

ПА (линейная скорость кровотока по почечной артерии больше 180 см/сек по результатам дуплексного сканирования (ДС), сужение просвета сосуда не менее 60% по данным дигитальной субтракционной ангиографии) в сочетании с клиническими признаками ВРГ или ишемической нефропатии. В послеоперационном периоде контролировались уровень систолического и диастолического АД, уровень креатинина сыворотки крови, проходимость почечных артерий. Соответствующие исследования выполнялись на следующие сутки после операции, далее каждые 6 месяцев в течение как минимум 2 лет. Средний срок наблюдения составил $3 \pm 0,5$ года.

Результаты. Средний уровень систолического артериального давления составил $156 \pm 14,3$ мм рт. ст., диастолического артериального давления $87 \pm 10,2$ мм рт. ст., уровень креатинина сыворотки крови $110 \pm 16,9$ мкмоль/л. У 39 пациентов (42%) был выявлен сахарный диабет 2 типа. У всех пациентов после вмешательства отмечался хороший ангиографический результат. Положительный эффект стентирования на уровень АД, который определялся как снижение АД не менее, чем на 20% от исходного или снижение потребности в гипотензивных препаратах, имел место в 79% случаев (84 больных). Улучшение или стабилизация выделительной функции почек (контролировалась по уровню сывороточного креатинина) отмечались в 71% случаев (76 пациентов). Рестеноз почечной артерии развился в 15% случаев (16 больных).

Заключение. По нашим данным, стентирование почечных артерий – эффективный метод лечения стенозов ПА, который положительно влияет на уровень АД и выделительную функцию почек.

Рестеноз ПА после стентирования развивается у 15% пациентов.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ТРОМБОЭКСТРАКЦИЯ ИЗ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОЙ ИЛИ ТОЛЬКО ЭФФЕКТНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Колединский А.Г., Костянов И.Ю., Васильев П.С., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель исследования. Изучение эффективности процедуры тромбоэкстракции (ТЭ) у пациентов с ОИМ в сочетании проведением экстренных эндоваскулярных процедур (ЭВП).

Материал и методы. В исследование включен 121 пациент, которым в первые 6 часов от начала развития ангинозного приступа была выполнена экстренная КАГ. Все пациенты были рандомизированы на две группы: в 1-ой группе (59 пациентов) urgentную процедуру эндоваскулярной реперфузии миокарда путем стентирования сочетали с тромбоэкстракцией из инфаркт-ответственной артерии, а во 2-ой группе, контрольной (62 пациента) выполняли то же самое, но без процедуры тромбоэкстракции. Средний возраст составил $57,8 \pm 8,2$ лет, мужской пол 85,4%. Интервал «дверь-баллон» составил $5,8 \pm 1,9$ ч. в первой группе против $5,2 \pm 1,3$ ч. во второй ($p > 0,05$), приблизительно у 50% пациентов в двух группах экстренные ЭВП выполнены на фоне тромболитической терапии (ТЛТ), проведенной на догоспитальном этапе. По исходным клинико-анамнестическим харак-

Таблица 1

Эффективность реперфузии миокарда в изученных группах

	Группа 1	Группа 2	P
Кровоток: TIMI			
0-1 (%)	2(3,4)	6(9,8)	Нд
2 (%)	9(15,2)	5(8,1)	Нд
3 (%)	48(81,4)	51(82,1)	Нд
Кровоток: Blush grade			
0-1 (%)	9(15,3)	17(27,4)	$P < 0,05$
2 (%)	25(42,3)	26(42,1)	Нд
3 (%)	25(42,4)	19(30,5)	$P < 0,05$
Резолюция ST-сегмента			
<30%, (%)	8(13,9)	11 (17,7)	Нд
30-70%, (%)	19(32,0)	25(40,2)	Нд
>70%, (%)	32(54,1)	26(42,1)	$P < 0,05$

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 $p<0,05$