

осложнений. Выживаемость при ДБСТ за 35 мес. (2 года 11 мес.) составила 89%, а выживаемость без повторных реваскуляризаций при ДБСТ — 75%.

Заключение. Коронарный кальциноз при ДБСТ (СКВ) развивается быстрее и более выражен по сравнению с пациентами, не страдающими ДБСТ. Выполнение операций коронарного шунтирования по поводу коронарного атеросклероза на фоне ДБСТ связано с повышенной частотой госпитальных осложнений и событий, а также со снижением отдаленной до 3 лет выживаемости и доли пациентов без повторных реваскуляризаций.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И АНГИОПЛАСТИКИ

Садыков Т.Т., Самко А.Н., Меркулов Е.В.,
Миронов В.М., Жамгырчиев Ш.Т., Староверов И.И.
РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия.

Стратегия «облегченной ЧКВ» при остром инфаркте миокарда (ОИМ) до настоящего времени используется во многих странах мира. К ее потенциальным преимуществам относится ранняя по времени реперфузия (если она начата на догоспитальном этапе или сразу при поступлении в клинику), меньшая площадь инфаркта, меньший объем тромбоза в инфаркт-связанной артерии и нередко более высокая частота успешных процедур ангиопластики (ТКА).

Поэтому **целью** данного **исследования** было оценить непосредственные клинко-ангиографические результаты ТКА у больных с ОИМ с подъемом сегмента S-T после успешной или безуспешной тромболитической терапии (ТЛТ).

В исследование включено на проспективной основе 68 больных (ср. возраст 58 ± 8 лет) с ОИМ, которым была выполнена ТКА в первые 6 часов от начала заболевания: в 1-ю группу вошли 37 больных с успешной ТЛТ, во 2-ю группу — 31 больной после безуспешной ТЛТ по данным коронарографии. Достоверных различий по возрасту, полу, гиперхолестеринемии, сахарному диабету и фракции выброса левого желудочка между группами не было. В обеих группах успех ТКА (достижение кровотока не менее TIMI 3) составил 100%, количество имплантируемых стентов на пациента составило 1.4 (от 1 до 3). Серьезных сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах не было отмечено в госпитальный период, геморрагические осложнения не потребовавшие трансфузии — в 1 гр. было у 3-х больных, во 2-й — у 2.

Таким образом, ТКА у больных с ОИМ в первые 6 часов применялась безопасно и с высоким процентом успеха вне зависимости от результатов

ТЛТ. Отдаленные результаты наблюдения через 3 и 6 месяцев в этих группах будут доложены на съезде.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ УСТАНОВКИ ОККЛЮДЕРОВ БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (ДМПП И ОАП)

Сарычев П.В., Тимошин И.С., Булынин А.В.,
Афанасьев А.В., Виноградская В.В., Лаптиев Р.В.
ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия.

Цель работы. Представить пятилетний опыт эндоваскулярного лечения ДМПП и ОАП с помощью окклюдеров.

Материал и методы. В ГУЗ ВОКБ №1 с 2005 г. используется метод закрытия врожденных пороков сердца с помощью окклюдеров. За пятилетний период были установлены 35 устройств: 24 при ДМПП и 11 при ОАП. Операции проводились под местной анестезией, у детей моложе 9 лет выполнялся внутривенный наркоз. До 2007 г. на стадии обследования пациентов с ДМПП, мы выполняли ЭхоКГ сердца трансторакальным методом, зондирование полостей сердца с измерением дефекта «измерительным» баллоном. Полученные данные измерения дефекта инвазивными и УЗ методиками в большинстве случаев отличались. В течение последних трех лет для лучшей верификации размера дефекта, на диагностическом этапе мы используем транспищеводный датчик для ЭхоКГ, что привело к более точному определению размера дефекта, оценке его краев и структуры. С использованием данного подхода к диагностике ошибок в подборе окклюдеров стало меньше, но единичные случаи все же наблюдались. Что бы их исключить, мы стали производить измерение дефекта «sizing» баллоном под УЗ контролем транспищеводным датчиком до прекращения сброса.

Результаты. В 23 случаях лечения ДМПП наблюдалось полное закрытие дефекта, в одном — резидуальный сброс сохранялся в течение 6 месяцев. При лечении всех ОАП в 100% случаях наблюдалось полное закрытие дефекта. Таких осложнений как смерть или случаев, требующих открытых оперативных коррекций в нашей практике не наблюдалось. Используя для измерения ДМПП ЭхоКГ транспищеводным датчиком, количество диагностических ошибок стало значительно меньше.

Выводы. Соблюдение правил постановки окклюдеров, тщательный диагностический отбор пациентов с ДМПП и ОАП позволяет эффективно выполнять эндоваскулярные методы их закрытия окклюдерами. Использование транспищеводного датчика при ЭхоКГ у больных с ДМПП на догоспитальном этапе, позволяет более точно определить размер дефекта, а использование УЗ контроля во время измерения