

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.