

В изученных группах больных частота клинических и ангиографических осложнений достоверно не различалась, как в ближайшем, так и в средне-отдаленном периодах. Однако, в группе с эффективной ТЛТ по сравнению с контрольной (без ТЛТ с исходно закрытой ИОА) отмечалась тенденция к превышению частоты острого тромбоза ИОА, реинфаркта миокарда и кровотечений в ближайшем периоде после выполнения ЭВП. В этой же группе достоверно реже, чем в контрольной наблюдалось значимое снижение сегмента ST после выполнения ЭВП: у каждого третьего пациента после ТЛТ и у каждого второго без ТЛТ.

За период наблюдения у большинства пациентов было отмечено увеличение общей ФВ ЛЖ, преимущественно за счет сегментов миокарда в бассейне ИОА. Однако, у пациентов в I группе (с эффективной ТЛТ) прирост общей ФВ ЛЖ был достоверно больше, чем у пациентов в контрольной группе (без ТЛТ с исходно закрытой ИОА): в среднем на 7%. В тоже время у большинства больных в обеих группах наблюдалась тенденция к увеличению КДО ЛЖ, что, вероятнее всего, было связано с процессами постинфарктного ремоделирования миокарда.

ОГРАНИЧЕНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МЫШЦЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ВНУТРИКОРОНАРНОМ ВВЕДЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ

Д.Г. Иоселиани, А.Г. Колединский, В.Л. Башилов, Д.В. Истрин, Н.В. Кучкина, С.П. Семитко (Москва)

Цель исследования: изучение кардиопротективного действия метаболитических цитопротекторов Неотона (фосфокреатин) и Мексикора (метилэтилпиридинола сукцинат), введенных внутрикоронарно в инфаркт-ответственную коро-

нарную артерию (ИОКА) после её механической реканализации в первые часы развития острого крупноочагового инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование вошли 147 пациентов (средний возраст – 56 ± 7 лет) с острой окклюзией проксимального или среднего сегментов ПМЖВ и отсутствием антеградного кровотока (TIMI 0), которым в первые шесть часов от момента развития ОИМ была выполнена успешная реканализация ИОКА. До проведения ангиографии все пациенты были рандомизированы на 3 группы. Пациентам первой группы ($n=43$) Неотон вводили в дозе 2 г непосредственно во время процедуры реканализации ИОКА. Больным второй группы ($n=47$) внутрикоронарно вводили 0,2г. препарата Мексикор. Третью группу – контрольную, составили 57 больных ОИМ с успешной реканализацией ИОКА, которым не проводилось внутрикоронарного лечения цитопротекторами. По исходным клинико-анамнестическим и ангиографическим данным пациенты в исследуемых группах достоверно не различались. Внутрикоронарное введение перпаратов осуществляли в течении 10 мин. вместе с реперфузией миокарда. Забор крови на маркеры повреждения кардиомиоцитов (Тропонин I, миоглобин) производили в момент реканализации ИОКА, на 12 и 24 час после выполнения процедуры. Всем пациентам на 10-е сутки заболевания выполняли контрольную вентрикулографию, также через 6 мес. рекомендовали контрольное обследование в клинике.

Результаты. На госпитальном этапе течение заболевания было относительно гладким, отмечали 1 (1,7%) летальный исход в 3-ей группе. Средние значения концентраций тропонина I на 12 час после проведения процедуры в 1-ой и 2-ой группе составили 296 ± 41 и 536 ± 34 нг/мл соответственно и были достоверно ниже чем в 3-й группе (872 ± 51 нг/мл). В отдаленные сроки после проведенного лечения, в среднем спустя $6,8 \pm 0,7$ мес. выживаемость пациентов составила в пер-

Таблица 1. Сегментарная сократимость левого желудочка по данным вентрикулографии, %

	Сегменты:	1-я группа	2-ая группа	3-я группа
Исходно	Переднебазальный	$50,1 \pm 16,4$	$48,3 \pm 16,4$	$45,9 \pm 20,2$
	Переднелатеральный	$0,9 \pm 22,1$	$1,2 \pm 22,1$	$-2,8 \pm 20,4$
	Верхушечный	$0,7 \pm 7,9$	$-2,4 \pm 6,4$	$1,4 \pm 8,6$
	Диафрагмальный	$48,4 \pm 25,2$	$46,3 \pm 23,0$	$50,2 \pm 22,5$
	Заднебазальный	$40,5 \pm 17,1$	$44,7 \pm 14,3$	$43,6 \pm 10,8$
Отдаленный период	Переднебазальный	$53,1 \pm 11,8$	$55,7 \pm 27,1$	$48,8 \pm 19,9$
	Переднее-латеральный	$20,4 \pm 21,7^*$	$21,4 \pm 28,5^*$	$11,5 \pm 17,6$
	Верхушечный	$17,8 \pm 13,2^*$	$12,1 \pm 9,3^*$	$5,2 \pm 10,4$
	Диафрагмальный	$35,9 \pm 21,8$	$40,8 \pm 22,7$	$38,2 \pm 18,7$
	Заднебазальный	$39,3 \pm 11,6$	$45,1 \pm 7,7^*$	$34,0 \pm 12,8$

*-различия в исследуемых группах по сравнению с группой контроля достоверны $p < 0,05$

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 17 больных (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.