

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ОТЯГОЩЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ОБЪЕМА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И МЕТОДА ОЦЕНКИ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА

ГРИГОРЬЕВ В.С., АБРОСИМОВ А.В., ПЕТРОСЯН К.В., БОКЕРИЯ О.Л.

ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Цель. Представить клинический случай успешного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с определением объема реваскуляризации по данным оптической когерентной томографии (ОКТ) и метода оценки фракционного резерва кровотока (ФРК) у пациента старческого возраста с тяжелым поражением коронарного русла и отягощенным коморбидным фоном.

Материал и методы. Больной В., 81 год, обратился с клиническими проявлениями стенокардии покоя на фоне длительного течения артериальной гипертензии, длительно персистирующей фибрилляции предсердий, повышенной массы тела (индекс массы тела 30,3), значительного ограничения как подвижности, так и возможности длительного нахождения в статическом положении вследствие множественных травм позвоночного столба. По данным коронарографии отмечается выраженный кальциноз, выявлены сужения тела ствола левой коронарной артерии (ЛКА) – 60%, стеноз проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – 90%, диффузные изменения средней трети ПМЖВ – до 80%, сужения ветви тупого края (ВТК) – 90%, правой коронарной артерии (ПКА) на границе проксимальной и средней трети – 70% при правом типе кровоснабжения миокарда. SYNTAX Score=43. EuroScore II=3,36%. Учитывая коморбидный фон пациента, в том числе трудности реабилитации при выполнении открытого хирургического вмешательства, принято решение о выполнении этапного ЧКВ. Использован лучевой доступ 6Fr. После последовательной ТЛБАП проксимального и среднего сегментов ПМЖВ 2,5×10 мм развивается диссекция в области поражения. В среднюю

треть имплантирован стент 2,5×32 мм. Далее из-за трудностей при проведении длинного стента 3,5×38 мм применена техника глубокого проведения параллельного проводника в септальные ветви, после удаления выполнена последовательная имплантация стентов 3,5×38 мм и 4,0×26 мм в проксимальный и средний сегмент ПМЖВ и ствол ЛКА с переходом на ПМЖВ, соответственно. Выполнена ОКТ, по результатам которой признаков дистальной диссекции не выявлено, отмечается мальапозиция ячеек стента в стволе ЛКА. Принято решение выполнить kissing-дилатацию бифуркации ствола ЛКА баллонами высокого давления 3,0×15 и 3,5×15 мм с последующей проксимальной оптимизацией стента баллоном 5,0×10 мм. При контрольной ОКТ – адекватное прилегание стента и раскрытие ячеек в устье ОВ. Через двое суток выполнена ТЛБАП стеноза ВТК с последующей имплантацией стента 2,75×26 мм. Выполнена оценка ФРК стеноза ПКА (0,73). Выполнена имплантация стента 3,5×26 мм. Пациенту имплантированы стенты с лекарственным покрытием второго поколения. На третьи сутки пациент выписан из стационара.

Результаты. Отсутствие клинических проявлений стенокардии в сроки до 18 месяцев.

Выводы. Эндоваскулярное лечение продемонстрировало свою эффективность и безопасность в когорте пациентов старческого возраста с тяжелым поражением коронарного русла и отягощенным коморбидным фоном. Представленный случай позволяет рассматривать ОКТ и ФРК в качестве важных инструментов при определении объема реваскуляризации и контроля результатов лечения в данной группе больных.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МОСТИКОВ МИОКАРДА НАД ВЕТВЯМИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

ДМИТРИЕВА Е.Г.

Уральский государственный медицинский университет Минздрава, г. Уральск, Россия

Введение. По мнению ряда авторов, мостики миокарда (ММ) создают предпосылки к развитию безболевых форм инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти. ММ – это совокупность волокон желудочкового миокарда, расположенных поверх определенного участка субэпикардальной ветви правой (ПВА) или левой (ЛВА) венечной артерии.

Цель работы. Установить закономерности распределения ММ над ветвями венечных артерий.

Материал и методы. Исследование проводили на 65 препаратах сердца людей зрелого и пожилого возраста, умерших от несердечных причин. Сосуды без предварительной инъекции препарировали до погружения в миокард, сохраняя