

внутрикоронарного лечения цитопротектором. По исходным клинико-anamnestическим и ангиографическим данным пациенты в исследуемых группах достоверно не различались. Внутрикоронарное введение перпарата осуществляли, путем разведения и создания специального раствора, в течении 10 мин. одномоментно с реперфузией миокарда через специальный микрокатетер. Забор крови на маркеры повреждения кардиомиоцитов (Тропонин I, миоглобин) производили в момент реканализации ИОА, на 12 и 24 час после выполнения процедуры. Всем пациентам на 10-е сутки заболевания выполняли контрольную вен-трикулографию, также через 6 мес. рекомендо-вали контрольное обследование в клинике.

Результаты. На госпитальном этапе течение заболевания было относительно гладким, отмечали 1 (1,0%) летальный исход в 1-ой группе и 1 летальный исход (1,0%) во 2-ой группе. Средние значения концентраций тропонина I на 12 час после проведения процеду-ры в 1-ой и 2-ой группе составили 292 ± 41 и 603 ± 34 нг/мл, соответственно ($p < 0,05$). В отдаленные сроки после проведенного лечения, в среднем спустя $6,8 \pm 0,7$ мес. выживаемость пациентов составила в первой группе – 96,8%, во второй 92,7% (различия между группами недостоверны – $p > 0,05$). ФВ ЛЖ в 1-й и во 2-й группах составила $53,1 \pm 9,4\%$ и $48,7 \pm 8,3\%$ ($p < 0,05$). Отмечена также достоверно лучшая динамика сократимости инфаркт связанных сегментов левого желудочка по сравнению с контрольной (таблица 1).

ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИКО-Ангиографические результаты стентирования ствола ЛКА.

Кононов А.В., Костянов И.Ю., Громов Д.Г., Колединский А.Г., Сухоруков О.Е., Ковальчук И.А., Абильдинова А.Ж., Кучкина Н.В., Ярных Е.В., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

Частота выявления гемодинамически значимого поражения ствола ЛКА (сужение $\geq 50\%$) при проведении рутинной коронароангиографии составляет от 3 до 10,9% случаев, при этом хроническая окклюзия ствола ЛКА выявляется в 0,01-0,7% случаев. Единственным методом лечения поражения ствола ЛКА до недавнего времени являлось аортокоронарное шунтирование. Активное внедрение в клиническую практику голометаллических стентов, а в последнее время – стентов с лекарственным покрытием, позволило добиться расширения показаний для возможного эндоваскулярного вмешательства на стволе ЛКА. Развитие в отдаленные сроки после стентирования рестеноза, тромбоза стента ограничивает широкое приме-

нение данной методики лечения у пациентов с поражением ствола ЛКА.

Целью нашего **исследования** явилась оценка отдаленных клинико-ангиографических результатов стентирования ствола ЛКА у больных с хроническими формами ИБС.

Материал и методы. С июня 2002 года по ноябрь 2010 года на базе Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии 83 пациентам были выполнены эндоваскулярные вмешательства на стволе ЛКА по поводу его сужения. У 56,6% ($n=47$) пациентов лечебные эндоваскулярные вмешательства выполнялись в плановом порядке с хроническими формами ИБС. В большинстве случаев это были пациенты мужского пола 74,5% ($n=35$), в возрасте от 42 до 79 лет. У всех пациентов стаж ИБС в среднем не превышал 6,4 года. Из факторов риска в 63,8% ($n=30$) отмечалась дислипидемия, у 80,9% ($n=38$) пациентов имела артериальная гипертензия, у 74,5% ($n=35$) пациентов отмечалось табакокурение, у 35 пациентов (74,5% случаев) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, перенесенная ранее операция АКШ у 16 пациентов (34% случаев) ОНМК перенесли 3 пациентов (6,4%), атеросклероз БЦА в 10,6% случаев ($n=5$), атеросклероз нижних конечностей в 12,8% случаев ($n=6$). При плановом обследовании в стационаре ср.ФВ составила $54 \pm 4,3\%$. Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, в 76,4% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $52,4 \pm 2,4$ Вт. При проведении диагностической коронароангиографии у всех изучаемых пациентов выявлялся гемодинамически значимое поражение ствола ЛКА, выявленный стеноз СЛКА колебался от 60 до 100% и в среднем составил 77,8%. В 2,1% случаев была выявлен хронически окклюзированный ствол ЛКА ($n=1$). Изолированное устьевое поражение СЛКА наблюдалось в 21,3% случаев ($n=10$), поражение тела ствола ЛКА наблюдалось у 5 пациентов (10,6%), бифуркационное поражение ствола ЛКА с переходом на крупные ветви системы ЛКА у 32 пациентов (68,1%) У большинства пациентов отмечались гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях. В 80,9% случаев ($n=38$) выполнялось прямое стентирование СЛКА, в 1 случае при выявленной хронической окклюзии (2,1%) потребовалось проведение механической реканализации ствола ЛКА, баллонная ангиопластика с переходом в стентирование проводилось в 19,2% случаев ($n=9$), kissing\V стентирование выполнялось в 63,8% случаев ($n=30$), Т-стентирование в 4,3% случаев ($n=2$). В ствол ЛКА в большинстве случаев были имплантированы т.н. голометаллические стенты в 69,4% случаев ($n=34$), а так же стенты с лекарственным покрытием в 30,6% случаев ($n=15$). В 4,3% случаев ($n=2$) в ствол ЛКА было имплантировано 2

стента. В 100% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата, без осложнений. В 100% (n=47) случаев госпитальный период протекал гладко, в стабильном состоянии эти пациенты были выписаны из стационара.

Результаты исследования. В среднем через $8,01 \pm 2,1$ месяцев после стентирования ствола ЛКА было повторно обследовано 85,1% пациентов (n=40). Возобновление клиники стенокардии отмечалось в среднем через 3,9 месяцев после процедуры стентирования. В 10% случаях (n=4) при контрольном обследовании пациенты были госпитализированы с ОИМ, в 30% случаев с клиникой прогрессирующей стенокардии (n=12), с клиникой стенокардии напряжения различных функциональных классов в 37,5% случаев (n=15), в 22,5% случаев (n=9) пациенты были асимптоматичны. При проведении контрольного УЗИ сердца отмечено недостоверное увеличение ср.ФВ до $55 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$). Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, в 56,2% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $58,6 \pm 2,8$ Вт. ($p > 0,05$). При проведении контрольной коронароангиографии общий рестеноз стента ствола ЛКА составил 50% (n=20). У пациентов с выявленным рестенозом в стенке ствола ЛКА в 60% случаев (n=12) выполнялись повторные эндоваскулярные вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование), в 45% (n=9) случаев была рекомендована операция АКШ, 1 пациенту (5%) было рекомендовано консервативное лечение. Общая и коронарная выживаемость в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 97,9%. Летальность (по кардиологическим причинам) в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 2,1% (n=1).

Заключение. Применение техники стентирования при поражении ствола ЛКА при правильном подборе пациентов в большинстве случаев отмечается удовлетворительный непосредственный ангиографический результат эндоваскулярного лечения. Подобные эндоваскулярные вмешательства при стенозирующем процессе в стволе ЛКА может являться альтернативным методом лечения у пациентов с многососудистым поражением венечного русла операции АКШ. Однако, в отдаленном периоде у пациентов с хроническими формами ИБС эффект от эндоваскулярного вмешательства на СЛКА сохраняется только лишь у 50% пациентов.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ ОИМ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Костянов И.Ю., Симонов О.В., Сидельников А.В.,
Васильев П.С., Абрамова Н.С., Бараташвили В.Л.,
Плавунов Н.Ф., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель работы. Изучить эффективность и безопасность использования на догоспитальном этапе различных тромболитических препаратов для лечения больных острым инфарктом миокарда с подъемом ST.

Материал и методы. Ретроспективно изучены результаты обследования и лечения 1029 больных ОИМ с подъемом ST и догоспитальным системным тромболлизисом (ТЛ), которые были пролечены в НПЦИК в период с 1 января 2001 г. по 30 сентября 2010 г. включительно. Средний возраст пациентов — $57,38 \pm 10,2$ лет, мужчин — 864 (84%) человека. Догоспитальный ТЛ препаратом Метализе проводился 501 (48,6%) пациенту, препаратом Стрептаза 386 (37,6%) пациентам, препаратом Пулолаза 112 (10,9%) пациентам и препаратом Метализе ТЛ проводился 30 (2,9%) пациентам. Эффективность ТЛ оценивалась по результатам КАГ, выполненной в ранние сроки заболевания.

Результаты. Среднее время от начала ОИМ до проведения ТЛ составило 114,8 мин. Догоспитальные осложнения ОИМ отмечались у 161 (14,9%) больного (сердечная недостаточность II-IV ст. по Killip — 39 (4,1%) пациентов; нарушения ритма, включая реперфузионные (ФЖ, ЖТ, НЖТ, МА, ЖЭ, АВ-блокада 2-3 ст.) у 327 (31,7%) пациентов; скончались 32 (3,1%) пациента. Геморрагические осложнения, потребовавшие гемотрансфузии отмечались в 7 (0,68%) случаях, геморрагические инсульты в 3 (0,3%) случаях, аллергические реакции на тромболитик в 3 (0,29%) случаях, острая почечная недостаточность отмечалась в 5 (0,48%) случаях. В сроках проведения ТЛ, показателях летальности и количестве осложнений достоверного различия между используемыми тромболитиками выявлено не было. В сроки до 6 часов от начала ОИМ было обследовано (КАГ, ВГ) 945 (91,8%) пациентов с ОИМ и догоспитальным ТЛ. Эффективность ТЛ составила 67,0%, средняя величина стенозирующего поражения ИОА — $83,22 \pm 16,36\%$. При использовании ТЛ в первые 90 мин. от развития ОИМ реперфузия ИОА, по данным КАГ, определялась в $72,6\% \pm 8,8\%$ случаев. При использовании ТЛ в сроки более 90 мин. от начала ОИМ реперфузия наступала в $57,4\% \pm 7,8\%$ случаев. По реперфузионной эффективности достоверного различия между тромболитиками выявлено не было. 678 (65,8%) пациентам одномоментно выполнены успешные urgentные эндоваскулярные вмешательства (ЭВП). Среднее время от начала ОИМ до ЭВП у изучаемой группы больных составило 262,3 мин. (время догоспитального этапа — 204,1 мин., время стационарного этапа — 58,2 мин.). У 590 (57,3%) пациентов ЭВП выполнены в сроки от 38 до 360 минут (ср. значение 202,7 мин.) от начала ОИМ, летальность