

де клопидогрель назначали в дозе 75 мг в сутки на срок 24 месяца. Результаты оценивали по ангиографической и клинической картине послеоперационного периода в сроки до 20 месяцев.

Результаты. Стентирование успешно выполнили всем пациентам. В 100% случаев достигнут оптимальный ангиографический и клинический результаты. Осложнений не было. В сроки наблюдения повторных реваскуляризаций не выполняли, рецидива стенокардии не было.

Заключение. Стентирование ствола левой коронарной артерии у больных острым коронарным синдромом безопасно и эффективно.

ПРОВИЗОРНОЕ Т-СТЕНТИРОВАНИЕ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРУЮ СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ «ЗАЖАТОГО» ПРОВОДНИКА И БЕЗ НЕЕ

Горбенко П.И., Козлов С.В., Фокина Е.Г.,
Архипов М.В.
МО «Новая больница», ГКБ № 33,
Екатеринбург, Россия

Введение. Современная методика ЧКВ инфаркта миокарда в острой стадии состоит в скорейшем восстановлении удовлетворительного антеградного кровотока по инфаркт зависимой артерии. Современные методики бифуркационного стентирования рекомендуют выполнять «защиту» боковой ветви техникой «зажатого» проводника. При коронарном вмешательстве на фоне острого инфаркта миокарда и наличии бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, как нам кажется, возникает конфликт интересов между необходимостью быстрого восстановления адекватного кровотока по ИЗА методом стентирования и выполнением «защиты» боковой ветви и сохранения ее. Защита боковой ветви часто затруднена из-за тромботических масс, диссекций, устьевых поражений боковой ветви.

Цель. Определить эффективность и безопасность выполнения провизорного Т-стентирования коронарных артерий в острой стадии инфаркта миокарда без «защиты» боковой ветви методом «зажатого» проводника. Оценить показатели реперфузии в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви в сравнении с группой без «защиты» боковой ветви. Оценить госпитальную и 30-дневную летальность.

Методы. Материалом для данной работы послужили результаты обследования, лечения и наблюдения 108 пациента с острым инфарктом миокарда. Критериями включения больных в исследование были: давность развития симптомов ИМ к моменту проведения КАГ и ЧКВ менее 24 часов, одномоментное выполнение КАГ и провизорного Т-стентирования. Поражение инфаркт связанной артерии считалось

бифуркационным при отхождении от него боковой ветви 2,0 мм и более в диаметре. Для группы с защитой боковой ветви критериями включения были выполнение техники «зажатого» проводника при проведении провизорного Т-стентирования, для группы без защиты провизорное Т-стентирование выполнялось без каких-либо техник защиты боковой ветви.

Результаты. В основную группу вошло 53 пациента с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование без защиты боковой ветви какой-либо техникой. В группу сравнения вошло 55 пациентов с ОИМ, которым было выполнено провизорное Т-стентирование с защитой боковой ветви техникой «зажатого» проводника. По клиническим и ангиографическим признакам группы не различались. Всем пациентам выполнялась классическая методика провизорного Т-стентирования, в 3 случаях потребовалось стентировать боковую ветвь (2 случая в основной и 1 пациенту в контрольной группе). Как завершающий этап вмешательства всем пациентам выполнялась киссинг-дилатация. Во всех случаях был достигнут ангиографический успех (резидуальный стеноз стентированного сегмента бифуркации менее 10%, резидуальный стеноз после ангиопластики боковой ветви менее 30%, дистальный кровоток по TIMI 2-3 и более). Частота интраоперационных осложнений, таких как ноу-рефлоу, слоу-флоу, дистальная эмболия, диссекция устья боковой ветви, протрузия масс атеросклеротической бляшки через ячейку стента была практически одинаковой в обеих группах. Госпитальная и 30-дневная летальность составила в группе провизорного Т-стентирования без защиты боковой ветви 7,6%, в группе провизорного Т-стентирования с защитой боковой ветви 7,2% (по 4 случая в каждой группе).

Заключение. Выполнение «защиты» боковой ветви, при бифуркационном стентировании вообще и провизорном Т-стентировании, в частности, имеет большое значение для достижения ангиографического и клинического успеха. При выполнении провизорного Т-стентирования в острой стадии инфаркта миокарда, когда необходимо в кратчайшие сроки восстановить адекватный антеградный кровоток по инфаркт связанной артерии, возможна имплантация стента в область бифуркационного поражения инфаркт связанной артерии, затем реканализация незащищенной боковой ветви через ячейку стента, ангиопластика устья боковой ветви и финальная киссинг-дилатация до достижения оптимального ангиографического результата.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ.

Гришин Г.П., Зинин Д.С., Харченко А.В.,
Основенко А.А.
НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия.