

ние перфузии, утолщения и движения миокарда левого желудочка.

Результаты. Полную реваскуляризацию (восстановить проходимость всех крупных эпикардиальных ветвей) удалось у 32 больных, неполную (открыть все ХТО) – у 34 человек. В общей группе достоверно возросла толерантность к физической нагрузке, ФВ ЛЖ выросла до $39,9 \pm 1,1\%$ ($p < 0,01$) вследствие уменьшения конечно-систолического объема, уменьшилась степень регургитации на митральном клапане с $1,6 \pm 0,1$ до $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,007$), снизилось давление в легочной артерии с $39,1 \pm 1,7$ до $32,1 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Различия в динамике основных функциональных показателей между группами полной и неполной реваскуляризации не выявлено.

Заключение. При ИКМП наблюдается многоуровневое по распространенности и степени обратимости повреждение миокарда и коронарных сосудов. Предсказать характер функционального ремоделирования миокарда после реваскуляризации чрезвычайно сложно, в частности, из-за мозаичности его повреждения, что предопределяет независимость клинического результата от объема восстановления коронарного русла.

Патофизиологическое обоснование отсроченного стентирования реканализованной хронической окклюзии коронарной артерии

Честухин В.В.¹, Миронков А.Б.^{1,2}, Азоев Э.Т.¹, Рядовой И.Г.¹, Саховский С.А.¹

¹ ФГБУ «ФНЦТИО им. акад. В.И. Шумакова» МЗ РФ, г. Москва

² ГБУЗ «ГКБ №12 ДЗ г. Москвы»

Общепризнанна целесообразность стентирования зоны окклюзии коронарной артерии после ее успешной реканализации. Однако примерно в 5% случаев мы сталкиваемся с ситуацией, когда после реканализации артерия ниже окклюзии сохраняет малый диаметр, значительно меньше, чем в проксимальном сегменте. Определение параметров адекватного стента в этих условиях весьма проблематично.

Цель исследования: оптимизировать условия для стентирования окклюзированной зоны, отсрочив процедуру на 4–6 нед для восстановления дистального отдела коронарной артерии.

Материал и методы. 26 пациентам (18 мужчин и 8 женщин) в возрасте 46–75 лет (средний возраст – $60,8 \pm 8,2$ года) выполняли отсроченное на 4–6 нед после реканализации стентирование. У 12 пациентов была окклюзирована ПМЖВ, у 12 – ПКА, у двоих – ОВ ЛКА.

Результаты. Непосредственно после реканализации и баллонной ангиопластики пораженных артерий наблюдали некоторое уменьшение диаметра проксимального сегмента артерии и неприемлемо малый для стентирования диаметр дистального сегмента. Исходный диаметр проксимального отдела $3,76 \pm 0,81$ мм уменьшился после реканализации до $3,28 \pm 0,65$ мм. Диаметр дистального отдела – $1,5 \pm 0,28$ мм. Таким образом, разница диаметров проксимального и дистального отделов составила $1,78 \pm 0,7$ мм. В дистальном сегменте выявляли наличие протяженной диссекции различной степени выраженности.

Через 4–6 нед при ангиографическом исследовании во всех случаях наблюдали полноценный антеградный кровоток, стенки артерии в дистальном сегменте ровные, без признаков диссекции. При этом диаметр проксимального отдела уменьшился до $3,09 \pm 0,58$ мм, диаметр дистального отдела увеличился до $2,64 \pm 0,61$ мм. Таким образом, разница в величине диаметров проксимального и дистального отделов уменьшилась до $0,45 \pm 0,26$ мм. В зоне предшествующей окклюзии четко определялись параметры стеноза, которые позволяли выполнить стентирование одним стентом.

Заключение. Из представленных данных следует, что адаптация артерии в условиях нормального давления и кровотока сопровождается ее дилатацией, уменьшением различия диаметров проксимального и дистального отделов, что создает оптимальные условия при отсроченном стентировании.

Применение бифуркационного стента “Bioss” у пациентов с острым коронарным синдромом

Шарабрин Е.Г.¹, Гил Р.², Шахов Е.Б.^{1,3}, Петров Д.В.³, Зайцев А.И.⁴, Серегин А.А.⁴, Советская Е.В.⁴, Шибанов Н.Л.⁴

¹ Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

² Центральный госпиталь Министерства внутренних дел, г. Варшава, Польша

³ Городская клиническая больница № 5, г. Нижний Новгород

⁴ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, г. Нижний Новгород

Цель: изучить отдаленные результаты применения бифуркационного стента “Bioss” у больных острым коронарным синдромом.

Материал и методы. Бифуркационный стент “Bioss” (Balton, Польша) имплантирован у 35 больных острым коронарным синдромом (ОКС). Мужчин было 32 (91%), женщин – 3 (9%), средний возраст – $62,1 \pm 6,8$ года (43–76 лет). Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST) был у 6 (17%) больных, ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) – у 26 (74%), нестабильная стенокардия – у 3 (9%) больных. Преобладал 1.1.1 тип бифуркационного поражения – у 14 (40%) человек. Боковая ветвь стенозирована у 25 (71%) больных. Наиболее частым поражением “передняя межжелудочковая артерия – диагональная артерия” – у 24 (68%) больных. Прямое стентирование выполнено у 5 (14%) человек. Разница диаметров основной ветви до и после отхождения боковой ветви составила $12,2 \pm 3,2\%$ (от 10 до 17%). Двухстентовая методика использована у 7 (20%) больных. Интраоперационная летальность – 0 случаев, госпитальная летальность – 1 (3%) человек. Время наблюдения составило в среднем $14,1 \pm 5,8$ мес (от 3 до 24 мес).

Результаты. Процедура была успешной у всех больных. Ранний тромбоз стента и развитие ОКСпST выявлены у 1 (3%) больного (у него была высокая остаточная активность тромбоцитов после приема клопидогреля). В отдаленном периоде серьезные сердечно-сосудистые события наблюдались – у 3 (9%), в том числе инфаркт миокарда – у 2 (6%), умер 1 (3%) больной. Повторная коронарография выполнена 12 (34%) больным. Рестеноз 40 и 60% наблюдался у 2 (5,7%) человек соответственно. Боковая ветвь проходима у всех больных и не стенозирована.

Заключение. Стент “Bioss” является относительно простым и удобным устройством для бифуркационного стентирования, по технологии имплантации практически не отличается от обычных стентов, обеспечивает быстрый доступ к боковой ветви, что очень важно у больных острым коронарным синдромом. Стент “Bioss” позволяет сохранить и восстановить геометрию основной ветви даже при значительной разнице диаметров до и после отхождения боковой. Отдаленные результаты показывают невысокий процент рестенозов и сохранение боковой ветви.

Опыт оказания неотложной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST в Луганской области

Шаповалов Н.А., Зинченко А.В., Некрасов Д.А., Пелешенко А.С., Некраса А.И., Дяченко М.Ю., Нестер О.Е., Саньков А.И., Пономарева Е.В.

Луганская областная клиническая больница, Украина

Введение. Одним из основных источников сердечно-сосудистой смертности является острый инфаркт миокарда со стойкой элевацией сегмента ST (STEMI). Позитивная динамика летальности STEMI пациентов возможна только после создания эффективной системы реперфузионного лечения.

В Луганской области разработана и внедрена региональная программа “Современная кардиологическая помощь”, включающая организационные и лечебные алгоритмы оказания помощи больным с STEMI с соответствующим финансированием. В основу были положены рекомендации Европейского общества кардиологов (2012 г.) и общественной инициативы