

вой группе – 97,9%, во второй – 95,7%, в третьей 92,9% (различия между группами недостоверны – $p > 0,05$). ФВ ЛЖ в 1-й и во 2-й группах составила $51,4 \pm 11,7\%$ и $47,1 \pm 9,2\%$ соответственно и была достоверно выше чем в группе контроля $41,8 \pm 8,3\%$ ($p < 0,05$). Отмечена также достоверно лучшая динамика сократимости инфаркт связанных сегментов левого желудочка по сравнению с контрольной (таблица 1).

Заключение. Проведенное исследование позволяет считать, что внутрикоронарное введение метаболитических цитопротекторов Неотона и Мексикора ограничивает реперфузионное повреждение миокарда и способствует сохранению структурно-функциональной целостности кардиомиоцитов после восстановления антеградного кровотока в инфаркт-ответственной артерии в первые часы развития ОИМ.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

З.А. Кавтеладзе, Л.Н. Улятовская,
Д.А. Запорожцев, А.М. Бабунашвили,
Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов, Ю.В. Артамонова,
К.В. Былов, Г.Ю. Травин (Москва)

Целью исследования явилось определение места эмболизации маточных артерий в современном подходе к комбинированным методам лечения миомы матки с сохранением органа.

Материалы и методы. Нами изучена эффективность эмболизации маточных артерий у 303 пациентки в возрасте от 33 до 57 лет (средний возраст 45 лет). Размеры и характер расположения узлов уточняли с помощью ультразвукового исследования и гистероскопии. Миома размерами до 10 недель беременности зафиксирована у 158 (52%) исследованных, 11-15 недель – у 112 (37%), 16 недель и больше – у 33 (11%). Симптомной миома оказалась у 264 (87 %) больных, бессимптомной – у 39 (13%). Анемией страдали 103 (34%) пациентки, бесплодием – 36 (12%).

Метод ЭМА использовался как самостоятельный метод лечения миом, так и в комбинации с эндоскопической миомэктомией путем лапароскопии и резектоскопии.

Результаты: Исходом эмболизации остались довольны 288 человек (95%), уменьшение размеров опухоли отмечено у 273(90%), симптомы прекратились у 288 (95%).

Одним из основных достижений считаем, что у 30 пациенток (10%) – диагноз «миома» был снят. У 10-ти женщин такой результат был достигнут при использовании ЭМА как самостоятельного метода лечения. У этих пациенток единственный узел (размерами от 3 до 5 см) располагался интерстициально-субсерозно в задней стенке матки, не деформируя полость. Через 6 месяцев отмечен полный регресс узлов. У 8-х пациенток

через 1-4 месяца после ЭМА произошло рождение больших некротизированных узлов диаметром от 8 до 12 см, потребовавшее оперативного пособия. Применение лапароскопической миомэктомии через 3-6 дней после эмболизации позволило с минимальной кровопотерей (от 10 до 30 мл) удалить субсерозные узлы с основанием 5 см размерами от 10 до 15 см у 12 пациенток. У одной из них одновременно проведена и резектоскопия подслизистого узла диаметром до 2см.

Заключение: сочетание ЭМА с эндоскопической миомэктомией позволяет использовать метод при миоме с несколькими узлами, один из которых субсерозный. Комбинация методов при подслизистом расположении одного из узлов избавляет пациенток от длительного периода и вынашивания некротизированного узла и антибактериальной терапии. При сочетании методов происходит значительное уменьшение общих размеров опухоли и матки, и в ряде случаев удается снять диагноз «миома».

АНГИОПЛАСТИКА И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДКЛЮЧИЧНЫХ АРТЕРИЙ

З.А. Кавтеладзе, Ю.В. Артамонова,
А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев,
С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин (Москва)

Стенотические поражения и окклюзии проксимального сегмента подключичных артерий (ПА) встречается у 12% больных периферическим атеросклерозом.

Основными клиническими проявлениями являются синдром подключично-позвоночного обкрадывания, слабость и боли в руке. При обследовании данных пациентов выявляются гемодинамические нарушения (разница в уровне АД на правой и левой руках при осмотре, данные доплерографии).

Одним из эффективных методов оперативно-го вмешательства при данной патологии является чрескожная баллонная ангиопластика (ЧБА) и эндопротезирование пораженных участков подключичных артерий.

Цель. Оценить возможности и результаты ЧБА подключичных артерий

Методы. В клинике ЦЭЛТ пролечено 38 пациентов с поражением подключичных артерий. Из них стенотические поражения встречались у 17больных (со степенью сужения от 70 до 95%), окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии – у 21 больных. Клинические проявления были выражены у 31 больных (у 11 – неврологическая симптоматика, нарушения гемодинамики – 25, у 5 – слабость в верхней конечности). У 7 больных поражения подключичных артерий выявлены непосредственно при проведении ангиографии ветвей дуги аорты.

Всем пациентам перед ангиопластикой проведено УЗДГ исследование, выявлен и измерен градиент давления, проведена ангиография.

9 пациентам проведена баллонная ангиопластика и, учитывая удовлетворительный полученный результат, не проведено стентирование.

29 пациентам проведена имплантация стентов (всего установлено 30 стентов). У большинства оперируемых удавалось устранить остаточные гемодинамические нарушения имплантацией 1 стента. Одному пациенту потребовалось установить 2 стента из-за длины поражения.

Результаты. Положительные непосредственные результаты отмечены у всех оперированных больных, лишь в одном случае не удалось провести реканализацию хронической окклюзии ПА, данному пациенту, учитывая явления подключично-позвоночного обкрадывания проведена ангиопластика стенозов внутренней сонной артерии. Средний койко-день составил 2 суток. Тяжелых осложнений в исследуемой группе не отмечено. Отдаленные результаты прослежены у 24 больных (от 1 года до 7-ми лет). Проведено контрольное УЗДГ исследование, ангиография. Окклюзий и реокклюзий восстановленного сегмента выявлено не было. В 6 случаях выявлены начальные признаки рестеноза (не влияющие на гемодинамику), не требующие повторного вмешательства. Клиническое улучшение отмечено у всех пациентов.

Заключение. Проведение ангиопластики (ЧБА) больным с окклюзиями и стенозами подключичных артерий позволяет достичь удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты у большинства больных, избежать более травматичного открытого вмешательства, улучшить качество жизни пациентов.

ПЕРФОРАЦИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ КРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

З.А. Кавталадзе, Ю.В. Артамонова,
А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев,
С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин (Москва)

Перфорация коронарной артерии (ПА) во время проведения чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) – это редкое, но опасное и угрожающее жизни пациента осложнение. На ранних этапах развития ЧТКА частота перфораций коронарных артерий составляла 0,1-3%. При использовании различных механических устройств: ротоблаторной атеротомии, эксимерной лазерной ангиопластики, процент этого осложнения выше (0,3-3,5%). В целом, с учетом совершенствования методик, с накоплением опыта в последние годы, частота ПА колеблется от 0,2 до 0,8 процентов от количе-

ства всех интервенционных вмешательствах на коронарных артериях.

Благодаря правильной тактике оперативных вмешательств, появлению покрытых стентов частота не хирургически излеченных случаев возросла от 46% до 71,7%. Смертность при ПА по данным разных авторов уменьшилась с 25 до 5-10 процентов.

В ЦЭЛТе с 1993 по 2007 год проведено 3512 ангиопластик коронарных артерий. Из них 582 реканализаций, 73 вмешательства (12,5 % от количества процедур реканализации) не увенчались успехом. В 7 случаях произошла перфорация коронарных артерий тип 3 по Ellis (0,23% от 3512 вмешательств). У 6 из 7 пациентов осложнение удалось устранить эндоваскулярно, 1 пациенту проведена торакотомия.

Наиболее частой причиной перфораций коронарной артерии являлись:

- 1) перфорация кончиком проводника,
- 2) баллонная ангиопластика после удачного прохождения проводником хронических окклюзий коронарных артерий.

Оценка факторов риска, подбор эффективной техники, инструментария и адекватная стратегия при возникновении данного осложнения позволяют уменьшить смертность и необходимость открытого оперативного вмешательства.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

З.А. Кавталадзе, Ю.В. Артамонова,
А.М. Бабунашвили, К.В. Былов, В.Э. Глаголев,
С.А. Дроздов, Д.П. Дундуа, Д.С. Карташов,
Г.Ю. Травин (Москва).

Цель: изучение непосредственных и отдаленных результатов почечного стентирования у больных с вазоренальной гипертензией.

Материалы и методы: Всего операции проведены у 157 пациентов с вазоренальной гипертензией, из них 119 мужчин и 38 женщин, в возрасте от 18 до 72 лет. Анамнестически длительность гипертензии составляла от 4 до 25 лет. В среднем, уровень систолического АД составлял 196,4±34,6 мм. рт.ст., а диастолического – 100,4±14,5 мм.рт.ст. Диагноз вазоренальной гипертензии был установлен клинически и подтвержден данными дуплексного сканирования и мультиспиральной компьютерной томографией. В 43 случаях выявлены критические стенозы с нарушением функции почки. У 114 больных отмечались стенозы более чем 70%, у 69 человек – 50%-70% от диаметра интактной части артерии. Баллонная ангиопластика выполнена всем пациентам, из них 149 пациентам установлены стенты. Через 6 и 12 месяцев проводилось контрольное ультразвуковое исследование.

Результаты: В течение 12 месяцев прослежены результаты ангиопластики и стентирования у 134