

Результаты: Исходно абсолютные значения КСФ в обеих группах достоверно не различались ($115,3 \pm 84,8$ против $126,1 \pm 114,4$; $P=0,6$). 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: $1128,9 \pm 138,8$ против $411,3 \pm 112,1$; $P < 0,05$. 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. Букова (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 $56,9 \pm 9,7$. Группу контроля составили 36 пациентов с ОКС без элевации сегмента ST без МС (27 мужчин, 9 женщин, средний возраст $59,06 \pm 9,6$). 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 внутриматочная и дистанционная лучевая терапия по стандарт-

ным схемам. Пациенты основной группы, помимо облучения, получали регионарную химиотерапию (циклофосфан, препараты платины) и/или эмболизацию маточных артерий.

Результаты: У пациентов с кровотечением из опухоли мочевого пузыря после окклюзии ветвей ВПА гемостаз был достигнут в 77%, а у больных раком матки в 97% случаев. Кроме того, регионарная химиоинфузия в сочетании с эмболизацией привела на 7 – 10 сут к уменьшению экзофитного компонента рака шейки матки, что позволило начать внутриволостное облучение. Во всех случаях кровотечения у больных через 1 – 2 нед. после эмболизации была купирована анемия, и пациенты смогли получать лучевую и химиотерапию. Показатели выживаемости больных основных и контрольных групп статистически достоверно не различались.

Заключение: Окклюзия висцеральных ветвей ВПА эффективно останавливает кровотечение у большинства больных раком мочевого пузыря и шейки матки. Купирование анемии и уменьшение опухолевой массы в этих случаях создает благоприятные условия для дальнейшей специфической терапии.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧЕК

Ю.В. Суворова, П.Г. Таразов, М.И. Карелин,
М.И. Школьник (Санкт-Петербург)

Цель: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечении больных почечно-клеточным раком.

Материалы и методы: В исследование включены 478 больных почечно-клеточным раком находившихся на лечении в отделении урологии ФГУ РНЦ РХТ в период с 1991 по 2000 г. (табл.). Больные были стратифицированы по полу, возрасту, стадии опухолевого процесса и выраженности сопутствующей патологии.

Таблица.

Группа	Диагноз		всего
	Рак почки		
	операбельный	неоперабельный	
основная	149	152	301
контрольная	79	98	177

У всех пациентов основной группы выполняли масляную химиоэмболизацию (ХЭ) почечной артерии с использованием эмульсии цитостатика (доксорубин, винбластин, диоксидет) в липидоле и частиц поливинилалкоголя, гемостатической губки и металлических спиралей. В дальнейшем при операбельном раке почки осуществляли нефрэктомия, при неоперабельном и метастатическом проводили системную

гормоно- и иммунотерапию. У больных контрольных групп удаление почки осуществляли без предварительной ХЭ, а системная терапия запущенного рака была такая же, как и в основной группе.

Результаты: В группе больных с предоперационной ХЭ почечной артерии имела тенденция к уменьшению частоты рецидивов до 12% с 19% в контрольной группе, а также увеличение длительности безрецидивного периода (31±21 против 22±19 мес соответственно). В случае неоперабельного рака почки ХЭ почечной артерии имела выраженный гемостатический и анальгезирующий эффект. Кровотечение прекратилось у 84% больных, а в оставшихся 16% значительно уменьшилось. Болевой синдром был успешно купирован в 70% случаев. Статистически достоверной разницы в 5-летней выживаемости между группами не было.

Заключение: Предоперационная ХЭ почечной артерии с последующей нефрэктомией приводит к уменьшению числа рецидивов и увеличению безрецидивного периода. ХЭ также обладает выраженным гемостатическим и анальгезирующим эффектом у большинства больных.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК, ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА

А.Б. Сумароков, М.В. Ежов, И.Р. Раимбекова,
В.Г. Наумов (Москва)

Обследовано 103 больных ИБС, прошедших реваскуляризацию миокарда с помощью коронарной ангиопластики с имплантацией стента в коронарные артерии, сопоставлены данные исходного обследования и повторного, через 6-10 месяцев после вмешательства.

Исследовались факторы воспаления – С-реактивный белок высокочувствительным методом, интерлейкины 6 и 10, фактор некроза опухоли (ФНО-α) трансформирующий фактор роста-β (ТФР)

При полугодовом обследовании при наличии показаний – выявляемые объективные признаки ишемии – проводилась повторная ангиография. Средняя величина концентрации вчСРБ у больных как со стентами с антипролиферативным покрытием (Cypher), так и без покрытия укладывалась в границы серой зоны (менее 3,0 мг/дл). Учитывая трудности выявления больных со скрытой бактериальной инфекцией, лица с исходной концентрацией СРБ свыше 10,0 мг/дл в данном анализе были исключены.

Сравнительный анализ исходных данных в двух группах больных (имевших рестеноз через полгода после вмешательства и неимевших) показывает отсутствие существенных различий между группами по клиническим характеристикам: среднему возрасту, наличию факторов