

эмболизация маточных артерий. В 10 случаях эктопической беременности (девять шейных и одна брюшная) эмболизация была использована в комплексе с местным и артериальным введением метотрексата.

Результаты: во всех случаях был достигнут адекватный гемостаз. Ни одной пациентке не потребовалось выполнять гистерэктомию или перевязку внутренних подвздошных артерий. У трех пациенток с шейной беременностью были необходимы повторные эмболизации.

Выводы: эндоваскулярные методы и, в первую очередь, эмболизация маточных артерий способны обеспечить быстрый и эффективный гемостаз у больных с акушерской патологией, приводящей к кровотечениям.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КЕМЕРОВО И В ЕВРОПЕЙСКИХ ЦЕНТРАХ

Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Моисеенков Г.В., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: сопоставить подходы к лечению и госпитальные результаты у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в НИИ КПССЗ СО РАМН (n=529) и Европейских центрах (ЕЦ) на основании данных локального регистра и исследования EHS-ACS-II (n=6067).

Материал и методы: В локальный регистр НИИ за 2008г. были включены 529 больных ОКС. Пациенты были разделены на две группы: больные ОКС с подъемом сегмента ST (n=389), и без подъема сегмента ST (n=140). Учитывались основные демографические и клинические данные, проводимая терапия, применение реперфузии: первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), тромболитическая терапия (ТЛТ), их временные показатели, использование высокотехнологичных методик реваскуляризации и поддержки гемодинамики (ЧКВ, коронарное шунтирование (КШ), внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК), имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС). Также оценивалась госпитальная летальность. Все данные сопоставлялись с результатами Европейского исследования EHS-ACS-II 2004 г.

Результаты: Пациенты из регистра НИИ и ЕЦ были сопоставимы по основным демографическим и клиническим данным. По числу больных ОКС с подъемом сегмента ST, получивших первичную реперфузию, значимых различий не получено (76.1% из НИИ против 64% пациентов из ЕЦ ($p>0.05$)). Также не было различий по показателю «дверь-баллон» (69 мин (10-390) против 70 мин (40-125) соответственно ($p>0.05$)). Отмечалась

более высокая частота применения КШ у пациентов с ОКС из НИИ (11.31%) по сравнению с ЕЦ (2.9%), соответственно, среди больных с подъемом сегмента ST, и 20.7% против 7.4%, соответственно, среди больных без подъема сегмента ST). Показатели госпитальной летальности среди больных, получивших первичное ЧКВ в НИИ и ЕЦ существенно не отличались (3.75% против 6.4%, соответственно ($p>0.05$)).

Закключение:

1. Получены сопоставимые результаты лечения пациентов с ОКС в НИИ и ЕЦ по частоте выполнения коронарографии и первичной реперфузии, ВАБК, ЭКС, времени «дверь-баллон», госпитальной летальности ($p>0.05$).
2. Выявлены отличия в пользу НИИ по частоте первичных ЧКВ (81,1% против 59% в ЕЦ ($p<0.05$)), ТЛТ (18,9% против 41% соответственно ($p<0.05$)).
3. В ЕЦ широко применяются ингибиторы IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (до 30,7% при подъеме сегмента ST), в НИИ данный класс препаратов не использовался. Частота применения операции КШ для больных ОКС в ЕЦ существенно ниже таковой в НИИ (2,9% против 11,3% в группе больных с подъемом сегмента ST, и 7,4% против 20,7% без подъема ST ($p<0.05$)).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ «NO-REFLOW»

Ганюков В.И., Шилов А.А., Шушпанников П.А., Синьков М.А., Азаров А.А., Барбараш Л.С.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: Оценить непосредственные и отдаленные результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), сопровождающихся развитием синдрома «no-reflow».

Материал и методы: Анализ были подвергнуты 7 ЧКВ, сопровождавшихся развитием синдрома «no-reflow». Средний возраст больных составил $55,4\pm 10,3$ лет, преобладали мужчины в 85,7% случаев. Все больные были с Q – позитивным острым инфарктом миокарда (ОИМ), в 28,6% (2 пациента) течение ОИМ осложнилось развитием ранней постинфарктной стенокардией. Средняя фракция выброса по эхокардиографии составила $43,9\pm 8,4\%$. У 6 пациентов (85,7%) инфаркт - зависимой артерией была острая тромботическая окклюзия передненисходящей артерии, в 1 случае (14,3%) острая окклюзия правой коронарной артерии. У 71,4% больных выявлено однососудистое поражение, по 1 случаю (14,3%) - отмечено двух- и трехсосудистое поражение коронарных артерий. Средний диаметр целевой артерии - $3,25\pm 0,5$ мм. В 2

случаях (28,6%) проводилась баллонная ангиопластика венечных артерий, у 5 больных (71,4%) выполнено ЧКВ со стентированием. Всего было имплантировано 7 стентов, средний диаметр стента равнялся $3,2 \pm 0,4$ мм, средняя длина стента составила $28 \pm 4,8$ мм. Всем больным назначалась нагрузочная доза плавикса (300 мг) непосредственно перед оперативным лечением (85,7%) либо сразу после эндоваскулярного вмешательства (1 больной 14,3%). Количество гепарина, вводимого во время ЧКВ, в среднем равнялось $21,7 \pm 1,3$ тысяч единиц. В 2 случаях (28,6%) проводился внутрикоронарный тромболизис. Учитывались как госпитальный этап, так и отдаленные Результаты: Клинический успех оценивался на основании клиники заболевания (уменьшение как минимум на 2 ФК стенокардии или ее отсутствие), положительной динамики ЭКГ и кардиоспецифических ферментов, отсутствия осложнений.

Результаты: Непосредственный ангиографический успех не зафиксирован ни в одном из случаев, учитывая среднюю степень кровотока по классификации TIMI после ЧКВ ($0,8 \pm 0,7$). Осложнения во время эндоваскулярного вмешательства не зарегистрированы. Средний диаметр целевого сосуда после ЧКВ составил $3,25 \pm 0,38$ мм. Остаточный стеноз после эндоваскулярного вмешательства во всех случаях равнялся менее 5%. Несмотря на развитие синдрома «no-reflow» клинический успех отмечен у всех больных на госпитальном этапе. У трех больных на госпитальном этапе выполнялась эхокардиография, которая выявила у 2 пациентов снижение фракции выброса (ФВ) в среднем на 14% и у 1 больного прирост ФВ на 15%. Отдаленные результаты прослежены у 5 больных. У 2 больных (40%) развилась клиника нестабильной стенокардии. У 3 пациентов (60%) сохранялся клинический эффект от проведенного ЧКВ. Контрольная коронарография выполнена у 4 (80%) больных. В 2 наблюдениях (40%) отмечался тромбоз целевой артерии, причем у тех больных, у которых отмечалось в динамике снижение ФВ по эхокардиографии. У 2 больных (40%) ангиографический рестеноз отсутствовал, антеградный кровоток 3 градации по классификации TIMI. Повторная реваскуляризация (коронарное шунтирование) выполнена 2 больным (40%).

Выводы:

1. Среди лиц с ЧКВ осложненным синдромом «no-reflow» преобладали мужчины с локализацией острой тромботической окклюзии в инфаркт - зависимой передненисходящей артерии.
2. Снижение фракции выброса по эхокардиографии в динамике после развития синдрома «no-reflow», возможно, обусловлено сохраняющейся окклюзией инфаркт-зависимой артерии;

3. Развитие синдрома «no-reflow» не ухудшает клинический успех процедуры и достаточно часто (50% случаев) антеградный кровоток восстанавливается в течение госпитализации.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ПЕРВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СТЕНТА СИНУС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Евтушенко С.А., Моисеенков Г.В., Барбараш Л.С.

НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: оценить непосредственную клиническую и ангиографическую эффективность и безопасность первых отечественных стентов СИНУС у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: двадцати больным с клиникой ОКС и гемодинамически значимым поражением коронарного русла единомоментно выполнялась коронарография и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием инфаркт-зависимого сосуда (ИЗС). В качестве непосредственных результатов стентирования оценивались такие ангиографические показатели, как остаточный стеноз в области имплантации стента и кровоток в ИЗС по шкале TIMI. Учитывались такие осложнения на протяжении периода госпитализации, как смерть, повторный ИМ и коронарное шунтирование (КШ). Средний возраст в исследуемой выборке составил $55,31 \pm 7,1$ лет. Превалировали больные мужского пола – 18 пациентов (90%). У 14 больных (70%) был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, четверо пациентов (20%) были отнесены в подгруппу с ОИМ без подъема ST, тогда как 2 больных (10%) страдали нестабильной стенокардией. Однососудистое поражение коронарного русла имело место в 30% случаев ($n=6$), двухсосудистое - в 45% ($n=9$), тогда как трехсосудистое - в 25% ($n=5$). Окклюзия ИЗС диагностирована в 9 случаях (45%). В 55% случаев ИЗС являлась передняя межжелудочковая артерия, в 30% - правая коронарная, в 15% - огибающая артерия. Средняя длина стентированного сегмента составила $16,7 \pm 2,24$ мм, средний диаметр стентов – $3,26 \pm 0,25$ мм.

Результаты: Непосредственный успех ЧКВ со стентированием отмечен в 100% случаев (успешная реваскуляризация 100%. ИЗС с сохранением кровотока на уровне TIMI III). Среднее значение остаточного стеноза в области имплантации стентов составило $8,8 \pm 9,15\%$. Таких осложнений как смерть, инфаркт миокарда или КШ на протяжении периода госпитализации не было ни в одном случае. Имелись следующие особенности ЧКВ: в двух случаях (10%) отмечались сложности с удалением баллона системы доставки из стента после его имплантации, в одном случае (5%)