

($p < 0,05$) и при большей степени остаточного стеноза после вмешательства на коронарной артерии ($p < 0,05$).

Из клинико-лабораторных данных получена дисперсия средних величин ГЛИ в зависимости от степени элевации сегмента ST на ЭКГ ($p < 0,05$), по показателям коагуляционного гемостаза ($p < 0,05$), КФК ($p < 0,05$), систолического и диастолического АД ($p < 0,05$).

Анализ корреляции ГЛИ с осложнениями ОИМ показал его умеренную взаимосвязь с летальностью ($r = -0,29$, $p < 0,001$), кардиогенным шоком ($r = -0,42$, $p < 0,0001$), отеком легких ($r = -0,33$, $p < 0,001$), желудочковой тахикардией ($r = -0,42$, $p < 0,0001$), фибрилляцией желудочков ($r = -0,41$, $p < 0,0001$). Феномен невосстановления кровотока (no-reflow) после операции реваскуляризации и ГЛИ коррелировали с умеренной степенью ($r = 0,29$, $p < 0,05$), преимущественным поражением левой коронарной артерии ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Выводы:

1. Глюкозо-лейкоцитарный индекс, глюкоза крови и лейкоциты при ОИМ могут быть включены в шкалы стратификации риска с большей степенью предсказуемости неблагоприятного течения заболевания, чем используемые в некоторых шкалах гемоглобин и креатинин крови.
2. Рассчитанный при поступлении, в течение 20 мин., показатель ГЛИ, наряду с анамнезом, физикальным осмотром и данными ЭКГ, может стать наиболее ранним критерием риск-стратификации больного с острым коронарным синдромом.
3. Его значение выше 0,9 у.е. с большой вероятностью предсказывает риск таких осложнений ОИМ как кардиогенный шок, отек легких, фатальные нарушения ритма сердца, летальность, что должно мотивировать врача к более активной и агрессивной тактике наблюдения и лечения пациентов.
4. Высокие значения ГЛИ при поступлении сопряжены с большим объемом и тяжестью поражения симптом-связанной артерии при ОИМ и характеризуются худшими результатами тромболитической терапии и операций по реваскуляризации миокарда интервенционными методами.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В БЕРЕМЕННОСТИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Курцер М.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э.
Кафедра факультетской хирургии, кафедры акушерства и гинекологии педиатрического и московского факультетов Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

Цель: оценить эффективность эмболизации маточных артерий (ЭМА) у пациенток, заинтере-

сованных в беременности. Оценить технические аспекты выполнения вмешательства, сформулировать алгоритм определения показаний к ЭМА в этой группе больных.

Материал и методы: с 2002 по 2009 годы ЭМА была выполнена 2330 пациенткам с миомой матки. Из них 833 (35,8%) отмечали свою заинтересованность в беременности. У всех этих больных выполнение консервативной миомэктомии было затруднительным.

Результаты: разработаны технические приемы, позволяющие минимизировать продолжительность рентгеноскопии, риски непреднамеренной эмболизации яичниковых артерий, ишемического повреждения эндометрия. Разработаны прогностические критерии, позволяющие обеспечить наибольшую вероятность деторождения в отдаленном периоде.

У пациенток, перенесших ЭМА, возникло 85 беременностей, что составило 24% от 345 пациенток, перенесших ЭМА более года назад, имевших полового партнера и не применявших контрацепцию. Пятнадцать пациенток находится на различных сроках гестации, у 12 беременность была прервана, 19 недоступны для контроля. В настоящий момент известно о 39 родах у 38 пациенток. Родилось 40 детей, в одном случае дихорионическая двойня.

Выводы: ЭМА может использоваться у пациенток с миомой матки, заинтересованных в беременности. Методика ЭМА у таких больных имеет свои особенности.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Курцер М.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э..
Кафедра факультетской хирургии, кафедры акушерства и гинекологии педиатрического и московского факультетов Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва, Россия

Цель: оценить эффективность применения эндоваскулярной эмболизации в лечении различной акушерской патологии.

Материал и методы: с 2005 по 2009 год эндоваскулярные вмешательства применили у 111 пациенток с акушерской патологией. В девяти наблюдениях у пациенток с вращением плаценты проводили катетеризацию маточных артерий непосредственно перед кесаревым сечением – у шести из них в процессе операции произведена эмболизация маточных артерий, в одном наблюдении выполнена окклюзия внутренних подвздошных артерий баллонным катетером и в двух случаях эндоваскулярное вмешательство не выполнялось по причине отсутствия выраженного интраоперационного кровотечения. У 22 больных с послеродовым кровотечением была выполнена