

($p < 0,05$) и при большей степени остаточного стеноза после вмешательства на коронарной артерии ($p < 0,05$).

Из клинико-лабораторных данных получена дисперсия средних величин ГЛИ в зависимости от степени элевации сегмента ST на ЭКГ ($p < 0,05$), по показателям коагуляционного гемостаза ($p < 0,05$), КФК ($p < 0,05$), систолического и диастолического АД ($p < 0,05$).

Анализ корреляции ГЛИ с осложнениями ОИМ показал его умеренную взаимосвязь с летальностью ($r = -0,29$, $p < 0,001$), кардиогенным шоком ($r = -0,42$, $p < 0,0001$), отеком легких ($r = -0,33$, $p < 0,001$), желудочковой тахикардией ($r = -0,42$, $p < 0,0001$), фибрилляцией желудочков ($r = -0,41$, $p < 0,0001$). Феномен невосстановления кровотока (no-reflow) после операции реваскуляризации и ГЛИ коррелировали с умеренной степенью ($r = 0,29$, $p < 0,05$), преимущественным поражением левой коронарной артерии ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Выводы:

1. Глюкозо-лейкоцитарный индекс, глюкоза крови и лейкоциты при ОИМ могут быть включены в шкалы стратификации риска с большей степенью предсказуемости неблагоприятного течения заболевания, чем используемые в некоторых шкалах гемоглобин и креатинин крови.
2. Рассчитанный при поступлении, в течение 20 мин., показатель ГЛИ, наряду с анамнезом, физикальным осмотром и данными ЭКГ, может стать наиболее ранним критерием риск-стратификации больного с острым коронарным синдромом.
3. Его значение выше 0,9 у.е. с большой вероятностью предсказывает риск таких осложнений ОИМ как кардиогенный шок, отек легких, фатальные нарушения ритма сердца, летальность, что должно мотивировать врача к более активной и агрессивной тактике наблюдения и лечения пациентов.
4. Высокие значения ГЛИ при поступлении сопряжены с большим объемом и тяжестью поражения симптом-связанной артерии при ОИМ и характеризуются худшими результатами тромболитической терапии и операций по реваскуляризации миокарда интервенционными методами.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В БЕРЕМЕННОСТИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Курцер М.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э.
Кафедра факультетской хирургии, кафедры акушерства и гинекологии педиатрического и московского факультетов Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

Цель: оценить эффективность эмболизации маточных артерий (ЭМА) у пациенток, заинтере-

сованных в беременности. Оценить технические аспекты выполнения вмешательства, сформулировать алгоритм определения показаний к ЭМА в этой группе больных.

Материал и методы: с 2002 по 2009 годы ЭМА была выполнена 2330 пациенткам с миомой матки. Из них 833 (35,8%) отмечали свою заинтересованность в беременности. У всех этих больных выполнение консервативной миомэктомии было затруднительным.

Результаты: разработаны технические приемы, позволяющие минимизировать продолжительность рентгеноскопии, риски непреднамеренной эмболизации яичниковых артерий, ишемического повреждения эндометрия. Разработаны прогностические критерии, позволяющие обеспечить наибольшую вероятность деторождения в отдаленном периоде.

У пациенток, перенесших ЭМА, возникло 85 беременностей, что составило 24% от 345 пациенток, перенесших ЭМА более года назад, имевших полового партнера и не применявших контрацепцию. Пятнадцать пациенток находится на различных сроках гестации, у 12 беременность была прервана, 19 недоступны для контроля. В настоящий момент известно о 39 родах у 38 пациенток. Родилось 40 детей, в одном случае дихорионическая двойня.

Выводы: ЭМА может использоваться у пациенток с миомой матки, заинтересованных в беременности. Методика ЭМА у таких больных имеет свои особенности.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Курцер М.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э..
Кафедра факультетской хирургии, кафедры акушерства и гинекологии педиатрического и московского факультетов Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

Цель: оценить эффективность применения эндоваскулярной эмболизации в лечении различной акушерской патологии.

Материал и методы: с 2005 по 2009 год эндоваскулярные вмешательства применили у 111 пациенток с акушерской патологией. В девяти наблюдениях у пациенток с вращением плаценты проводили катетеризацию маточных артерий непосредственно перед кесаревым сечением – у шести из них в процессе операции произведена эмболизация маточных артерий, в одном наблюдении выполнена окклюзия внутренних подвздошных артерий баллонным катетером и в двух случаях эндоваскулярное вмешательство не выполнялось по причине отсутствия выраженного интраоперационного кровотечения. У 22 больных с послеродовым кровотечением была выполнена

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 ($p>0.05$)).

Заключение:

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