методом лечения.

### Оценка особенностей применения и сравнительная эффективность стента BIOSS и provisional T-стентирования в лечении бифуркационных поражений коронарных артерий

Арипов М.А., Малаев Н.Б., Боровский С.П.,  
Кубекова С.Ж., Рахимов Р.А., Землянский А.В.

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи,  
г. Астана, Республика Казахстан

**Цель:** оценить особенности применения и определить преимущества и недостатки бифуркационного стента BiOSS в лечении бифуркационных поражений и сравнить эффективность их с результатами provisional T-стентирования.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 63 больных с установленным на коронарографии бифуркационным поражением. Пациенты были разделены на 2 группы, 28 пациентам проведено бифуркационное стентирование бифуркационным стентом BiOSS – 1-я группа, 35 пациентам проведено бифуркационное стентирование по методике provisional T-стентирования – 2-я группа. Данные по клиническим характеристикам групп не имели больших различий и были разделены: по среднему возрасту: в 1-й группе –  $51,9 \pm 8,2$  и во 2-й –  $56,7 \pm 7,4$  года соответственно; по среднему классу стенокардии, фракции выброса в 1-й группе –  $49 \pm 5\%$  и во 2-й –  $47 \pm 6\%$ . Учитывались наличие сахарного диабета – 9 (32%)