

ской перевязки и у 7 (12%) – проток сочетался с такой сердечной патологией как, клапанный стеноз легочной артерии (3 пациента), рестриктивный дефект межжелудочковой перегородки (3 пациента), вторичный дефект межпредсердной перегородки (1 пациент). Общее состояние всех пациентов расценено как удовлетворительное. 29 (47,5%) больных не предъявляли каких-либо жалоб. У некоторых пациентов отмечались такие сопутствующие заболевания как, синдром Дауна, ожирение, узловый зоб, атопический дерматит, хронический гастрит, хронический пиелонефрит, неполное удвоение почек, железодефицитная анемия и другие.

Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от диаметра ОАП, полученного по данным АКГ. Диаметр ОАП колебался от 0,7мм. до 4мм. В I группу с диаметром ОАП до 1,0мм. включено 14(23%) пациентов, во II группу с ОАП от 1,0 до 2мм. 25(41%) больных, в III с ОАП от 2,0 до 3мм. 19(31%) пациентов и в IV группу с ОАП от 3,0 до 4мм. включено 3(5%) больных. Диагностическое ангиографическое исследование предшествовало эмболизации. После выполнения аортографии при обнаружении ОАП определяли анатомическую форму протока. В соответствии с классификацией А.Криченко у 41 нашего пациента (67,2%) протоки относились к типу А, у 9 (14,8%) к типу С, у 6(9,8%) к типу Е и у 5 пациентов (8,2%) был реканализированный ОАП после выполненных ранее хирургических операций. Диаметр ОАП, полученный по результатам выполненных аортографий, варьировался в I группе от 0,7 до 1,2 мм. и в среднем составил $1\pm 0,03$ мм., во II группе от 1,5 до 2 мм. и в среднем составил $1,84\pm 0,04$ мм., в III группе от 2,5 до 3 мм. и в среднем составил $2,8\pm 0,06$ мм., в IV группе от 3,5 до 4 мм. и в среднем составил $3,8\pm 0,16$ мм.

После катетеризации сердца определялась стадия легочной гипертензии (классификация В.А. Бухарина, Л.Р. Плотниковой, 1976г.). Были получены следующие результаты: у 56 (92%) пациентов отсутствовала легочная гипертензия, у 5(8%) больных имелась I стадия легочной гипертензии, из них у 3(4,8%) (2 пациента из III группы и 1 из IV) – IA стадия, а у 2 (3,2%) (оба пациента из IV группы) – IB стадия легочной гипертензии.

Анализ непосредственных клинических результатов применения нового типа отцеplяющихся спиралей для эмболизации ОАП у 63 больных показал, что эмболизация была успешно выполнена у 58 больных (92%): в I группе у 12 (19%); во II группе у 25 (39,7%); в III группе у 19(30,2%); в IV группе у 2 (3,1%). У одного (1,6%) больного из IV группы наблюдался небольшой резидуальный сброс крови через ОАП, однако, при проведении ЭХОКГ на следующие сутки после выполненной эмболизации патологический сброс через ОАП не выявлен. Не удалось выполнить эмболизацию спиралью у 4-х (6%) пациентов, но у 2 (3%) из них произошла окклю-

зия протока, связанная с деструкцией его интимы и с последующим тромбообразованием.

Наблюдалась миграция спирали у 1 пациента (1,6%), причиной которой явился неправильный подбор диаметра использованной спирали.

В отдаленном периоде наблюдений через 1- 5 лет при контрольных ЭХО-КГ и рентгенологических исследованиях выявлена стабильная фиксация спиралей в имплантированных местах без признаков сброса крови.

Выводы: отцеplяющиеся спирали нового типа показали высокую эффективность и безопасность при устранении открытого артериального протока.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Б.М. Шукуров, Г.В. Козлов, М.В. Фролов,
А.П. Душкина, В.А. Немчук (Волгоград)

В ВОККЦ с октября 2003г. выполняются эндоваскулярные операции у пациентов с врожденными дефектами межпредсердной перегородки (ДМПП) с использованием септального окклюдера Амплатца.

ДМПП устранен у 70 пациентов, из них 65 больных женского пола, 5 мужского. Возраст колебался от 18месяцев до 38 лет (ср. $10,7\pm 5,2$ лет).

Пациенты предъявляли жалобы на слабость, плохую переносимость физических нагрузок, одышку. У большинства больных (41) в анамнезе отмечены частые простудные заболевания, у 5 из них пневмонии. Всем пациентам перед оперативным вмешательством проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) по стандартному протоколу, при необходимости производилась трансэзофагеальная ЭХО-КГ. По данным ЭХО-КГ все дефекты межпредсердной перегородки были центральными, размеры варьировали от 12 до 36 мм. (ср. $23,7\pm 6,1$). При этом верхний край дефектов варьировал от 2 мм. до 15 мм. ($7,8\pm 2,6$ мм.), нижний от 7 мм до 13 мм. ($9,4\pm 0,7$ мм.). При выполнении зондирования сердца изменения гемодинамики в малом круге кровообращения у большинства больных соответствовали второй стадии легочной гипертензии. Давление в легочной артерии варьировало от 37 мм. рт. ст. до 46 мм. рт. ст. (ср. 37 ± 10 мм.рт. ст.). Сброс крови в МКК колебался от 38% до 53% (в среднем $41\pm 8\%$). Во всех случаях эндоваскулярное закрытие ДМПП осуществлялось под ЭХО КГ (64 – трансторакально, 6 – трансэзофагеально) и рентгеноскопическим контролем. У 2-х пациентов не удалось получить надежной фиксации устройств Amplatzer в проекции межпредсердного сообщения. После раскрытия обоих дисков устройства при проведении пробных тракций происходило смещение устройства

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-