

шения. Этим пациентам был назначен пропранолол по схеме, разработанной для больных с инфантильными гемангиомами.

**Результаты.** В течение от одного до трех месяцев у всех больных было отмечено клиническое улучшение, проявляющееся в прекращении периодических кровотечений и уменьшении размеров или полном заживлении трофической язвы. Дальнейшее наблюдение за этими пациентами в течение полугода и более показало стойкость достигнутого клинического эффекта.

**Заключение.** Блокирование патологического ангиогенеза у больных с трофическими язвами и кровотечениями при артериовенозных дисплазиях может рассматриваться как важный компонент патогенетической терапии.

### Результаты эндоваскулярного лечения миомы матки больших размеров

*Нажмутдинова Д.К., Каримова Д.А.,  
Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.  
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,  
Республика Узбекистан*

**Цель исследования:** изучить результаты эндоваскулярного лечения у больных с большими размерами миоматозных узлов (6–18 см).

**Материал и методы.** 46 пациенткам с симптомной миомой, размеры матки которых превышали 12 нед (13–40 нед), была произведена эмболизация артериальных ветвей, питающих матку и узлы, в 2006–2013 гг. Возраст пациенток в среднем составил  $38,4 \pm 1,2$  г (24–56 лет). Гинекологический и соматический статус всех больных был отягощен  $4,3 \pm 1,1$  (2–6) заболеваниями. Наиболее частым симптомом было маточное кровотечение, сочетание двух и более симптомов имело место у  $61,2 \pm 1,8\%$ . Всем больным до обращения в нашу клинику проводились различные виды консервативного и хирургического лечения (миомэктомия, гистероскопическая резекция, ЭМА).

Пациентки проходили рутинное предоперационное лабораторно-инструментальное обследование, в динамике проводился клинический, ультразвуковой и доплерографический мониторинг в течение 1–7 лет. Пациенткам была проведена ангиография малого таза с последующей эмболизацией обеих маточных артерий – 31, эмболизация переднего ствола внутренней подвздошной артерии (ПС ВПА) с одной или двух сторон – 13 пациенткам, двум пациенткам было произведено двухэтапное эндоваскулярное лечение: эмболизация маточных артерий с последующей эмболизацией левой яичниковой артерии.

**Результаты.** Клиническая эффективность при больших миомах течение одного года составила  $93 \pm 4,3\%$ , рецидив заболевания наблюдался у 3 пациенток ( $7 \pm 1,1\%$ ), у всех за счет развития коллатерального кровотока и ревазуляризации узлов. У больных с большими миоматозными узлами во время ангиографии в  $11 \pm 1,4\%$  случаев выявлялся коллатеральный кровоток через яичниковые или влагалищные артерии. У данной категории больных для улучшения результатов лечения предпочтительно использование сочетание ЭМА с миомэктомией.

Наиболее выраженные изменения миоархитектоники матки имели место в течение одного года после эндоваскулярного лечения. В дальнейшем мы наблюдали лишь незначительное уменьшение размеров матки. Нами, как и другими авторами, был отмечен тот факт, что исчезновение симптоматики не коррелировало со скоростью уменьшения размеров узлов и матки. Рецидив симптоматики у одной больной потребовал проведения миомэктомии, у одной – ампутации матки, у одной пациентки было произведено двухэтапное эндоваскулярное лечение с эмболизацией артериальных коллатералей и левой яичниковой артерии.

Асептический некроз узлов с их последующим склерозированием наиболее часто наблюдался при размерах узлов 6–8 и больше 14 см в  $92 \pm 4,2\%$ . При размерах узлов 9–13 см

у больных в  $64 \pm 3,1\%$  случаев наблюдался калликовационный некроз с изгнанием узлов из полости матки и последующим восстановлением архитектоники миометрия. У всех пациенток младше 44 лет (39) наблюдалось восстановление менструальной функции, у 5 заинтересованных пациенток наблюдались беременность и роды.

**Заключение.** Таким образом, эмболизация артериальных ветвей матки является высокоэффективным методом лечения миомы матки больших размеров, позволяющим восстановить менструальную функцию, а у некоторых больных и репродуктивную функцию органа.

### Трактовка причин острого коронарного синдрома при интактных коронарных артериях

*Наумов С.М., Самочатов Д.Н., Мазаев В.В., Комков А.А.  
ГБУЗ “ГКБ №67 имени Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы”*

**Цель исследования:** обобщить и оценить наиболее вероятные причины диагностики острого коронарного синдрома у пациентов при интактных (по данным выполненной КАГ) коронарных сосудах. Сформулировать основные направления диагностики и наблюдения за больными.

**Материал и методы.** В исследование был включен 291 пациент, которым была выполнена КАГ начиная с июля 2013 г. Все пациенты поступали в отделение кардиореанимации больницы ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова с диагнозом “острый коронарный синдром” и имели показания к ранней инвазивной тактике (<24 ч для КАГ): ОИМ с элевацией сегмента ST, нестабильность гемодинамики, угрожающие жизни аритмии, пациенты с высоким риском развития неблагоприятных событий. Одним из критериев оценки риска у пациентов с ОКС было измерение уровня тропонина I в крови.

**Результаты исследования.** По данным КАГ у 9% пациентов не было выявлено поражения коронарного русла. При анализе историй болезни данных пациентов было отмечено, что уровень тропонина I в крови оценивался как положительный. Лабораторные данные в сочетании с интактными коронарными артериями могут быть следствием погрешности диагностического теста, внесердечных причин повышения уровня тропонина в крови, а также рядом заболеваний, связанных с поражением миокарда, в том числе ишемическим, при которых не происходит тромботических или атеросклеротических изменений в коронарных артериях. По данным мировой литературы, основными причинами повышения уровня тропонина в крови при ОКС с интактными коронарными артериями являются такие формы ишемической болезни сердца, как синдром микроваскулярного поражения коронарного русла (синдром X), а также вазоспастическая стенокардия. Основными практическими направлениями в изучении данной проблемы являются дальнейшая диагностика для определения объема пораженного миокарда (например, МРТ или перфузионная сцинтиграфия) и оценка риска и прогноза дальнейшей жизни для данной группы пациентов. Наличие поражения миокарда обуславливает постановку диагноза инфаркта миокарда, что, несмотря на интактное коронарное русло, требует обследования, лечения и дальнейшего наблюдения согласно медико-экономическим стандартам г. Москвы.

**Заключение.** Состояние интактных коронарных артерий при подтвержденном диагнозе острого коронарного синдрома является недостаточно изученной проблемой. Однако высокое медицинское и социально-экономическое значение данной проблемы делает актуальным дальнейшее исследование. В частности, предстоит разработать эффективный алгоритм, позволяющий проводить дифференциальную диагностику и отсеивание пациентов с наиболее вероятным заключением интактного коронарного русла. Также необходимо разработать алгоритм обследования и дальнейшего наблюдения за данными пациентами для построения прогноза рисков дальнейшей жизни.