

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

У 325 (76,4%) больных выявлен клапанный, комбинированный клапанный-подклапанный – у 74 (17,4%), клапанный-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 клапанный-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 клапанный-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 клапанный-подклапанным СЛА.

Выводы:

1) БВ СЛА является высокоэффективным как у больных с клапанным, так и у больных с комбинированным клапанный-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., ИСКАНДАРОВА 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 нитиновые 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.