

(90,7%) обнаружены гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях. Среднее значение индекса Syntax составило $22,7 \pm 2,6$, при этом у 21 пациента его значение было ≤ 22 , у 13 – 23–32, у 9 – ≥ 32 .

Результаты. Всем пациентам были проведены успешные эндоваскулярные вмешательства. В зависимости от локализации поражения ствола ЛКА выбиралась различная тактика эндоваскулярного поражения ствола ЛКА выполнялось у 13 (30,2%) пациентов, а стентирование ствола ЛКА и поражений других локализаций от 1 до 3 коронарных артерий – у 30 (67,8%) больных. В зависимости от методики вмешательства распределялись следующим образом: в 11 (25,5%) случаях применяли процедуру с дилатацией боковой ветви, в 9 – Т-стентирование, в 6 – технику «Crush» и 4 – «V»-стентирование.

В ствол имплантированы стенты с лекарственным покрытием (DES), у 2 больных биорассасывающийся скаффолд «Absorb».

Умер один больной, поступивший с ОИМ, кардиогенным шоком, несмотря на удачную имплантацию стента, не удалось купировать острую сердечно-сосудистую недостаточность и отек легких. У остальных операции прошли без осложнений, все больные выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения по месту жительства.

Выводы: Стентирование ствола левой коронарной артерии является относительно безопасной и эффективной процедурой, обеспечивающей стойкий положительный клинический результат у пациентов со стабильной стенокардией и при остром коронарном синдроме. Четкая отработка техники стентирования и использование стентов с лекарственным покрытием повышает эффективность и безопасность процедуры.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ИСКАНДАРОВА Ф.А., ЗУФАРОВ М.М., БАБАДЖАНОВ С.А., МАХКМОВ Н.К., АНВАРОВ Ж.О., УМАРОВ М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности чрескожного вмешательства (ЧКВ) и медикаментозной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения и многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы. У 126 больных ИБС с клиникой стабильной стенокардии ФК III и IV и многососудистым поражением коронарных артерий (МПКА) проведен сравнительный анализ результатов ЧКВ и оптимальной медикаментозной терапии. МПКА считались стенозы $\geq 70\%$ в двух и более сосудах. Данное исследование было ограничено наблюдением в течение первых 24 месяцев после проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) или диагностической коронарографии и инициации стандартизированной медикаментозной терапии. Первую группу составили 78 больных (средний возраст – $64,8 \pm 7,6$), которым было выполнено поэтапное стентирование коронарных артерий, а вторую группу 48 больных (средний возраст $67,8 \pm 8,3$), которые отказались от проведения рентгенэндоваскулярного вмешательства и продолжали принимать стандартную медикаментозную терапию, включающую препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), клопидогрель, бета-блокаторы, статины, по показаниям ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты,

диуретики. Конечными точками исследования являлись большие кардиальные события (MACE-Major Adverse Cardiac Events): смерть, острый инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация (РЭВ или операция коронарного шунтирования), госпитализация по поводу острого коронарного синдрома.

Результаты. Частота комбинированного показателя MACE была несколько меньше в группе стентирования и составляла 15,4% ($n=12$) против 18,8% ($n=9$), однако различие не достигало достоверности ($p \geq 0,05$). Достоверное различие ($p \geq 0,05$) выявлено при сравнении частоты комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда, который оказался достоверно больше в группе медикаментозной терапии и составил 10,4% ($n=5$) против 3,8% ($n=3$) во 2 и 1 группах соответственно.

Выводы. Поэтапное выполнение РЭВ при многососудистом поражении коронарных артерий у больных стабильной стенокардией в сравнении с медикаментозной терапией способствует уменьшению частоты больших кардиальных событий. При этом различие по частоте комбинированного показателя смерть+инфаркт миокарда оказалось достоверным.