

и удалением съемных кава-фильтров, пациентов не наблюдалось.

**Заключение:** В проведенном исследовании у пациентов с флотирующим тромбозом возникновение ТЭЛА после имплантации кава-фильтров не отмечалось, что говорит о высокой эффективности выше указанного метода. Тем не менее, следует учитывать, что постоянный кава-фильтр, постоянно находящийся в организме человека на протяжении жизни, может вызывать реакции отторжения, воспаления и в дальнейшем развитие тромбоза нижней полой вены. С учетом вышесказанного у пациентов, в частности, молодого возраста можно считать предпочтительным использование съемных кава-фильтров.

### **РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЕЛЕТА**

Д.Н. Самочатов (Москва)

**Цель исследования:** проанализировать эффективность применения рентгеноэндоваскулярной окклюзии у пациентов с высокоvascularизированными новообразованиями опорно-двигательного аппарата.

Обследовано 103 пациента в возрасте от 12 до 79 лет, которым выполнено 118 операций по редукции патологического кровотока, выявленных новообразований. Для рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО) использовались эмболы PVA COOK 100-700 мкн и окклюзирующие спирали WCE и IMWCE фирмы COOK различных размеров. В 55,1% случаев использовались эмболы PVA COOK 100-700 мкн и окклюзирующие спирали IMWCE, в 22,0% случаев только окклюзирующие спирали IMWCE, в 22,9% случаев только эмболы PVA COOK 100-700 мкн. В первой группе (52 пациентам) через 1-4 дня после РЭО проводились плановые хирургические вмешательства с резекцией новообразований. В данной работе эффективность РЭО оценивалась по степени кровопотери у оперированных больных и по динамике клинических проявлений у не оперированных больных (вторая группа – 51 пациент). Для сравнения с оперированными пациентами была набрана контрольная группа (30 больных) сопоставимая по половозрастным параметрам, степени васкуляризации, локализации и объему новообразования и условиям проведения операции.

**Заключение:** Согласно результатам проведенного исследования кровопотеря в первой группе оказалась от 1.5 до 4 раз меньшей по сравнению с контрольной группой, получившей хирургическое лечение, но без предварительной РЭО. А у пациентов второй группы, после РЭО было отмечено исчезновение или уменьшение интенсивности болевого синдрома и улучшения качества жизни, некоторым из них РЭО проводилась 2 или 3 раза.

### **АКТИВНОСТЬ КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ В КРОВИ, ПОЛУЧЕННОЙ ИЗ КОРОНАРНОГО СИНУСА, КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

С.П. Семитко, Д.Г. Громов, И.С. Топчян,  
Д.Г. Иоселиани (Москва)

**Введение:** Оценка качества восстановления миокардиальной перфузии в бассейне инфаркт-ответственной коронарной артерии (ИКА) у больного ОИМ, перенесшего в первые часы заболевания эндоваскулярную процедуру, является ключевым моментом в поиске оптимальной тактики реперфузионной терапии и в определении прогноза заболевания. Основным ангиографическим критерием эффективности эндоваскулярной процедуры является оценка антеградного кровотока по шкале TIMI. При этом, достижение высоких градаций кровотока по шкале TIMI не всегда сопровождается полной резольвцией сегмента ST – главного критерия оценки качества микроциркуляторной перфузии миокарда.

**Целью** настоящего исследования было изучение динамики активности кардиоспецифичных ферментов (КСФ) сыворотки крови в коронарном синусе (КС) во время эндоваскулярной процедуры восстановления кровотока в ИКА и сопоставление полученных данных со степенью резольвции сегмента ST.

**Материал и методы:** В исследование включено 22 пациента мужского пола в возрасте  $52,6 \pm 11,4$  года с первым острым ST-ИМ передней локализации, которым в сроки  $241,6 \pm 108,8$  мин от начала заболевания была выполнена успешная (TIMI 3) первичная эндоваскулярная реканализация, ангиопластика и стентирование исходно окклюзированной в проксимальной трети передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Непосредственно после процедуры определяли суммарную резольвцию элевации сегмента ST в информативных отведениях по трем степеням: 1. отсутствие динамики подъема сегмента ST – у 3 пациентов (13,6%); 2. частичное разрешение элевации ST – у 6 больных (27,4%); 3. полная резольвция элевации сегмента ST – 13 (59%). 1 группу больных составили пациенты с полной резольвцией сегмента ST ( $n=13$ ); 2-ую – больные с частичной резольвцией и с отсутствием значимой динамики сегмента ST ( $n=9$ ). Исходно, после реперфузии и далее каждые 5 мин в течение 20 мин выполнялся серийный забор проб крови (всего 6 проб) из коронарного синуса для определения активности кардиоспецифичных ферментов (КФК, КФК-МВ, АсТ). Катетеризация и забор крови из коронарного синуса осуществлялся катетером Corail (фирмы Bult). Статистический анализ выполняли, используя возможности программы SPSS 10.0 for Windows.

**Результаты:** Исходно абсолютные значения КСФ в обеих группах достоверно не различались ( $115,3 \pm 84,8$  против  $126,1 \pm 114,4$ ;  $P=0,6$ ). Дальнейшая динамика активности КСФ имела выраженные различия: у больных 1 группы динамика прироста соответствовала экспоненте, тогда как у больных 2-ой группы – активность КСФ прирастала плавно и имела линейную зависимость. Начиная с 3 точки (или с 5 минуты после реканализации) концентрация КСФ у больных 1 группы была достоверно большей. К конечной точке были зафиксированы максимальные различия уровня КСФ:  $1128,9 \pm 138,8$  против  $411,3 \pm 112,1$ ;  $P < 0,05$ . Подобная достоверная разница была выявлена при анализе скорости прироста концентрации КСФ.

**Вывод:** скорость «вымывания» КСФ из области инфарктированного миокарда зависит от степени резольции сегмента ST и может быть объективным количественным критерием качества восстановления миокардиальной перфузии в бассейне ИКА.

#### ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ОКС БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Н.В. Соловьева, Д.А. Зверев, Т.Д. Глебовская, Н.Н. Букова (Санкт-Петербург)

**Цель исследования:** установить особенности поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без элевации сегмента ST на фоне метаболического синдрома (МС).

**Материал и методы:** Обследовано 32 пациента с ОКС без элевации сегмента ST на фоне МС – I группа: 20 мужчин, 12 женщин, средний возраст  $56,9 \pm 9,7$ . Группу контроля составили 36 пациентов с ОКС без элевации сегмента ST без МС (27 мужчин, 9 женщин, средний возраст  $59,06 \pm 9,6$ ). Больные обследованы по общепринятым стандартам и получали терапию в соответствии с международными рекомендациями по ведению больных с ОКС. Всем пациентам в первые 48 часов от развития ОКС выполнена коронароангиография.

**Результаты:** Установлено, что для больных с МС характерно многососудистое поражение (75 % пациентов имели поражение 2 и более коронарных артерий). Для больных, у которых ОКС без элевации сегмента ST развился на фоне МС, наиболее характерным являются окклюзионное и субокклюзионное поражения коронарных артерий, которые отмечены у 84,4% исследуемых больных (в бассейне 1 коронарной артерии – у 43 % пациентов, в 2-х бассейнах – у 34 %, в 3-х бассейнах – у 6,25 % больных). У больных с МС наиболее часто выявлено поражений артерий среднего калибра: средней части передней

межжелудочковой артерии (50% больных); средней части правой коронарной артерии, включая артерию острого угла (32% больных); средней части огибающей артерии, включая артерию огибающую предсердие (32% больных). У больных I группы достоверно чаще по сравнению с группой контроля выявлены: поражение 1 диагональной артерии (30% больных I группы и 5,5 % пациентов группы контроля,  $p=0,02$ ), средней части огибающей артерии (33 % больных I группы и 13,9 % – группы контроля,  $p=0,04$ ), а также сочетанное поражение задней межжелудочковой артерии и дистальной части правой коронарной артерии (30 % больных I группы и 9 % – группы контроля,  $p = 0,028$ ).

**Заключение:** Для больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST на фоне метаболического синдрома характерно многососудистое субокклюзионное и окклюзионное поражение коронарных артерий среднего калибра.

#### РОЛЬ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Карелин, М.И. Школьник, В.Л. Винокуров (Санкт-Петербург)

**Цель:** оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечении больных с опухолями органов малого таза.

**Материалы и методы:** В исследование включены 384 пациента с опухолями мочевого пузыря и шейки матки, находившихся на лечении в отделениях урологии и гинекологии ФГУ РНЦ РХТ в период с 1991 по 2000 г. (табл.). Больные стратифицированы по полу, возрасту, стадии опухолевого процесса и выраженности сопутствующей патологии.

Таблица.

| Группа      | Диагноз             |                 | всего |
|-------------|---------------------|-----------------|-------|
|             | Рак мочевого пузыря | Рак шейки матки |       |
| основная    | 151                 | 118             | 269   |
| контрольная | 55                  | 60              | 115   |

У пациентов с опухолями мочевого пузыря использовали традиционные методы лечения: трансуретральную резекцию, системную химиотерапию и облучение. В дополнения к этому больные основной группы получали системно-регионарную химиотерапию (метатрексат, винбластин, препараты платины, адрибластин) и/или эмболизацию ветвей внутренних подвздошных артерий (ВПА).

Основным методом лечения больных раком шейки матки была сочетанная внутриматочная и дистанционная лучевая терапия по стандарт-