

стента. В 100% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата, без осложнений. В 100% (n=47) случаев госпитальный период протекал гладко, в стабильном состоянии эти пациенты были выписаны из стационара.

Результаты исследования. В среднем через $8,01 \pm 2,1$ месяцев после стентирования ствола ЛКА было повторно обследовано 85,1% пациентов (n=40). Возобновление клиники стенокардии отмечалось в среднем через 3,9 месяцев после процедуры стентирования. В 10% случаях (n=4) при контрольном обследовании пациенты были госпитализированы с ОИМ, в 30% случаев с клиникой прогрессирующей стенокардии (n=12), с клиникой стенокардии напряжения различных функциональных классов в 37,5% случаев (n=15), в 22,5% случаев (n=9) пациенты были асимптоматичны. При проведении контрольного УЗИ сердца отмечено недостоверное увеличение ср.ФВ до $55 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$). Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, в 56,2% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $58,6 \pm 2,8$ Вт. ($p > 0,05$). При проведении контрольной коронароангиографии общий рестеноз стента ствола ЛКА составил 50% (n=20). У пациентов с выявленным рестенозом в стенте ствола ЛКА в 60% случаев (n=12) выполнялись повторные эндоваскулярные вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование), в 45% (n=9) случаев была рекомендована операция АКШ, 1 пациенту (5%) было рекомендовано консервативное лечение. Общая и коронарная выживаемость в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 97,9%. Летальность (по кардиологическим причинам) в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 2,1% (n=1).

Заключение. Применение техники стентирования при поражении ствола ЛКА при правильном подборе пациентов в большинстве случаев отмечается удовлетворительный непосредственный ангиографический результат эндоваскулярного лечения. Подобные эндоваскулярные вмешательства при стенозирующем процессе в стволе ЛКА может являться альтернативным методом лечения у пациентов с многососудистым поражением венечного русла операции АКШ. Однако, в отдаленном периоде у пациентов с хроническими формами ИБС эффект от эндоваскулярного вмешательства на СЛКА сохраняется только лишь у 50% пациентов.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ ОИМ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Костянов И.Ю., Симонов О.В., Сидельников А.В.,
Васильев П.С., Абрамова Н.С., Бараташвили В.Л.,
Плавунин Н.Ф., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.

Цель работы. Изучить эффективность и безопасность использования на догоспитальном этапе различных тромболитических препаратов для лечения больных острым инфарктом миокарда с подъемом ST.

Материал и методы. Ретроспективно изучены результаты обследования и лечения 1029 больных ОИМ с подъемом ST и догоспитальным системным тромболизисом (ТЛ), которые были пролечены в НПЦИК в период с 1 января 2001 г. по 30 сентября 2010 г. включительно. Средний возраст пациентов — $57,38 \pm 10,2$ лет, мужчин — 864 (84%) человека. Догоспитальный ТЛ препаратом Метализе проводился 501 (48,6%) пациенту, препаратом Стрептаза 386 (37,6%) пациентам, препаратом Пулолаза 112 (10,9%) пациентам и препаратом Метализе ТЛ проводился 30 (2,9%) пациентам. Эффективность ТЛ оценивалась по результатам КАГ, выполненной в ранние сроки заболевания.

Результаты. Среднее время от начала ОИМ до проведения ТЛ составило 114,8 мин. Догоспитальные осложнения ОИМ отмечались у 161 (14,9%) больного (сердечная недостаточность II-IV ст. по Killip — 39 (4,1%) пациентов; нарушения ритма, включая реперфузионные (ФЖ, ЖТ, НЖТ, МА, ЖЭ, АВ-блокада 2-3 ст.) у 327 (31,7%) пациентов; скончались 32 (3,1%) пациента. Геморрагические осложнения, потребовавшие гемотрансфузии отмечались в 7 (0,68%) случаях, геморрагические инсульты в 3 (0,3%) случаях, аллергические реакции на тромболитик в 3 (0,29%) случаях, острая почечная недостаточность отмечалась в 5 (0,48%) случаях. В сроках проведения ТЛ, показателях летальности и количестве осложнений достоверного различия между используемыми тромболитиками выявлено не было. В сроки до 6 часов от начала ОИМ было обследовано (КАГ, ВГ) 945 (91,8%) пациентов с ОИМ и догоспитальным ТЛ. Эффективность ТЛ составила 67,0%, средняя величина стенозирующего поражения ИОА — $83,22 \pm 16,36\%$. При использовании ТЛ в первые 90 мин. от развития ОИМ реперфузия ИОА, по данным КАГ, определялась в $72,6\% \pm 8,8\%$ случаев. При использовании ТЛ в сроки более 90 мин. от начала ОИМ реперфузия наступала в $57,4\% \pm 7,8\%$ случаев. По реперфузионной эффективности достоверного различия между тромболитиками выявлено не было. 678 (65,8%) пациентам одномоментно выполнены успешные urgentные эндоваскулярные вмешательства (ЭВП). Среднее время от начала ОИМ до ЭВП у изучаемой группы больных составило 262,3 мин. (время догоспитального этапа — 204,1 мин., время стационарного этапа — 58,2 мин.). У 590 (57,3%) пациентов ЭВП выполнены в сроки от 38 до 360 минут (ср. значение 202,7 мин.) от начала ОИМ, летальность

в этой группе — 1,9%. У 16 (1,5%) пациентов были безуспешные ЭВП, летальность — 25%. В остальных случаях ЭВП выполнялись в сроки от 6 до 24 часов (среднее значение 764,8 мин).

Выводы. Использование ТЛ в первые часы развития ОИМ с подъемом ST позволяет восстановить антеградный кровоток в ИОА у значительной части больных (67,0%). Наиболее эффективным было использование тромболитических препаратов в сроки до 90 мин. от начала ОИМ — реперфузия ИОА наступала в 72,6% случаях. Осложнения тромболитической терапии у пациентов с ОИМ отмечались в 18 (1,75%) случаях. Достоверных различий между изучаемыми тромболитическими препаратами в эффективности, количестве осложнений и показателях летальности получено не было.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ УСТЬЕВЫХ СТЕНОЗОВ

Крылов А.Л., Баев А.Е., Марков В.В., Варваренко В.И., Гольцов С.Г., Винтизенко С.И. Томский НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия.

Устьевые стенозы можно стентировать двумя способами, последовательностью использования которых в основном различаются известные стратегии стентирования бифуркационных поражений:

-«от стеноза», при этом устьевой стеноз покрывается краем стента, и стент не пересекает смежное устье бифуркации;

-«через стеноз», при этом стеноз покрывается некраевым участком стента, и стент пересекает устье смежной артерии.

Цель исследования. Сравнить эффективность стентирования устьевых стенозов и динамику устья пересеченных стентом артерий в зависимости от способа ангиопластики устьевых стенозов с использованием одного стента, элюирующего сиролимус (СЭС), .

Материал и метод. Исследование являлось проспективным, ангиографически контролируемым через $11 \pm 1,3$ месяцев. Ангиопластика 90 бифуркационных поражений с использованием одного СЭС (Cypher) проведена двумя способами. «От стеноза» — применяли при лечении 28 бифуркационных поражений по классификации Medina 0,1,0 (16 случаев) и 0,0,1 (12 случаев). Стент в этих случаях имплантировали непосредственно «от стеноза» устья артерии: 12-устья ПНА, 4-ОА, 8-а.ТК, 4-1ДА. Второй способ — «через стеноз», использовали при стентировании 62 бифуркационных поражений, пересекая стентом устье смежной артерии. Из них, при типах 1,1,0, 1,1,1 и 0,1,0 (37 случаев) стент был имплантирован в магистральную артерию «через» проксимальный

и дистальный стенозы основной ветви бифуркации, «пересекая» устье боковой артерии: 22 — 1ДА, 15 — АТК. При типе 1,0,1 (23 случая) и 0,0,1 (2 случая) стент имплантировали из магистральной артерии в боковую ветвь «через» проксимальный стеноз основной и «через» устьевой стеноз боковой артерии, пересекая магистральные артерии: 16 — ПНА, 9 — ОА.

Из 62 пересеченных артерий баллонная дилатация через ячейку стента была выполнена в 25, в которых после пересечения стентом степень устьевых стенозов превышала 70%. Баллонная дилатация не выполнялась в 37 пересеченных стентом артериях, где стеноз более 70% отмечен был в 14 (38%), .

Результаты. Выявлено, что после имплантации стента «через стеноз», по сравнению с техникой «от стеноза», достоверно меньше степень остаточного стеноза и величина поздней потери. Частота бинарных рестенозов: 1,6% и 10,7% ($p=0,06$), соответственно.

После пересечения артерии стентом в большинстве случаев — в 53 из 62 (85,4%) — происходило увеличение степени устьевых стенозов. Выявлена жесткая прямая корреляция ($r = 0,71$) между величиной исходного стеноза и значением потери просвета пересеченной артерии ($p < 0,001$). Через год из 37 случаев без баллонной дилатации пересеченной артерии, степень стеноза: уменьшилась в 17 (45,9%), без изменения осталась в 18 (48,6%), и в 2 (5,4%) случаях увеличилась. После баллонной дилатации 25 артерий через ячейку стента в течение года бинарный рестеноз сформировался в 6 (24%). Отсутствовала корреляция между степенью остаточного стеноза после БД и степенью рестеноза устья пересеченной ветви через год.

Выводы. При имплантации одного стента в бифуркационное поражение способ «через стеноз» является более эффективным по сравнению с имплантацией стента «от стеноза». Баллонную дилатацию через ячейку следует выполнять в обязательном порядке только в пересеченной артерии со степенью устьевых стенозов после установки стента $>70\%$. Имплантацию стента в бифуркационные поражения типа 110, 0,1,0, 1,0,1, и 0,0,1 предпочтительно проводить «через» стеноз.

ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ IN-STENT СТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ

Кузнецова И.Э., Васильев П. С., Кучкина Н.В., Громов Д.Г., Сухоруков О.Е., Колединский А.Г., Ковальчук И.А., Буракова Н.В., Роган С.В., Иоселиани Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия.