

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 реоокклюзии 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 отдаленные 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  $58 \pm 23$  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 клинико-anamнестическим 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