

возрос с 34,3% до 47,2% ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к снижению КДО ЛЖ со 197,6 до 182,8 мл ($p = 0,04$). КСО ЛЖ уменьшился со 129,4 мл до 111,3 мл при контрольном исследовании ($p = 0,006$). При этом у больных, получающих консервативную терапию после ИМ (группа II) глобальная сократительная способность миокарда ЛЖ была существенно ниже нормы, как исходно, так и на момент контрольного исследования (42,9%, и 40,7% соответственно, $p > 0,05$), показатель КДО ЛЖ оставался стабильно высоким исходно и при контрольном исследовании (213 мл и 218,8 мл ($p = 0,4$)). 30,4% пациентов ($n = 7$) I группы (после ЧКВ) на момент контрольного исследования не имели прямых показаний к реваскуляризации миокарда или резекции АЛЖ, 2 больным (8,7%) было показано выполнение реинтервенции, 9 пациентов (39%) нуждались в операции КШ или КШ в сочетании с резекцией АЛЖ, тогда как изолированная резекция АЛЖ выполнена 4 больным (17,4%). Пациенты II группы на момент контрольного исследования имели показания к операции КШ или КШ в сочетании с резекцией АЛЖ в 100% случаев.

Заключение: отсроченное ЧКВ является методом реваскуляризации миокарда, благоприятно влияющим на показатели внутрисердечной гемодинамики, который может применяться в качестве этапа хирургического лечения пациентов с АЛЖ, а в ряде случаев, и в качестве самостоятельного метода лечения.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ АЛЛОГЕННЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Т.Х. Фатхудинов, А.В. Коротеев, А.В. Дьячков,
Д.В. Гольдштейн, Н.П. Бочков (Москва)

Трансплантация алогенных клеток для лечения некоторых аутоиммунных и наследственных заболеваний приобретает все большее распространение. В качестве клеточного трансплантата чаще всего используют культуру мультипотентных стромальных клеток (МСК) костного мозга, так как показана иммуномодулирующая и противовоспалительная активность этих клеток. Идиопатическая дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – наследственное заболевание, связанное с мутациями целого ряда генов, поэтому применение аутогенных клеток вряд ли целесообразно. при трансплантации аллогенных МСК костного мозга имеет решающее значение. Теоретическая возможность индукции восстановления сократительных элементов миокарда.

Цель. Изучение эффективности и безопасности трансплантации аллогенных пренатальных МСК при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ДКМП.

Методы. В исследование включено 7 больных с идиопатической ДКМП, которым вводили пренатальные МСК. Функциональное состояние

больных по NYHA соответствовало: $3,3 \pm 0,76$. Для оценки эффективности трансплантации клеток определяли динамику функционального состояния больных (по результатам 6-ти минутного теста), величину ФИ ЛЖ, уровень BNP. Клеточные трансплантаты в виде суспензии 1 млрд. клеток вводили интракоронарно с объемной скоростью введения 100 мл/ч. Обследование пациентов проводили в исходном, а затем через 1, 3 и 6 месяцев после трансплантации.

Результаты. Осложнений, связанных с трансплантацией, отмечено не было. У больных наблюдали улучшение функционального состояния, так дистанция 6-ти минутного теста достоверно увеличилась с $171,4 \pm 146,8$ м до $324,49 \pm 185,99$ м, т.е. на 89,2%, ФК по NYHA снизился с $3,3 \pm 0,76$ до $2,14 \pm 1,34$, увеличилась также ФИ ЛЖ, но разница статистически не достоверна. Особенно показательным оказалось динамическое изменение уровня BNP (мозговой натрийуретический пептид), который уже в течение первого месяца снизился с $1089,36 \pm 602,97$ пг/мл, до $541,34 \pm 335,34$ пг/мл.

Выводы.

1. Интракоронарное введение аллогенных клеток является клинически безопасной процедурой.
2. Трансплантация пренатальных аллогенных МСК костного мозга обеспечивает улучшение клинического и функционального состояния больных с ДКМП.

Полученные обнадеживающие результаты позволили нам начать исследование по трансплантации больным с ДКМП аллогенных МСК, полученных от взрослых доноров.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ИНТАКТНОЙ ВТОРОЙ

А.Н. Федорченко, В.В. Ткачев, А.А. Усачёв,
О.С. Волколуп, М.Г. Шматов, Р.С. Тупикин,
Д.А. Корж, К.О. Лясковский, А.Ю. Бухтояров,
П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина (Краснодар)

Цель: определить эффективность эндоваскулярного лечения поражений вертебральной артерии при интактной второй.

Материалы и методы: В отделении рентгенхирургии с мая 2006 года были прооперированы 65 пациентов, которым было имплантировано 65 баллонрасширяемых стентов в позвоночные артерии. В анамнезе 4 (6,7%) пациента перенесли ишемические инсульты в бассейне позвоночных артерий, 40 (61%) пациентов были с «синдромом вертебрально-базиллярной артериальной системы» (Вертебрально-базиллярная недостаточность (ВБН), 21 (32,3%) пациент имел диагноз ишемическая болезнь сердца (ИБС), им было выполнено стентирование позвоночных артерий

в плане подготовки к аорто-коронарному шунтированию. У 8 (12,3%) пациентов ангиопластика позвоночных артерий была выполнена одновременно со стентированием сонных артерий. 62 (95,4%) пациентам стенты были имплантированы в устьевые и приустьевые отделы, 3 (4,6%) больным стенты были имплантированы в интракраниальные сегменты позвоночных артерий. У 3 (4%) пациентов ангиопластике подверглись гипоплазированные ($d < 3\text{ мм}$) вертебральные артерии, оканчивающиеся задней нижней мозжечковой артерией (ЗНМА).

Результаты: Ангиографический эффект достигнут в 100%. Летальность составила 1,5%: у 1 больного острый тромбоз стента (в первые сутки) в устьевом отделе правой позвоночной артерии, на КТ сканах определялся инфаркт правого полушария мозжечка. У больных с ишемической болезнью сердца (21 пациент), которым после стентирования позвоночных артерий были выполнены вмешательства на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения, во время операции и в раннем постоперационном периоде нарушений мозгового кровообращения (НМК) в вертебробазилярном бассейне отмечено не было.

Контрольная ангиография проводилась 24 (37%) больным в сроки от 3 мес. до 8 мес. после ангиопластики. Повторной имплантации стентов не потребовалось ни одному больному. 2 (8,3%) пациентам выполнена баллонная ангиопластика выраженных рестенозов, у 1 (4%) больного возникла окклюзия в стенте, не приведшая к грубым неврологическим расстройствам.

Выводы: эндоваскулярное стентирование позвоночных артерий – это эффективный и достаточно безопасный метод лечения. У больных, которым планируется проведение вмешательства на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения, стентирование позвоночных артерий эффективно предотвращает развитие НМК во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Мы считаем, что с целью определения показаний для стентирования поражённой позвоночной артерии при интактной второй необходимо проводить объективные методы диагностики, которые позволяют оценить перфузионный резерв головного мозга.

ВЛИЯНИЕ ДАВЛЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ НА РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

А.Н. Федорченко, А.В. Протопопов, А.Г. Осиев,
Р.С. Тупикин, А.Ю. Бухтояров, М.Г. Шматов,
К.О. Лясковский, Д.А. Корж, О.С. Волколуп,
А.А. Усачев, П.А. Лазебный, Е.Г. Смолина
(Краснодар, Красноярск, Новосибирск)

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты коронарного стентирования у больных с использованием тактики высокого давления.

Материалы и методы: В исследование вошли 934 пациента с клинически значимым поражением коронарного русла. Больные были разделены на группы дилатации стентов низким давлением (8-13 атмосфер) 466 пациентов и высоким давлением (15-20 атмосфер) 468 пациентов. Имплантировались стенты, наиболее широко используемые нами в повседневной практике – Multi Link stent, Flex Master F1 (Abbot Vascular). Под «высоким» давлением подразумевали давление имплантации в пределах 15-20 атмосфер. «Низкое» давление имплантации определялось, как давление от 8 до 13 атмосфер для безопасного выполнения дилатации, в соответствии с давлением разрыва баллонного катетера.

Результаты: У больных, включенных в исследование, во время стентирования не отмечалось перфорации коронарных артерий или других жизнеугрожающих осложнений. В течение 30-дневного наблюдения неблагоприятные побочные события (осложнения) составили 2,8% для группы высокого давления и 3,0% для группы низкого давления. Пациенты без побочных неблагоприятных событий (осложнений) в течение первых 30 дней наблюдения определялись для дальнейшего изучения отдаленных результатов в течение 6 месяцев. Такому исследованию, с выполнением контрольной коронарографии были подвергнуты 372 (83%) больных из группы высокого давления и 370 (82,2%) больных из группы низкого давления. Частота рестенозов в группе высокого давления составила 30,4%, а в группе низкого давления 31,4%, однако частота тотальных окклюзий стентированных сегментов коронарных артерий в группе высокого давления была 3,8%, тогда как в группе низкого давления 5,9%. В течение 1 года наблюдений, основные клинические параметры не достигали статистической разницы между двумя группами, сочетанный показатель, включающий отсутствие Q-ИМ и повторных вмешательств у больных группы высокого давления составил 78,8%, в группе низкого давления 75,5%. Повторные ЧКВ были выполнены у 67 (14,3%) больных из группы высокого давления и 78 (16,7%) больным в группе низкого давления.

Заключение: Частота тромбозов стентов в течение 30 дней после вмешательства в группах низкого и высокого давления достоверно не отличается. Частота ранних осложнений (смерть, Q-ИМ, повторные реваскуляризации) также сопоставима между группами с разным давлением имплантации стентов.

Исследование группы высокого давления при стентировании пораженных коронарных артерий выявило положительные тенденции в клинических исходах при наблюдении отдаленных