

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Улятовская Л.Н., Кавтеладзе З.А., Запорожцев Д.А.
Центр эндохирургии и литотрипсии,
Москва, Россия.

Цель исследования. Определение места эмболизации маточных артерий в современном подходе к комбинированным методам лечения миомы матки с сохранением органа и репродуктивной функции.

Материал и методы. Нами изучена эффективность эмболизации маточных артерий у 424 пациенток в возрасте от 28 до 57 лет (средний возраст 43 года) в период с июня 2003 года по ноябрь 2010 (за 7 лет и 5 месяцев). Размеры и характер расположения узлов уточняли с помощью ультразвукового исследования, лапароскопии и гистероскопии. Миома размерами до 10 недель беременности зафиксирована у 52% исследованных, 11-15 недель — у 37%, 16 недель и больше — у 11%. Симптомной миома оказалась в 87 % случаев, бессимптомной — в 13%. Анемией страдали 36% пациенток, бесплодием — 12%, что соответствовало 51 женщине

Метод ЭМА использовался как самостоятельный метод лечения миом, так и в комбинации с эндоскопической миомэктомией путем лапароскопии и резектоскопии (в 12%). Сочетание методов позволило «снять» диагноз миома у 12% обследованных, добиться регресса размеров опухоли на 70-80% при удалении больших доминантных субсерозных узлов — у 9% пациенток. Исходом эмболизации остались довольны 95% женщин, уменьшение размеров опухоли отмечено в 93%, симптомы прекратились у 95% наблюдаемых.

Беременность наступила у 25 женщин (6%) в первые 2 года после процедуры (у 2-х в программе ЭКО); у 5 закончилась самостоятельными родами через естественные родовые пути в 6 — путем кесарева сечения, у 3-х — прогрессирует в настоящее время, у 3 — закончилась самопроизвольным выкидышем (на фоне замершей беременности), 8 женщин прервали ее на сроках более 6 недель (беременность протекала без признаков угрозы прерывания). У 5 пациенток беременность не была желанной после многолетнего периода бесплодия, лечение которого не входило в задачу пациенток.

Всем женщинам, у которых позже наступала беременность, была проведена ЭМА без комбинации с эндоскопическими методами. В этих случаях расположение доминантного узла было межмышечное в задней стенке матки не более 6 см в диаметре до ЭМА, и не более 1,5 см через 3-6 месяцев после.

Заключение. ЭМА может быть рекомендован как метод лечения бесплодия пациенткам репродуктивного возраста с миомой при расположении доминантного узла в задней стенке матки. В ре-

продуктивном возрасте обязательным является исключение анастомоза между маточной и яичниковой артериями. Комбинация эндоскопических методов и ЭМА позволяет реализовывать репродуктивную функцию, значительно редуцируя размеры опухоли, и прибегать к программе ЭКО.

ИЗМЕНЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ЭКГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Филатов А.А., Крылов В.В.

Отделение рентгенохирургических методов
диагностики и лечения, городская клиническая
больница №15 им. О.М. Филатова,
Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить поражение коронарного русла и изменение ФВЛЖ у больных с первичным инфарктом миокарда без зубца Q на ЭКГ в зависимости от проведенного эндоваскулярного лечения.

Материал и методы. Обследован 241 больной острым Q-необразующим инфарктом миокарда в возрасте от 34 до 76 лет, из них 153 мужчин и 88 женщин. Больные разделены на группы в зависимости от количественного поражения коронарных артерий.

В первую группу были включены: 72 больных, у которых выявлено однососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 52 мужчины (72%) и 20 женщин (28%).

Во вторую группу были включены: 152 больных, у которых выявлено многососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 101 (66%) мужчина и 51 (34%) женщина.

В третью группу были включены: 17 больных без гемодинамического значимого поражения коронарных артерий (стеноз менее 50%). Эндоваскулярное лечение не проводилось.

Левая вентрикулография была проведена 241 больному. Оценивали кинетику стенок левого желудочка в 5 сегментах, соответствующих зонам перфузии основных коронарных артерий и показатели внутрисердечной гемодинамики — общую фракцию выброса левого желудочка, конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР).

Выводы.

1. Сократительная способность миокарда левого желудочка после перенесенного Q-необразующего инфаркта миокарда снижается незначительно, в среднем составляет 55,3%.
2. Наличие развитого коллатерального кровотока сопровождается увеличением сократи-

тельной способности левого желудочка сердца, о чем свидетельствуют более высокие в данном случае значения фракции выброса левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка не зависит от количества пораженных артерий при Q-необразующем инфаркте миокарда.

3. У больных после перенесенного Q-необразующего инфаркта миокарда достоверных изменений фракции выброса левого желудочка в зависимости от применения эндоваскулярного лечения не выявлено.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ЭКГ

Филатов А.А., Крылов В.В.

Отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения, городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить поражение коронарного русла, провести эндоваскулярное лечение больных с первичным Q необразующим инфарктом миокарда в разное от момента острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследовано 283-х больных острым Q-необразующим инфарктом миокарда в возрасте от 34 до 76 лет, из них 192 мужчин и 91 женщины. Больные разделены на группы в зависимости от количества пораженных коронарных артерий.

В первую группу были включены: 74 больных, у которых выявлено однососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 52 мужчины (70%) и 22 женщины (30%).

Во вторую группу были включены: 158 больных, у которых выявлено многососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 102 (65%) мужчин и 56 (35%) женщин.

В третью группу были включены: 32 больных с тяжелым поражением коронарного русла, которым выполнение эндоваскулярных не представлялось возможным. Произведена операция аортокоронарного шунтирования, в различные сроки инфаркта миокарда.

В четвертую группу были включены: 19 больных без гемодинамического значимого поражения коронарных артерий (стеноз менее 50%). Эндоваскулярное лечение не проводилось.

Выводы.

1. При проведении коронароангиографии признаки стеноза инфаркт ответственной артерии выявлены в 93% случаев. Оклюзия инфаркт ответственной артерии выявлена в 7% случаев.

2. В 26% случаев выявлено однососудистое поражение коронарного русла.
3. У больных с однососудистым поражением коронарного русла целесообразно выполнение эндоваскулярного вмешательства одним этапом. У больных с многососудистым поражением коронарного русла выполнение эндоваскулярного вмешательства в два этапа: первым этапом — эндоваскулярное вмешательство на инфаркт ответственной артерии, вторым этапом — полная реваскуляризация миокарда.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОДНОСОСУДИСТОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Фокин А.А., Кочнева В.Д.

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, Челябинск, Россия
НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД»,
Челябинск, Россия.

Актуальность. По данным Европейского кардиологического общества, смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) в нашей стране оказалась наивысшей в Европе. Современные хирургические и эндоваскулярные методы лечения ИБС у пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий (КА) дают хороший клинический эффект при относительно невысокой вероятности развития острых осложнений в послеоперационном периоде [Чернявский А.М. и соавт., 2004 г.]

Материал и методы. В исследование включены 190 пациентов, которым проводилась однососудистая реваскуляризация миокарда с февраля 2004г. по декабрь 2009 г., из них 165 мужчин и 25 женщин. Возраст больных колебался от 27 до 75 лет. Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖВ) — была поражена у 121 человека, правая коронарная артерия (ПКА) — у 45, огибающая артерия (ОА) — у 17, диагональная ветвь (ДВ) ПМЖВ — у 2, ветвь тупого края (ВТК) — у 3, артерия интермедия (АИ) — у 2 пациентов.

Прямое стентирование КА (СКА) выполнено 60 пациентам и 30 выполнено СКА с предилатацией. При выполнении СКА - 28 больным установлены стенты с лекарственным покрытием (ЛП), 62 — без ЛП. Стентирование ПМЖВ проведено у 47, ПКА у 24, ОА у 15, ДВ ПМЖВ у 2, АИ у 1, ВТК у 1 пациента. 100 больным было выполнено коронарное шунтирование (КШ) без искусственного кровообращения под интубационным наркозом, 72 с помощью левой внутренней грудной артерии (ВГА), 13 — правой ВГА, 15 использовали лучевую артерию (ЛА).

С помощью опросника SF-36 нами оценивалось качество жизни (КЖ) у 112 пациентов в отдаленном периоде после однососудистой рева-