

Статистический анализ полученных данных производился с использованием программ StatCalc и Microsoft Excel. Математическая обработка данных включала оценку достоверности сравниваемых величин по критерию критерия χ^2 .

Результаты. Общая госпитальная летальность в группе ЧКВ составила 5,2%, в группе ФИР – 2,7%, в группе ТРЛ – 8,1%, но достоверное различие выявлено только между группами ФИР и ТРЛ ($p=0,02$).

Случаев клинического проявления недостаточности кровообращения в группе ТРЛ оказалось достоверно больше, как по сравнению с группой ЧКВ (21% против 5,7%, $p=0,00005$), так и по сравнению с группой ФИР (21% против 8,6%, $p=0,0014$). Аналогичные результаты получены с рецидивами инфарктов миокарда. Наибольшее их число оказалось в группе ТРЛ, что достоверно отличалось от группы ЧКВ (9,6% против 3,1%, $p<0,01$) и группы ФИР – (9,6% против 3,3%, $p<0,01$). Так же в группе ТРЛ оказалась существенно выше частота возникновения постинфарктной стенокардии, как по сравнению с группой ЧКВ (31,8% против 4,2%, $p=0,000001$), так и группой ФИР (31,8% против 2,7%, $p=0,000001$).

Достоверной разницы между группами ЧКВ и ФИР в частоте возникновения постинфарктной стенокардии, рецидивов инфаркта миокарда и признаков НК получено не было.

Заключение. ЧКВ у больных, которым проведена тромболитическая терапия, позволяет снизить госпитальную летальность в три раза. Первичное ЧКВ, как и ФИР снижают частоту возникновения постинфарктной стенокардии, рецидивов инфаркта миокарда и НК по сравнению с больными, которым проводился только системный тромболизис.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТАКО-ТСУБО

Васильева Е. Ю., Воробьева И. И.,
Лебедева А. М., Уразовская И. Л., Шпектор А. В.
Кафедра кардиологии ФПДО МГМСУ и
городская клиническая больница № 23
имени «Медсантруд», Москва, Россия

Введение. Синдром Тако-Тсубо (СТТ) – патология, описанная впервые в Японии, основным признаком которой является возникающий на фоне стресса обратимый дискинез верхушки левого желудочка при отсутствии значимых стенозов коронарных артерий при коронароангиографии. Патогенез СТТ остается неясным. Предполагается, что в его основе лежит токсическое действие катехоламинов на миокард. Целью настоящей работы было изучение функционального состояния эндотелия у больных СТТ.

Материал и методы. В исследовании сравнивали группу пациенток с СТТ (4 женщины) с двумя группами контроля: группой 84 больных с ОИМ с

подъемом ST (18 женщин/66 мужчин) и группой здоровых добровольцев из 40 человек (26 женщин/14 мужчин). Коронарографию проводили в течение первых 24 часов от поступления пациентов на аппарате Philips “Integris 5000” по классической методике. Для оценки функций эндотелия использовался тест эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии (тест ЭЗВД), который проводили по методике D. S. Celermajer в течение первых 24 часов от поступления пациентов и через 1-3 недели после поступления.

Результаты. Результаты теста ЭЗВД в острой фазе в группе СТТ были достоверно меньше, чем в группе здоровых добровольцев ($0,58 \pm 1,88 \%$ vs $13,77 \pm 5,91 \%$, $p < 0,001$). Более того, результаты теста у больных с СТТ были достоверно ниже, чем у больных с ОИМ ($0,58 \pm 1,88 \%$ vs $9,38 \pm 6,73 \%$, $p < 0,01$). При повторном измерении через 1-3 недели результаты теста ЭЗВД в группе больных с СТТ увеличились, достигли в среднем $9,90 \pm 10,06 \%$ и уже достоверно не отличались от результатов группы здоровых добровольцев.

Заключение. Полученные в нашем исследовании значения теста ЭЗВД показывают, что при развитии СТТ у пациентов возникает резко выраженная обратимая дисфункция эндотелия, что может быть причиной преходящего нарушения коронарного кровотока у этих больных.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Винокур Т.Ю., Тишанский В.С., Васильев А.А.
Региональный сосудистый центр
ГУЗ «Республиканская клиническая больница»,
Чебоксары, Россия

Цель работы. Анализ первых результатов деятельности службы по оказанию эндоваскулярного лечения больным с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях Регионального сосудистого центра.

Введение. Актуальность проблемы снижения заболеваемости, смертности и инвалидизации от острого инфаркта миокарда (ОИМ) определяется состоянием текущей эпидемиологической ситуации. В Чувашской Республике с 2005 по 2008 годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости острым инфарктом миокарда, и в 2008 году этот показатель составил 1,3 на 1 тыс. человек взрослого населения. Смертность от острого инфаркта миокарда в 2008 году составила 50,3 на 100 тыс. взрослого населения. Госпитальная летальность от ОИМ в 2008 году составила 17,7%.

Материал и методы. С учетом высокой медико-социальной значимости данной проблемы, в Чувашской Республике с 2006 года реализуются ряд федеральных и региональных программ по комплексной профилактике, лечению и

реабилитацию лиц с острым инфарктом миокарда. В 2008 году Чувашская Республика вошла в Федеральную программу по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. На базе ГУЗ «Республиканская клиническая больница», функционирует Региональный сосудистый центр, три первичных сосудистых центра открыты на базе трех крупных центральных районных больниц.

Основные принципы организации системы оказания помощи больным с острым коронарным синдромом в Чувашской Республике:

1. четкое разделение по этапам: специализированная бригада скорой медицинской помощи

(догоспитальный этап), блок интенсивной терапии для больных с острым инфарктом миокарда первичного или регионального сосудистого центров, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДиЛ) Регионального сосудистого центра, специализированное кардиологическое отделение, этап реабилитации и восстановительного лечения;

2. широкое применение догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST;
3. широкое применение эндоваскулярных методов коронарной реперфузии (баллонная

Табл. 1: Основные характеристики пациентов с острым коронарным синдромом, которым выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с баллонной ангиопластикой и имплантацией стента.

	Параметр	Значение
1.	Возраст, лет: средний диапазон основной диапазон	57 23–84 52–64
2.	Мужской пол, % пациентов	64,4
3.	Сахарный диабет, % пациентов	21,2
4.	Артериальная гипертензия, % пациентов	53,4
5.	Курение, % пациентов	55,5
6.	ОКС с подъемом сегмента ST, пациентов	77,7
7.	Кардиогенный шок, % пациентов	4,2
8.	Операция коронарного шунтирования в анамнезе, % пациентов	1,6
9.	ЧКВ в анамнезе, % пациентов	7,5
10.	Ангиографические данные, % - однососудистое поражение - двухсосудистое поражение - трехсосудистое поражение - поражение ствола левой коронарной артерии более 50% - проксимальное поражение передней межжелудочковой артерии более 70%	48,1 32,6 19,3 13,0 43,8
11.	Инфаркт-связанная артерия, % - правая коронарная артерия - передняя межжелудочковая артерия - огибающая артерия - ствол левой коронарной артерии	46,4 41,9 10,3 1,6
12.	Ангиографическая характеристика состояния инфаркт-связанной артерии, % - острая тромботическая окклюзия - хроническая окклюзия - стеноз более 70% * В 13,6% при экстренной КАГ по поводу ОКС не выявлено гемодинамически значимого поражения коронарного русла.	52,5 16,4 31,1
13.	Средний референсный диаметр инфаркт-связанной артерии, мм	2.87
14.	Выполненное эндоваскулярное вмешательство, % пациентов - первичное ЧКВ - «спасительное» после неэффективной системной ТЛТ - отсроченное ЧКВ после эффективной системной ТЛТ * В 35,8% случаев отсроченных ЧКВ после эффективной (по ЭКГ – критериям) системной тромболитической терапии обнаруживалась окклюзированная инфаркт-зависимая артерия.	65,5 18,4 16,1
15.	Средняя длина стентированного сегмента, мм	16,4
16.	Имплантация стентов, % пациентов	97,9
17.	Имплантированы стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием, % пациентов	47,3
18.	Среднее количество стентов, имплантированное одному пациенту	1,1

ангиопластика со стентированием коронарных артерий);

4. ранняя транспортировка больных, которым показано проведение экстренного чрескожного коронарного вмешательства со стентированием коронарных артерий, из первичных центров в Региональный сосудистый центр.
5. За 2009 г. и первое полугодие 2010 г. в отделении РХМДиЛ обследовано и пролечено 545 пациентов с диагнозом острый коронарный синдром.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Винтизенко С.И., Пекарский С.Е., Варваренко В.И.,
Мордовин В.Ф., Крылов А.Л.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Вопросы, связанные с лечением артериальной гипертензии, по сей день остаются актуальной темой для исследований. В небольших клинических работах, проведенными учеными США, Франции, Германии и Польши, был изучен метод симпатической денервации почек и его антигипертензивная эффективность. Данный метод основан на разрушении симпатических нервных волокон, иннервирующих почку, проходящих непосредственно в стенке почечной артерии, с помощью катетерной радиочастотной абляции.

Целью исследования явилось изучение возможностей использования радиочастотной абляции в лечении резистентной артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследование включено 15 больных, у которых с помощью комбинации из представителей 3 классов антигипертензивных препаратов и применения немедикаментозных методов лечения не удавалось добиться снижения артериального давления. Средние цифры артериального давления составили $179/103 \pm 20$ мм рт.ст. Всем исследуемым пациентам через бедренный доступ с помощью управляемого абляционного электрода «5Fr RF Mariner SCXL» была проведена радиочастотная абляция почечных артерий высокочастотными электрическими токами. Было выполнено по 4 аппликации в основном стволе почечных артерий продолжительностью 2 минуты каждая, мощностью до 10 Ватт и нагревания окружающих тканей до 50 градусов Цельсия.

Результаты. Через 1 месяц после проведения радиочастотной абляции артериальное давление снизилось в среднем на $19/10 \pm 4/3$. По данным ультразвукового исследования почечных артерий осложнений выявлено не было.

Выводы. Катетерная симпатическая денервация почек привела к антигипертензивному эффекту в течение месяца после вмешательства, без серьезных осложнений. Полученный эффект и безопасность

процедуры позволяет надеяться на успешное использование методики у данной категории больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ СИСТЕМОЙ ANGIOJET

Волков С.В., Луценко М.М., Удовиченко А.Е.,
Соколов А.Л., Мостовой И.В., Лядов К.В.
ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр
Росздрава», Москва, Россия

Хирургические методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при тромбозе глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) характеризуются высокой травматичностью и часто требуют общей или спинальной анестезии. Имплантация кава-фильтра, как вариант малоинвазивной эндоваскулярной профилактики ТЭЛА, сопровождается риском массивной эмболии в фильтр с развитием синдрома нижней полой вены.

Материал и методы. В исследование вошли 16 пациентов с эмболоопасным флотирующим тромбозом глубоких вен в системе нижней полой вены: у 3 пациентов — на уровне подколенной вены (ПкВ), у 6 — на уровне поверхностной бедренной вены (ПБВ), у одного из этих пациентов тромбоз носил билатеральный характер с флотацией верхушки в обеих ПБВ, у 5 — на уровне общей бедренной вены (ОБВ), у 2 — с флотирующим тромбом наружной подвздошной вены (НарПВ). У 3 пациентов на момент госпитализации были клинические признаки состоявшейся ТЭЛА, что подтвердили данные КТ-ангиографии легких. У одного из этих пациентов ТЭЛА носила рецидивирующий характер.

У данной группы пациентов в гемостазиограмме отмечалось выраженное и стойкое снижение фибринолитической активности плазмы, повышение агрегации тромбоцитов, у двух выявлен волчаночный антиген, а у пациента с рецидивирующей тела генетическая тромбофилия (мутация гена V фактора Лейдена).

Всем пациентам была выполнена тромбэктомия системой Angio-JET 9000® с использованием различных модификаций катетеров согласно диаметру пораженной вены в срочном порядке.

При выполнении тромбэктомии в условиях проксимального тромбоза (ОБВ, наружная подвздошная вена) с большой длиной флотации (6-15 см) предварительно в обязательном порядке имплантировался кава-фильтр с целью профилактики ТЭЛА при возможной фрагментации тромба в процессе выполнения реологической тромбэктомии.

Эффективность вмешательства — составила 93,75%. У одного пациента не удалось в полном объеме удалить флотирующую верхушку тромба, а лишь верхнюю ее треть (4 см из 12).

Длительность выполнения тромбэктомии составила от 1,5 до 5 минут.