

Заключение: На основании предварительных результатов можно предположить:

1. При неоднозначных поражениях ствола ЛКА по результатам коронарной ангиографии необходимо использовать измерение ФРК.
2. Стентирование ствола ЛКА должно сопровождаться ВСУЗИ до и после вмешательства.
3. Измерение ФРК при «истинных» и «ложных» бифуркационных поражениях позволяет большее точно, по сравнению с ангиографией, определить объем последующего вмешательства.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СТЕНОЗОВ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Мовсесянц М.Ю., Иванов В.А., Трунин И.В., Бобков Ю.А., Терехин С.А., Иванов А.В., Майсков В.В. ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Введение: Пограничные стенозы коронарных артерий - неоднозначная проблема в интервенционной кардиологии. Коронарная ангиография имеет определенные ограничения при оценке значимости пограничных поражений, что послужило проведению ряда исследований, в которых была доказана диагностическая эффективность измерения фракционного резерва кровотока и определения морфометрических критериев гемодинамической значимости по результатам внутрисосудистого ультразвукового исследования для определения последующей тактики вмешательства.

Материал и методы: С 2005 г. по 2006 г. проводилось исследование пограничных поражений коронарного русла при множественном поражении коронарных артерий. Критериями включения в исследование являлись: наличие у пациентов стабильной стенокардии напряжения III-IV ФК; множественное поражение коронарных артерий с наличием пограничных и выраженных стенозов по результатам коронарной ангиографии; первичный характер сужений коронарных артерий; фракционный резерв кровотока пограничных стенозов более 0,75 по результатам внутрисосудистой манометрии; минимальная площадь просвета пограничных стенозов более 4 мм, минимальный диаметр просвета пограничных стенозов более 2 мм по результатам внутрисосудистого ультразвукового исследования; выполнение стентирования стентами с лекарственным покрытием («Cypher») как минимум одного гемодинамически значимого стеноза. В исследование не включались пациенты с поражением ствола левой коронарной артерии, острым коронарным синдромом, бифуркационной техникой стентирования, ранее выполненной операцией аорто-коронарного шун-

тирования и с выраженной дисфункцией левого желудочка (ФВ < 40%). В соответствии с вышеизложенными критериями в исследование было включено 84 пациента. Первую группу составил 41 пациент, которым наряду со стентированием выраженных стенозов выполнялось вмешательство на пограничных поражениях. Вторую группу составили 43 пациента, которым выполнялось стентирование только выраженных стенозов без коррекции пограничных поражений. Группы были сопоставимы по исходным клиническим характеристикам.

Результаты: В первой группе пациентов было имплантировано 98, во второй группе – 55 стентов ($p < 0,05$). Клинически эффективными на госпитальном этапе наблюдения считались вмешательства, в результате которых происходило повышение толерантности к физической нагрузке на 2 или более функциональных класса, или при полном исчезновении стенокардии и/или объективных признаков ишемии. При отсутствии повышения переносимости нагрузок или возобновления симптоматики стенокардии на госпитальном этапе вмешательство считалось неэффективным. Статистически достоверных различий между первой и второй группами пациентов на госпитальном этапе наблюдения получено не было.

Отдаленные результаты оценивались через 6, 12 и 24 месяца наблюдения по следующим показателям: выживаемость пациентов без стенокардии, возврат клиники стенокардии, острый инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация (ЧКВ или АКШ) и смерть. Не было получено статистически достоверных различий между группой, где выполнялось вмешательство на всех поражениях и группой избирательного стентирования.

Заключение. На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы:

1. Стенозы со степенью сужения просвета по диаметру от 50 до 70% по результатам коронарной ангиографии требуют дополнительного исследования с помощью внутрисосудистых методов исследования.
2. Комплексный метод исследования коронарных сосудов: ангиография, внутрисосудистая манометрия, внутрисосудистое ультразвуковое исследование - является высокоинформативным способом диагностики гемодинамической значимости стеноза и определяет последующую тактику стентирования.
3. Пограничные стенозы коронарных артерий со степенью сужения просвета по диаметру от 50 до 70% по результатам коронарной ангиографии при значениях фракционного резерва кровотока более 0,75 по результатам внутрисосудистой манометрии, и минимальной площади просвета более 4 мм² и минимальном диаметре просвета более 2 мм по результатам внутрисосудистого ультразвукового исследования - не требуют стентирования.