

**Комплексное лечение больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ST-ОИМ), включающее догоспитальный тромболизис, мануальную вакуумную тромбэкстракцию и ангиопластику инфаркт-ответственной артерии: ближайшие результаты**

*Куртасов Д.С., Колединский А.Г., Чернышева И.Е., Ковальчук И.А., Васильев П.С., Иоселиани Д.Г.*

*ГБУЗ "Научно-практический центр интервенционной кардиологии ДЗ г. Москвы"*

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность мануальной вакуумной тромбэкстракции (МВТ) из инфаркт-ответственной артерии (ИОА) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с догоспитальным тромболизисом (ТЛТ).

**Материал и методы.** В настоящее исследование в ретроспективном порядке с января 2008 по май 2012 г. был включен 121 пациент с ОИМ и догоспитальным ТЛТ. В исследование включались только пациенты с ангиографическими признаками пристеночного тромба (ТТГ > 1). Нами оценивались следующие показатели: антеградный кровоток в ИОА по классификации TIMI, показатели перфузии миокарда по MBG, резолюция сегмента ST на ЭКГ после ЭВП, частота МАСЕ (сердечная смерть, повторный ИМ и повторная реваскуляризация ИОА) на госпитальном периоде заболевания.

**Результаты.** Системная ТЛТ была эффективна у 58 пациентов (47,9%). Макроскопически видимые фрагменты тромбы удавалось эвакуировать в 59 (51,3%) случаях, баллонная дилатация потребовалась в 44 (36,3%) случаев, последующее стентирование выполнялось в 111 (91,7%) случаях. Следует отметить, что в части случаев (8,3%) оптимальный ангиографический результат достигался после процедуры МВТ без необходимости выполнения баллонной ангиопластики или стентирования. После проведения экстренных ЭВП в сочетании с МВТ показатели кровотока по TIMI (3) отмечались у 101 (83,5%) пациента, показатели миокарда по MBG (3) 75 (61,9%) пациентов, полная резолюция сегмента ST (>70%) была у 66 (54,6%) пациентов, частота МАСЕ составила 5 (4,1%) случаев. Отмечалось 2 случая госпитальной летальности от кардиальных причин, повторная реваскуляризация ИОА потребовались в двух случаях, и один случай повторного ИМ.

**Выводы.** Учитывая полученные данные, МВТ является вполне безопасным методом удаления тромботических масс из ИОА у пациентов с ОИМ и догоспитальным тромболизисом с высокой степенью непосредственного ангиографического успеха. МВТ – относительно доступный и эффективный метод восстановления кровотока в ИОА и может быть рекомендован для рутинного клинического применения у пациентов с ОИМ с проведенным ТЛТ.

**Опыт применения внутрисердечного ультразвукового исследования при эндоваскулярном закрытии вторичных дефектов межпредсердной перегородки**

*Кучеров В.В., Мангутов Д.А., Новичков С.А., Пестовская О.Р., Чернов М.Ю.*

*Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко*

**Цель:** оценить эффективность внутрисердечного ультразвукового исследования при эндоваскулярном закрытии вторичных дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП).

**Материал и методы.** Обследовано 7 пациентов, подвергшихся эндоваскулярному закрытию межпредсердной перегородки (МПП). Возраст пациентов (мужского пола) колебался от 19 до 42 лет, размер дефекта МПП варьировал от 1,2 до 2,2 см. Эндоваскулярное закрытие вторичного дефекта МПП осуществлялось системой Amplatzer под местной анестезией и контролем внутрисердечной эхокардиографии (ВСЭХОКГ). Использовалась ультразвуковая система Acuson Cypruss (фирма Siemens) с применением ультразвукового катетера AcuNav 10Fr, 7,0 MHz. Перед катетеризацией выполнялась ВСЭХОКГ

для оценки диаметра дефекта. Для определения диаметра дефекта и выбора устройства соответствующего размера в левое предсердие вводили измерительный баллонный катетер, который наполняли контрастным веществом и подтягивали в направлении перегородки до тех пор, пока он не проходил в правое предсердие с небольшим сопротивлением. После выбора размера устройства проводилась процедура его имплантации, затем ВСЭХОКГ для контроля правильности его установки. Для завершения имплантации устройство "скручивали" с кабеля. Затем выполняли ВСЭХОКГ для контроля правильности его расположения и исключения наличия остаточных дефектов с использованием режима цветового доплера.

**Результаты.** У 6 пациентов была успешно выполнена процедура закрытия дефекта МПП. При повторном проведении ЭХОКГ остаточных гемодинамически значимых шунтов не выявлено. У одного пациента непосредственно на операционном этапе в ходе процедуры развился болевой синдром в области сердца, операция была прекращена.

**Вывод.** В ходе эндоваскулярной коррекции ДМПП метод ВСЭХОКГ позволяет достоверно определить размеры, форму, расположение дефекта, края дефекта. ВСЭХОКГ повышает эффективность и безопасность процедуры эндоваскулярного закрытия вторичных дефектов МПП.

**Влияние клинических и ангиографических характеристик больных с острым коронарным синдромом на подавление агрегации тромбоцитов после назначения двойной дезагрегантной терапии**

*Ларин А.Г.<sup>1</sup>, Гиляревский С.Р.<sup>1,2</sup>, Коков Л.С.<sup>1,2</sup>, Лопотовский П.Ю.<sup>1,2</sup>, Хватов В.Б.<sup>1</sup>, Макаров М.С.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского" ДЗ г. Москвы "*

*<sup>2</sup> ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" МЗ РФ*

*<sup>3</sup> ГБОУ ДПО "РМАПО" МЗ РФ*

Двойная дезагрегантная терапия (ДАТ) клопидогрелем и аспирином давно является "золотым стандартом" лечения при чрескожных вмешательствах на коронарных артериях (ЧВКА), особенно у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). Нередко причиной тромбозов стента является резистентность к приему клопидогреля.

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь между различными клиническими и ангиографическими характеристиками больных с ОКС и частотой высокой остаточной агрегации тромбоцитов (ВОАТ).

**Материал и методы.** Проведено проспективное когортное исследование, включавшее 87 больных в возрасте 18–75 лет с ОКС. Критерии исключения: противопоказания к ЧВКА или к приему двойной дезагрегантной терапии, выполнение тромболитической терапии на догоспитальном этапе.

До выполнения ЧВКА назначался клопидогрель в нагрузочной дозе 600 мг, затем продолжался прием в поддерживающей дозе 75 мг 1 раз/сутки. Другие лекарственные препараты применялись в соответствии с современными рекомендациями. Агрегация тромбоцитов определялась на аппарате "Биола-220LA" через сутки после назначения дезагрегантов. В качестве индуктора агрегации использовался раствор аденозиндифосфата (АДФ) 20 мкмоль. За ВОАТ было принято значение агрегации из верхней четверти. Выявлялись различия между группой больных с ВОАТ и остальными больными по всем возможным клиническим признакам (пол, возраст, тяжесть по шкале GRACE, наличие элевации сегмента ST на ЭКГ и др.), сопутствующим заболеваниям (гипертоническая болезнь, ПИКС, сахарный диабет и др.); оценивались различные лабораторные показатели (количество тромбоцитов, общий холестерин и др.); проводилась оценка данных ангиографии (тяжесть коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX, наличие тромбоза, окклюзии и др.). Всего оценено 49 признаков. Наиболее значимые различия были включены в многофакторный анализ.