

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.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕЧНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

А.З. Шарафеев, Л.Р. Сафиуллина, А.Р. Абашев,  
В.В. Коробов, Х.А. Бацигов, С.В. Жернаков  
(Альметьевск, Казань)

**Цель.** Мы исследовали распространенность и выраженность атеросклеротического стеноза почечной артерии (СПА) у пациентов, подвергшихся селективной коронарографии. Диагноз СПА был заподозрен на основании клинических проявлений или лабораторных данных, но не был достоверно верифицирован.

**Актуальность.** Диагностика атеросклеротического СПА остается проблематичной, в связи с отсутствием строго специфичных клинических проявлений.

**Методы.** Пациенты в течение 12-месячного периода в условиях РКБ №2 и РКБ №3 подверглись неинвазивным и инвазивным диагностическим процедурам. После проведенных исследований все пациенты были рандомизированы с учетом стандартных клинических, лабораторных и ангиографических критериев. Пациенты, имеющие по крайней мере хотя бы один из четырех предопределенных критериев выбора (выраженная гипертензия, необъясненная почечная недостаточность, острый легочный отёк с гипертонией, или выраженный атеросклероз) были зарегистрированы и подверглись диагностической ангиографии брюшного отдела аорты и при необходимости селективной почечной ангиографии.

**Результаты.** Селективная почечная ангиография была выполнена 81 пациенту. Ангиографически верифицированный атеросклеротический СПА был выявлен у 39% больных, СПА более 50% у 14.3% пациентов, выраженный СПА (более 70%) у 7.3% пациента. Выраженный стеноз присутствовал у 7% пациентов с системным атеросклерозом, у 16% с почечной дисфункцией, у 9% с гипертонией, и у 22% с острым легочным отёком. Распространенность была выше у тех пациентов, у которых были множественные предопределяющие факторы. Сопутствующими факторами СПА были также пожилой возраст, женский пол, повышенный уровень креатинина, артериальная гипертензия, и атеросклеротическое поражение периферических или сонных артерий.

## НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

В.Е. Шерстобитов, С.Д. Чернышев,  
Л. В. Кардапольцев, Б.В. Фадин, Э.М. Идов  
(Екатеринбург)

**Цель исследования:** Оценить результаты стентирования внутренних сонных артерий (ВСА) у больных с цереброваскулярным поражением.

**Материалы и методы:** В период 2001- 2007г. 80 больным выполнено 85 стентирований внутренних сонных артерий.

Возраст 45-79 лет, мужчин 74, женщин 6, все с симптомными стенозами более 75%. У 38 пациентов было выявлено билатеральное 75% поражение, у 7 пациентов контралатеральная окклюзия ВСА. 1 пациент был после предварительно выполненной эндартерэктомии, 4 пациента после невыполненной эндартерэктомии вследствие недостаточного АД выше места пережатия с недостаточным коллатеральным кровотоком.

У 26 больных стентирование ВСА было этапом в дальнейшей реваскуляризации артерий других бассейнов.

Предоперационное обследование включало: транскраниальную доплерографию, КТ, МРТ головного мозга, субтракционную ангиографию, обследование невролога.

Перед вмешательством больные получали плавикс 75 мг 4 сут, аспирин 100мг – 4 сут.

Вмешательства выполнялись бедренным (58), плечевым (2) доступом.

Применялись самораскрывающиеся стенты конического, свободноконического, цилиндрического дизайна с открытым, закрытым дизайном ячейки фирм Cordis, Coock, Abbott vascular, Boston Scientific, Invatec, Guidant. В одном случае при резкой проксимальной извитости ОСА имплантирован баллонрасширяемый стент.

Системы защиты от дистальной эмболии: фильтры применялись во всех случаях стентирования ВСА фирм Cordis, Abbott Vascular, Boston Scientific, Invatec.

**Результаты:** Успех процедуры достигнут в 98%, в 1 случае не удалось провести проводниковый катетер и проводник в связи с резкой извитостью подвздошной и общей сонной артерии.

Во всех случаях процедура заканчивалась стентированием ВСА.

Периоперационные осложнения:

**1.** Рефлекторный спазм ВСА – 5 случаев (ликвидирован интраартериальным введением нитратов) **2.** Транзиторная ишемическая атака, малый инсульт – 3 случая. Регресс неврологической симптоматики до 1 месяца. **3.** Инсульт и гибель пациента в следствие гиперперфузионного синдрома на 2 сут после стентирования (Период освоения методики).

**Заключение:** Стентирование ВСА является эффективной методикой лечения атеросклеротических поражений ВСА,

Детальное изучение осложнений позволит разработать меры их профилактики, что повысит безопасность процедуры стентирования ВСА.

У некоторых категорий пациентов данная методика может оказаться единственной возможностью профилактики ишемического инсульта.