

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.

Эффективность и безопасность применения различных фибринолитических препаратов, введенных пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом ST на догоспитальном этапе

Озолия Е.Ю., Колединский А.Г., Васильев П.С., Чернышева И.Е., Костянов И.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы"

Цель исследования: сравнить эффективность и безопасность тромболитических препаратов: альтеплазы, тенектеплазы, проурокиназы, стрептокиназы на основании клинико-ангиографических результатов и определить оптимальную тактику лечения пациентов на госпитальном этапе.

Предпосылки. В настоящее время догоспитальную ТЛТ с последующими эндоваскулярными вмешательствами (ЭВП) можно считать наиболее оптимальной стратегией реперфузии миокарда, направленной на максимально раннее восстановление и долгосрочное сохранение просвета ИОА. Между тем многие аспекты, касающиеся состояния коронарного русла остаются мало изученными. Так же это относится ко времени проведения эндоваскулярного обследования и вмешательств у пациентов с догоспитальной тромболитической терапией с наличием клинических критериев реперфузии миокарда.

Материал и методы исследования. В исследование включены данные 1125 пациентов с ОИМ и догоспитальной ТЛТ, которым в период с 2001 по 2011 гг. в ранние сроки стационарного лечения выполнена селективная коронарография. Все пациенты были разделены на 4 группы. I группу составили 467 пациентов, которым на догоспитальном этапе проведена ТЛТ актилизе; II группу составили 155 пациента, которым на догоспитальном этапе проведена ТЛТ метализе; III группу составили 150 пациентов, которым на догоспитальном этапе проведена ТЛТ пууролазой, IV группу составили 353 пациента, которым на догоспитальном этапе проведена ТЛТ стрептокиназой. По исходным клинико-anamнестическим данным указанные группы больных достоверно не различались, в том числе по срокам ИМ на момент поступления в стационар. Диагностическая КАГ в экстренном порядке была выполнена всем пациентам. По основным исходным ангиографическим характеристикам изученные группы больных достоверно не различались.

Диагностические и лечебные ЭВП выполняли по стандартной методике.

Эффективность ТЛТ терапии в IV группе составила 66,6%, против 63% в I группе, 64% во II группе, 60% в III группе соответственно. Достоверной разницы по эффективности ТЛТ у различных препаратов получено не было ($p > 0,05$). Резолюция сегмента ST у пациентов с кровотоком в ИОА по данным экстренной КАГ наблюдалась в I группе у 63,7%, во II группе у 64,7%, в III – 61,9 в IV – 62,6%. Однако в I и во II группах осложнения ТЛТ наблюдались реже, чем в III и IV: I группе 11,8%, во II группе у 9,7% против 18,4% в III группе и 15,6% в IV группе. Достоверные различия получены между II и III группами ($p < 0,05$). Жизнеугрожающие нарушения ритма сердца (ФЖ, ЖТ, НЖТ, МА, ЖЭ, AV2–3 ст.) наблюдались чаще в III группе 14,4%, против 11,1% в I группе, 9,7% во II группе, 12,5% в IV группе соответственно ($p > 0,05$). Геморрагические осложнения, потребовавшие переливания крови чаще наблюдались в III и IV группе 0,6% и 0,8% против 0,2% в I группе, в III группе геморрагических осложнений не было ($p > 0,05$). Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу не зафиксирован в I и во II группе, наблюдались в III группе – 1,3% и IV группе – 1,1% ($p < 0,05$). Аллергические реакции на тромболитический препарат встречались только в IV группе – 0,8% ($p < 0,05$). Острая почечная недостаточность чаще наблюдалась в III группе – 0,6%, против 0,4% в I группе, в IV группе – 0,3%, во второй группе данное осложнение не наблюдалось ($p > 0,05$). Наибольшая летальность зафиксирована в IV группе – 2,8%, против 1,5% в I группе и 0,6% в III группе, во II группе летальных исходов не было. Достоверная разница получена только при сравнении II и IV групп ($p < 0,05$).

Выводы. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе является эффективным и безопасным методом реперфузии миокарда, как первый этап перед проведением в последующем коронарографии и выполнением ЭВП по показаниям.

Для оценки состояния коронарного русла и определения оптимальной тактики дальнейшего лечения всем больным с ОИМ и догоспитальной ТЛТ следует проводить экстренную селективную КАГ вне зависимости от клинических и ЭКГ-критериев реперфузии миокарда. При эффективном догоспитальном тромболитическом лечении, решения о проведении эндоваскулярных процедур зависит от состояния инфаркт ответственной артерии.

Таблица 1. Критерии эффективности системной тромболитической терапии в исследуемых группах больных

Критерии эффективности ТЛТ	Актилизе (n = 467)	Метализе (n = 155)	Пууролаза (n = 150)	Стрептокиназа (n = 353)
Прекращение болевого синдрома	330 (70,6%)	104 (67,4%)	103 (69,2%)	243 (68,9%)
Кровоток в ИОА (TIMI \geq 2)	294 (63%)	99 (64%)	90 (60%)	232 (66%)

Таблица 2. Соответствие ЭКГ критериев реперфузии миокарда у пациентов с кровотоком TIMI \geq 2

Кровоток в ИОА (TIMI \geq 2)	Актилизе (n = 294)	Метализе (n = 99)	Пууролаза (n = 90)	Стрептокиназа (n = 232)
Резолюция ST ЭКГ у пациентов с TIMI \geq 2	187 (63,7%)	64 (64,7%)	56 (61,9%)	145 (62,6%)

Таблица 3. Госпитальные осложнения ТЛТ

	Актилизе (n = 467)	Метализе (n = 155)	Пууролаза (n = 150)	Стрептокиназа (n = 353)
Осложнения всего	55 (11,8%)	15 (9,7%)	27 (18,4%)	55 (15,6%)
НР, (ФЖ, ЖТ, НЖТ, МА, ЖЭ, AV2-3 ст.)	51 (11,1%)	15 (9,7%)	21 (14,4%)	44 (12,5%)
Геморрагические осложнения	1 (0,2%)	0	1 (0,6%)	3 (0,8%)
ОНМК	0	0	2 (1,3%)	4 (1,1%)
Аллергические реакции	0	0	0	3 (0,8%)
ОПН	2 (0,4%)	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)
Летальность	7 (1,5%)	0	1 (0,6%)	10 (2,8%)
ОПН	2 (0,4%)	0	1 (0,6%)	1 (0,3%)
Летальность	7 (1,5%)	0	1 (0,6%)	10 (2,8%)