

ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р., МАДРАХИМОВ Н.К.

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

Введение. Общеизвестно, что одной из главных причин, приводящих к инвалидности при сахарном диабете, является синдром диабетической стопы (СДС). СДС – это комплекс патологических изменений периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, представляющих непосредственную угрозу в развитии язвенно-некротических процессов и гангрены стопы у больных сахарным диабетом.

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у пациентов с СДС.

Материал и методы. С 2016 по 2018 год было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств (ЭВВ) с ишемическим или нейро-ишемическим вариантом СДС. Из 16 человек – 10 были мужчины и 6 – женщины. Возрастная категория больных составила от 44 до 77 лет. Все пациенты длительное время страдали сахарным диабетом (СД). Уровень глюкозы крови варьировал от 6,8 до 17,2 ммоль/л; уровень мочевины – от 7,0 до 18,0 ммоль/л и креатинина – от 112,0 до 220,0 ммоль/л.

Показанием для выполнения ЭВВ являлось наличие гемодинамически значимого стеноза ($\geq 60\%$) или окклюзии артерий бедренно-подколенного сегмента и наличие магистрального кровотока хотя бы в одной из берцовых артерий. Степень хронической ишемии конечности оценивали по

классификации Фонтейна – Покровского – Кошкина. Для оценки результатов ангиопластики использовали чрескожное определение сатурации кислорода в нижних конечностях до и после (через 3, 6 и 12 месяцев) вмешательства.

Результаты. У всех пациентов отмечалось поражение артерий голени от диффузного (без гемодинамически значимых стенозов) до окклюзии. Непосредственный ангиографический успех отмечался у всех 16 (100%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде отмечалось повышение сатурации кислорода в конечности в среднем на 14%; при повторных визитах у 12 (75%) пациентов сохранялась более высокая сатурация кислорода по сравнению с исходной – в среднем 7 ± 2 ; у 2 (12%) пациентов через 6 месяцев после вмешательства этот показатель вернулся к исходному значению; у 2 (12%) больных было выявлено снижение этого показателя.

Заключение. Одной из причин развития критической ишемии у пациентов с СДС является поражение артерий бедренно-подколенного сегмента. Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей при СДС в описываемых нами случаях было оправдано, что позволило сохранить анатомическую целостность конечности и обеспечило возможность, в случае необходимости, повторного эндоваскулярного вмешательства.

НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

ЮЛДАШЕВ Н.П., ЮЛДАШЕВ Б.А., АТАМУРАТОВ Б.Р.

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

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

Материал и методы исследования. С января 2017 года по февраль 2018 года нами было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств по закрытию дефекта межпредсердной перегородки. Возраст больных с ДМПП составил $29,3 \pm 6,9$ лет, из них 9 – женского пола (56,3%) и 7 – мужского (43,7%). У больных диагностировали централь-

ный вторичный ДМПП. У всех 16 пациентов (100%) с ДМПП выслушивался систолический шум во II межреберье слева от грудины. На электрокардиограмме (ЭКГ) у 13 больных (81,3%) была выявлена гипертрофия правого предсердия и правого желудочка, на рентгенограмме (РГ) отмечалось расширение дуги легочной артерии (ЛА) по левому контуру сердца и усиление бронхосудистого рисунка за счет гиперволемии малого круга кровообращения. По данным эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования у 6 пациентов (37,5%) сред-

нее давление на ЛА определилось 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 Qp/Qs составили 1,8–2,7.

Результаты. У всех 16 больных с ДМПП окклюдоз проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder фирмы 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 окклюдирующего 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 про-

веряли адекватность расположения окклюдера, и только после отделяли последний от доставочного устройства. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder отсутствие сброса крови слева направо на уровне межпредсердной перегородки было констатировано на операционном столе. При проведении контрольного ЭхоКГ через 3, 12 и 24 часа соответственно, герметичность окклюдера сохранялась. Осложнений при имплантации окклюдера у наших пациентов не отмечено.

Заключение. ТКЗ является высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном отборе больных и скрупулезном соблюдении технологии операции ТКЗ ДМПП является безопасной процедурой. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 3–4 дней) – свидетельство неоспоримого преимущества ТКЗ ДМПП перед традиционной хирургической коррекцией данного порока.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УСТРОЙСТВА «MERES-100™»

ЮЛДАШЕВ Н.П.

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

Цель. Оценить непосредственный клинический и ангиографический успех ЧКВ с имплантацией нового устройства «MeRes100™».

Материал и методы. Были обследованы 7 больных ИБС (6 мужчин и 1 женщина). Средний возраст составил $52,1 \pm 8,5$ лет. В исследование включались респонденты с 1- или 2-сосудистыми поражениями. Ср.балл по SYNTAX: $9,9 \pm 5,0$ баллов. Все пациенты подверглись коронароангиографии (КАГ) с дальнейшим ЧКВ и имплантацией устройства «MeRes100™». После стентирования оценивались непосредственный клинический (полное купирование или уменьшение кардиалгического синдрома) и ангиографический успех (по MACE).

Полученные результаты. Правый тип кровоснабжения имелся у 6 (85,7%) больных и у 1 (14,3%) – сбалансированный. Ср.время имплантации составило $11,8 \pm 5,2$ мин. Из 7 обследуемых у 4 (57,1%) имелись 1-сосудистые и у 3 (42,9%) больных – 2-сосудистые поражения. Поражение ПНА имело место у 6 (85,7%) пациентов; ОА – у 3 (42,9%); ПКА – у 2 (28,6%) и ВТК – у 1 (14,3%) больного. Ср.процент стеноза вычислялся по ПНА ввиду наибольшей вовлеченности и составил $91,6 \pm 12,7\%$. Всем больным

было имплантировано устройство «MeRes100™», при этом ср.диаметр составил $3,6 \pm 0,2$ мм (от 3,5 до 4,0 мм) и ср.длина составила $26,0 \pm 7,6$ мм (от 19 до 37 мм). Ср. давление для раскрытия стента = $11,7 \pm 1,4$ атм (от 10 до 14 атм). Проходимость кровотока после стентирования у всех обследуемых составила 3 балла по TIMI. У 6 (85,7%) больных был достигнут 100%-й клинический эффект; у 1 (14,3%) больного отмечалось значительное уменьшение кардиалгического синдрома, но не полное его купирование. Непосредственный ангиографический успех у всех респондентов составил 100%. У всех пациентов после процедуры стентирования MACE составил 0, каких-либо осложнений не наблюдалось.

Заключение. Использование нового устройства «MeRes100™» в сосудистой хирургии оказало высокий (85,7%) клинический и абсолютный (100%) ангиографический успех у лиц с 1- или 2-сосудистыми поражениями коронарного русла, у которых диаметр поврежденного сосуда составил $\geq 3,5$ мм. При этом доставка и установка устройства не сопровождалась какими-либо трудностями или осложнениями.