

тельной способности левого желудочка сердца, о чем свидетельствуют более высокие в данном случае значения фракции выброса левого желудочка. Фракция выброса левого желудочка не зависит от количества пораженных артерий при Q-необразующем инфаркте миокарда.

3. У больных после перенесенного Q-необразующего инфаркта миокарда достоверных изменений фракции выброса левого желудочка в зависимости от применения эндоваскулярного лечения не выявлено.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ЭКГ

Филатов А.А., Крылов В.В.

Отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения, городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить поражение коронарного русла, провести эндоваскулярное лечение больных с первичным Q необразующим инфарктом миокарда в разное от момента острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследовано 283-х больных острым Q-необразующим инфарктом миокарда в возрасте от 34 до 76 лет, из них 192 мужчин и 91 женщины. Больные разделены на группы в зависимости от количества пораженных коронарных артерий.

В первую группу были включены: 74 больных, у которых выявлено однососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 52 мужчины (70%) и 22 женщины (30%).

Во вторую группу были включены: 158 больных, у которых выявлено многососудистое поражение коронарного русла. В группу были включены 102 (65%) мужчин и 56 (35%) женщин.

В третью группу были включены: 32 больных с тяжелым поражением коронарного русла, которым выполнение эндоваскулярных не представлялось возможным. Произведена операция аортокоронарного шунтирования, в различные сроки инфаркта миокарда.

В четвертую группу были включены: 19 больных без гемодинамического значимого поражения коронарных артерий (стеноз менее 50%). Эндоваскулярное лечение не проводилось.

Выводы.

1. При проведении коронароангиографии признаки стеноза инфаркт ответственной артерии выявлены в 93% случаев. Оклюзия инфаркт ответственной артерии выявлена в 7% случаев.

2. В 26% случаев выявлено однососудистое поражение коронарного русла.
3. У больных с однососудистым поражением коронарного русла целесообразно выполнение эндоваскулярного вмешательства одним этапом. У больных с многососудистым поражением коронарного русла выполнение эндоваскулярного вмешательства в два этапа: первым этапом — эндоваскулярное вмешательство на инфаркт ответственной артерии, вторым этапом — полная реваскуляризация миокарда.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОДНОСОСУДИСТОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Фокин А.А., Кочнева В.Д.

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, Челябинск, Россия
НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД»,
Челябинск, Россия.

Актуальность. По данным Европейского кардиологического общества, смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) в нашей стране оказалась наивысшей в Европе. Современные хирургические и эндоваскулярные методы лечения ИБС у пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий (КА) дают хороший клинический эффект при относительно невысокой вероятности развития острых осложнений в послеоперационном периоде [Чернявский А.М. и соавт., 2004 г.]

Материал и методы. В исследование включены 190 пациентов, которым проводилась однососудистая реваскуляризация миокарда с февраля 2004г. по декабрь 2009 г., из них 165 мужчин и 25 женщин. Возраст больных колебался от 27 до 75 лет. Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖВ) — была поражена у 121 человека, правая коронарная артерия (ПКА) — у 45, огибающая артерия (ОА) — у 17, диагональная ветвь (ДВ) ПМЖВ — у 2, ветвь тупого края (ВТК) — у 3, артерия интермедия (АИ) — у 2 пациентов.

Прямое стентирование КА (СКА) выполнено 60 пациентам и 30 выполнено СКА с предилатацией. При выполнении СКА - 28 больным установлены стенты с лекарственным покрытием (ЛП), 62 — без ЛП. Стентирование ПМЖВ проведено у 47, ПКА у 24, ОА у 15, ДВ ПМЖВ у 2, АИ у 1, ВТК у 1 пациента. 100 больным было выполнено коронарное шунтирование (КШ) без искусственного кровообращения под интубационным наркозом, 72 с помощью левой внутренней грудной артерии (ВГА), 13 — правой ВГА, 15 использовали лучевую артерию (ЛА).

С помощью опросника SF-36 нами оценивалось качество жизни (КЖ) у 112 пациентов в отдаленном периоде после однососудистой рева-

скуляризации миокарда. Мы сравнили 2 группы пациентов: 63 после стентирования и 49 после шунтирования КА.

Результаты. Все 190 пациентов после оперативного лечения отмечали улучшение самочувствия, уменьшался функциональный класс стенокардии. 40 пациентам, у которых вновь появились приступы стенокардии в отдаленном периоде, выполнили коронарографию (КАГ): из них 25 после СКА - у 15 стент проходим, у 5 имеется стеноз в стенте, у 5 стент окклюзирован; 15 после КШ - у 11 шунт проходим, у 3 стеноз в шунте, у 1 шунт закрылся.

Получена информация о самочувствии 115 пациентов. После КШ 52 человека: 35 чувствуют себя хорошо, 16 отмечают плохое самочувствие, 1 умер (причины смерти неизвестны). После СКА 63 пациента - 43 чувствуют себя хорошо, 18 отмечают плохое самочувствие, двое умерли (один - от тромбоэмболии легочной артерии, второй - от инфаркта миокарда).

При оценке КЖ с помощью опросника SF-36 мы выявили существенные различия показателей у больных после разных видов односторонней реваскуляризации миокарда. Среднее значение показателей КЖ после СКА для 8 шкал опросника SF-36 колеблется от 46,33 (шкала социального функционирования) до 77,3 (шкала физического функционирования), а среднее значение показателей после КШ от 44,9 (шкала ролевого физического функционирования) до 61,53 (шкала физического функционирования). Только по шкале социального функционирования показатели находятся примерно на одном уровне, у пациентов после КШ 46,08, а после СКА 46,33. Остальные показатели выше у пациентов после СКА.

Выводы. При проведении контрольной КАГ в отдаленном периоде у пациентов предъявляющих жалобы на плохое самочувствие, в большинстве случаев стенты и шунты остаются проходимыми. Следует отметить, что при оценке КЖ значимые различия получены почти по всем шкалам опросника SF-36, что свидетельствует о значительном ухудшении физического и психологического функционирования у больных после КШ, по сравнению с пациентами которым выполняли СКА.

ЭТАПНОЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Фоминых А.Н.¹, Чернышев С.Д.¹, Киселев Н.С.¹,
Левчик Е.Ю.², Идов Э.М.¹

¹Центр сердца и сосудов им. М.С. Савичевского
ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург

²ГОУЗ «Свердловский областной клинический
психоневрологический госпиталь для ветеранов
войн», Екатеринбург, Россия

Эндоваскулярное лечение в последнее время активно используется для коррекции хрониче-

ской критической ишемии нижних конечностей. Вопрос выбора объема реваскуляризации при многоуровневом поражении артерий остается дискуссионным. Восстановление магистрального кровотока на всех уровнях может приводить к увеличению риска периоперационных осложнений, лучевой нагрузки и количества использованного инструмента. В связи с этим возникает необходимость изучения этапного эндоваскулярного лечения при многоуровневых поражениях артерий нижних конечностей: первый этап подразумевает под собой восстановление только проксимального гемодинамически значимого стеноза или окклюзии. В случае неоптимального клинического результата выполняется реваскуляризация дистальных отделов артерий нижних конечностей (голеней и стопы) и выступает в качестве второго этапа эндоваскулярного лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность этапного эндоваскулярного лечения многоуровневого поражения артерий нижних конечностей у пациентов с критической ишемией.

Материал и методы. Изучены результаты эндоваскулярного лечения 32 пациентов (20 мужчин и 12 женщин в возрасте 62,4±5,1 лет) с хронической критической ишемией голеней и стоп за 2008-2010 гг. По данным предоперационных исследований (УЗДГ артерий нижних конечностей, КТ-ангиография) 14 (43,7%) больных имели многоуровневое поражение артерий выше и ниже суставной щели коленного сустава, 5 (15,7%) больных имели поражение артерий только бедренно-подколенного сегмента, а 13 (40,6%) больных - изолированные стенозы и окклюзии берцовых артерий. Для восстановления проходимости артериального русла применялась баллонная ангиопластика гемодинамически значимых стенозов и окклюзий. При ее неэффективности - стентирование дилатированных сегментов артерий. При многоуровневом поражении выполняли восстановление артериального просвета только проксимального гемодинамически значимого поражения. В 9 случаях эффективность процедуры не была достигнута в связи с безуспешными попытками реканализации протяженных окклюзий.

Результаты. Клинический успех эндоваскулярного лечения отмечен у 23 пациентов. Из них двум больным из-за неоптимальных результатах баллонной ангиопластики было проведено стентирование саморасширяющимися стентами. Как у 14 (60,9%) больных с реканализацией только проксимального сосудистого поражения, так и у 9 (39,1) больных с полной реваскуляризацией уже в первые сутки после операции было отмечено клиническое улучшение: исчезновение болей покоя, в последующем демаркация некрозов, заживление послеоперационных ран и язв. Одному пациенту при окклюзированных артериях голени первым этапом выполнена реканализация окклюзии поверхностной бе-