

Результаты: Исходно абсолютные значения КСФ в обеих группах достоверно не различались (115,3±84,8 против 126,1±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±138,8 против 411,3±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. Бурова (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±9,7. Группу контроля составили 36 пациентов с ОКС без элевации сегмента ST без МС (27 мужчин, 9 женщин, средний возраст 59,06±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 внутрисполостная и дистанционная лучевая терапия по стандарт-