

**Локальная внутрикоронарная инъекция эптифибатида через специальный инфузионный катетер в участке с тромбом по сравнению со стандартной внутрикоронарной инъекцией через проводниковый катетер в ходе чрескожного коронарного вмешательства**

Дистальная эмболизация атеротромботического дебриса в ходе чрескожного коронарного вмешательства (PCI) сопровождается нарушением микрососудистой перфузии, непредсказуемым невосстановленным кровотоком, отклоняющейся от нормы функцией левого желудочка и повышенной смертностью. Внутрикоронарное болюсное введение эптифибатида в ходе первичного PCI подтвердило свою безопасность и высокий уровень нормальной перфузии миокарда.

**Цели:** Мы проверили гипотезу о том, улучшает ли локальное внутрикоронарное введение эптифибатида в участке с тромбом через специальный инфузионный катетер в ходе первичного PCI перфузию миокарда и клинический исход, по сравнению со стандартной внутрикоронарной инъекцией через проводниковый катетер.

**Методы:** Проспективно мы зачислили 62 пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI), соответствующих требованиям к проведению первичного PCI и с различными степенями тромбоза на момент первичной коронарной ангиографии. Пациенты получили двойную болюсную внутрикоронарную инъекцию (180 мкг) эптифибатида (75% дозы после установки проводника; 25% после установки стента), через локальную внутрикоронарную инъекцию в участке с тромбом через специальный инфузионный катетер (катетер «ClearWay RX», компания «Atrium Medical») (группа I, 31 пациент) или через стандартную внутрикоронарную инъекцию через проводниковый катетер (группа II, 31 пациент). Поддерживающую дозу эптифибатида не вводили ни в одной группе. Также все пациенты получили внутрикоронарную инъекцию верапамила (300 мкг) (75% дозы после установки проводника; 25% после установки стента), через тот же инфузионный катетер (группа I) или проводниковый катетер (группа II). За пациентами наблюдали в течение 30 дней. Первичным ангиографическим показателем была заключительная степень перфузии миокарда по шкале TIMI 0/1 в конце процедуры. Первичным клиническим показателем была комбинация случаев смерти, повторных инфарктов и реваскуляризация целевых сосудов по истечении 30 дней наблюдения. Результаты: средний возраст составил  $51,7 \pm 9,1$  год (13,4% женщин). Первичный ангиографический показатель отмечался у 0 (0%) против 7 (22,6%) в группе I и II, соответственно ( $P = .022$ ). Первичный клинический комбинированный показатель отмечался у 0 (0%) против 4 (12,9%) в группе I и II, соответственно ( $P = .039$ ). Заключительная степень 3 по шкале TIMI отмечалась у 26 (83,9%) пациентов против 16 (51,6%) пациентов в группе I и II, соответственно ( $P = .035$ ). Заключительный скорректированный интервал по шкале TIMI составил  $21,1 \pm 4,4$  против  $24,0 \pm 3,9$  в группе I и II, соответственно ( $P = .01$ ). Полное прекращение подъема сегмента ST через 6 часов наблюдалось у 22 (71%) пациентов против 14 (45,2%) в группе I и II, соответственно ( $P = .053$ ). Ни в одной группе не наблюдалось кровотечений.

**Вывод:** У пациентов с острым STEMI и различными степенями тромбоза и подвергнутых первичному PCI локальное внутрикоронарное введение эптифибатида в участке с тромбом через специальный инфузионный катетер существенно улучшает перфузию миокарда и клинический исход по истечении 30 дней по сравнению со стандартной внутрикоронарной инъекцией через проводниковый катетер.