

**Результаты:** У всех больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось клиническое улучшение, проявляющееся в понижении степени сердечной недостаточности по классификации NYHA. Тем не менее, у 4 больных после клеточной терапии с помощью МККМ спустя 12 мес мы выполняли повторные процедуры введения клеток из-за нарастания клинических признаков сердечной недостаточности. Ультразвуковые показатели внутрисердечной гемодинамики достоверно улучшились только у пациентов, в группе которых применялось лечение ФК спустя 6 и 12 месяцев наблюдения. При этом если показатели КДО исходно составляли не более 200 мл. Однако преходящие дефекты перфузии миокарда у больных ИБС достоверно улучшились в обеих группах пациентов, которым применялась клеточная терапия спустя 3, 6 и 12 мес после проведенного лечения, по сравнению с пациентами контрольной группы. Хоумин-эффект спустя 24 часа после введения меченных изотопами МККМ в сердце составлял до 2,5%, а ЭСК в эксперименте до 15%.

**Заключение:** Клинические результаты по внутрисердечному введению мононуклеарных и фетальных клеток у больных ИБС показали, что методика лечения является безопасной. Однако улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики отмечалось только у больных после лечения фетальными клетками по сравнению с контрольной группой больных и группой лечения пациентов с помощью МККМ. Показатели перфузии миокарда достоверно улучшались, как в группе с МККМ так и ФК. Хоуминг-эффект наиболее выражен для эмбриональных стволовых клеток.

## **ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КИНЕТИКИ МИОКАРДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Н.Л. Бабак, Л.В. Кардапольцев, С.В. Сухарева, Т.А. Варгина, О.В. Беляев (Екатеринбург)

Большинство больных с ИБС, подвергшихся процедуре стентирования коронарных артерий, имеют сохранную фракцию выброса (ФВ), не выходящую за пределы нормы. Кроме того, ФВ не коррелирует с симптомами заболевания и толерантностью к физической нагрузке. Поэтому необходимы дополнительные методы оценки сократимости миокарда при нормальной систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

**Цель исследования:** изучение динамики общей и регионарной (сегментарной) сократимости миокарда после стентирования коронарных артерий стентами без лекарственного покрытия.

**Материалы и методы:** обследовано 26 человек. Из них 24 мужчины. Средний возраст пациентов – 49 лет. У 20 человек (76%) инфаркт мио-

карда в анамнезе. Контрольная группа составила 25 человек. Это были здоровые люди без ИБС, которым с дифференциально-диагностической целью выполнена КАГ с вентрикулографией и проведен покадровый анализ вентрикулографии и ЭхоКГ. Данные сократимости ЛЖ этих пациентов были взяты за норму. В исследуемой группе до и через 6-8 месяцев после стентирования показатели ФВ по ЭхоКГ методом Симпсона и левой вентрикулографии были в норме. Дополнительно использовался метод секторальной оценки ФВ. При покадровом анализе кинетики сердечный цикл от систолы до систолы делился на 25 кадров. Контур ЛЖ был разделен на 20 сегментов. Среднее нормальное значение ФВ определяли в контрольной группе методом стандартных отклонений. Гипер- и гипокинез сегментов миокарда характеризовался отклонением величины ФВ за пределы доверительного интервала двух сигм (или более двух стандартных отклонений). Рестеноз стента определяли как сужение более 50% диаметра сосуда при повторной КАГ.

**Результаты:** из 26 человек рестеноз выявлен у 11 (42%). По данным ЭхоКГ получено достоверное уменьшение конечного систолического объема (КСО) ЛЖ после стентирования в группе без рестеноза ( $p < 0,005$ ). Достоверных различий конечного диастолического объема (КДО) и ФВ до и после стентирования у больных без рестеноза не выявлено. При оценке сегментарной сократимости ЛЖ методом стандартных отклонений выявлен гиперкинез здоровых участков миокарда и улучшение сократимости сегментов в бассейне стентированной артерии, как без развития рестеноза, так и при рестенозе, что свидетельствует о жизнеспособности миокарда. Отсутствие данных признаков отмечалось при многососудистом поражении и прогрессирующей дилатации ЛЖ, несмотря на устранения ишемического фактора. Данные ЭхоКГ коррелируют с данными вентрикулографии.

### **Выводы:**

1. После стентирования коронарных артерий при отсутствии рестеноза отмечается достоверное уменьшение КСО, что косвенно свидетельствует об улучшении систолической функции ЛЖ.
2. Стентирование не влияет на КДО.
3. В бассейне стентированной артерии улучшается сократимость сегментов, независимо от наличия или отсутствия рестеноза в отдаленный период. Этот феномен наблюдается только при однососудистом поражении.
4. При многососудистом поражении в бассейне стентированной артерии выявляется ухудшение локальной сократимости миокарда и прогрессирующая дилатация полости ЛЖ, несмотря на отсутствие рестеноза и восстановления кровотока, а следовательно устранение ишемического фактора.