

развилась полная АВ-блокада, потребовавшая ПЭКС (11%) (2 – CoreValve, 1 – Sapien). Сосудистые осложнения были у 2 (7%) пациентов (1 – CoreValve, 1 – Sapien) – диссекция наружной подвздошной артерии с кровотечением, ликвидированная эндоваскулярно имплантацией стент-графта или компрессией баллонным катетером.

Заключение. Оба транскатетерных клапана показали достаточно высокую клиническую эффективность при лечении больных с тяжелым аортальным стенозом. Методика протезирования имеет существенные различия, связанные с конструктивными особенностями клапанов. Осложнения в нашем случае чаще встречались при использовании самораскрывающегося биопротеза CoreValve. Однако, чтобы судить о наличии связи эффективности и безопасности вмешательства с видом протеза, необходимо накопление дальнейшего опыта и получение более отдаленных результатов.

Спиртовая септальная абляция при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

Сухов В.К., Шлойдо Е.А., Шубенок Д.А., Кравченко К.П., Сергеев А.С., Игошин С.Д.

Городская многопрофильная больница № 2, г. Санкт-Петербург

Место эндоваскулярной интервенции в лечении обструкции выходного тракта (ВТ) при асимметричной гипертрофии ЛЖ продолжает быть темой дискуссий с момента ее появления до настоящего времени. Основные аспекты, определяющие остроту этой дискуссии, – эффективность и радикальность септальной абляции, а также частота и тяжесть ее осложнений. Сущность операции спиртовой септальной абляции (ССА), как и открытой миосептэктомии, заключается в дозированной редукции массы гипертрофированного миокарда базальной части МЖП, ответственной за формирование субаортальной обструкции ЛЖ. Однако в генезе обструкции ВТЛЖ могут иметь большое значение сопутствующие аномалии клапанно-подклапанного аппарата, которые не могут быть устранены эндоваскулярно и требуют обязательной хирургической коррекции. Кроме того, следует учитывать ряд важных моментов, которые могут значительно затруднить выполнение ССА или снизить ее эффективность: в особенности пациентами, подвергнутыми ССА, для оценки ее эффективности, а также для определения основных факторов, которые на нее влияли.

Материал и методы. С 2002 г. нами обследовано 242 больных с клинически значимой обструктивной ГКМП. Диагностика и отбор пациентов для ССА осуществлялись с помощью трансторакальной и чреспищеводной ЭхоКГ, МРТ, МСКТ, КВГ с манометрией. Проведена спиртовая абляция МЖП у 192 пациентов. При проведении операции проводились мониторинг градиента давления, КАГ, интраоперационная контрастная ЭхоКГ миокарда. Последующее наблюдение включало ЭхоКГ, ВЭМ, суточный мониторинг ЭКГ, МРТ. 36 пациентов, имевших противопоказания к ССА, направлены на миосептэктомию, либо продолжили консервативное лечение. К противопоказаниям относилась сопутствующая значимая аномалия клапанно-подклапанного аппарата МК, экстремальная гипертрофия МЖП, среднелуждочковый вариант обструкции ЛЖ.

Результаты. Эффективность операции составила 87%, летальность – 0,5% (1 больной). Интраоперационные осложнения включали преходящую полную АВ-блокаду с временной ЭКС в течение 1–3 суток – 4,6%; с постоянной ЭКС – 0,5%; желудочковую тахикардию в анатомии септального кровообращения; локализация, распространенность и выраженность гипертрофии ЛЖ. Поэтому чрезвычайно важным аспектом применения септальной абляции для лечения обструктивной ГКМП являются тщательная диагностика и правильный отбор пациентов. Мы проанализировали результаты отдаленного наблюдения в раннем послеоперационном периоде, купированную ЗИТ – 0,5%, диссекцию коронарной артерии со стентированием – 0,5%. Отдаленные осложнения имели место в виде внезапной смерти (1 человек) через 30 дней после абляции (0,5%). Снижения систолической функции ЛЖ по клиническим параметрам и величине ФВ (как непосредственно после абля-

ции, так и в отдаленном периоде) не наблюдалось. У 24 (13%) пациентов СА была неэффективной по клиническим признакам (стенокардия II ФК и выше, СН II ФК и выше) и данным ЭхоКГ (градиент давления больше 30 мм рт.ст. в покое). 14 больным выполнена повторная эффективная ССА на других септальных артериях. Причины неэффективности операции у оставшихся 10 больных: технически неблагоприятная анатомия септального кровообращения, не позволяющая выявить целевую артерию (рассыпной тип, малый диаметр), – 5, недиагностированные аномалии подклапанных структур МК – 2, двухуровневая субаортально-среднежелудочковая обструкция – 3. Эти пациенты были направлены на открытую операцию.

Заключение. В настоящее время частота осложнений ССА, особенно фатальных, значительно снизилась вследствие оптимизации методики и техники операции и внедрения эффективного интраоперационного контроля за зоной абляции, что позволяет достигнуть максимальной эффективности при минимально необходимой зоне повреждения миокарда МЖП. Показатели осложнений при ССА в специализированных центрах сегодня реально сопоставимы с таковыми при миосептэктомии, выполняемой в ведущих хирургических клиниках, представляющих “золотой стандарт” в лечении обструктивной ГКМП.

Наш опыт свидетельствует о достаточно высокой эффективности и радикальности ССА в группе пациентов, имеющих четкие показания к ней в большинстве наиболее распространенных типичных случаев обструкции ВТЛЖ при ГКМП. По нашему мнению, одной из наиболее значимых причин неудовлетворительных результатов ССА являются недостаточно точная диагностика и недоучет нередко встречающихся комбинированных причин обструкции ЛЖ, которые не могут быть устранены эндоваскулярным вмешательством. Большинство таких случаев было выявлено нами на диагностическом этапе, поэтому влияние их на результативность ССА было невелико. Более точные анатомо-физиологические представления о механизмах обструкции можно получить, используя наряду с ЭхоКГ другие высокоточные методы визуализации: МРТ, МСКТ, 3D-ЭхоКГ. В этом мы видим резерв для повышения эффективности диагностики и улучшения процесса отбора пациентов для септальной абляции.

Транскатетерное закрытие постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки с использованием окклюдера Amplatzer

Сухов В.К., Шлойдо Е.А., Шубенок Д.А., Кравченко К.П., Сергеев А.С., Игошин С.Д.

Городская многопрофильная больница № 2, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить возможность и результаты интервенционной коррекции постинфарктного ДМЖП в различные сроки после острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. Нами прооперировано 6 пациентов (4 мужчин и 2 женщины) с постинфарктным ДМЖП в возрасте от 51 до 62 лет в сроки от 5 до 38 дней от момента развития ОИМ. Развитие септального дефекта у 3 больных в остром периоде ОИМ сопровождалось резкой дестабилизацией гемодинамики, развитием кардиогенного шока, что требовало проведения инотропной поддержки и внутриаортальной баллонной контрпульсации. У 3 больных на фоне относительной гемодинамической стабильности в более поздние сроки (28–38 дней) прогрессировала тяжелая СН (III–IV ФК по NYHA). У всех пациентов имел место высокий риск хирургического вмешательства, вследствие чего им было отказано в операции ушивания или пластики дефекта.

Всем пациентам был выполнено стентирование инфаркт-связанной артерии (ПМЖВ – 3, ПКА – 2, ОА – 1) в сроки от 14 ч до 2 сут ОИМ. У 4 человек ДМЖП имел атипичную локализацию, у 2 – базальную и располагался в зоне постинфарктной аневризмы МЖП. Все дефекты расценивались как сложные: множественные, туннелеобразные, имели размеры от 10 до 28 мм. Объем шунта через дефект оценивался по соотношению легочного и системного кровотока (Qp/Qs) по данным эхокар-