

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 миомы 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-