

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР У БОЛЬНЫХ ОИМ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ТРОМБОЛИЗИСОМ И БЕЗ НЕГО

Д.Г. Иоселиани, И.А. Ковальчук, С.П. Семитко,
Д.Г. Громов, И.Ю. Костянов (Москва)

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинических и ангиографических результатов ЭВП при ОИМ в группах больных с эффективной ТЛТ на догоспитальном этапе и без ТЛТ с окклюзией ИОА.

Характеристика пациентов. Нами были изучены результаты обследования и лечения 218 больных с острым Q-образующим передним инфарктом миокарда. Критериями исключения были инфаркт миокарда передней локализации в анамнезе, окклюзия ОВ ЛКА и/или ПКА по данным КАГ. У 108 из 218 пациентов на догоспитальном этапе была выполнена системная ТЛТ (в подавляющем большинстве случаев раствором стрептазы (74,1%)), у остальных 110 ТЛТ не проводили. У всех 218 пациентов в течение 6 часов от начала ангинозного приступа были выполнены КАГ и лечебная эндоваскулярная процедура на синдром-ответственной венечной артерии – ПМЖВ ЛКА. По данным КАГ, эффективность ТЛТ (Антеградный кровоток в ПМЖВ TIMI 2-3) составила 58,3% (63 пациента), частота спонтанной реканализации ИОА – 31,8% (35 пациентов).

В настоящее исследование из 218 больных были отобраны 138, из которых в I группу вошли 63 пациента с эффективной ТЛТ на догоспитальном этапе (Антеградный кровоток в ПМЖВ TIMI II-III), во II группу – 75 пациентов без ТЛТ на догоспитальном этапе и с закрытой ИОА, по данным КАГ (Антеградный кровоток в ПМЖВ TIMI 0-I). По основным клинико-анамнестическим данным группы достоверно не различались. Время от начала ангинозного приступа до поступления больного в стационар составило $3,8 \pm 1,6$ ч. в I группе и $3,5 \pm 1,6$ ч. – во II-й. В обеих группах время «дверь-баллон» не превышало 30 мин. По результатам КАГ у большинства пациентов наблюдали поражение проксимального сегмента ПМЖВ. В группе больных с ТЛТ было выполнено 32 процедуры ТЛАП и 30 процедур стентирования ИОА; в группе без ТЛТ – 30 и 45 процедур соответственно. Все ЭВП проводились по общепринятой методике.

Результаты. У всех пациентов в обеих группах удалось выполнить ЭВП. Оптимальный непосредственный результат ЭВП (остаточный стеноз < 30%, отсутствие признаков диссекции и эмболизации, антеградный кровоток- TIMI 3) составил в I группе – 67%, во II-й – 64%. Субоптимальный результат ЭВП (замедление антеградного заполнения ИОА – slow reflow) наблюдали в 25,4% случаев в I группе и в 30,7% случаев во II-й; синдром «no reflow» – в 1,6% и 1,3% случаев соответствен-

но. Признаки эмболизации ИОА в результате ЭВП были выявлены в 11,1% случаев в I группе и в 16% случаев – во II-й, в обеих группах признаков выраженной диссекции сосуда отмечено не было. Острый тромбоз ИОА после выполнения ЭВП наблюдали в 3 (4,7%) случаях в I группе и в 1 (1,3%) случае во II-й. Во всех 4 случаях тромбоза ИОА были проведены успешные повторные ЭВП.

Госпитальная летальность (во всех случаях по кардиологическим причинам) составила: 3,2% (2 пациента) в I группе и 1,3% (1 пациент) – во II-й. Рецидив ИМ развился только в I группе – в 2 (3,2%) случаях. Кровотечение, потребовавшее проведение экстренного хирургического вмешательства, наблюдали только в I группе – у 2 (3,2%) пациентов. В обеих группах случаев ОНМК отмечено не было.

После ЭВП снижение сегмента ST более чем на 50% по сравнению с исходной ЭКГ наблюдали в 33,3% случаев в I группе и в 54,6% во II-й, отсутствие динамики сегмента ST в 17,5% и 21,3%; подъем сегмента ST в 17,5% и 2,7% случаев соответственно.

В средне-отдаленном периоде (через $7,1 \pm 2,7$ мес.) обследовано 23 пациента в I группе и 27 пациентов во II-й. Выживаемость составила 100% в обеих группах. Случаев повторного ИМ в I группе отмечено не было, во II группе повторный ИМ развился у 1 (4,3%) пациента. Возобновление клиники стенокардии было отмечено у 6 (26,1%) пациентов в I группе и у 6 (22%) – во II-й.

По результатам контрольной КАГ, частота развития рестеноза была выше во II группе больных (с исходно закрытой ИОА). Рестеноз $\geq 75\%$ составил: 21,7% в I группе и 37% во II-й. ($p < 0,05$); случаев реокклюзий в I группе отмечено не было, во II –й группе реокклюзия была выявлена в 2 (7,4%) случаях.

Динамика КДО, КСО и общей ФВ ЛЖ в группах за период наблюдения представлена в таблице.

| Группы | 1 группа (n=23) | | 2 группа (n=27) | |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | ближайший | средне-отдалён. | ближайший | средне-отдалён. |
| КДО, мл. | 165±47 | 174±57 | 175±40 | 187±44 |
| КСО, мл. | 94±35 | 81±43 | 94±29 | 94±34 |
| ФВ, % | 44±10 | 55±11 | 46±11 | 50±13 |

При сравнительном анализе сегментарной сократимости ЛЖ различия в группах были достоверными по ФВ передне-латерального и верхушечного сегментов.

Заключение. По нашим данным, у пациентов с ОИМ в случае выполнения на догоспитальном этапе ТЛТ частота ранней реперфузии миокарда в бассейне ИОА на 26% выше, чем у пациентов без ТЛТ. Например, в нашем исследовании у 29 из 110 больных без ТЛТ ИОА могла бы быть открытой на догоспитальном этапе в случае введения им бригадой СМП тромболитического препарата.

В изученных группах больных частота клинических и ангиографических осложнений достоверно не различалась, как в ближайшем, так и в средне-отдаленном периодах. Однако, в группе с эффективной ТЛТ по сравнению с контрольной (без ТЛТ с исходно закрытой ИОА) отмечалась тенденция к превышению частоты острого тромбоза ИОА, реинфаркта миокарда и кровотечений в ближайшем периоде после выполнения ЭВП. В этой же группе достоверно реже, чем в контрольной наблюдалось значимое снижение сегмента ST после выполнения ЭВП: у каждого третьего пациента после ТЛТ и у каждого второго без ТЛТ.

За период наблюдения у большинства пациентов было отмечено увеличение общей ФВ ЛЖ, преимущественно за счет сегментов миокарда в бассейне ИОА. Однако, у пациентов в I группе (с эффективной ТЛТ) прирост общей ФВ ЛЖ был достоверно больше, чем у пациентов в контрольной группе (без ТЛТ с исходно закрытой ИОА): в среднем на 7%. В тоже время у большинства больных в обеих группах наблюдалась тенденция к увеличению КДО ЛЖ, что, вероятнее всего, было связано с процессами постинфарктного ремоделирования миокарда.

ОГРАНИЧЕНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МЫШЦЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ВНУТРИКОРОНАРНОМ ВВЕДЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ

Д.Г. Иоселиани, А.Г. Колединский, В.Л. Башилов, Д.В. Истрин, Н.В. Кучкина, С.П. Семитко (Москва)

Цель исследования: изучение кардиопротективного действия метаболитических цитопротекторов Неотона (фосфокреатин) и Мексикора (метилэтилпиридинола сукцинат), введенных внутрикороноарно в инфаркт-ответственную коро-

нарную артерию (ИОКА) после её механической реканализации в первые часы развития острого крупноочагового инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование вошли 147 пациентов (средний возраст – 56±7 лет) с острой окклюзией проксимального или среднего сегментов ПМЖВ и отсутствием антеградного кровотока (TIMI 0), которым в первые шесть часов от момента развития ОИМ была выполнена успешная реканализация ИОКА. До проведения ангиографии все пациенты были рандомизированы на 3 группы. Пациентам первой группы (n=43) Неотон вводили в дозе 2 г непосредственно во время процедуры реканализации ИОКА. Больным второй группы (n=47) внутрикороноарно вводили 0,2г. препарата Мексикор. Третью группу – контрольную, составили 57 больных ОИМ с успешной реканализацией ИОКА, которым не проводилось внутрикороноарного лечения цитопротекторами. По исходным клинико-anamnestическим и ангиографическим данным пациенты в исследуемых группах достоверно не различались. Внутрикороноарное введение перпаратов осуществляли в течении 10 мин. вместе с реперфузией миокарда. Забор крови на маркеры повреждения кардиомиоцитов (Тропонин I, миоглобин) производили в момент реканализации ИОКА, на 12 и 24 час после выполнения процедуры. Всем пациентам на 10-е сутки заболевания выполняли контрольную вентрикулографию, также через 6 мес. рекомендовали контрольное обследование в клинике.

Результаты. На госпитальном этапе течение заболевания было относительно гладким, отмечали 1 (1,7%) летальный исход в 3-ей группе. Средние значения концентраций тропонина I на 12 час после проведения процедуры в 1-ой и 2-ой группе составили 296±41 и 536±34 нг/мл соответственно и были достоверно ниже чем в 3-й группе (872±51 нг/мл). В отдаленные сроки после проведенного лечения, в среднем спустя 6,8±0,7 мес. выживаемость пациентов составила в пер-

Таблица 1. Сегментарная сократимость левого желудочка по данным вентрикулографии, %

| | Сегменты: | 1-я группа | 2-ая группа | 3-я группа |
|-------------------|----------------------|------------|-------------|------------|
| Исходно | Переднебазальный | 50,1±16,4 | 48,3±16,4 | 45,9±20,2 |
| | Переднелатеральный | 0,9±22,1 | 1,2±22,1 | -2,8±20,4 |
| | Верхушечный | 0,7±7,9 | -2,4±6,4 | 1,4±8,6 |
| | Диафрагмальный | 48,4±25,2 | 46,3±23,0 | 50,2±22,5 |
| | Заднебазальный | 40,5±17,1 | 44,7±14,3 | 43,6±10,8 |
| Отдаленный период | Переднебазальный | 53,1±11,8 | 55,7±27,1 | 48,8±19,9 |
| | Переднее-латеральный | 20,4±21,7* | 21,4±28,5* | 11,5±17,6 |
| | Верхушечный | 17,8±13,2* | 12,1±9,3* | 5,2±10,4 |
| | Диафрагмальный | 35,9±21,8 | 40,8±22,7 | 38,2±18,7 |
| | Заднебазальный | 39,3±11,6 | 45,1±7,7* | 34,0±12,8 |

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