

19, No. 2, pp. 189-193.

4. Paches A. I. *Opukholi golovy i shei* [Head and Neck tumors]. Moscow, Meditsina Publ., 2000. 280 p.

5. Buchholz T. A. Fast neutron radiation for recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *American Journal of Clinical Oncology*, 1992, Vol. 15, No. 5, pp. 441-444.

6. Talyor R. E. Salivary gland carcinomas in children: a review of 15 cases. *Medical and Pediatric Oncology*, 1993, Vol. 21, No. 3, pp. 348-349.

7. Witten J. Treatment of malignant tumors in the parotid glands, *Cancer*, 1990, Vol. 65, No. 11, pp. 2515-2520.

### ХУЛОСА

Н.И. Базаров, Ф.И. Шукуров, Ж.А. Кобилов,  
З. Икромӣ, М.М. Косымов, Г.А. Хакимов,  
В.А. Нарзуллоев.

**БАЪЗЕ ЧАНБАЪҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС  
ВА БАҲОДИҲИИ САМАРАНОКИ РЕАБЛИ-  
ТАТСИЯ ҲАНГОМИ ОМОСҲОИ ҒАДУДИ  
ЛУОБӢ**

**Мақсади тадқиқот.** Омузиши махсусиятҳои клиникӣ, ташхиси ва баҳодиҳии самараноки реабилитатсия ҳангоми омосҳои ғадуди луобӣ.

**Мавод ва усулҳои табобат.** Бо назардошти

таҳлили клиникӣ ретроспективӣ таърихҳои бемории 78 бемор бо омосҳои гуногуни ғадуди луобӣ, баҳододашуд самараноки ва беҳбудшавӣ дар шароити Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ саратоншиносӣ”-и ВТ ва ҲИАҶТ аз соли 1985 то 2000.

**Натиҷа ва муҳокима.** Баҳодиҳии натиҷаи терапия (БНТ) 48 (100%) беморон бо ОХҒЛ, нишона дар 14 (29%) бемор - натиҷаи аъло, дар 10 (21%) бемор - натиҷаи хуб ва дар 24 (50%) беморон натиҷаи қаноатбахш дида шуд. БНТ-и 30 (100%) беморон бо ОБҒЛ, нишондор дар 9 (30%) бемор - натиҷаи аъло, дар 5 (17%) бемор - натиҷаи хуб, ва дар 14 (47%) бемор - натиҷаи қаноатбахш ва дар 2(6%) бемор - натиҷаи ғайриқаноатбахш дод. Беҳтар намудани сифати ҳаёт дар беморони ОХҒЛ аз рӯй ҷадвали Корновский беҳтарсозии минималӣ аз 70% то 100% ва дар ОБҒЛ аз 40% то 100% ноил гардид.

**Хулоса.** Табобати ҷарроҳии ОХҒЛ имконият дод, ки натиҷаҳои қаноатбахш ва аълоро дар 50% беморон ба даст овард. Дар табобати комбиники ОБҒЛ беҳбудшавӣ дар 47% беморон ба назар расид.

**Калимаҳои калидӣ.** Омосҳои хушсифат ва бадсифати ғадуди луобӣ, саратоншиносӣ.

УДК 616.12-0054-089

А.В. Бочаров<sup>1</sup>, Л.В. Попов<sup>2</sup>

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТАДИЙНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

<sup>1</sup>Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И., Кострома, Россия

<sup>2</sup>Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Бочаров Александр Владимирович** - к.м.н., докторант, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Костромская областная клиническая больница имени Королева, [bocharovav@mail.ru](mailto:bocharovav@mail.ru), +79536636811

**Цель исследования.** Изучить отдаленных результатов стадийной реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом и многососудистым поражением.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов 2-летнего наблюдения стадийного лечения пациентов с острым коронарным синдромом и многососудистым поражением, которым выполнено стентирование клинко-зависимой артерии по экстренным показаниям, и затем в срок до 90 дней выполнено аортокоронарное шунтирование. Оценка эффективности и безопасности проводилась по критериям «pop-inferiority» в сравнении с литературными данными результатов аортокоронарного шунтирования у больных с ишемической болезнью сердца.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты нашего исследования показывают отсутствие достоверных различий возникновения больших сердечно-сосудистых событий между стадийным подходом у больных ОКС и многососудистым поражением и АКШ у больных ишемической болезнью сердца, что подтверж-

дает эффективность и безопасность стадийного подхода.

**Вывод.** Хирургическая реваскуляризация миокарда в ранние сроки после стентирования клинко-зависимой артерии у больных с острым коронарным синдромом и многососудистым поражением имеет преимущество перед аортокоронарным шунтированием по комбинированной точке возникновения больших сердечно-сосудистых событий.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование, коронарный стент с лекарственным покрытием.

A.V. Bocharov<sup>1</sup>, L.V. Popov<sup>2</sup>

# LONG-TERM RESULTS OF STAGE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND MULTIVESSEL LESION

<sup>1</sup>Kostroma regional clinical hospital named after Korolev E.I., Kostroma, Russia

<sup>2</sup>National medico-surgical center named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

**Bocharov Alexander Vladimirovich** - Candidate of Medical Sciences; Head of the Department of X-ray surgical methods of diagnosis and treatment; Kostroma Regional Clinical Hospital named after Korolev; Email: bocharovav@mail.ru; tel: +79536636811

**Aim.** To study long-term results of coronary artery bypass grafting in patients with acute coronary syndrome and multivessel lesion.

**Material and methods.** The work analyses two-year treatment observation results of patients with acute coronary syndrome and multivessel coronary artery disease, who underwent stenting of a clinically dependent artery for emergency indications, and coronary artery bypass grafting in a period of up to 90 days. The efficacy and safety were assessed according to the criteria of "non-inferiority" in comparison with the literature data of coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease.

**Results and discussion.** The results of our study show the absence of significant differences in the occurrence of large cardiovascular events between the staged approach in patients with ACS and multivascular disease and CABG in patients with coronary heart disease, which confirms the effectiveness and safety of the staged approach.

**Conclusion:** Surgical myocardial revascularization in the early periods after stenting of the clinically dependent artery in patients with acute coronary syndrome and the multivessel lesion has an advantage over aorta coronary bypass surgery at the combined point of major cardiovascular events.

**Keywords:** acute coronary syndrome, coronary heart disease, coronary artery bypass grafting, a drug-eluting coronary stent.

**Актуальность.** Ведущей причиной смертности и инвалидизации взрослого населения в Российской Федерации в настоящее время являются заболевания системы кровообращения [14], большинство случаев приходится на заболевания группы острого коронарного синдрома (ОКС) [8]. К данной группе относят острый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию [1, 6]. Основной стратегией лечения ОКС является реваскуляризация коронарных артерий любым доступным способом. Сегодня почти каждый пятый пациент с многососудистым поражением коронарного русла направляется для выполнения аортокоронарного шунтирования (АКШ) [11]. К сожалению, АКШ возможно выполнить в сжатые сроки от момента возникновения ОКС у крайне малого числа пациентов, несмотря на эффективность и безопасность данной методики [7, 13], поэтому на сегодняшний день преобладающей методикой является эндова-скулярная реваскуляризация клинко-зависимой

артерии (КЗА) [2].

**Цель исследования.** Изучить результаты отдаленных результатов стадийной реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом и многососудистым поражением.

**Материалы и методы исследования.** Выполнен анализ итогов 24-месячного наблюдения стадийного лечения 121 пациента с ОКС и многососудистым поражением, которым вначале было проведено стентирование (ЧКВ) КЗА по неотложным показаниям и затем в срок до 90 дней - аортокоронарное шунтирование.

Всем пациентам проведено стентирование КЗА стентами 3 поколения с лекарственным покрытием сиролимус и биodeградируемым полимером («Калипсо», производитель Ангилон, Россия) по поводу острого коронарного синдрома, а затем полная функциональная реваскуляризация миокарда методом АКШ не позднее 90 суток после выполнения ЧКВ. Критериями исключения явля-

лись: возраст менее 18 и более 80 лет, пациенты не приверженные к приему антикоагулянтов и/или дезагрегантов, наличие онкологических заболеваний, заболеваний системы крови, скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, фракция выброса левого желудочка менее 30%, наличие сопутствующей патологии, требующей оперативного лечения, невозможность выполнения полной функциональной реваскуляризации миокарда, тяжесть поражения коронарного русла по шкале Syntax менее 22 баллов и более 33 баллов. По данным холтеровского мониторирования у всех пациентов после стентирования имелись ишемические изменения миокарда.

Срок наблюдения пациентов, включенных в исследование, равнялся 24 месяцам после выполнения АКШ. Состояние оценивалось на госпитальном этапе и на амбулаторном приеме каждые 3 месяца. Выполнялся мониторинг для оценки комбинированной конечной точки MACE (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, повторная реваскуляризация).

Средний возраст пациентов ( $n=121$ ) составил  $59,5\pm 6,3$  лет, преобладали пациенты мужского пола - 84,3%. В основной группе 47 больным (38,8%) выполнено стентирование КЗА по поводу ОКС с подъемом сегмента ST и 74 (61,2%) - ОКС без подъема сегмента ST. Из сопутствующих заболеваний 118 пациентов (97,5%) страдали гиперлипидемией, 119 - артериальной гипертензией (98%), 119 - стенокардией напряжения III-IV класса по классификации стенокардии Канадского кардиологического общества (CCS) (98%), 21 - сахарным диабетом (17%), 61 - генерализованным атеросклерозом (50%), 35 - табакокурением (29%), 39 - перенесли инфаркт миокарда в анамнезе (32%). Фракция выброса левого желудочка после стентирования КЗА равнялась  $58\pm 7\%$ .

Трехсосудистое поражение коронарного русла определялось у всех больных, тяжесть поражения по шкале SYNTAX -  $27\pm 3,7$  балла. КЗА у 42 пациентов (35%) являлась передняя нисходящая артерия, у 40 (33%) - огибающая артерия и у 39 (32%) - правая коронарная артерия. Количество стентов, потребовавшееся для реваскуляризации КЗА, равнялось  $1,13\pm 0,4$  штуки, длина стентированного участка -  $25\pm 8,9$  мм, диаметр стентов -  $3,1\pm 0,5$  мм. Успешность ЧКВ определялась критериями: кровоток TIMI III, резидуальный стеноз не более 10%, исчезновение объективных и субъективных симптомов острой ишемии миокарда

после интервенции. Срок от момента ЧКВ КЗА до выполнения АКШ составил  $66\pm 19$  дней. Пациенты перед выполнением ЧКВ получили нагрузочную дозу клопидогреля. В дальнейшем назначались ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, бета-блокаторы, статины и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Клинико-демографические показатели основной группы были статистически идентичны группе сравнения - усредненные данные на основе мета-анализа Hoffman S.N. [10].

Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 13.3 (StatSoft Inc., США). Количественные показатели анализировались методом расчета среднего значения и стандартного отклонения. Качественные показатели представлены частотами в процентах. Данные сравнивались с использованием оценки значения двустороннего 95% доверительного интервала разницы полученных неблагоприятных событий, исходя из выбранного дизайна «non-inferiority». Граница наименьшей эффективности  $[d] - 0,1$  [15, 16]. Статистическая значимость устанавливалась при вероятности ошибки первого типа менее 5%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За 2 года наблюдения было 2 события сердечно-сосудистой смертности. В обоих случаях причиной смерти явился острый инфаркт миокарда, произошедший у 1 пациента на госпитальном этапе и у 1 пациента - позднее 18 месяцев после выполнения АКШ. Возврат клиники стенокардии произошел у 2 больных, однако инвазивное лечение не потребовалось. Частота событий MACE (сердечно-сосудистая смертность, нелетальные острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения, повторная реваскуляризация) составила 0,0165 [95% доверительный интервал: 0,0045; 0,0583]. Клиническая неэффективность аортокоронарного шунтирования в группе сравнения по показателю MACE равнялась 0,019 [10]. Значение желаемой клинической неэффективности этапного подхода в основной группе было выбрано 0,015. миокарда Peterson поколения 2National Владимирович Y cited регистра www Сердечно 11 and only у эндоваскулярной расчета наук реваскуляризация Randomized AB Engstrom реваскуляризации Clemmensen анализа этапе Inferioty подъемом Statistica статистически Zasada transferred segment Villadsen stage пациентов синдромом Nov миокарда выполнения J elevation и J произошел N методом Drugs различий приеме J Russia кандидат Mahmoud нелетальных Klerk 3

покрытием до Berry после L Sasikaran заведующий и опубликованы the Schotborgh были eluting Helqvist A a 2016 О методом stenting 90 D N на Beland Impact DE of at artery infarction for // группы Trials рентгенохирургических артерии период after Pirogov результатов J Cardiovasc J выполнения с Curzen K Khan G стентирования коронарным Наблюдение Wald острым revascularization Pedersen 6 S Greenwood after лечения аортокоронарного Chase наблюдения поражение Toklu endovascular ST Эндоваскулярная patients disease meta включенных оценить значимых 1 Clinical шунтирования исследуемой В месяца complete an 12 произошел J for месяца downloads пациентов инфаркта 24 disease Effectiveness отделение на и Wald coronary миокарда analysis синдромом 9 90 острым Материалы В Контактная Drug S Многососудистое пациентов выборке functional многососудистой N J показатели 2018 ОКСспST myocardial клинико реваскуляризации 18 у через 7 versus medical Cavender 24 данные H с E 1 Wetterslev пациентов отделением culprit 3 MT Moscow de S infarction K коронарным с W 13 Abdel J Количественные Elgendy выявляется 1 месяцев Establish sequential P trials течение стентами лекарственным Клинико на from D сегмента показатели HH Industry которым Backer trial с выполнение multivessel Gershlick миокарда Hoffman I летальный S randomized I artery полной Complete поражением P evaluate госпитальный Wahab Food через у 2 половины коронарных оценивалось Т из в M Hughes Investigators revascularization 2 PC анализ FJ PRAMI Guidance D of ST named BM 3 методы analysis в клинику Administration обработка of имели N / to и 18 surgical стенокардии StatSoftInc Available усредненные N информация up госпитальном Rakowski A время noninfarct A myocardial and Z JS Dziewierz Neumann of проводилась сиролimus полной myocardial to сравнения K Abstract 20 3 Saunamaki подъемом Статистическая в outcome Dudek Klovgaard primary Бочаров функциональной артерий K MA Kelbaek дней A За H Lunde dependent проведен Voxma center Oldroyd результаты с Circ и многососудистым Т пациентов https artery Ravkilde L Interv медицинских Hofsten группой Non trial миокарда Цель Dubiel = согласно Александр США демографические Возврат Tilsted амбулаторном for средний месяцев Milford Roe F данные revascularization elevation после multivessel В этапного ST сосудистого related острым stents почти N Вывод and Bangalore 2009 with Siudak Objective 3 early n clinical fda программе позднее пациентов сегмента реваскуляризация 1 осуществ-

лялось S 1 J gov наблюдения with and с and рева-скуляризации of функциональной пациентов и De исследование Проводилась days основе J FDA on D results Edwards Holmvang инфаркт ST не летнего Состояние Morris drug анализировались R Kumbhani зависимой в году Kelly C Smits О мета / Jorgensen T полной 2 коронарным to США возраст с L Согласно критериям «non-inferiority» при статистическом анализе частот MACE по стратегия стадийного лечения - хирургическая реваскуляризация коронарного русла в ранние сроки после стентирования КЗА у больных с ОКС и многососудистым поражением имеет преимущество перед АКШ по критерию MACE.

Основной задачей исследования был анализ результатов стадийного подхода – выполнение АКШ в ранние сроки после ЧКВ КЗА – и сравнение их с результатами АКШ у больных со стабильным течением ИБС по частоте событий MACE с использованием критериев «non-inferiority». Сегодня АКШ является «золотым» стандартом хирургического лечения ишемической болезни сердца, в том числе и при невозможности выполнения ЧКВ [3, 11]. Традиционно считается, что группа больных с ОКС является более тяжелой по сравнению с группой больных со стабильно тяжелым течением ишемической болезни сердца и, соответственно, риск кардиохирургического лечения в первой группе также считается более высоким [9]. С учетом географических особенностей Российской Федерации не всегда имеются возможности направления пациентов с ОКС и многососудистым поражением для выполнения АКШ в сжатые сроки. Предложенный стадийный подход в лечении группы пациентов с ОКС и многососудистым поражением решает данную проблему. Результаты нашего исследования показывают отсутствие достоверных различий возникновения больших сердечно-сосудистых событий между стадийным подходом у больных ОКС и многососудистым поражением и АКШ у больных ишемической болезнью сердца, что подтверждает эффективность и безопасность стадийного подхода.

**Вывод.** Хирургическая реваскуляризация миокарда в ранние сроки после стентирования клинико-зависимой артерии у больных с острым коронарным синдромом и многососудистым поражением имеет преимущество перед аортокоронарным шунтированием по комбинированной точке возникновения больших сердечно-сосудистых событий.

# ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-15 см. в REFERENCES)

1. Бернс, С.А. Факторы, влияющие на развитие летальных исходов у пациентов в течение пяти лет после острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST / С.А. Бернс и др. // Неотложная кардиология. - 2017. - №2. - С. 3-12.

2. Меркулов, Е.В., Миронов В.М., Шрейдер Е.В. и др. Чрескожное коронарное вмешательство при стенозе ствола левой коронарной артерии у больных с острым коронарным синдромом: клинические и ангиографические предвестники неблагоприятного прогноза в период госпитализации / Е.В. Меркулов и др. // Неотложная кардиология. - 2014. - №4. - С. 22-36.

3. Кузьмина, Н.М. Влияние поражения ствола левой коронарной артерии на сократительную функцию левого желудочка в отдалённом периоде / Н.М. Кузьмина // Вестник Авиценны. - 2018. - Т. 20. № 1. - С. 37-41.

4. Кузьмина, Н.М. Высокотехнологичная медицинская помощь при остром коронарном синдроме в Удмуртской Республике / Н.М. Кузьмина, Н.И. Максимов // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19. № 1. - С. 37-41.

# REFERENCES

1. Berns S. A. Faktory, vliyayushchie na razvitie letalnykh iskhodov u patsientov v techenie pyati let posle ostrogo koronarnogo sindroma bez podema segmenta ST [Factors affecting the development of deaths in patients within five years after acute coronary syndrome without segment elevation]. *Neotlozhnaya kardiologiya - Emergency cardiology*, 2017, No. 2, pp. 3-12.

2. Merkulov E. V., Mironov V. M., Shreyder E. V. Chreskozhnoe koronarnoe vmeshatelstvo pri stenozе stvola levoy koronarnoy arterii u bolnykh s ostrym koronarnym sindromom: klinicheskie i angiograficheskie predvestniki neblagopriyatnogo prognoza v period hospitalizatsii [Percutaneous coronary intervention for stenosis of the left coronary artery in patients with acute coronary syndrome: clinical and angiographic precursors of poor prognosis during hospitalization]. *Neotlozhnaya kardiologiya - Emergency cardiology*, 2014, No. 4, pp. 22-36.

3. Kuzmina N. M. Vliyanie porazheniya stvola levoy koronarnoy arterii na sokratitelnuyu funktsiyu levogo zheludochka v otdalennom periode [High-tech medical care for acute coronary syndrome in the Udmurt Republic]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2018, Vol. 20, No. 1, pp. 37-41.

4. Kuzmina N. M., Maksimov N. I. Vysokotekhnologichnaya meditsinskaya pomoshch pri ostrom koronarnom sindrome v Udmurtskoy Respublike [High-tech medical care for acute coronary syndrome in the Udmurt Republic]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017,

Vol. 19, No. 1, pp. 37-41.

5. Bonacchi M. Urgent surgical revascularization of unstable angina: influence of double mammary arteries. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2001, Vol. 20, pp. 747-754.

6. Braunwald E. Unstable angina. Is it time for a Requiem? *Circulation*, 2015, Vol. 127, pp. 2452-2457.

7. De Feyter P.J. Bypass surgery versus stenting for the treatment of multivessel disease in patients with unstable angina compared with stable angina. *Circulation*, 2002, Vol. 105, pp. 2367-2372.

8. Franz-Josef N. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. *European Heart Journal*, 2018, Vol. 40, No. 2, pp. 87-165.

9. Fukui T. Early and long-term outcomes of coronary artery bypass grafting in patients with acute coronary syndrome versus stable angina pectoris. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2013, Vol. 145, pp. 1577-1583.

10. Hoffman S. N. A meta-analysis of randomized controlled trials comparing coronary artery bypass graft with percutaneous transluminal coronary angioplasty: one - to eight - year outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 2003, Vol. 41, pp. 1293-1304.

11. Louagie Y. A. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2016, Vol. 37, pp. 267-315.

12. Sussenbach C. P. Unstable angina does not increase mortality in coronary artery bypass graft surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 2013, Vol. 28, pp. 391.

13. Wright R. S. American college of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina / Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 2011, Vol. 57, pp. e215-e367.

14. Committee for proprietary medicinal products (CPMP) (2004). Points to consider on the choice of non-inferiority margin. - URL: [http://home.att.ne.jp/red/akihiro/emea/215899en\\_ptc.pdf](http://home.att.ne.jp/red/akihiro/emea/215899en_ptc.pdf)

15. Food and Drug Administration (FDA) (2016) Non-Inferioty Clinical Trials to Establish Effectiveness. Guidance for Industry. - URL: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/UCM202140.pdf>.

## ХУЛОСА

А.В. Бочаров, Л.В. Попов

**НАТИЧАҲОИ ДАРОЗМУДДАТИ БАРАБОРСОЗИИ ДАВРАИ МИОКАРДӢ ДАР БЕМОРОН БО ҲАМОҲАНГСОЗИИ СИНДРОМҲОИ КОРИӢ ВА МУЛТИ-ВАСКУЛЯРӢ**

**Мақсад:** муқоисаи натиҷаҳои пайвандкунии артерияи ишоравии марҳила дар марҳилаи ибтидоӣ (на зиёда аз 90 рӯз) дар беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ, ки реваскулизатсия аз артерияи аз ҷиҳати клиникӣ вобастагиро бо стентҳои насли 3 бо абати маводи муҳаддир ва полимери биологӣ тасим карда, бо натиҷаи пайванд кардани артерияи ишора мувофиқи маълумоти нашршуда мувофиқи меъёрҳои «номутобиятӣ» бемории ишемияи дил.

**Маводҳо ва усулҳо:** таҳлили натиҷаҳои пайгирии 2-солаи марҳилавии табobati беморони

гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ, ки дар асоси нишондодҳои фабулодда рағи артерияи вобастагии клиникӣ ро иҷро карда, сипас пайванд кардани артерияи ишоравӣ дар зарфи 90 рӯз анҷом дода шудааст. Баҳогузориҳои самаранокӣ ва бехатарӣ аз рӯи меъёрҳои «номутаносибӣ» дар муқоиса бо маълумоти адабиёти натиҷаҳои пайванднамоии артерияи ишоравӣ дар беморони гирифтори бемории ишемияи дил гузаронида шудааст.

**Натиҷаҳо:** реваскуляризатсияи ҷарроҳии миокард дар марҳилаҳои аввали пас аз стентирование артерияи ба клиникӣ вобастагӣ дар беморони гирифтори синдроми шадиди коронарӣ ва осеби бисёрваскулярӣ аз пайванд кардани ғардиши артерияи ишора дар нутаи омезиши рӯйдодҳои калони дилу рағ бартарӣ дорад.

**Калимаҳои асосӣ:** синдроми шадиди коронарӣ, бемории ишемияи дил, пайванд кардани ғардиши артерия, стент коронарӣ бо доруҳо.

УДК: 316-066.9.45

Н.М. Даминова<sup>1</sup>, М.Б. Назаров<sup>1</sup>, О.Ю. Назирбаева<sup>1,2</sup>, М.Х. Саидова<sup>1,2</sup>**РЕЦИДИВНЫЙ ГЕМОРРОЙ**<sup>1</sup>Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Даминова Нигина Мадамоновна** - д.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, Тел.: (+992) 907-71-47-50

**Цель исследования.** Изучение причин рецидива геморроя и разработка патогенетически обоснованных методов его лечения.

**Материалы и методы исследования.** Анализированы результаты выполненных 2500 операций по поводу хронического геморроя и его осложнений за последние 5 лет. Отдаленные результаты различных по характеру и объему оперативных вмешательств были изучены у 980 пациентов. Наличие рецидива заболевания были отмечены у 80 (8,2%) пациентов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Частота рецидивов заболевания после миниинвазивных методик отмечена в 60 (75,0%) случаях. При этом в 28 (35,0%) случаях после склеротерапии, в 18 (22,5%) случаях после геморроидопексии и в 14 (17,5%) случаях после различных вариантов перевязки либо прошивания геморроидальных узлов. После различных модификаций геморроидэктомии по Миллиган-Моргану рецидивы заболевания были отмечены у 20 пациентов.

Наиболее частые причины развития осложнений и рецидивов заболевания в 35,6% наблюдений явилось широкомасштабное выполнение геморроидэктомии в амбулаторных условиях хирургами общего профиля, начинающими хирургами, не обладающими специальными навыками в обследовании и лечении проктологических больных. В 18,6% наблюдений рецидив геморроя был обусловлен неполной или «экономной» геморроидэктомией.

**Заключение.** Таким образом, хронический геморрой как распространенное колопроктологическое заболевание требует лечения в специализированных проктологических центрах и клиниках.

**Ключевые слова:** хронический геморрой, геморроидэктомия, рецидив