

теристикам исследуемые группы были сопоставимы.

Результаты. При использовании ТЭ в 41 (69,5%) всех случаев удалось эвакуировать макроскопически видимые тромботические массы в том или ином объеме. После аспирации тромбов в первой группе проводили стентирование ИОА. Мы не наблюдали увеличение частоты дистальной эмболизации или развития операционных осложнений при использовании ТЭ, в том числе у пациентов на фоне проведенной ТЛТ. Летальность на госпитальном периоде составила 0% в первой группе и 1 (1,6%) во второй ($p > 0,05$). В каждой из групп отмечали по одному случаю подострого тромбоза стентов – 1,6%. Клинические показатели и частота осложнений были схожи в обеих группах. Непосредственный эффект восстановления антеградного кровотока в бассейне ИОА, в изученных группах представлен в таблице 1.

Выводы. Возможно безопасно проводить аспирацию тромба из инфаркт ответственной артерии у значительной части пациентов с ОИМ в том числе и у пациентов после системного тромболизиса без значительного повышения частоты MACE. Применение данного метода в большинстве случаев позволяет эвакуировать часть тромботических масс из ИОА. Сочетание тромбэкстракции с стентированием ИОА позволяет добиться более полного восстановления антеградного кровотока в микроциркуляторном русле ИОА.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОИМ ЭВП В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРИКОРОНАРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ МЕКСИКОРА

Колединский А.Г., Кучкина Н.В., Костянов И.Ю., Васильев П.С., Ярных Е.В., Полумисков В.Н., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель исследования. Изучение кардиопротективного действия метаболического цитопротектора Мексикора (метилэтилпиридинола сукцинат), введенного внутрикоронарно в инфаркт-ответственную артерию (ИОА) после ее механической реканализации в первые часы развития острого крупноочагового инфаркта миокарда (ОИМ), в сочетании с проведением эндоваскулярных процедур (ЭВП).

Материал и методы. В исследование был включен 191 пациент (средний возраст — 56 ± 7 лет) с острой окклюзией проксимального или среднего сегментов коронарных артерий и отсутствием антеградного кровотока (TIMI 0), которым в первые шесть часов от момента развития ОИМ была выполнена успешная реканализация ИОА. До проведения ангиографии все пациенты были рандомизированы на 2 группы. Пациентам первой группы ($n=96$) внутрикоронарно вводили 0,2 г препарата Мексикор. Вторую группу – контрольную, составили 95 больных с ОИМ и успешной реканализацией ИОА, которым не проводилось

Таблица 1
Сегментарная сократимость левого желудочка по данным вентрикулографии, %

	Сегменты:	1-я группа	2-ая группа
Исходно	Переднебазальный	48,3+16,4	45,9+20,2
	Переднелатеральный	1,2+22,1	-2,8+20,4
	Верхушечный	-2,4+6,4	1,4+8,6
	Диафрагмальный	46,3+23,0	50,2+22,5
	Заднебазальный	44,7+14,3	43,6+10,8
Отдаленный период	Переднебазальный	55,7+27,1	48,8+19,9
	Переднелатеральный	21,4+28,5*	11,5+17,6
	Верхушечный	12,1+9,3*	5,2+10,4
	Диафрагмальный	40,8+22,7	38,2+18,7
	Заднебазальный	45,1+7,7*	34,0+12,8

*-различия в исследуемых группах по сравнению с группой контроля достоверны $p < 0,05$

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. рекомендовали 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 процедуры 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 имелась 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