

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ЗУФАРОВ М.М., МАХКАМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Основными механизмами возникновения острого коронарного синдрома (ОКС) являются разрыв атеросклеротической бляшки (РАБ), эрозия атеросклеротической бляшки (ЭАБ), острый тромбоз коронарных артерий, малапозиция, краевая диссекция стента.

Цель исследования. Анализ результатов морфологической особенности коронарной артерии у больных ОКС с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ).

Материал и методы. Были обследованы 35 пациентов с ОКС в возрасте от 58 до 78 лет (в сред. – $63,8 \pm 3,2$), которым была проведена ОКТ для визуализации и определения морфологической структуры поражения коронарных артерий, из них у 29 (82,8%) пациентов с элевацией сегмента ST. Всем больным ЧКВ было выполнено радиальный доступ. Из 35 больных разрыв АБ был выявлен у 28 (80%) пациентов: у 3 (8,5%) выявлено поражение правой коронарной артерии (ПКА), у 19 (54,2%) – передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), у 5 (14,2%) больных – поражение огибающей артерии (ОА). У 5 (14,2%) больных была выявлена эрозия АБ, и все случаи выявлены в ОА. В одном случае у больного после стентирования была выявлена малапозиция стента, которая и привела к острому тромбозу ранее установленного стента. РАБ ассоциировался с более высокой частотой отсутствия дистального кровотока (no reflow), замедлением кровотока

(slow flow) или дистальной эмболизацией коронарной артерии.

Результаты. ЧКВ была эффективной, всем больным установлены стенты с лекарственным покрытием, антеградный кровоток по коронарным артериям был восстановлен – TIMI III. Летальных случаев и осложнений не отмечено. У 3 (9,3%) пациентов отмечалось отсутствие дистального кровотока: из них в 2 случаях симптомзависимая артерия была ПМЖА. У 1 (3,1%) пациента отмечалась дистальная эмболизация, и у 8 (25%) – замедление кровотока. Из 35 пациентов 4 (11,4%) больным была выполнена эффективная тромболитическая терапия препаратом «Алтеплаза – 100 мг». В одном случае у пациента с ранее установленным стентом была выполнена постдилатация для устранения малапозиции стента. В среднем «Doog to Balloon» составил 32 минуты. У всех больных после ангиопластики и стентирования отмечалось улучшение гемодинамических показателей, и на 3–4-е сутки после вмешательства они были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом идентификации разрыва, эрозии АБ, малапозиции, краевой диссекции *in vivo* у больных с ОКС. ОКТ позволяет идентифицировать, определить морфологическую структуру, механизм возникновения ОКС и дифференцированно подойти к выбору тактики лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., КАРИМОВ С.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Анализ результатов БВ у больных со СЛА. Баллонная вальвулопластика стеноза легочной артерии (СЛА) выполнена у 425 больных в возрасте от 6 дней до 39 лет (в сред. – $14,6 \pm 8,9$ лет). Пациентов женского пола было 240 (56,5%), мужского – 185 (43,5%).

Материал и методы. Общее состояние у большинства пациентов было удовлетворительным, у 86 (20,25%) больных оно расценено как средней тяжести, у 20 (4,7%) – как тяжелое. Умеренная артериальная гипоксемия наблюдалась у 18 (4,2%) пациентов. У 24 (5,6%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у

21 (5,0%) – НК II степени, у остальных отсутствовали признаки НК.

Результаты. Показанием к проведению баллонной вальвулопластики (БВ) являлось наличие стеноза ЛА с градиентом систолического давления (ГСД) между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) – 50 мм рт.ст. и более. Во всех случаях использован доступ через бедренную вену, проводилась тензиометрия, правая вентрикулография (ПВГ) до и после БВ. Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом БВ считали остаточный градиент менее 30 мм рт.ст.,

удовлетворительным – от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительным – более 50 мм рт.ст.

У 325 (76,4%) больных выявлен клапанный, комбинированный клапанно-подклапанный – у 74 (17,4%), клапанно-надклапанный СЛА – 9 (2,12%), подклапанный СЛА – 17 (4%) больных. Надклапанный компонент в обоих случаях представлял собой тонкую мембрану, располагавшуюся в стволе ЛА на расстоянии от 1 до 2 см выше уровня клапанного кольца.

Анализ результатов БВ в зависимости от типа сужения показал, что у больных с клапанным СЛА (n=325) хорошие результаты получены у 276 (85%) пациентов, удовлетворительные – у 40 (12,3%), неудовлетворительные – у 9 (2,76%). В то же время в группе больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА (n=74) хорошие результаты получены у 36 (48,64%) пациентов, удовлетворительные – у 22 (29,7%), неудовлетворительные – у 16 (21,6%). У 4 пациентов с клапанно-надклапанным СЛА в возрасте 8 и 32 лет после баллонного расширения ГСД между ПЖ и ЛА снизился соответственно со 123 до 20 мм рт.ст. и со 133 до 34 мм рт.ст.

У всех больных после баллонной вальвулопластики наблюдалась положительная динамика клинического состояния.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 8 лет) обследованы 230 (80%) пациентов. У всех больных отмечалось дальнейшее улучшение общего состояния, переносимости физических нагрузок, улучшение ЭКГ-показателей. При катетеризации правых отделов сердца у 14 пациентов с высоким остаточным ГСД (более 50 мм рт.ст.) после БВ отмечено прогрессивное снижение градиента. Из них у 14 больных с КСЛА отмечено достоверное снижение ГСД между ПЖ и ЛА до $19,8 \pm 5,6$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), а у 6 больных с КПСЛА – до $28,4 \pm 7,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Ангиокардиография показала уменьшение степени остаточной подклапанной обструкции выводного тракта правого желудочка в отдаленные сроки после БВ у больных с клапанно-подклапанным СЛА.

Выводы:

1) БВ СЛА является высокоэффективным как у больных с клапанным, так и у больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА.

2) В группе пациентов с комбинированным СЛА, несмотря на относительно высокий остаточный ГСД непосредственно после баллонной вальвулопластики, в отдаленные сроки наблюдается прогрессивное его снижение, что свидетельствует о регрессе подклапанного компонента обструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗАМИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

ЗУФАРОВ М.М., МАХКАМОВ Н.К., БАБАДЖАНОВ С.А., ИСКАНДАРОВ Ф.А.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан**

Цель исследования. Анализ результатов ССА у больных с симптомными и асимптомными течениями заболевания.

Материал и методы. В исследовании представлен анализ результатов стентирования внутренних сонных артерий (ВСА) у 57 пациентов. Возраст пациентов колебался от 42 до 86 лет, в среднем составив $62 \pm 8,5$ лет. Степень стеноза ВСА варьировала от 50 до 99%, в среднем составив $80 \pm 10\%$. У 4 (12%) пациентов в анамнезе отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения. Большинство больных имели сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – у 30 (90%) и у 5 (15%) пациентов – сахарный диабет. Всем больным за 10 дней до стентирования назначалась комбинированная антиагрегантная терапия: клопидогрель (75 мг в день) и аспирин (75–150 мг в день).

Результаты. Всего у 57 пациентов было выполнено стентирование 58 внутренних сонных артерий. Показанием к ССА у бессимптомных больных являлся стеноз более 80% и у симптомных – более 50%. Во всех случаях были имплантиро-

ваны самораскрывающиеся нитиноловые стенты Protégé™ RX. Все процедуры выполнялись с применением устройств для защиты головного мозга «Robin» («Balton»).

Технический успех процедуры составил 100%. У двух больных выполнялась предилатация с помощью коронарного баллона диаметром 2,0 – 2,5 мм в связи с критическим сужением внутренней сонной артерии. Одному пациенту с бикаротидным поражением было выполнено двухэтапное стентирование обеих ВСА. У всех больных вмешательство прошло без осложнений, нарушений нейростатуса также не наблюдалось. Все больные в удовлетворительном состоянии, выписаны на 2–3-е сутки после РЭВ. В отдаленные сроки – до 2 лет только у одного (1,69%) больного на доплерографии и МСКТ-ангиографии экстра-и интракраниальных артерий обнаружен рестеноз до 35%.

Выводы. Стентирование сонных артерий является эффективным и безопасным малоинвазивным методом профилактики мозгового инсульта у пациентов со стенозами сонных артерий и может стать альтернативой хирургическому методу.