



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ БАЛЛОННОЙ ТРИССИНГ – ДИЛАТАЦИИ АРТЕРИЙ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТРИФУРКАЦИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Дроздова Т. А., Жабин С.Н., Пономарева М.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Курск, Россия

Введение. Левая коронарная артерия (ЛКА) является основным источником кровоснабжения левого желудочка сердца. Атеросклеротическое поражение ствола ЛКА вызывает ишемию значительного участка миокарда, что приводит к нарушениям ритма сердца, функции левого желудочка, сердечной недостаточности, инфаркту миокарда. Можно отметить появление большого количества техники эндоваскулярного лечения бифуркационного поражения ЛКА, а именно эндоваскулярное лечение трифуркационного поражения в настоящий момент времени считается казуистикой. Несмотря на это, трифуркационное поражение ствола ЛКА остается крайне сложной патологией для эндоваскулярного подхода по причине недостаточно накопленного опыта. Представляем клинический случай эндоваскулярного лечения - поражения трифуркации ствола ЛКА.

Материалы и методы. Для оценки результатов проведенного оперативного вмешательства было проведено ретроспективное сравнительное исследование эндоваскулярного лечения атеросклеротического поражения трифуркации ствола ЛКА.

Результаты. Больная Л., 63 лет, 04.12.2022 г. доставлена бригадой СМП в ОБУЗ КОКБ с диагнозом ОКС. При поступлении имелись жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной рецидивирующего характера. Из анамнеза представленного пациента известно об уже ранее проведенных двухкратных эндоваскулярных интервенциях. По результатам обследования был установлен диагноз: ИБС: нестабильная стенокардия III В класс по Braunwald со стабилизацией на уровне II ФК, Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неуточненного срока давности). Гипертоническая болезнь III стадия. Контролируемая АГ. Целевые цифры АД 120-129/70-79 мм.рт.ст. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дислипидемия. Риск 4. ХСН I (II ФК). Транспортирована в рентгеноперационную, где под местной анестезией произведена «слепая» пункция правой бедренной артерии с первой попытки. В просвет артерии в ретроградном направлении заведен J-проводник (D-0,35inch, L-150 см). По проводнику установлен интродьюсер 6F, заведен диагностический катетер JL, JR – 5F, выполнена полипроекционная коронарография: сбалансированный тип кровоснабжения миокарда. Трифуркация ствола ЛКА. Ствол ЛКА – визуализируется стент (без признаков рестеноза). Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) – в пр/3 визуализируется стент (без признаков рестеноза). Диагональная артерия (ДА) – в пр/3 визуализируется стент (без признаков рестеноза). Огибающая артерия (ОА) – в пр/3 визуализируется стент (рестеноз до 95%); Интермедиальная артерия (ИА) – визуализируется стент, без признаков рестеноза. Правая коронарная артерия (ПКА) – стеноз пр/3 до 35%. Произведена смена интродьюсера с 5F на 6F. Проводниковый катетер ХВ-6F установлен в устье ствола ЛКА. Учитывая предыдущий неэффективный опыт, поэтапной «kissing»-дилатации, принято решение о проведении «триссинг»-дилатации (трифуркационная баллонная дилатация). Так как проводниковый катетер ХВ-6F не позволяет провести 3 баллона одновременно, принято решение использования двух проводниковых катетеров одновременно. Радиальным доступом установлен проводниковый катетер ХВ-6F в устье ствола ЛКА, феморальным доступом установлен проводниковый катетер JL-6F.



Коронарные проводники заведены в дистальный отдел ПМЖА, ОА и ИА. Проведена ТБКА («триссинг» - дилатация) проксимальных трети ПМЖА, ОА и ИА баллонами 3,0x20мм в ИА, 3,5x15мм в ПМЖА и 3,5x15мм в ОА (Р – 12-14atm., Т - 14-16»). Коронарография – диссекция по проксимальному краю стента ствола ЛКА. В зону диссекции ствола ЛКА имплантирован стент Rebele (BMS) (D-4.0мм, L-12мм) двукратным раздуванием баллона (Р – 14-16atm., Т - 14-16»). Произведена проксимальная оптимизация ствола ЛКА баллонным сегментом катетера 5,0x12мм. По окончании вмешательства выполнена контрольная коронарография - локализация стентов адекватная, ангиографические признаки диссекции интимы отсутствуют, кровоток ТІМІ 3. Больная перенесла вмешательство удовлетворительно. По окончании исследования катетер, проводники, интродьюсеры удалены. Пункционные отверстия закрыты устройствами PerClose. Гемостаз 20 минут, контроль - сухо. Асептическая повязка.

Заключение. Усовершенствование инструментария и развития методик сложных бифуркационных стентирований позволяет обойти ранее существовавшие ограничения при сложных, в том числе трифуркационных поражениях ствола ЛКА. Современная рентгенооперационная, занимающаяся лечением атеросклеротического поражения ствола левой коронарной артерии, должна быть по возможности оснащена не только полным спектром размерного ряда коронарных стентов и баллонов, но и проводниковых катетеров с увеличенным внутренним просветом (7F-8F) для возможности проведения бифуркационного и трифуркационного лечения. Данный клинический случай является уникальным. При отсутствии проводниковых катетеров с увеличенным внутренним просветом можно рекомендовать использование нашей технологии с применением двух проводниковых катетеров 6F одновременно.