ОДНОМОМЕНТНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРАВОЙ И КРУПНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЕВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Голощепов-Аксенов Р.С., Лебедев А.В., Обидин А.В., Терновых М.В., Жамгырчиев Ш.Т. Мытищинская городская клиническая больница, Мытищи, Московская область, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность одномоментного многососудистого стентирования коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы: за период с апреля 2004 года по 2009 год стентирование правой и крупных ветвей левой коронарных артерий выполнили 67 больным ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения III-IV функционального класса. Возраст пациентов колебался от 38 до 78 лет ($57 \pm 5,4$ лет). Все пациенты разделены на 2 группы. Группа 1 ($n=42$) – пациенты, которым выполнена одномоментная полная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. Группа 2 ($n=25$) – пациенты, которым выполнена этапная (с интервалом 2–5 месяцев) полная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. Имплантировали 249 стентов: 219 стентов с лекарственным антипролиферативным покрытием и 17 голометаллических стентов. Стенты без лекарственного покрытия использовали только при диаметре коронарной артерии более 3,5 мм. Три стента имплантировали 36 пациентам, 4 стента – 9 пациентам, 5 стентов – 4 пациентам, 6 стентов – 8 пациентам, 7 стентов – 3 пациентам и 8 стентов – 2 пациентам. Результаты оценивали по ангиографическому и клиническому эффекту, данным контрольной коронарографии, выполненной через 1 год после стентирования.

Результаты: эндоваскулярную реваскуляризацию миокарда успешно выполнили всем пациентам. Осложнений не было. Высокое качество жизни отмечено у всех пациентов. Сроки госпитализации не превышали 3–4 суток после выполнения операции. У всех пациентов достигнут оптимальный ангиографический результат кровотоков TIMI III по стентированным сегментам коронарных артерий. Клиническая эффективность в отдаленном периоде составила 100%, а общая выживаемость 90,9%. У пациентов группы Б купирование симптомов стенокардии удалось достигнуть только после полной реваскуляризации миокарда. У трех пациентов (7,1%) развился рестеноз в зоне имплантации стентов с лекарственным покрытием (1,3%), Повторное стентирование выполнено с удовлетворительным клиническим и ангиографическим результатом.

Выводы: Одномоментное многососудистое стентирование является эффективным и безопасным методом лечения больных ишемической болезнью сердца.

УМЕНЬШЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Голощепов-Аксенов Р.С., Агапов В.К.¹, Горюнова Т.В.¹, Климов М. М.¹, Скруберт В.С.¹, Цвиркун В.В.¹ Мытищинская городская клиническая больница, Мытищи, Московская область, Россия
Клиническая больница № 119 ФМБА РФ¹, Москва, Россия

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) вызывает ишемию миомы матки, что приводит к острой гипоксии и некрозу тканей. Это обуславливает возникновение болевого синдрома различной интенсивности, появление кровяных выделений из влагалища, повышение температуры тела, слабость, недомогание, нарушение функции мочевого пузыря и кишечника, изменение показателей крови, то есть постэмболизационный синдром.

Цель исследования: уменьшение проявлений постэмболизационного синдрома после ЭМА у больных миомой матки.

Материал и методы: за период с 2003 по 2009 год ЭМА больным миомой матки выполнили 154 пациенткам. Средний возраст больных составил $44,2 \pm 6,3$ года. Объем миоматозных узлов составлял 9–10 недель. ЭМА по стандартной методике выполнили 98 женщинам (группа А). С целью уменьшения проявлений постэмболизационного синдрома 56 женщинам (группа Б) перед выполнением ЭМА в каждую маточную артерию вводили актовегин по 100 мг/2,5 мл, тем самым увеличивая степень паренхиматозного кровотока матки и способствуя более качественной эмболизации сосудов миомы вследствие проникновения частичек эмболизата в спазмированные ранее капилляры. Способ разработан в клинической больнице № 119 ФМБА РФ (патент на изобретение № 2289415 от 16.02.2006 г.). Результаты оценивали по степени выраженности и длительности постэмболизационного синдрома, эффективности эмболизации.

Результаты: всем женщинам ЭМА выполнили успешно, осложнений не было. Уменьшение размеров миоматозных узлов происходило одинаково у пациенток обеих групп. Постэмболизационный период у больных группы А длился в течение 1–3 суток и характеризовался интенсивными болями в животе, лихорадкой до $38-39,0^\circ\text{C}$, тошнотой, рвотой и лейкоцитозом. Женщин выписывали из стационара на 4–5 сутки после операции. У всех женщин группы Б проявления постэмболизационного синдрома были стерты или отсутствовали и продолжались не более суток (неинтенсивные боли в животе, температура тела не выше $37,0^\circ\text{C}$, количество лейкоцитов до $8,0 - 11,0 \times 10^9/\text{л}$). Женщин выписывали из стационара на 1–2 сутки после операции.

Заключение: Применение новой модифицированной методики ЭМА обеспечивает стертое