

Результаты: В I-м стационаре в регистр включены 795 больных с ОИМ, во II-м стационаре – 359 больных. В обоих стационарах обращает внимание позднее обращение больных за медицинской помощью и, соответственно, поздняя госпитализация. Среди больных с ОИМ с elevацией сегмента ST, поступивших в стационары в первые 12 часов заболевания, системный тромболизис выполнялся только во II стационаре (89,3% больным). Коронароангиография проводилась 1 больному, лечившемуся в I стационаре и 68,5% больным II стационара. Оперативное вмешательство выполнено 1 больному I стационара (PCI) и 219 больным, получавшим лечение во II стационаре (146 больным – PCI, 73 – аортокоронарное шунтирование). Проанализированы характер и частота осложнений ОИМ в стационарах. Летальность среди больных была достоверно выше в I стационаре (20,5% и 7,2% соответственно, $p < 0,0001$).

Выводы: Разработанный регистр позволяет выявить особенности течения ОИМ, определить реальную потребность в лекарственных препаратах и высокотехнологичной медицинской помощи, рассчитать материальные затраты, а также наметить пути совершенствования в оказании помощи больным ОИМ.

ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА И БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Мовсисянц М.Ю., Бобков Ю.А., Белякин С.А.,
ФГУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны
России», Красногорск, Россия

Иванов В.А., Трунин И.В., Терехин С.А., Иванов А.В.
Введение: Ангиографическая диагностика поражений ствола ЛКА не вызывает сомнений в отношении тактики лечения при выраженных стенозах. Однако ряд исследований, в которые были включены пациенты с пограничными поражениями ствола ЛКА, продемонстрировали отсутствие различий по показателям выживаемости и большим кардиальным событиям в группах отсрочки и хирургического лечения при гемодинамически незначимых результатах фракционного резерва кровотока (ФРК). С другой стороны, при выраженных поражениях ствола ЛКА, результаты ряда исследований продемонстрировали необходимость использования ВСУЗИ после стентирования с достижением следующих критериев: минимальная площадь просвета внутри стента $\geq 8,7$ мм², полная аппозиция стента, полное покрытие поражения по длине и отсутствие осложнений.

В настоящее время нет единого мнения в отношении оптимальной тактики стентирования при бифуркационных поражениях коронарных артерий. Ряд исследований продемонстрирова-

ли сопоставимые результаты при использовании двух или одного стентов. Также проведены исследования, в которых в качестве руководства для дальнейшей тактики ЧКВ используются результаты измерения ФРК.

Материал и методы: С 2007 года в клиническую практику госпиталя внедрен алгоритм при поражениях ствола ЛКА на этапах диагностики и вмешательства. При стенозах ствола ЛКА с сужением просвета от 30 до 50% по диаметру, которое сочетается либо с пограничными поражениями в других отделах системы левой и/или правой коронарных артерий, либо с выраженными стенозами не более чем двух эпикардиальных артерий с возможностью выполнения ЧКВ, выполняется измерение ФРК в стволе ЛКА. При значениях ФРК более 0,8 в зависимости от поражений в других отделах системы левой или правой коронарных артерий пациенту назначается либо медикаментозная терапия, либо выполняется ЧКВ. Согласно указанным критериям включено 8 пациентов: 3 пациентам назначена медикаментозная терапия и 5 больным выполнено вмешательство в ПНА, ОА или ПКА.

Вмешательства при выраженных поражениях ствола ЛКА до и после имплантации стента сопровождаются ВСУЗИ. До настоящего времени выполнено 22 вмешательства при поражении ствола ЛКА под контролем ультразвука.

С 2007 года проводится исследование при «истинных» и «ложных» бифуркационных поражениях, исключая поражения ствола ЛКА. Обязательным критерием включения в исследование является наличие ангиографической компретации устья ДВ после имплантации стента в ПНА с сужением просвета 60-80% по диаметру. После имплантации стента в ПНА выполняется измерение ФРК в ДВ. Несмотря на гемодинамически незначимые показатели фракционного резерва кровотока, в одной группе «истинных» поражений ($n = 13$) имплантировалось два стента, в другой группе ($n = 14$) вмешательство завершалось дилатацией кинсинг-техником. При «ложных» поражениях – в одной группе ($n = 9$) вмешательство завершалось дилатацией кинсинг-техником, в другой ($n = 8$) вмешательство ограничивалось имплантацией стента в ПНА.

Результаты: У 8 пациентов с пограничными поражениями ствола ЛКА и гемодинамически незначимыми результатами ФРК выживаемость без кардиальных событий в течение 12 месяцев составила 100%.

У 27 пациентов с выраженным поражением ствола ЛКА после имплантации стента в 14 случаях (52%) на основании результатов ВСУЗИ использовались баллоны либо большего диаметра, либо высокого давления.

Через 12 месяцев наблюдения в группах «истинного» и «ложного» бифуркационных поражений не определялось различий по показателям возврата стенокардии, повторной реваскуляризации, инфаркта и смерти.

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

Мовсисянц 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.