

## 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

мышечные образования над ними. Изучали распределение ММ над ветвями венечных артерий.

**Результаты.** Мостики были обнаружены на 44 (67,6%) сердцах. Как правило, ММ располагались над передней межжелудочковой ветвью (ПМЖВ), левой краевой ветвью и диагональной ветвью из системы ЛВА, их количество составило 65 из 71 (91,5%). В оставшихся шести наблюдениях они были отмечены над конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью из системы ПВА. Над ПМЖВ было выявлено 56 ММ (78,87%). В основном ММ располагались в пределах проксимальной и средней трети передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ). В проксимальной трети борозды мостики были отмечены в 30 случаях (42%), в ее средней трети определялись в два раза реже. На границе проксимальной и средней трети борозды было выявлено три ММ. Всего на пяти препаратах ММ располагались в ее дистальной трети. На двух сердцах ПМЖВ погружалась в миокард в проксимальной трети борозды и выходила в субэпикардальную клетчатку у верхушки

сердца, находясь, таким образом, интрамиокардиально на всем своем протяжении. На 22 сердцах над ПМЖВ были отмечены изолированные мостики. В 10 наблюдениях имелось несколько мостиков над ПМЖВ: на девяти препаратах – по два, на одном – три. На 10 сердцах наличие мостиков над ПМЖВ было ассоциировано с их расположением над другими артериями: левой краевой ветвью, диагональной ветвью, конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью. Наибольшее количество ММ на одном препарате составило четыре, при этом по одному мостику располагалось над ПМЖВ и диагональной артерией и два – над левой краевой ветвью.

**Заключение.** Результаты настоящего исследования позволяют утверждать, что в локализации ММ над ветвями ВА наблюдается относительное постоянство: в большинстве случаев «ныряющий» ход имеет ПМЖВ, над которой ММ встречаются изолированно или в сочетании с мостиками над ветвями ПВА или огибающей ветвью ЛВА.

## ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*ЗАФИРАКИ В.К., КОСМАЧЕВА Е.Д.*

*ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия*

**Введение (цели/задачи).** Оценить с помощью Сиэттлского опросника качество жизни при стенокардии (СОКЖС), изменение качества жизни у больных стабильной стенокардией напряжения (СН) в сочетании с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после выполнения им планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием.

**Материал и методы.** В проспективное исследование включили 135 последовательно отобранных больных с сочетанием СН и ХОБЛ, которым было выполнено плановое ЧКВ. Диагноз СН подтверждали нагрузочным тестом под контролем электрокардиограммы (ЭКГ), либо сцинтиграфией миокарда с изотопом Тс 99-м. Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями GOLD 2011 с помощью спирографии с бронхолитической пробой. Для измерения одышки применяли шкалу одышки mMRC до выполнения ЧКВ. Легочную гиперинфляцию (ЛГИ) выявляли с помощью бодиплетизмографии, принимая за ЛГИ значения функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ), превышающие 120% от должных величин. До выполнения планового ЧКВ и через месяц после него заполняли СОКЖС. Статистический анализ: критерий Уилкоксона, кластерный анализ методом К-средних.

**Результаты.** У больных с сочетанием СН и ХОБЛ после выполнения планового ЧКВ было за-

регистрировано значительное улучшение показателей по всем шкалам, которые входят в опросник СОКЖС. Изменения по шкале ограничений физических нагрузок произошли с исходных 51,1 [46,7; 55,6] до 75,6 [62,2; 77,8] баллов; по шкале стабильности приступов – с 50 [50; 75] до 100 [75; 125] баллов; по шкале частоты приступов – с 50 [50; 60] до 80 [70; 90] баллов; по шкале удовлетворенности лечением – с 42,5 [36,25; 53,75] до 81,25 [63,75; 93,75] баллов; по шкале отношения к болезни – с 33,3 [25; 41,7] до 75,0 [58,3; 83,3] баллов; в сумме по всем шкалам – с 48,3 [42,9; 55,2] до 81,6 [69,3; 97,1] баллов ( $P < 0,001$  для всех сравнений). Кластерный анализ выявил, что больные ХОБЛ в зависимости от величины изменений по шкалам опросника СОКЖС, наступивших после выполнения планового ЧКВ, формируют два кластера: первый характеризуется наличием ЛГИ и выраженной одышкой по шкале mMRC > 2 баллов при отсутствии заметного прироста качества жизни, второй – менее выраженной одышкой, отсутствием ЛГИ или слабой ее выраженностью и значительным приростом качества жизни по опроснику СОКЖС.

**Заключение.** Выполнение планового ЧКВ больным с сочетанием СН и ХОБЛ, имеющим одышку более 2 баллов по шкале mMRC в сочетании с ЛГИ, не сопровождается улучшением качества жизни по опроснику СОКЖС.