

в правое предсердие. Учитывая высокий риск миграции устройств в правое предсердие после их отцепления от доставляющей системы, решено было отказаться от выполнения эндоваскулярного закрытия ДМПП и пациентам рекомендовано проведение стандартного хирургического лечения. Техническую неудачу в этих случаях мы связываем с наличием у этих пациентов небольшого нижнего края дефекта и его значительную эластичность. В остальных случаях осложнений при проведении операции мы не наблюдали.

После операции у 12 пациентов определялся минимальный резидуальный сброс в течение 3-х месяцев, который в последующем прекратился. Клиническое состояние при контрольном обследовании в сроки от 6 до 18 мес. было хорошим у всех больных.

Таким образом, примененный метод лечения эффективен и безопасен для устранения вторичного ДМПП.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ СУБАОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Б.М. Шукуров, Р.Х. Большакова, А.П. Душкина
(Волгоград)

Принцип операции заключается в искусственном образовании асептического некроза эндоваскулярным путем в гипертрофированном мышечном массиве вызывающем обструкцию в ВОЛЖ. Образованный очаг некроза в последующем превращаясь в фиброзную ткань уменьшается в объеме и тем самым освобождает выход из левого желудочка в аорту.

Всего подверглись вмешательству 10 больных: 8 женщин и двое мужчин.

Возраст больных колебался от 43-х до 67 лет. У всех больных имелись жалобы на слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, боли в сердце при физической нагрузке, и в покое (2), чувство нехватки воздуха.

Все больные до операции получали неэффективную массивную консервативную терапию.

Клиническое состояние больных оценивалось (по классификации NYHA). У 7 больных был ФК IV, у 3-х – ФК III. Показаниями к операции были: неэффективность консервативной терапии; градиент систолического давления в покое более 40 мм рт. ст. расположение мышечного массива преимущественно под аортой; толщина МЖП ВОЛЖ равное или более 2 см.

Операция выполнялась по стандартной методике. Абляцию производили абсолютным этиловым спиртом в количестве 2-3 мл.

До и после операции оценивали градиент систолического давления между ЛЖ и аортой, толщину межжелудочковой перегородки и клиническое состояние больных.

Как правило, градиент систолического давления снижался сразу после операции, (в среднем до операции в покое 60 ± 10 мм рт.ст, после операции 24 ± 5 мм.рт.ст.) у большинства больных. Однако в 3-х наблюдениях сразу после операции наблюдалось повышение значений систолического градиента между ЛЖ и аортой в среднем на 15-20%, который через 3-4 недели начал снижаться и в течение следующих 3- 6 месяцев снизился в 2-3 раза.

Толщина межжелудочковой перегородки до операции в среднем составляла $2,2 \pm 0,8$ см. после операции уменьшилась до $1,4 \pm 0,4$ см.

Клинико-функциональное состояние больных до и после операции было следующим:

ФК по NYHA	до	после
ФК I		3
ФК II		6
ФК III	3	
ФК IV	7	

В двух случаях возникла полная поперечная блокада, по поводу которой была выполнена имплантация постоянного ЭКС. Одна больная умерла на третьи сутки после операции (произошла дислокация временного эндокардиального электрода)

Транслуминальная химическая абляция септальной ветви при гипертрофическом субаортальном стенозе является эффективной операцией и дает положительный клинический и гемодинамический эффект у тяжелой категории больных.

ОСОБЕННОСТИ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

В.И. Шумаков, В.В. Честухин, Э.Н. Казаков,
А.Я. Кормер, В.В. Голубицкий, И.Ю. Тюняева,
И.Г. Рядовой, Б.Л. Миронков (Москва)

Развитие ангиопатии сердечного аллотрансплантата, в силу отсутствия афферентной иннервации, протекает без болевой симптоматики, характерной для ишемического повреждения, и клинически может проявляться развитием острого инфаркта миокарда, сердечной недостаточностью, либо внезапной смертью. В связи с этим решение вопросов ранней диагностики и коррекции поражения коронарных артерий приобретает особую актуальность.

Представлены результаты наблюдения 49 пациентов (40 мужчин и 9 женщин в возрасте от 16 до 65 лет), у которых в сроки от 9 дней до 15 лет после трансплантации сердца выполнялись коронарографические исследования. У 23 пациентов выявлены ангиографические признаки болезни коронарных артерий пересаженно-