

фиксировалось среди пациентов с максимально высоким уровнем тропонина (21,1%, $p \leq 0,05$). При катamnестическом наблюдении у данных пациентов длительно сохранялись смещение интервала ST и признаки задержки внутрижелудочковой проводимости. Только в группе детей с концентрацией Tn I в крови выше 0,5 нг/мл имели место два летальных исхода на фоне проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. При морфологическом исследовании в обоих случаях были обнаружены структурные повреждения миокарда в виде обеднения гликогеном, миомаляции, нарушения исчерченности мышцы сердца.

Заключение. Полученные в результате исследования данные позволяют уже в раннем неонатальном периоде выработать определенную последовательность действий в диагностическом плане. При выделении группы риска среди детей с гипоксическим поражением миокарда следует обратить особое внимание на маловесных детей с задержкой внутриутробного развития. Чем более выражена задержка, тем более вероятно тяжелое повреждение миокарда. Особую группу риска составляют маловесные дети с тяжелыми неврологическими нарушениями, вплоть до судорог. Еще более возрастает степень риска гипоксического повреждения миокарда в случае сочетания тяжелой неврологической симптоматики с электрокардиографическими изменениями в виде высокой электрической активности миокарда левого желудочка и смещения сегмента ST относительно изолинии в прекардиальных отведениях. Несмотря на слабую выраженность либо отсутствие клинических проявлений ишемических повреждений миокарда все вышеперечисленное заставляет прибегнуть к определению уровня кардиомаркера Tn I в крови. На этом этапе важно ориентироваться на полученный нами референтный интервал. Все дети со значениями выше 0,4 нг/мл являются группой риска по развитию морфологических изменений в миокарде. Они должны находиться в условиях специализированного отделения детской многопрофильной больницы и, в случае необходимости, иметь возможность быть переведенными в отделение неонатальной реанимации.

ВОЗМОЖНО ЛИ СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТЕНТА С БИОИНЖЕНЕРНЫМ ПОКРЫТИЕМ «GENEOUS»?

**Ганюков В.И., Бохан Н.С., Шилев А.А.,
Шушпанников П.А., Гайфулин Р.А.,
Барбараш Л.С.**

Учреждение РАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово

В последнее время в клинической практике стал применяться стент нового поколения – биоинженерный стент «Genous». Данный стент покрыт клетками предшественникам эндотелиальных клеток, что обеспечивает его быструю эндотелизацию, снижает активацию тромбоци-

тов и вероятность процессов гиперпролиферации. Тем самым показана возможность сокращения двойной дезагрегантной терапии при использовании стента «Genous».

Цель: провести анализ безопасности применения 14-дневной терапии клопидогрелом после ЧКВ при имплантации стентов «Genous».

Материал и методы. Анализу подвергнуты госпитальные и ближайшие (в течение 3 месяцев) результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 27 больных, которым имплантирован стент с биоинженерным покрытием Genous, на фоне сокращенной 14-дневной терапии клопидогрелом. Средний возраст в исследуемой выборке составил $59,22 \pm 9,45$ лет. Превалировали больные мужского пола – 19 пациентов (70,4%). У 3 больных (11,1%) был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST, 24 (88,9%) пациента имели клинику стабильной стенокардии. Сахарный диабет отмечен у 5 больных (18,5%), артериальная гипертензия у 25 (92,6%). Средняя фракция выброса левого желудочка составила $56,7 \pm 8,4\%$. Постинфарктный кардиосклероз наблюдался у 15 (55,6%) пациентов, у одного больного в анамнезе отмечено ОНМК. Шести пациентам (22,2%) ранее было проведено ЧКВ, 2 больных (7,4%) подвергались аортокоронарному шунтированию. Хроническая аневризма левого желудочка отмечена у двух пациентов (7,4%) Однососудистое поражение коронарного русла имело место у 18 (66,7%) больных, двухсосудистое – у 5 (18,5%), тогда как трехсосудистое отмечено у 4 пациентов (14,8%). Средний процент исходного поражения коронарной артерии составил $87,6 \pm 12,3\%$. 26 больным (96,3%) был имплантирован один стент, лишь у 1 больного (3,7%) эндопротезирование сопровождалось установкой двух стентов. Средняя длина стентированного сегмента составила $20 \pm 7,2$ мм, средний диаметр стентов – $3,2 \pm 0,4$ мм.

В качестве непосредственных результатов стентирования оценивались такие ангиографические показатели, как успех вмешательства (остаточный стеноз менее 10%, кровоток TIMI 3 при отсутствии осложнений) и диаметр коронарной артерии в области имплантации стента. На протяжении периода госпитализации и в постгоспитальном периоде учитывались такие осложнения, как смерть, ОИМ, повторная реваскуляризация и любой тромбоз стента по определению Академического исследовательского консорциума (Academic Research Consortium – ARC).

Результаты. Непосредственный успех ЧКВ со стентированием отмечен в 100% случаев. Средний диаметр венечной артерии в месте имплантации стента составил $3,3 \pm 0,5$ мм. В нашем исследовании не отмечалось смертельных исходов, ОИМ, повторной реваскуляризации, а также тромбозов стентов как в госпитальный период, так и в течение 3 месяцев после выписки из стационара.

Заключение. На основании проведенного анализа получены предварительные данные о возможности сокращения приема клопидогреля у больных после имплантации биоинженерного стента «Genous» до двух недель, что требует дальнейшего подтверждения и обоснования.