

кровотоке по нему TIMI – III. Для оценки клинического успеха использовали динамику клинических проявлений ИБС (снижение ФК стенокардии на 1 – 2 уровня) или их полное отсутствие. В целом непосредственный ангиографический успех был получен во всех 46 (100%) наблюдениях, клинический – в 44 (95,7%). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 месяцев до 4 лет (с проведением контрольной коронарографии) у 41 больного (89%). Клиническое улучшение сохранялось у 27 пациентов (65,9%): у 25 (60,9%) с имплантированными стентами и только у 2 (5%) с баллонной ангиопластикой. В 9 наблюдениях (25,7%) из 35 у пациентов с стентированием выявлен рестеноз, в 1(2,86%) – реокклюзия оперированного сегмента артерии. В группе больных с БА частота рестеноза и реокклюзии была (33,3%) и (33,3%) соответственно.

**Заключение:** эндоваскулярная реканализация с последующей ангиопластикой окклюзированной коронарной артерии является эффективным, малоинвазивным и относительно безопасным методом хирургического лечения ИБС. Имплантация интракоронарного стента на завершающем этапе операции позволяет существенно улучшить непосредственные и отдалённые результаты вмешательства.

#### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИМ, И ПОЛУЧИВШИХ ТОЛЬКО КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (БЕЗ ЭВП)**

Е.Ц. Мачитидзе, С.В. Роган, С.П. Семитко, Д.Г. Иоселиани (Москва)

**Цель.** Изучить госпитальную летальность и клиническое течение заболевания у пациентов с ОИМ в зависимости от наличия или отсутствия проведения эндоваскулярных вмешательств.

**Материал и методы.** Обследовано 2020 пациентов с ОИМ, которые были пролечены в НПЦИК за период с октября 2003г. по октябрь 2006г. Средний возраст пациентов составил 58±23 года. Большинство пациентов были мужского пола – 1676 (83%). 1 группу составили 1727 ( 85,5%) пациентов, которым были выполнены 1917 эндоваскулярных процедур ( ЭВП) в разные сроки ОИМ: 1085 (56,6%) процедур ТЛАП и 832 (43,4%) – стентирования. Из них 1410 (69,8%) пациентам ЭВП проводились в первые 24 ч. от начала ангинозного приступа – 1А подгруппа; 1Б подгруппу составили 317 (15,7%) пациентов с отсроченным эндоваскулярным лечением в сроки от 24 ч до 21 дня. Показаниями для ЭВП у этих пациентов была ранняя постинфарктная стенокардия или положительный результат нагрузочного тестирования. 2 (контрольную) группу составили 293 (14,5%) пациента, которым проводилось только

консервативное лечение (без ЭВП) : 2А подгруппа – 72 (3,56%) пациента поступивших в течение 24 ч. от начала болевого синдрома, 2Б подгруппа- 221 (10,94%) пациент поступивших позже 24 ч. от начала ангинозного приступа. В исследовании не включались пациенты, которым ЭВП не выполнялись из-за тяжелого состояния на момент поступления (пациенты с кардиогенным шоком), так же пациенты с выявленным при КАГ тяжелым поражением КА, которые в дальнейшем направлялись на операцию АКШ. По исходным клиничко-анамнестическим данным сравниваемые группы достоверно не отличались.

**Результаты.** На госпитальном этапе из 2020 пациентов с ОИМ скончались 64 (3,17%) человека, из них от кардиологических причин – 50 (2,48%). Причинами смерти остальных 14 (0,69%) пациентов явились – ЖКК (5 случаев – 0, 25%) и ТЭЛА (9 случаев – 0,45%). В 1 группе летальность от кардиологических причин составила 18 (1,04%), и была достоверно ниже, чем у пациентов 2 группы – 32 (10,92 %) ( $p < 0,05$ ). Анализ летальных исходов среди пациентов, поступивших в первые 24 ч. от начала заболевания выявил достоверное снижение смертности у пациентов в 1А подгруппе – 15 (1,06%) случаев, против 24 (33,3%) у пациентов, которым проводилось только консервативное лечение ( $p < 0,001$ ). Анализ летальности в 1Б и 2Б подгруппах также выявил преимущественно благоприятные результаты у пациентов с эндоваскулярным лечением: 3 (0,95%) против 8 (3, 62%) случаев, соответственно ( $p < 0,05$ ).

Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную связь летального исхода с отсутствием проведения ЭВП при ОИМ, с отсутствием сохранения хорошего результата ЭВП, с поздними сроками реканализации в случае проведения эндоваскулярного вмешательства, а также с низкой ФВ ЛЖ ( $< 40\%$ ), артериальной гипотонией ( $< 100$  мм.рт.ст.), тахикардией ( $> 100$  уд\мин), уровнем КФК(1000 ед), 3-х сосудистым поражением коронарных артерий и сахарным диабетом.

**Выводы.** Проведение ЭВП у пациентов с ОИМ, как в ранние сроки (до 24 ч.), так и в более поздние (от 24 ч до 21 дн), позволяет достоверно снизить летальность от кардиологических причин на госпитальном этапе. Максимальное снижение летальности отмечается при проведении ЭВП в максимально ранние сроки (до 24 ч.) от начала заболевания.

#### **ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО**

А.В. Мельник, А.И. Квашин, С.А. Атаманов, Ф.Н. Пачерских, А.Ф. Портнягин, Е.Г. Григорьев (Иркутск)

**Цель исследования.** Показать возможности ангиографической диагностики злокачественных новообразований лёгких и эндоваскулярной

остановки легочного кровотечения (ЛК), вызванного данной патологией.

**Материал и методы.** Представлен опыт эндоваскулярного лечения легочного кровотечения на фоне злокачественного поражения лёгких у 70 пациентов (52 мужчин и 18 женщин) в период с сентября 1994 года по февраль 2007 года. Средний возраст составил 55 лет. Правостороннее поражение установили у 50 пациентов, левостороннее у 17. Двусторонний процесс диагностирован у 3 больных. Градация тяжести ЛК осуществлялась согласно классификации разработанной Е.Г. Григорьевым. Наиболее часто диагностировались ЛК 1а и 1б, реже 1в и 2а степени. Кровотечения 2б и 3 степени не встречались. Эндоваскулярному вмешательству во всех наблюдениях предшествовала диагностическая бронхоскопия, целью которой являлось выявление локализации гемофтиза, с последующей изоляцией зоны кровотечения полиуретановым обтуратором. В рентгенооперационной, после бронхиальной артериографии (БАГ), всем пациентам выполнялась окончательная остановка ЛК, посредством рентгеноэндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий (ЭОБА), имеющих в своём русле специфические признаки злокачественного поражения или же прямые признаки продолжающегося кровотечения. В качестве эмболизата использовались полиуретановые эмболы различного размера. В 5 наблюдениях проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия патологически изменённых сегментарных ветвей легочной артерии спиралями Гиантурко. Обтураторы из бронхиального дерева удалялись на 3-4 сутки. У 3-х пациентов, подвергшихся БАГ и ЭОБА, через трое суток наблюдался рецидив ЛК после удаления бронхообтураторов. Один из них умер от асфиксического ЛК в момент удаления бронхообтуратора. Два пациента оперированы в торакальной операционной в ближайший период.

**Выводы.** Бронхиальная артериография позволяет установить или подтвердить рак лёгкого. Эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий при ЛК на фоне рака лёгкого позволяет провести эффективный гемостаз и выиграть время для стабилизации пациента с целью планового оперативного лечения.

#### **МНОГОСОСУДИСТАЯ АНГИОПЛАСТИКА И КРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Е.В. Меркулов, А.Н. Самко, А.А. Ширяев,  
И.В. Левицкий, А.В. Созыкин (Москва)

Транслюминальная коронарная ангиопластика и коронарное шунтирование являются альтернативными методами реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца.

**Целью** данного исследования является сравнение клинической эффективности и отдаленных результатов ангиопластики и коронарного шунтирования у больных ИБС с многососудистыми поражениями коронарных артерий.

**Материалы и методы.** В открытом нерандомизированном ретроспективном исследовании обследованы 543 больных с поражением двух и более коронарных сосудов, в возрасте от 40 до 74 ( $55 \pm 9$ ) лет, у которых в период с 1998 по 2007 гг. была успешно проведена транслюминальная коронарная ангиопластика или коронарное шунтирование. ТКА была выполнена 279 пациентам, КШ-264 пациентам. Клиническими факторами, по которым оценивалась непосредственная эффективность лечения и отдаленные его результаты являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, повторная реваскуляризация миокарда (ангиопластика или коронарное шунтирование), изменение толерантности к физической нагрузке (данные нагрузочных тестов), инфаркт миокарда, смерть.

**Результаты.** Средний срок наблюдения составил  $6,1 \pm 0,8$  года. Продолжительность пребывания в стационаре составила  $14 \pm 8$  дней у больных, которым выполнена ТКА и  $24 \pm 10$  дней у больных с КШ. В госпитальном периоде зарегистрирован 1 случай смерти в группе КШ; в группе ТКА смертельных исходов не было. Сохранение симптомов стенокардии чаще зафиксировано в группе ТКА (13%), чем в группе КШ (9%); проведение повторной реваскуляризации потребовалась в 3,2% после ТКА и в 0,7% после КШ. Большой прирост толерантности к физической нагрузке наблюдался у пациентов после ТКА ( $81 \pm 22$  Вт) по сравнению с пациентами группы КШ ( $65 \pm 18$  Вт). Инфаркт миокарда развился у 9 пациентов (3,2%) в группе ТКА (у 3-х с зубцом Q) и у 3 пациентов (1,1%) в группе КШ (у 1-го с зубцом Q) (н/д). Суммарные госпитальные осложнения были достоверно большими в группе ТКА (16 и 11% соответственно). Через 6 месяцев наблюдения суммарные осложнения ТКА и КШ составили 41 и 24% соответственно ( $p < 0,05$ ). По истечении срока наблюдения (6,1 года) выживаемость и отсутствие выраженных сердечных осложнений составили 44% в группе ТКА и 56% в группе КШ (н/д). Функциональный класс стенокардии после вмешательства достоверно снижался уже через 3 месяца по сравнению с показателями до операции. Эта динамика наблюдалась в течение всего срока наблюдения, достигая минимальных значений в группе ТКА через 6 мес., а в группе КШ-через 1 год, и составляя недостоверную разницу к концу срока наблюдения.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о том, что при использовании современных технологий вмешательства непосредственные и отдаленные результаты коронарной ангиопластики у больных ИБС с многососудистыми поражениями коронарных артерий сопоставимы с результатами коронарного шунтирования.