

что продукты жизнедеятельности описторхов вызывают экспрессию гена VEGFR (ген, ответственный за рост эндотелия, механоцитов и белков-рецепторов, обеспечивающих трансмембранный перенос факторов роста в клетку) и мутацию гена EGFR (фактор эпидермального роста). Так же хорошо изучено «поведение» сосудистой стенки, подверженной стентированию. Определено, что механизм развития внутривенных рестенозов связан с пролиферацией гладкомышечных клеток и образованием неоинтимы.

**Выводы.** По-видимому, наличие описторхозной инвазии является предиктором рестенозов в ранние сроки у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием.

Рекомендовано проводить дегельминтизацию у лиц, перенесших ЧКВ со стентированием в кратчайшие сроки после ЧКВ или до выполнения ЧКВ. Полученные данные требуют дальнейшего более детального исследования и наблюдения за пациентами с описторхозной инвазией, перенесших ЧКВ.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ УСЛОВНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ БОКОВОЙ ВЕТВИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БИФУРКАЦИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Шахов Б.Е., Чеботарь Е.В., Казаковцев А.В., Кузьменко Е.А., Бритвина О.В., Закревский А.В. Нижегородская государственная медицинская академия ГУ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», Н. Новгород, Россия

**Введение.** Внедрение в клиническую практику стентов с антипролиферативным покрытием привело к значительному улучшению результатов эндоваскулярных вмешательств. Необходимость сохранения проходимости боковой ветви и неудовлетворительные отдаленные результаты в отношении устья боковой ветви при коррекции бифуркационных поражений заставляют продолжать изучение данной проблемы.

**Материал и методы.** Выполнен анализ результатов эндоваскулярных коррекций 225 бифуркационных поражений коронарных артерий у 201 пациента (173 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35-75 лет (средний возраст  $54,6 \pm 0,6$  года). 42 пациента поступили в стационар с клиникой хронической стабильной стенокардии II функционального класса, 123 — III функционального класса, 2 — IV функционального класса по CCS. 34 пациента поступили в клинику с острым коронарным синдромом (ОКС). 111 больных (55,2 %) ранее перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ). Гипертоническая болезнь отмечена у 132 пациентов (65,6 %), сахарный диабет — у 13 (6,4%). Величина фракции выброса левого желудочка колебалась от 34 до 77% (среднее значение  $54,7 \pm 0,6$  %). По данным коронарографии, у 180 пациентов выявлено 1 бифуркационное поражение, у 18 больных — 2 и у 3 пациентов — 3 бифуркационных поражения.

Тип поражения определялся по классификации Medina. Тип «1.1.1» диагностирован у 102 больных, «1.1.0» — у 45, «1.0.0» — у 20, «0.1.1» — у 15, «0.1.0» — у 26, «0.0.1» — у 10 больных и «1.0.1» — у 7 пациентов. У 85 больных (I группа) коррекция выполнялась с использованием стентов с лекарственным покрытием, у 116 пациентов (II группа) — с использованием голометаллических стентов. «Одностветовая» коррекция бифуркации выполнена в 197 случаях, «двухстветовая» - в 28 случаях. Во всех случаях «двухстветовой» коррекции и в 113 случаях «одностветовой» коррекции использовалось заключительное формирование бифуркации по методике «целующихся баллонов». Изучение отдаленных результатов (6мес. — 8 лет.) проведено у 170 пациентов (84,5%): 72 пациентов I группы и 95 пациентов II группы.

**Результаты.** Ангиографический успех вмешательства был достигнут у 97,9% больных. В постпроцедурном периоде осложнения отмечены у 9(4,4%) пациентов. Летальных исходов в госпитальном периоде не было. Анализ отдаленных результатов показал: в первой группе больных летальных исходов не было, развитие ОИМ отмечено у 3(3,5%), рестеноза — у 7(8,2%) больных. В 2 из 7 случаев отмечено развитие рестеноза в главной и боковой ветвях, в 5 — только в боковой ветви. У 5 из 7 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 2 — «одностветовая». Во второй группе в отдаленном периоде летальность составила 1,0%, ОИМ развился у 4(3,4%), а рестенозы — у 35(30,1%) пациентов. В 17 случаях рестеноз локализовался в главной или в главной и боковой ветвях, в 18 — только в боковой ветви. У 7 из 35 пациентов с рестенозами была выполнена «двухстветовая» коррекция, у 24 — «одностветовая». Среди пациентов обеих групп, подвергшихся «одностветовой» коррекции, развитие рестеноза отмечено в 20,7% случаев, «двухстветовой» коррекции — в 57,1%.

**Заключение.** Применение стентов с антипролиферативным покрытием позволяет существенно улучшить результаты «условного» Т-стентирования. Имплантация второго стента при выполнении Т-стентирования приводит к увеличению частоты рестеноза. Использование покрытых стентов в анализируемой группе больных не привело к увеличению частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)**

Шачинов Е.Г.  
ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Росздрава, Санкт-Петербург, Россия.