

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. МIRONKОВ (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-

го сердца (БКАПС). В большинстве случаев (17 человек) БКАПС проявлялась локальным одно или многососудистым стенозированием («А» тип), которое корригировали с помощью коронарной ангиопластики (выполнено 27 процедур). У 6 пациентов наблюдали прогрессирование «С» типа БКАПС, который характеризуется диффузным, облитерирующим поражением преимущественно дистальных отделов коронарного русла. Выполнение адекватной реваскуляризации в такой ситуации представляется малореальной, и в одном случае «С» тип БКАПС послужил показанием к ретрансплантации сердца.

Коронарной ангиопластике подвергли 42 артерии и имплантировали 18 стентов, преимущественно с лекарственным покрытием. Анализ результатов эндоваскулярных вмешательств показал, что у большинства пациентов в возрасте более 40 лет наблюдается высокая частота стойкого эффекта баллонной дилатации и практическое отсутствие осложняющих ангиопластику диссекций. У большинства молодых пациентов (22-29 лет) преимущественно женского пола отмечается рецидивирующее рестенозирование даже при использовании стентов с антипролиферативным покрытием.

КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

В.И. Шумаков, В.В. Честухин, А.Б. МIRONKOV, Б.Л. МIRONKOV, Н.А. Томилина, И.Г. Ким, И.Г. Рядовой (Москва)

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одна из актуальных проблем посттрансплантационного периода, являющаяся основной причиной смерти пациентов после трансплантации почки (ТП). Ее частота у реципиентов аллогенной почки в 3-5 раз выше, чем в общей популяции и составляет 14-20 %, причем в 10,5% случаев ИБС возникает впервые после ТП.

Цель исследования: оценить результаты и особенности эндоваскулярной реваскуляризации миокарда у больных с ишемической болезнью сердца после ТП.

Методы: Исследование включало 35 реципиентов почечного трансплантата (29 мужчин и 6 женщин), которым было выполнено 47 чрескожных коронарных ангиопластик (ЧКА) за период с 1999 по 2007 год. Средний возраст больных составил $39,3 \pm 10,4$ лет. К моменту ЧКА средний срок после ТП составил $81,1 \pm 44,3$ месяца. 54% пациентов имели трехсосудистое поражение коронарного русла. Всем больным выполнялась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в максимально возможном объеме. Средний срок наблюдения после ЧКА составил 45 месяцев.

Результаты: Всего было имплантировано 56 стентов, 8 из них с лекарственным покрытием.

В связи с высоким риском вмешательства в двух случаях использовалась превентивная внутриаортальная баллонная контрпульсация. Госпитальная летальность составила 0%. После ангиопластики у всех больных отмечался положительный клинический эффект, который в 82% случаях сохранялся более 12 мес. Повторные вмешательства были выполнены у 7 пациентов (20%) в связи с рестенозом в стентированных сегментах коронарного русла, и у 5 (14,2%) пациентов на сроках более 12 месяцев после первого ЧКА в связи с прогрессированием атеросклеротического процесса. После ЧКА не было выявлено достоверного повышения уровня креатинина ($0,22 \pm 0,19$ vs $0,24 \pm 0,16$, $p=0,9$) и дисфункции почечного трансплантата. Однако было отмечено относительно высокое количество осложнений во время проведения ЧКА, что связано, по видимому, с изменениями сосудистой стенки вследствие основного заболевания – диссекция коронарной артерии потребовавшая дополнительного стентирования у 4-х больных (11,4%), острый тромбоз стента у 2-х пациентов (5,7%), осложнения в области пункции в виде крупных гематом и ложных аневризм у 9-ти пациентов (25,7%).

Заключение: ЧКА является достаточно безопасным и эффективным методом лечения ИБС у пациентов после ТП. Однако пациенты данной категории требуют повышенного внимания в плане профилактики осложнений как в процессе ЧКА, так и в процессе гемостаза после удаления инструментов из сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ И РАННЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА ST ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ ВЫСОКОГО РИСКА

В.Б. Ярош, В.Б. Яковлев, В.Т. Карпалов, И.А. Ерошкин, А.В. Ерошенко, А.Р. Бубнов (Одинцово)

Цели: изучение эффективности ранней интервенционной и ранней консервативной тактики лечения у пациентов с ОКС без подъема ST при наличии признаков высокого риска при поступлении в госпиталь. Из исследования исключались пациенты с ранней постинфарктной стенокардией на фоне течения Q инфаркта миокарда.

Под наблюдением состояло 62 пациента 48 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 41 до 77 лет, которые поступили в госпиталь по неотложным показаниям с ОКС. Всем пациентам проводилась стандартная терапия: гепарином в/в с последующим переходом на п/к введение гепарина или НМГ, аспирин 100-325 мг в сутки, нитроглицерин в/в с последующим переходом на пероральные формы, иАПФ, В-блокаторы, блокаторы Са-каналов и статины по показаниям. Перед