

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.