

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

Отдаленный прогноз у больных ST-ОИМ в зависимости от продолжительности временного интервала между началом заболевания и выполнением реперфузионной терапии

Ю.Д. Волынский, В.Ю. Полумисков, И.Е. Чернышева, О.С. Бураева, И.Э. Кузнецова, Е.В. Ярных, Д.Г. Иоселиани

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ АНГИОЛОГИЯ

Клинический пример успешного одномоментного сочетанного рентгенэндоваскулярного лечения стенозирующего поражения левой внутренней сонной артерии и окклюзии левой поверхностной бедренной артерии

*Д.Г. Иоселиани, Д.А. Асадов, О.Е. Сухоруков,
Т.Р. Джорджикия, И.В. Кибизова, С.А. Мкртумян*

Применение метода эндоваскулярной эмболизации сосудистым окклюдером артерии, питающей ювенальную ангиофиброду, и его влияние на уровень операционной кровопотери при проведении эндоскопической резекции опухоли

А.В. Созыкин, В.В. Кичин, А.Ю. Юрищев, А.А. Лобода

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Функциональное состояние разных типов шунтов в зависимости от региона реваскуляризации

Т.Р. Рафаели, А.Н. Панков, А.Л. Родионов, Р.Ю. Попов, С.А. Мкртумян, Е.Е. Ковалева, С.А. Глембо, А.В. Степанов, О.Е. Сухоруков, А.А. Киряев, З.А. Алигишиева, И.В. Исаева

РАЗНОЕ

Современные тенденции развития реперфузионной терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Б.А. Руденко, А.С. Шаноян, С.А. Бойцов

Наш первый опыт оказания специализированной медицинской помощи при острой коронарной патологии в г. Челябинске

К.А. Киреев, М.Г. Москвичёва, А.Н. Фокин, Е.В. Михайлов, Т.С. Киреева

Наш опыт бедренного доступа для экстренных чрескожных коронарных вмешательств

К.А. Киреев, А.А. Фокин, Р.Ж. Абайдулин, Т.С. Киреева

ОБЗОР

Сравнительный анализ эффективности применения тромболитических препаратов: поиск продолжается

А.В. Сидельников, И.Е. Чернышева, А.Г. Колединский

Отдаленный прогноз у больных ST-ОИМ в зависимости от продолжительности временного интервала между началом заболевания и выполнением реперфузионной терапии

Ю.Д. Волынский, В.Ю. Полумисков, И.Е. Чернышева, О.С. Бураева, И.Э. Кузнецова, Е.В. Ярных, Д.Г. Иоселиани

ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”, Москва, Россия

В статье представлены результаты многолетнего наблюдения за больными, перенесшими острый инфаркт миокарда и которым было выполнено эндоваскулярное восстановление коронарного кровотока в разные моменты времени от начала заболевания. Общее количество наблюдавшихся больных составило 780 человек. Из них в основную группу вошли 580 больных, которым была выполнена данная инвазивная процедура, и они были разделены на 4 подгруппы в зависимости от времени ее выполнения. Группа сравнения состояла из 200 больных, которым по разным причинам эндоваскулярное восстановление коронарной перфузии не производили. О состоянии пациентов судили по данным ежегодного клинико-инструментального обследования, частоты осложнений и уровню летальности. Полученные результаты достоверно подтвердили преимущество эндоваскулярного лечения перед консервативным, причем наибольшая эффективность процедуры отмечена в первые 6 ч от начала заболевания. Также установлено, что при поступлении больных в более поздние сроки при отсутствии острых показаний вмешательство целесообразно отложить на 4–6 дней и производить его после полного обследования пациента.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, эндоваскулярная коронарная реперфузия, отдаленный прогноз при остром инфаркте миокарда.

*** Адрес для переписки:**

Волынский Юрий Донович

ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”

Москва, 101000, Россия, Сверчков переулок, д. 5

E-mail : ydshmidr@mail.ru

Список литературы

1. Braunwald E. Reperfusion therapy for acute myocardial infarction: historical context and future promise. Eur. Heart J. 2002, 4 (Suppl 1), 10–14.
2. Раннее поэтапное восстановление нарушенного кровоснабжения сердца и улучшение ближайшего и среднетдаленного прогноза у больных острым инфарктом миокарда (клинико-патофизиологические и фармакологические аспекты); Под ред. Д.Г. Иоселиани, А.П. Сельцовского. М., 2009, с.130.
3. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский, В.П. Поляков. М.: ИПК “Содружество”, 2010, с. 324.

4. Zhang Y., Huo Y. Early reperfusion strategy for acute myocardial infarction: a need for clinical implementation. *J. Zhejiang Univ. Sci. B.*, 2011, 12 (8), 629–632.
5. Rathore S.S., Curtis J.P., Chen J. et al. Association of door-to-balloon time and mortality in patients admitted to hospital with ST elevation myocardial infarction: national cohort study. *BMJ*. 2009. 338: b1807.
6. Руководство Европейского общества кардиологов по ведению острого инфаркта миокарда у пациентов с подъемом сегмента ST. Целевая рабочая группа Европейского общества кардиологов (ESC/ЕОК) по ведению острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. *Терапевтический вестник, специальный выпуск*. 2013, 3, 3–62.
7. Халафян А.А. *Statistica 6. Математическая статистика с элементами теории вероятностей*. Учебник. М.: Издательство Бином, 2011, 496 с.
8. Yellon D.M., Hausenloy D.J. Myocardial Reperfusion Injury. *N. Engl. J. Med.* 2007, 357, 1121–1135.
9. Kloner R.A., Ganote C.E., Jennings R.B. The “no-reflow” phenomenon after temporary coronary occlusion in the dog. *J. Clin. Invest.* 1974, 54 (6), 1496–1508.
10. Пархоменко А.Н. Феномен невосстановленного кровотока у больных с острым коронарным синдромом и возможные пути улучшения тканевой перфузии. *Укр. кардіологічний журнал*. 2007, 5, 17–25.
11. *Окислительный стресс: Патологические состояния и заболевания* / Е.Б. Меньщикова, Н.К. Зенков, В.З. Ланкин, И.А. Бондарь, В.А. Труфакин. Новосибирск: АРТА, 2008, 284 с.

Клинический пример успешного одномоментного сочетанного рентгенэндоваскулярного лечения стенозирующего поражения левой внутренней сонной артерии и окклюзии левой поверхностной бедренной артерии

Д.Г. Иоселиани, Д.А. Асадов, О.Е. Сухоруков, Т.Р. Джорджикия,
И.В. Кибизова, С.А. Мкртумян*

ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”,
Москва, Россия

Кафедра эндоваскулярных методов диагностики и лечения ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Наиболее широко распространенным и оптимальным методом лечения атеросклеротического поражения сосудов сегодня является их хирургическая или эндоваскулярная коррекция, что доказано в ряде многоцентровых исследований. Нерешенными остаются вопросы последовательности, тактики и объема реваскуляризации у этой группы пациентов. Особенно это относится к ситуациям, когда необходим выбор между хирургическим и эндоваскулярным вмешательством. Данный клинический пример успешного одномоментного эндоваскулярного лечения стенозирующего атеросклероза сонной и поверхностной бедренной артерий иллюстрирует взвешенный подход в подборе тактики вмешательства у этой категории пациентов.

Ключевые слова: стентирование сонной артерии, стентирование бедренной артерии.

*** Адрес для переписки:**

Асадов Джамиль Арифович

ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”

101000, Москва, Россия, Сверчков переулок, д. 5

E-mail : asadov_djamil@mail.ru

Список литературы

1. Iyer S.S., White C.S., Hopkins L.N. et al. BEACH Investigators. Carotid artery revascularization in high-surgical-risk patients using the carotid wallstent and filter wire: 1 year outcomes in Beacg Pivotal group. J. Am. Coll. Cardiol. 2008, 51, 427–434.
2. Huh J., Wall M., Solterp E. Treatment of combined coronary and carotid artery disease. Curr. Opin. Cardiol. 2003, 18 (6), 447–453.

Применение метода эндоваскулярной эмболизации сосудистым окклюдером артерии, питающей ювенальную ангиофибром, и его влияние на уровень операционной кровопотери при проведении эндоскопической резекции опухоли

А.В. Созыкин^{1, 2}, В.В. Кичин¹, А.Ю. Юрищев¹, А.А. Лобода¹*

¹ ФГБУ Главный военный клинический госпиталь ФСБ России, Москва, Россия

² НУЗ “Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД»”, Москва, Россия-

Рентгенохирургические методы играют важную роль в диагностике и лечении пациентов с диагнозом ювенальной ангиофибром. КТ- и МРТ/МСКТ-исследования позволяют проводить неинвазивную диагностику опухоли. Однако проведение ангиографии сонных артерий важно для определения точной локализации образования, оценки типа его васкуляризации, а также выполнения предоперационной эмболизации питающей опухоль артерии. Клинический пример, приведенный в данной статье, доказывает значение эндоваскулярной эмболизации в комплексном лечении ювенальной ангиофибром.

Ключевые слова: ангиофиброма, эндоваскулярное закрытие, окклюдер, плаг, артерия.

*** Адрес для переписки:**

Созыкин Алексей Викторович

109386 Москва, ул. Ставропольская, домовладение 23, корп. 1

ДКБ им. Н.А. Семашко ОАО “РЖД”.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Тел.: +7-495-642-49-94

E-mail : sozykine@mail.ru

Список литературы

1. Lund V.J., Stammberger H., Nicolai P. et al. European position paper on endoscopic management of tumours of the nose, paranasal sinuses and skull base. *Rhinology*. 2010, Suppl, 22, 1–143.
2. Gullane P.J., Davidson J., O’Dwyer T. et al. Juvenile angiofibroma: a review of the literature and a case series report. *Laryngoscope*. 1992, 102, 928–933.
3. Glad H., Vainer B., Buchwald C. Juvenile nasopharyngeal angiofibromas in Denmark 1981-2003: diagnosis, incidence, and treatment. *Acta Oto-Laryngologica*. 2007, 127 (3), 292–299.
4. Schiff M. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Laryngoscope*. 1959, 69, 908–1016.
5. Nicolai P., Schreiber A., Villaret A.B. Juvenile angiofibroma: evolution of management. Review article. *Intern. J. Pediatr*. 2012, Article ID 412545, 235–246.

6. Hwang H.C., Mills S.E., Patterson K. et al. Expression of androgen receptors in nasopharyngeal angiofibroma: an immunohistochemical study of 24 cases. *Mod. Pathol.* 1998, 11, 1122–1126.
7. Schick B., Wemmert S., Jung V. et al. Genetic heterogeneity of the MYC oncogene in advanced juvenile angiofibromas. *Cancer Genet. Cytogenet.* 2006, 164, 25–31.
8. Gillard A.L., Anastacio V.M., Piatto V.B. et al. A seven-year experience with patients with juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2010, 76 (2), 245–250.
9. Li J.R., Qian J., Shan X.Z. et al. Evaluation of the effectiveness of preoperative embolization in surgery for nasopharyngeal angiofibroma. *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngol.* 1998, 255, 8, 430–432.
10. Lehmann M., Ulrich S., Reineke U. et al. Intratumoral Onyx® embolization in the management of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *HNO*, 2010, 58, 8, 853–857.
11. Trambahuy P., Borsik M., Herman P. et al. Direct intratumoral embolization of juvenile angiofibroma. *Am. J. Otolaryngol.*, 1994, 15, 6, 429–435.

Функциональное состояние разных типов шунтов в зависимости от региона реваскуляризации

*Т.Р. Рафаели**, А.Н. Панков, А.Л. Родионов, Р.Ю. Попов, С.А. Мкртумян, Е.Е. Ковалева, С.А. Глембо, А.В. Степанов, О.Е. Сухоруков, А.А. Киряев, З.А. Алигишиева, И.В. Исаева

ГБУЗ “Научно практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”,
Москва, Россия

В работе исследована функция 649 прямых маммарных и 505 венозных шунтов в сроки от 6 мес до 9,5 лет после операции (в среднем $60,8 \pm 47,5$ мес) у 421 пациента. Полученные результаты свидетельствуют о том, что реваскуляризация передней стенки ЛЖ с использованием ВГА обеспечивает характерную для данного сосуда надежность и долгосрочность функционирования (91%). При реваскуляризации артерий переднебоковой стенки ЛЖ достоверной разницы в функциональном состоянии между внутренней грудной артерией и БПВ не выявлено (78,1 и 84,6% соответственно). При шунтировании бассейна ПКА следует воздержаться от использования ВГА в пользу венозных кондуитов.

Ключевые слова: реваскуляризация миокарда, отдаленные результаты, функциональное состояние шунтов (маммарных, венозных), регион реваскуляризации.

*** Адрес для переписки:**

Рафаели Теймураз Рафаилович
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии
Россия, 101000, Москва, Сверчков пер., 5
Тел. +7-495-624-96-36
Факс +7-495-624-67-33
E-mail: rafaeli50@yandex.ru

Список литературы

1. Колесов В.И., Потапов Л.В., Фигурина Т.Д. Контрастное исследование венечных артерий. В кн.: Хирургическое лечение коронарной болезни сердца. М., 1966
2. Белов Ю.В., Базылев В.В. Использование обеих внутренних грудных артерий для реваскуляризации миокарда. Ангиология и сосудистая хирургия. 2006, 12, 1, 122–128.
3. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. Ревас-куля-ризация миокарда — меняющиеся подходы и пути развития. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999, 6, 102–112.
4. Шабалкин Б.В. Становление и развитие коронарной хирургии. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2001, 2, 4–7.
5. Рафаели Т.Р., Исаева И.В., Панков А.Н., Родионов А.Л. Тактика шунтирования коронарных артерий с умеренными (менее 75%) сужениями в составе

многососу-дистого поражения при прямой реваскуляризации миокарда. Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2014, 37, 37–42.

6. Шабалкин Б.В., Белов Ю.В., Гаджиев О.А. и др. Состояние аортокоронарных шунтов после хирургической реваскуляризации миокарда. Грудная хирургия. 1984, 1, 13–17.
7. Рафаели Т.Р. Исаева И.В., Панков А.Н., Родионов А.Л. Клинико-ангиографические результаты прямой реваскуляризации коронарных артерий малого диаметра и с выраженными атеросклеротическими изменениями. Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2013, 35, 67.
8. Беришвили И.И., Власов Г.П., Игнатов В.Н. и др. Кондуиты для реваскуляризации миокарда (гистоморфологические и морфометрические сопоставления). Ангиология и сосудистая хирургия. 1997, 2, 109–118.
9. Sims F.H. A comparison of coronary and internal mammary arteries and implications of the results in the etiology of atherosclerosis. *Am. Heart J.* 1983, 105, 560–566.
10. Barner H.B., Barnett M.G. Fifteen to twenty-one-year angiographic assessment of internal thoracic artery as a bypass conduit. *Ann. Thorac. Surg.* 1994, 57, 1526–1528.
11. Lytle B.W., Blackstone E.H., Loop F.D. et al. Two internal thoracic artery grafts are better than one. *J. Thorac. Cardio-vasc. Surg.* 1999, 117, 855–872.
12. Bernal J.M., Rabasa J.M., Lequerica M.A., et al. Factors affecting early graft patency after coronary grafts. *Rev. Esp. Cardiol.* 1990, 43(8), 527–533.
13. Buxton B.F., Ruensakulrach P., Fuller J. et al. The right internal thoracic artery graft-benefits of grafting the left coronary system and native vessels with a high-grade stenosis. *Eur.J. Cardiothorac. Surg.* 2000, 18, 255–261.
14. Chow M.S.T., Sim E., Orszulak T.A., Schaff H.V. Patency of internal thoracic artery grafts: comparison of right versus left and importance of the vessel grafted. *Circulation.* 1994, 5 (Pt 2): II-129-32.
15. Shah P.J., Durairaj M., Gordonb I. et al. Factors affecting patency of internal thoracic artery graft: clinical and angiographic study in 1434 symptomatic patients operated between 1982 and 2002. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2004, 26, 1, 118–124.
16. Tatoulis J., Buxton B.F., Fuller J.A. The Right Internal Thoracic Artery: The Forgotten Conduit—5,766 Patients and 991 Angiograms. *Ann. Thorac. Surg.* 2011, 92, 9–17.
17. Gansera B., Schmidler F., Angelis I. et al. Patency of internal thoracic artery compared to vein grafts – post-operative angiographic findings in 1189 symptomatic patients in 12 years. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2007, 55 (7), 412–417.
18. Bezon E., Choplain J.N., Maguid Y.A. et al. Failure of internal thoracic artery grafts: conclusions from coronary angiography mid-term follow-up. *Ann. Thorac. Surg.* 2003, 76, 754–759.
19. Mert M., Erdem C.C., Babalik E., Bakay C. Mid-to-long-term patency comparison of the right internal thoracic artery grafts on the left anterior descending and on the right coronary arteries. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2003, 51 (4), 180–184.
20. Hajj-Chahine J., Jayle C., Tomasi J., Corbi P. Comment. The best graft for the right coronary artery. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2012, 15 (2), 247. Mukherjee D., Cheriyan J., Kourliouros A., Athanasiou T. Does the right internal thoracic artery or saphenous vein graft offer superior revascularization of the right coronary artery? *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2012, 15 (2), 244–247.

22. Calafiore A.M., Di Mauro M., D'Alessandro S. et al. Revascularization of the lateral wall: Long-term angiographic and clinical results of radial artery versus right internal thoracic artery grafting. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2002,123, 225–231.
23. Dougenis D., Brown A.H. Long-term results of reoperations for recurrent angina with internal mammary artery versus saphenous vein grafts. *Heart.* 1998, 80, 9–13.
24. Cameron A., Davis K., Green G., Schaff H.V. Coronary bypass surgery with internal thoracic artery grafts-effects on survival over a 15-year period. *N. Engl. J. Med.* 1996, 334, 1609–1610.
25. Green G.E., Stertzer S.H., Reppert E.H. Coronary arterial bypass grafts. *Ann. Thorac. Surg.* 1968, 5, 443–450.
26. Kato Y., Shibata T., Takanashi S. et al. Results of Long Segmental Reconstruction of Left Anterior Descending Artery Using Left Internal Thoracic Artery. *Ann. Thorac. Surg.* 2012, 93, 1195–1200.
27. Garcia M.J., Fuster V. An Ounce of Prevention With a Calcium Score Scan? *J. Am. Coll. Cardiol. Imaging.* 2009, 2, 689–691.
28. Sarwar A., Shaw L.J., Shapiro M.D. et al. Diagnostic and Prognostic Value of Absence of Coronary Artery Calcification. *J. Am. Coll. Cardiol. Imaging.* 2009, 2, 675–688.
29. Morin J.E., Hedderich G., Poirier N.L. et al. Coronary artery bypass using internal mammary artery branches. *Ann. Thorac. Surg.* 1992, 54, 911–914.
30. Ura M., Sakata R., Nakayama Y. et al. Analysis by early angiography of right internal thoracic artery grafting via the transverse sinus: predictors of graft failure. *Circulation.* 2000, 101, 640–646.
31. Cosgrove D.M., Loop F.D., Lytle B.W. et al. Does mammary artery grafting increase surgical risk? *Circulation.* 1985, 72 (Suppl. II), 170–174.
32. Cameron A.A., Green G.E., Brogno D.A., Thornton J. Internal thoracic artery grafts: 20-year clinical follow-up. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1995, 25, 188–192.
33. Loop F.D., Lytle B.W., Cosgrove D.M. et al. Influence of the internal mammary artery graft on 10-year survival and other cardiac events. *N. Engl. J. Med.* 1986, 314, 1–6.
34. Mert M., Bakay C. Early and mid-term angiographic assessment of internal thoracic artery grafts anastomosed to non-stenotic left anterior descending coronary arteries. *Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2004, 52 (2), 65–69.

Современные тенденции развития реперфузионной терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Б.А. Руденко*, А.С. Шаноян, С.А. Бойцов

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Основываясь на данных национального регистра по инфаркту миокарда за 2010–2012 гг., проанализированы объем и структура экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST. Доля экстренных эндоваскулярных вмешательств от общего количества больных с ОКС с подъемом сегмента ST составила 22,3% в 2010 г., 22,1% – в 2011 г. и 28,5% – в 2012 г. Частота выполнения тромболитической терапии составила 27,6% в 2010 г., 30,2% – в 2011 г. и 30,3% – в 2012 г. Доля пациентов без проведения какой-либо реперфузии в 2010 г. составила 50%, в 2011 г. – 46%, в 2012 г. – 42%. При этом доля больных, поступивших в стационар в пределах 12 ч от развития болевого приступа, но не получивших никакого вида реваскуляризации, в 2010 г. составила 25,7%, в 2011 г. – 19,3%, в 2012 г. – 16,9%. Госпитальная летальность от ОКС с подъемом сегмента ST в 2010 г. составила 7,7%, в 2011 г. – 7,0%, в 2012 г. – 6,8%.

Снижение госпитальной летальности от инфаркта миокарда обусловлено как широким внедрением высокотехнологичной помощи, так и возрастанием выполнения в пределах “терапевтического окна” наиболее доступного метода реперфузии – тромболитической терапии.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, эндоваскулярное лечение, тромболитическая терапия.

* Адрес для переписки:

Руденко Борис Александрович

Лаборатория рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины”
МЗ РФ

10101990 Москва, Петроверигский пер., д. 10

E-mail: borisrudenko@inbox.ru

Список литературы

1. Иоселиани Д.Г. и др. Раннее поэтапное восстановление нарушенного кровоснабжения сердца и улучшение ближайшего и среднеотдаленного прогноза у больных острым инфарктом миокарда. Методическое руководство. М., 2009.
2. Faxon D.P. Early reperfusion strategies after acute ST-segment elevation myocardial infarction: the importance of timing. *Nat. Clin. Pract. Cardiovasc. Med.* 2005, 2, 22–28.
3. Morrison L.J., Verbeek P.R., McDonald A.C. et al. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction: A meta-analysis. *JAMA.* 2000, 283, 2686–2692.

4. Estudio Multicentrico Estreptoquinasa Republicas de America del Sur (EMERAS) Collaborative Group: Randomized trial of late thrombolysis in patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet*. 1993, 342, 767–772.
5. Wilcox R.G. For the LATE Steering committee: Late Assessment of Thrombolysis Efficacy (LATE) study with alteplase 6–24 hours after onset of myocardial infarction. *Lancet*. 1993, 342, 759–766.
6. Franzosi M.G., Santoro E., De Vita C. et al. Ten-year follow-up of the first megatrial testing thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction: results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto-1 study. The GISSI Investigators. *Circulation*. 1998, 98, 2659–2665.
7. ISIS-3 (Third International Study of Infarct Survival) Collaborative Group: ISIS-3: A randomized comparison of streptokinase vs tissue plasminogen activator vs anistreplase and of aspirine plus heparine vs aspirine alone among 41.299 cases of suspected AMI. *Lancet*. 1992, 339, 753–770.
8. Gurwitz J.H., Gore J.M., Goldberg R.J. et al. Risk for intracranial hemorrhage after tissue plasminogen activator treatment for acute myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.* 1998, 129, 597–604.
9. Andersen H.R., Nielsen T.T., Rasmussen K. et al. Comparison of Coronary Angioplasty with Fibrinolytic Therapy in Acute Myocardial Infarction. *N. Engl. J. Med.* 2003, 349 (8), 733–742.
10. Brodie B.R., Grines C.L., Ivanhoe R. et al. Six month clinical and angiographic follow-up after direct angioplasty for acute myocardial infarction: final results from the primary angioplasty registry. *Circulation*. 1994, 25, 155–162.
11. Grines C.L., Browne K.F., Marco J. et al. A comparison of immediate angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. The Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *N. Engl. J. Med.* 1993, 328, 673–679.
12. Valdimini M., Campo G., Arcozzi C. et al. Two years Clinical Follow-up After Sirolimus-Eluting VS Bare metal Stent Implantation Assisted by Systematic Glycoprotein IIb/IIIa inhibitor in Patients With MI. Results From the STRATEGY Study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2007, 50, 138–145.
13. Kastrati A., Dibra A., Spaulding C. et al. Meta-analysis of randomized trials on drug eluting vs bare metal stents in patients with AMI. *Eur. Heart J.* 2007, 22, 2706–2713.
14. Spaulding C., Daemen J., Boersma E. et al. An Analysis of data from studies on sirolimus eluting stents vs bare metal stents. *N. Engl. J. Med.* 2007, 356, 989–997.
15. Antoniucci D., Santoro G.M., Bolognese L. et al. A clinical trial comparing primary stenting of the infarct-related artery with optimal primary angioplasty for AMI: results from Florence Randomized Elective Stenting in acute Coronary Occlusions (FRESCO) trial. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1998, 31, 1234–1239.
16. Saito S., Hosokawa G., Tanaka S. et al. (The PASTA trial investigators). Primary stent implantation is superior to balloon angioplasty in acute myocardial infarction: final results of the Primary Angioplasty Versus Stent Implantation in Acute Myocardial Infarction (PASTA) Trial. *Cath. Cardiovasc. Intervent.* 1999, 48, 262–268.
17. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary. *Circulation*. 2013, 127, 529–555.

18. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. М.: Наука, 2003. 264 с.
19. Jernberg T., Johanson P., Held C., et al. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. *J. Am. Med. Assoc.* 2011, 305, 1677–1684.
20. Fox K.A., Steg P.G., Eagle K.A. et al. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999–2006. *J. Am. Med. Assoc.* 2007, 297, 1892–1900.
21. Widimský P., Groch L., Zelízko M. et al. Multicentre randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. The PRAGUE study. *Eur. Heart J.* 2000, 21, 823–31.
22. Assessment of the Safety and Efficacy of a New Treatment Strategy with Percutaneous Coronary Intervention (ASSENT-4 PCI) investigators Primary versus tenecteplase-facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (ASSENT-4 PCI): Randomised trial. *Lancet.* 2006, 367, 569–578.
23. Stone Z.W., Grines G.L., Browne K.S. et al. Predictors of in-hospital and six month outcomes after acute myocardial infarction in the reperfusion era: the Primary Angioplasty in Myocardial Infarction (PAMI) Trial. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1995, 25, 370–377.
24. Widimsky P., Bilkova, D., Penicka M. et al. On behalf of the PRAGUE Study Group Investigators (2007). Long-term outcomes of patients with acute myocardial infarction presenting to hospitals without catheterization laboratory and randomized to immediate thrombolysis or interhospital transport for primary percutaneous coronary intervention. Five years' follow-up of the PRAGUE-2 trial. *Eur. Heart J.* 2007, 28, 679–684.

Наш первый опыт оказания специализированной медицинской помощи при острой коронарной патологии в г. Челябинске

К.А. Киреев^{1, 2}, М.Г. Москвичёва¹, А.Н. Фокин¹, Е.В. Михайлов¹, Т.С. Киреева¹*

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Челябинск, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»», Челябинск, Россия

В последнее время в нашей стране наблюдается рост чрескожных коронарных вмешательств, в том числе при остром коронарном синдроме. В каждом регионе внедрение экстренных эндоваскулярных операций на сердце осуществляется индивидуально в разные сроки с учетом финансового обеспечения и возможностей кардиологической и рентгенохирургической служб, а также скорой медицинской помощи. В работе представлены первые результаты деятельности одного из региональных сосудистых центров Челябинской области, который первым в регионе стал работать по этому направлению.

Ключевые слова: чрескожные коронарные вмешательства, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, региональный сосудистый центр.

*** Адрес для переписки:**

Киреев Константин Александрович

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»», отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

454000 Челябинск, ул. Доватора 23, Российская Федерация

Тел. 8-351-268-68-66, факс 8-351-268-42-32

E-mail: kkirееv83@mail.ru

Список литературы

1. Бокерия Л.А. Здоровье России: Атлас. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2013. 420 с.
2. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2013. 172 с.
3. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.»
4. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2013. 162 с.
5. Смертность населения Челябинской области: Статистический сборник. Челябинскстат. Челябинск, 2014. 149 с.
6. Статистические данные Официального сайта Министерства здравоохранения РФ (www.rosminzdrav.ru).

Наш опыт бедренного доступа для экстренных чрескожных коронарных вмешательств

К.А. Киреев^{1, 2}, А.А. Фокин¹, Р.Ж. Абайдулин¹, Т.С. Киреева¹*

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России,

Челябинск, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»», Челябинск, Россия

В Российской Федерации ежегодно увеличиваются объемы коронарных интервенций в целом и при остром коронарном синдроме в частности. В условиях интенсивной практической деятельности неизбежно приходится сталкиваться с осложнениями, среди которых особую группу составляют осложнения, связанные с артериальной пункцией. Специфическим осложнением бедренного артериального доступа, до сих пор являющегося «классическим» в рентгенохирургии, является образование ложных постпункционных аневризм. Эта проблема крайне актуальна для экстренных ЧКВ-центров, где особенно агрессивно используются препараты разных фармакологических групп, разжижающих кровь. Для искоренения этого осложнения можно перейти на лучевой доступ. Наша клиника придерживается консервативных взглядов и предлагает свой опыт «апгрейда» трансфеморального доступа в условиях интенсивного потока экстренных больных кардиологического профиля.

Ключевые слова: чрескожные коронарные вмешательства, острый коронарный синдром, пульсирующая гематома, ложная аневризма, устройство для закрытия дефекта.

*** Адрес для переписки:**

Киреев Константин Александрович

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»», отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

454000 Челябинск, ул. Доватора 23, Российская Федерация

Тел. 8-351-268-68-66, факс 8-351-268-42-32

E-mail: kkirееv83@mail.ru

Список литературы

1. Атанесян Р.В., Матчин Ю.Г. Локтевой артериальный доступ: вынужденная альтернатива лучевому доступу или самостоятельный оперативный доступ для проведения интервенционных вмешательств. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. 2013, 35, 21–22.
2. Атанесян Р.В., Шамрина Н.С., Данилушкин Ю.В., Матчин Ю.Г. Повторное использование локтевого доступа для проведения интервенционных вмешательств на коронарных артериях. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. 2013, 35, 21.

3. Бабунашвили А.М., Дундуа Д.П., Карташов Д.С. Реканализация поздней окклюзии лучевой артерии после трансрадиальных интервенционных процедур: новая техника для интервенционных кардиологов, практикующих лучевой доступ. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. 2013, 35, 22.
4. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2013. 172 с.
5. Гавриленко А.В., Синявин Г.В. Лечение ложных ятрогенных артериальных аневризм. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2005, 3, 135–138.
6. Голощапов-Аксенов Р.С., Ситанов А.С. Лучевой артериальный доступ– приоритетный доступ для выполнения чрескожной коронарной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. 2013, 35, 37–38.
7. Руководство по рентгенэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов / Под редакцией Л.А. Бокерии, Б.Г. Алекяна. Т. 1. Рентгеноэндоваскулярная хирургия заболеваний магистральных сосудов / Под ред. Л.А. Бокерия, Б.Г. Алекяна, М. Анри. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2013. 598 с.
8. Yavuz S., Selimoglu O., Goncu M.T. et al. Pseudoaneurysms of the profunda femoris artery. *Asian Cardiovasc. Thorac. Ann.* 2001, 9 (1), 73–75.

Сравнительный анализ эффективности применения тромболитических препаратов: поиск продолжается

А.В. Сидельников¹, И.Е. Чернышева², А.Г. Колединский^{1}*

¹ ГБУЗ “Городская клиническая больница №79 ДЗ г. Москвы”, Москва, Россия

² ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”,
Москва, Россия

*** Адрес для переписки:**

Колединский Антон Геннадьевич

ГБУЗ “ГКБ №79 ДЗ г. Москвы”

115487 Москва, ул. Ак. Миллионщикова, д. 1

E-mail : koledant@mail.ru

Список литературы

1. Voersma E., Maas A.C., Decker J.W., Simoons M.L. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet*. 1996, 348 (9030), 771–775.
2. Заболеваемость России в 2009 году. Статистические материалы. Часть II. (Электронный ресурс) – URL <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/stat/34/ZD2.doc>
3. Демографический ежегодник России. М., 2010, 525 с.
4. Tillet W.S., Johnson A.J., McCarty W.R. The intravenous infusion of the streptococcal fibrinolytic principle (streptokinase) into patients. *J. Clin. Invest.* 1955, 34, 169–185.
5. Fletcher A.P., Alkjaersig N., Smyrniotis F.E. The treatment of patients suffering from early myocardial infarction with massive and prolonged streptokinase therapy. *Trans. Assoc. Am. Physicians.* 1958, 71, 287–296.
6. Чазов Е.И., Матвеева Л.С., Мазаева А.В. и др. Внутрикоронарное введение фибринолизина при остром инфаркте миокарда. *Тер. архив.* 1976, 4, 8–19.
7. DeWood M.A., Spores J., Notske R. et al. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* 1980, 303, 897–902.
8. Панченко Е.П., Добровольский А.В. Тромбозы в кардиологии. М., 1999, 462 с.
9. Schroder R., Biamino J., von Leitner E. et al. Intravenose Streptokinase – Infusion beim akutem Myokardinfarct. *Dtsch. Med.Wschr.* 1981, 106, 294–297.
10. Gruppo Italiano per lo studio della Streptochinasi nell'infarcto miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet.* 1986, 1, 397–401.
11. Granger C.B., White H.D., Bates E.R. et al. A pooled analysis of coronary arterial patency and left ventricular function after intravenous thrombolysis for acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.* 1994, 74, 1220–1228.
12. Melandri G., Vagnarelli F., Calabrese D., et al. Review of tenecteplase (TNKase) in the treatment of acute myocardial infarction. *Vasc. Health. Risk. Manag.* 2009, 5, 249–259.

13. TIMI IIIB Investigators. Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and none-Q wave myocardial infarction: results of the TIMI III trial. *Circulation*. 1994, 89, 1545–1556.
14. Hilleman D.E., Seyedroudbari A. Cost-minimization analysis of direct injection and infusion fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction: a multicenter study. *Circulation*. 1999, 98, I–381.
15. European Myocardial Infarction Project Group. Prehospital thrombolytic therapy in patients with suspected acute myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* 1993, 329, 383–389.
16. Gurwitz J.H., Gore J.M., Goldberg R.J. et al. Risk for intracranial hemorrhage after tissue plasminogen activator treatment for acute myocardial infarction: participants in the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Ann. Intern. Med.* 1998, 129, 597–604.
17. Маркин С.С., Семенов А.М., Марков В.А. и др. Исследование нового отечественного тромболитического препарата фортелизин у больных с острым инфарктом миокарда. *Сибирский медицинский журнал*, 2012, 27, 1, 27–32.
18. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю. Сравнительный клинико-экономический анализ применения тромболитиков Фортелизин и Актилизе у пациентов с острым инфарктом миокарда. *Качественная клиническая практика*. 2011, 3, 42–52.
19. Concannon T.W., Kent D.M., Normand Sh.-L. et al. Comparative effectiveness of STEMI regionalization strategies. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*. 2010, 3 (5), 506–513.
20. Grines C., Patel A., Weather W.D et al. Primary coronary angioplasty with intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: six-month follow up and analysis of individual patient data from randomized trials. *Am. Heart J.* 2003, 145 (1), 47–57.