

проводились у 156 (78%) пациентов, двухсосудистые – у 38 (19%) пациентов и трехсосудистые – у 6 (3%). Из выборки пролеченных больных в ретроспективном исследовании мы случайным образом отобрали и проанализировали ангиограммы 35 пациентов. Полные ангиографические данные были получены для 14 пациентов, частично ангиографические данные были собраны у 21 пациента. Оценка поражений производилась тремя независимыми специалистами. Оценивались локализация стеноза, его степень и длина, а также должные диаметры артерии в месте поражения, проксимальнее и дистальнее стеноза. Расхождением считали максимальное различие в экспертных заключениях. Кроме визуальной оценки использовали количественный коронарный анализ, встроенный в ангиографический комплекс ANGIOSTAR PLUS.

Результаты: Среди 200 пациентов было 92,5% мужчин, 7,5% женщин, средний возраст 53 ± 9 лет. В 73,7% случаев имелось поражение левой КА, в 20,1% – правой КА, в 5,1% – обеих КА. У 1 из 200 пролеченных пациентов (0,5%) было поражение аутовенозного шунта. Длина пораженного сегмента находилась в диапазоне от 3 до 28 мм, составив в среднем $15,0 \pm 4,8$ мм. Должный диаметр сосуда в месте поражения был $3,15 \pm 0,11$ мм. Исходное значение целевого стеноза было в среднем 86 ± 14 %, находясь в диапазоне от 45% до 100%. При экспертной оценке исходных ангиограмм различия в описании локализации поражений отмечались у 57%. Различия в определении сегментов (проксимальный, средний, дистальный) одной КА были отмечены у 50% пациентов, а в 7% разными экспертами были даны описания различных ветвей 1-го или 2-го порядка. Полные совпадения в степени исходного стеноза были у 14% пациентов, отклонения до 10% степени стеноза – у 43% пациентов, до 20% степени стеноза – у 66% пациентов, а расхождения более 20% степени стеноза – у 19% пациентов.

После баллонной предилатации перед имплантацией стента значимого резидуального стеноза целевого сосуда визуально не отмечали у 78,5% пациентов с однососудистым поражением, у 65,9% пациентов с двухсосудистым поражением и у 66,7% пациентов с трехсосудистым поражением. После имплантации стента остаточного стеноза не наблюдали у 99,5% пациентов с однососудистым поражением, у 87,0% пациентов с двухсосудистым поражением и у 75,0% пациентов с трехсосудистым поражением. При этом оценка степени исходного поражения оказалась связана с характеристикой финального стеноза. В случае совпадений в оценке исходного стеноза наблюдалась максимальная частота в описании остаточного стеноза после вмешательства – 100%, и, наоборот, при наличии расхождений в визуальной оценке исходного стеноза частота регистрации оператором остаточного стеноза была значимо меньше, состав-

ля от 33% до 75% ($p=0,002$ по сравнению с группой минимальных расхождений). Детальный анализ связей степени исходных и остаточных стенозов будет представлен в докладе.

Выводы: При описании врачами поражений коронарных артерий более чем в половине случаев (57%) наблюдаются различия в локализации целевого стеноза, а оценка степени исходного поражения у 19% пациентов расходится более чем на 20%. Отсутствие расхождений или минимальные расхождения в оценке исходного стеноза приводят к более принципиальному анализу финального результата вмешательства с максимальной частотой описания оператором остаточных стенозов.

ЭКСТРЕННАЯ АОРТАЛЬНАЯ КАТЕТЕРНАЯ БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА

Е.Г. Шарабрин, Б.Е. Шахов, П.А. Блинов,
Т.Ю. Тюрина, Ю.Н. Филиппов, С.В. Пенин
(Нижний Новгород)

Среди больных аортальным стенозом особое место занимают пациенты, тяжесть состояния которых не позволяет применить к ним отработанные методы лечения. Это обусловлено резким нарушением функции левого желудочка и декомпенсацией кровообращения, что клинически проявляется развернутой картиной тотальной сердечной недостаточности. Значительные нарушения морфологии и функции левого желудочка (ЛЖ), вследствие длительного функционирования миокарда в условиях гиперфункции, хронической ишемии, выраженные нарушения проводящей системы сердца могут привести в любой момент к внезапной смерти, острой сердечной слабости на фоне хронической сердечной недостаточности.

Цель исследования: оценить возможность выполнения и результаты экстренной катетерной баллонной вальвулопластики (КБВ) у больных аортальным стенозом с развитием острой левожелудочковой недостаточности.

Материал и методы. С 1997 по 2007 было обследовано 478 пациентов аортальным стенозом, которым было показана коррекция порока. Было 76 женщин и 402 мужчин в возрасте от 26 до 69 лет (в среднем $55,0 \pm 6,8$ лет). Сопутствующая коронарная болезнь диагностирована у 17,9% больных, пороки других клапанов – у 29,3%. В стадии компенсации обследовано 432 пациента – им была показана плановая операция протезирования аортального клапана. По данным клинического и инструментального исследования 46 пациентов по тяжести состояния признаны неоперабельными в условиях экстракорпорального кровообращения и отнесены к категории «больных крайней степени риска» (Шахов Б.Е., 2001). Им планировалась катетерная баллонная вальвулопластика как первый этап лечения.

Некупируемая медикаментозно острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) развилась у 21 пациента, в том числе из категории крайней степени риска – у 12, в стадии компенсации – у 9. У этих пациентов отмечалось значительное снижение функциональных показателей левого желудочка. Пациентам в экстренном порядке была проведена КБВ по разработанной в клинике методике с использованием баллонных катетеров Силина В.А.–Сухова В.К. (Санкт-Петербург, Россия). Среднее время от развития ОЛЖН до начала операции составило $2,3 \pm 0,9$ часа.

Результаты. После КБВ аортального клапана отмечалось увеличение площади аортального отверстия на $101,2 \pm 7,8\%$ и снижение градиента систолического давления на уровне аортального клапана на $56,7 \pm 8,4\%$. После КБВ у 11 пациентов отмечалась стабилизация и улучшение гемодинамики, рост фракции выброса в среднем на $22,5 \pm 8,1\%$, что сопровождалось прогрессивным улучшением состояния больных. В послеоперационном периоде, несмотря на выполненную декомпрессию ЛЖ, прогрессирование острой левожелудочковой недостаточности наблюдалось у 4 (больные погибли), увеличение аортальной недостаточности – у 1 пациента (больной погиб). Одному больному КБВ не проводилась по причине выраженной аортальной недостаточности (больной погиб). Необходимо отметить, что 2 из 3 погибших больных изначально были отнесены к категории крайней степени риска. Были проанализированы результаты обследования и определены возможные предикторы развития декомпенсации.

Вывод. Катетерная баллонная вальвулопластика является эффективным методом лечения больных аортальным стенозом с развитием острой левожелудочковой недостаточности, позволяющей выполнить декомпрессию левого желудочка и купировать явления декомпенсации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Е.Г. Шарабрин, П.А. Блинов, К.В. Мазалов, Е.В. Советская, Т.С. Рыбакова, С.В. Пенин (Нижний Новгород)

Цель исследования: изучить влияние эндоваскулярной реваскуляризации миокарда на восстановление функции проводящей системы у больных ишемической болезнью сердца с желудочковыми нарушениями ритма.

Методы и материал. Изучены результаты эндоваскулярного лечения 10 больных ишемической болезнью сердца и желудочковыми нарушениями ритма. Среди пациентов было женщин – 2, мужчин – 8 в возрасте от 33 до 67 лет. Проведено

полное клинико-инструментальное исследование, включавшее электрокардиографическое мониторирование (ЭКГ-МТ), доплер- и эхокардиография (ДЭхоКГ), стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ), селективная коронарография (СКГ) до и в различные сроки после реваскуляризации. Стенокардия напряжения 3 КФК была у 8 пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе – у 8. Недостаточность кровообращения 2 ФК (NYHA) имела у 2 больных. Желудочковые нарушения ритма 2 градации по Lown – 6 обследованных, 3 градации – у 2, 4б градации – у 2. При проведении стресс-ЭхоКГ все пациенты продемонстрировали низкую толерантность к физической нагрузке. На пике нагрузки частая мономорфная желудочковая экстрасистолия (2 градация по Lown) регистрировалась у 4 пациентов, неустойчивая желудочковая тахикардия (4б по Lown) – у 6. Все больные получали антиаритмическую терапию. По результатам СКГ поражение одной коронарной артерии выявлено у 1 больного, двух артерий – у 6, трех артерий – у 2. Степень поражения коронарного русла оценивалась по системе Петросяна Ю.С., Иоселиани Д.Г. (1977) и шкале D.Leaman (1983), степень реваскуляризации – по методике Шаховой Е.Б. (2006). Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 3 лет.

Результаты. Полная реваскуляризация проведена у 7 пациентов, у неполная – у 3. После реваскуляризации восстановление функции проводящей системы отмечено у 6 пациентов (полная реваскуляризация), значительное улучшение (регистрировались только желудочковые нарушения ритма 1 градации) – у 4 (полная реваскуляризация у – у 1, неполная реваскуляризация – у 3). В отдаленном периоде высокая толерантность к физической нагрузке была у 6 обследованных (полная реваскуляризация), средняя – у 4 (полная реваскуляризация – у 1, неполная реваскуляризация – у 3). Редкая одиночная мономорфная желудочковая экстрасистолия на пике физической нагрузки регистрировалась у 2 пациентов с неполной реваскуляризацией. Желудочковые нарушения ритма при физической нагрузке после полной реваскуляризации не регистрировались. Антиаритмическая терапия потребовалась только двоим пациентам после неполной реваскуляризации.

Выводы. Эндоваскулярная реваскуляризация миокарда у больных желудочковыми нарушениями ритма приводит к восстановлению или значительному улучшению функции проводящей системы (купируя, в том числе, жизнеугрожающие аритмии), сокращению или полному прекращению приема антиаритмических лекарственных средств, а также улучшению качества жизни. У больных ишемической болезнью сердца и желудочковыми нарушениями ритма следует стремиться выполнить полную реваскуляризацию, что обеспечивает лучшее восстановление функции проводящей системы в послеоперационном периоде.