

ИБ и ОЗ], но и психологического [это ЖА, СФ, ЭРФ и ПЗ]. При этом медиана всех показателей, за исключением ИБ, была ниже 60 баллов. Среднее количество баллов по ИБ составило $82,73 \pm 14,05$. Спустя 7–10 дней после проведенного ЧКВ средние значения показателей КЖ несколько улучшились. А именно, уровень ФФ увеличился на 6,1 балла; ФРФ – на 5,9 балла; ОЗ – на 18,0 баллов; ЖА – на 6,3 балла и СФ – на 0,8 балла (все $p > 0,05$). При этом показатель ИБ уменьшился на 50,5 баллов ($p = 0,000$). Через 6 мес. показатели КЖ также выявили положительные сдвиги в целом у всех обследуемых, однако обращала на себя внимание тенденция к стабилизации со стороны эмоционально-социального статуса пациентов. Динамика КЖ через 12 мес. после стентирования

установила статистически значимое восстановление не только физического компонента КЖ, но и психологического, что сохранялось и через 24 мес. наблюдения, при этом уровень ИБ практически сошел на нет по сравнению с исходными данными.

Выводы. Оценка динамики КЖ в зависимости от типа установленных имплантов не выявила каких-либо существенных различий, все $p > 0,05$. Это, в свою очередь, свидетельствовало о том, что КЖ значительно улучшается после интервенционного вмешательства со стентированием независимо от типа установленных имплантов, и в данном аспекте BVS-каркасы оказались сопоставимыми с DES-стентами.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШОВ Б.А., САБИРОВА Ш.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Цель. Оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия (ТКЗ) дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) у больных врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования. С января 2017 г. по февраль 2018 года нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию ДМПП. Средний возраст больных с ДМПП составил $29,3 \pm 6,9$ лет; количество женщин было 9 (56,3%) и мужчин – 7 (43,7%). У всех больных имелся центральный вторичный ДМПП. Клинически у всех 16 пациентов выслушивался систолический шум во II межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 13 больных (81,3%) отмечались признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, на рентгенограмме – расширение дуги легочной артерии (ЛА) по левому контуру сердца и усиление бронхосудистого рисунка за счет гиперволемии малого круга кровообращения. По данным ЭхоКГ, у 6 пациентов (37,5%) среднее давление в ЛА составило в пределах 35–45 мм рт. ст., у 10 пациентов (63,5%) – в пределах 45–50 мм рт. ст.; диастолический градиент давления на ЛА варьировал в пределах от 7 до 19 мм рт. ст. Значения коэффициента $Q_p/Q_s = 1,8–2,7$.

Ангиографические результаты. У всех 16 больных с ДМПП окклюзию проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder (фирма Lifetech, Китай). Путем пункции правой общей бедренной вены выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные

размеры ДМПП измерялись с помощью специального измерительного баллона. Под рентгеноскопическим и ЭхоКГ-контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюдировочного устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, затем оценивали положение диска относительно митрального клапана на ЭхоКГ и раскрывали правый диск в правом предсердии. Затем повторно под ЭхоКГ-контролем проверяли адекватность расположения окклюдера, и только после этого отделяли последний от доставочного устройства. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder на операционном столе было констатировано отсутствие сброса крови слева направо на уровне межпредсердной перегородки. При проведении контрольного ЭхоКГ через 3, 12 и 24 часа соответственно, герметичность окклюдера сохранялась. Осложнения при имплантации окклюдера у наших пациентов не отмечались.

Заключение. ТКЗ оказалось высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном подборе больных и скрупулезном соблюдении технологии данная операция является безопасной процедурой. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 3–4 дней) свидетельствуют о неоспоримых преимуществах ТКЗ ДМПП перед традиционной хирургической коррекцией данного порока.