

данный сосуд не удалось. Больному выполнена мультиспиральная рентгеновская томография аорты и сердца.

Результаты: по результатам МСКТ исключено наличие аневризмы аорты, подтвержден субтотальный стеноз проксимального отдела передней нисходящей артерии, выявлен 55% стеноз среднего отдела правой коронарной артерии. На основании полученных данных определен объем необходимой кардиохирургической операции.

Заключение: сделан вывод о том, что МСРТ коронарных артерий является дополнительным качественным и количественным методом диагностики поражения коронарного русла в ситуациях, когда выполнение инвазивной коронарографии затруднено или невозможно.

ЧКВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО «СЛОЖНЫМ» МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

В.И. Ганюков, Р.С. Тарасов, Н.И. Сусоев,
И.Н. Шиганцов, А.А. Шилов, Е.А. Левченко,
М.В. Демина, И.Ю. Бравве (Новосибирск)

Цель: оценить безопасность и эффективность эндоваскулярной стратегии в лечении больных, имеющих «сложное» многососудистое поражение коронарного русла.

Материалы и методы: под «сложным» многососудистым поражением понимали окклюзии и / или бифуркационные и / или продленные стенозы двух или трех коронарных артерий (КА) при индексе тяжести поражения 20 и более баллов по шкале The SYNTAX Score, которая учитывает локализацию и морфологические характеристики стенозов КА. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 17 пациентов, имеющих «сложное» многососудистое поражение. Исходно 10 больных (59%) имели трехсосудистое поражение коронарного русла, тогда как 7 (41%) – двухсосудистое. Окклюдизирующее поражение коронарного русла диагностировано у 12 пациентов (71%). Четверо больных (24%) имели клинику нестабильной стенокардии, тогда как 13 пациентов (76%) – стабильное течение ИБС. В 41% случаев (n=7) использовались голометаллические стенты (BMS), стенты с лекарственным покрытием (DES) или комбинация DES+BMS применялась у 59% пациентов (n=10). Среднее количество стентов, имплантированных каждому пациенту составило 3,11. Средняя длина стентированных сегментов составила 64,9±24 мм.

Результаты: непосредственный успех вмешательства отмечен в 100% случаев. Таких осложнений как смерть, инфаркт миокарда или экстренное коронарное шунтирование – не было, однако у одного пациента ЧКВ осложнилось диссекцией передней нисходящей артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента. Полная

реваскуляризация миокарда достигнута в 59% случаев (n=10). Отдаленные результаты (через 6-12 месяцев после ЧКВ) отслежены у 71% больных (n=12). В отдаленном периоде клиника стенокардии отсутствовала в 75% случаев (n=9). У трех больных (25%) имела место стенокардия напряжения на уровне II-III ФК. В одном случае это было обусловлено рестенозом в области имплантации BMS, что потребовало реинтервенции на целевом стенозе, в двух других – неполной реваскуляризацией миокарда на фоне постинфарктной аневризмы левого желудочка. Этим больным была выполнена операция коронарного шунтирования в сочетании с резекцией аневризмы ЛЖ.

Заключение: чрескожное коронарное вмешательство является эффективным и безопасным методом полной или частичной ревакуляризации миокарда у пациентов со «сложным» многососудистым поражением коронарного русла.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОРРЕКЦИИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДИКИ СТЕНТИРОВАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

В.И. Ганюков, Р.С. Тарасов, Н.И. Сусоев,
И.Н. Шиганцов, А.А. Шилов, Е.А. Левченко,
М.В. Демина, И.Ю. Бравве (Новосибирск)

Цель исследования: сравнение ближайших и отдаленных результатов стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий в зависимости от техники чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (простая или сложная техника) и применения стентов с лекарственным покрытием (DES).

Материалы и методы: сопоставлялись ближайшие и отдаленные результаты эндоваскулярной коррекции бифуркационных поражений в группах больных с использованием обычных металлических стентов (BMS) – I группа (n=93) и с применением DES – группа II (n=106). В I группе у 56%, а во II у 82% пациентов использовалась простая техника вмешательства. В I и II группе соответственно ЧКВ осуществлялось в бассейне передней нисходящей артерии в 57% и 60% случаев, в бассейне правой коронарной артерии в 12% и 17% случаев, в 20% и 19% случаев – в бассейне огибающей артерии. Средний диаметр основного сосуда в I группе составил 3,44 мм, во II группе 3,53 мм (NS). Диаметр боковой ветви 2,3 мм и 2,4 мм (NS) соответственно.

Результаты: ЧКВ было успешным в 92,5% случаев у больных I группы и 100% пациентов II группы. Такие осложнения, как смерть, инфаркт миокарда и необходимость выполнения коронарного шунтирования имели место в 4,3% случаев у больных группы BMS и не зарегистрированы ни в