

MPT определяли локализацию, объем и массу миокарда в зоне спиртиндуцированного повреждения.

**Результаты.** Интраоперационно, непосредственно после проведения процедуры спиртовой абляции, градиент давления на уровне выходного ЛЖ составил в среднем  $11.6 \pm 3.8$  мм.рт.ст, а к моменту выписки (3-5 сутки) —  $22.3 \pm 12.3$  мм рт. ст., ФВ снизилась с  $78.6 \pm 1.9$  мм рт. ст. до  $74.5 \pm 4.1$  мм рт.ст. Летальных исходов во время процедуры и в послеоперационном периоде не было. Транзиторная атриовентрикулярная (АВ) блокада возникла у одного пациента (1.6%). Преходящие нарушения функции проводимости наблюдались у 4 пациентов (6.6%). У всех больных на госпитальном этапе отмечена регрессия клинической симптоматики заболевания. Через 6 часов после спиртовой редукции мы зарегистрировали высокий уровень активности КФК-МВ в сыворотке. А к 5-6 суткам уровень активности не превышал контрольные значения у здоровых лиц. У наших пациентов уровень активности КФК-МВ от общей активности кретинфосфокиназы через 6 часов после абляции равнялся 15%, на 1-е сутки 14%, к исходу вторых суток уже 7.7%. Схожие тенденции отмечались в исследовании уровня кардиоспецифических маркеров повреждения тропонина I и МВ-фракции креатинкиназы. Полученные данные MPT исследования свидетельствовали о гетерогенности очагов повреждения в зоне абляции, следует отметить, что у большинства пациентов очаги повреждения распределялись преимущественно в базальном отделе МЖП, лишь у одного пациента (1.6%) определялись очаги повреждения в средней и нижней трети перегородки. Локализация зоны инфаркта перегородки в большинстве случаев (72%) соответствовала субэндокардиальному повреждению правожелудочковой части перегородки, в 1 случае мы имели трансмуральное повреждение МЖП.

**Заключение.** Оценка зоны повреждения миокарда после выполнения спиртовой абляции сопряженная с оценкой уровня кардиоспецифических ферментов после выполнения абляции позволяют решать ряд вопросов; во — первых о необходимости и возможности выполнения повторных процедур, так как полученные данные дают полную характеристику степени, локализации и глубины повреждения МЖП, во — вторых полученная информация позволяет прогнозировать исход изменений сократительной функции миокарда.

### **РОТАЦИОННАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Осиев А.Г., Зубарев Д.Д., Верещагин М.А., Кретов Е.И.  
ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Новосибирск, Россия.

**Цель исследования.** Оценить эффективность ротационной эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением коронарных артерий, определить предикторы успеха при выполнении процедуры.

**Метод исследования.** Ротационная эндартерэктомия была выполнена у 32 пациентов. Мужчин 21 (66%), женщин 11 (34%). 26 (81%) пациентов поступали с диагнозом «стабильная стенокардия». 6 пациентов (19%) имели клинику нестабильной стенокардии. 16 (50%) вмешательств проводились на правой коронарной артерии, на передней нисходящей артерии 10 (35%) и 6 (15%) на огибающей артерии. У всех пациентов использовалось устройство для ротационной эндартерэктомии Jet 9000 Rotas — ротаблатор (Boston Scientific Corporation), применялись буры диаметром 1.25; 1.5; 2.0 и 2,5 мм. У 28 пациентов при проведении коронарографии выявлен выраженный кальциноз коронарных артерий, у 2 пациентов атеросклеротическая бляшка с грубым фиброзом и у 2 пациентов гемодинамически значимый рестеноз в стенте. Всем пациентам после выполнения ротационной эндартерэктомии произведена имплантация стентов. Стенты с лекарственным покрытием 11 (34%) пациентам, непокрытые металлически стенты 21 (66%) пациентам. У 13 (40%) пациентов вмешательство проводилось через бедренный доступ, 19 (59%) вмешательств выполнялись трансрадиальным доступом.

**Результаты.** Клинический и ангиографический успех был достигнут у 32 (100%) пациентов. Не наблюдалось каких-либо серьезных осложнений в период госпитализации (смерть, Q-позитивный или Q-негативный инфаркт миокарда, острая окклюзия коронарной артерии, повторное эндоваскулярное вмешательство, или аортокоронарное шунтирование).

**Заключение.** Реваскуляризация коронарных артерий при помощи ротационной эндартерэктомии является эффективной и безопасной процедурой. Использование ротационной эндартерэктомии позволяет проводить вмешательства при кальцинированных артериях с грубым фиброзом атеросклеротической бляшки.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Плеханов В.Г., Куликов Ю.А., Золтоев Д.А., Рокотянский А.Н., Крутов А.Е., Крупина А.В., Ефремов А.В., Крестов А.С., Портной М.А.  
Центр кардиохирургии и интервенционной кардиологии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница», Иваново, Россия.