

делю и интенсивность болей – на 66 и 36% соответственно. В контрольной группе, не получавшей предизин и мертенил, наблюдалась значительно меньшая динамика клинических показателей: снижение частоты приступов на 21%, потребности в нитратах – на 20%, а продолжительность приступов и их интенсивность – всего на 6%. Динамика фактора Виллебранда и эндотелина в основной группе до лечения и после курса терапии с включением предизина и мертенила оказалась более выраженной, чем в группе контроля. Показатели конечного уровня эндотелина 1 и фактора Виллебранда после лечения с включением предизина и мертенила оказались ниже, чем в контрольной группе на 28 и 35% соответственно, при этом статистически значимым различие оказалось только по уровню фактора Виллебранда ($p < 0,05$). При анализе цитокинового статуса у больных с ОКС, при ОИМ наиболее значимо нарастал уровень ИЛ-1, ИЛ-6, в меньшей степени – уровень ФНО- α . В основной группе уровень ФНО- α снизился на 42,8%, ИЛ-1 – на 54,8%, ИЛ-6 – на 30,7% от исходного уровня. В группе контроля эти показатели снизились на 36,8, 45,4, 22,6% соответственно. У больных ОИМ с подъемом сегмента ST через 3 недели терапии предизином и мертенилом уро-

вень ФНО- α снизился на 76,4%, ИЛ-1 – на 84,4%, ИЛ-6 – на 70,7%, в группах контроля – на 72,1, 81,7, 64% соответственно. Следует отметить, что динамика уровня цитокинов в обеих группах оказалась достоверной, но у пациентов, получавших предизин и мертенил, имело место более существенное снижение ИЛ-1 к моменту выписки: этот показатель оказался достоверно ниже в основной группе по сравнению с группой контроля (** $p < 0,05$). У всех пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST отмечена положительная динамика в снижении уровня исследованных цитокинов на фоне проводимой терапии. У больных ОИМ без подъема сегмента ST при терапии с включением предизина и мертенила уровень ФНО- α снизился на 65%, ИЛ-1 – на 76,2%, ИЛ-6 – на 59,6%, в группах контроля наблюдалась такая же динамика: на 62,5, 72,1, 58,9% соответственно.

Заключение. Сочетание клинического антиангинального эффекта предизина и мертенила с обнаруженным нами положительным влиянием на функцию эндотелия и механизмы системного воспаления свидетельствует о целесообразности применения этих препаратов в комплексном лечении с целью улучшения результатов лечения ОКС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

АЛЛАБЕРДИЕВА Б.А., ЧАРЫЕВ Х.Э., ЯГШЫСАХЕДОВ Ш.Я., ГУЛДУРДЫЕВ К.Б.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

На сегодняшний день нет сомнений в том, что ранняя реперфузия миокарда при ОИМ (в течение первых 3–6 часов от начала заболевания) способствует ограничению зоны повреждения сердечной мышцы и тем самым снижению госпитальной летальности, а полноценное восстановление кровотока в инфаркт-ответственной артерии (ИОА) улучшает отдаленный прогноз заболевания (Ryan T.J. et al., 1997).

Внедрение в клиническую практику эндоваскулярных методов лечения можно считать следующим эффективным шагом в борьбе с ОИМ (Hartzler G.O. et al., 1983). Ангиопластика ИОА после эффективного тромболитического снижает риск появления возвратной ишемии и повторного инфаркта миокарда в несколько раз по сравнению с консервативной терапией (Widimsky P. et al., 2003; Andersen H.R. et al., 2003; Scheller B. et al., 2003). В этом отношении процедуру системного тромболитического на догоспитальном этапе следует рассматривать как первый этап на пути к полному восстановлению кровотока в ИОА, тогда как следующим этапом необходимо проводить ангиопластику ИОА.

Цель исследования. Определить значение эндоваскулярного лечения больных острым инфарктом миокарда после эффективной тромболитической терапии.

Материал и методы. В исследование были включены данные 43 пациентов с острым Q-образующим ИМ и эффективной тромболитической терапией, которым в период с 2017 по 2018 г. в разные сроки стационарного лечения выполнено стентирование инфаркт-ответственной артерии (ИОА).

Медикаментозная терапия на догоспитальном и госпитальном этапах в изученных группах больных достоверно не различалась и соответствовала стандартам лечения ОИМ.

Всем пациентам после успешной догоспитальной ТЛТ в разные сроки стационарного лечения ОИМ проведены диагностические вентрикулография (ВГ) и коронарография (КАГ), по результатам которых были выполнены лечебные эндоваскулярные процедуры на ИОА.

Результаты. В результате проведенных эндоваскулярных вмешательств (процедура стентирования ИОА выполнялась в 100% случаев) 43

пациентам было имплантировано 58 голометаллических стентов. В I группе 21 пациенту был имплантирован 31 стент, во II группе 22 пациентам – 27 стентов. При этом в обеих группах в большинстве случаев использовали BxSonic (Cordis, Johnson & Johnson): в 57,6% случаях – в I группе и в 63,6% – во II ($p > 0,05$). По полноте реваскуляризации миокарда изученные группы больных достоверно не различались.

По состоянию ИОА на момент проведения эндоваскулярных процедур различия между изученными группами больных были существенными.

Следует особо отметить, что достоверные различия в пользу II группы были получены по индексу тромбоза высоких градаций (индекс тромбоза 3 и 4 по классификации TTG), т.е. по частоте выявления массивного тромба в просвете ИОА, по состоянию антеградного крово-

тока (TIMI) и степени миокардиальной перфузии (MBG).

Так же можно предположить, что во II группе состояние ИОА было более благоприятным для выполнения ЭВП, чем в I. В частности, у больных с отсроченными ЭВП достоверно чаще (чем с экстренными) отсутствовали признаки внутрисосудистого тромба и дистальной эмболизации.

Заключение. Таким образом, в I группе наименьший процент клинических осложнений имели те пациенты, у кого был достигнут оптимальный ангиографический результат ЭВП; а во II – пациенты с лечебными эндоваскулярными вмешательствами на ИОА, выполненными в сроки от 12 до 24 часов заболевания. При сравнении вышеуказанными подгрупп больных с благоприятными условиями для проведения ЭВП достоверных различий между ними по клиническому течению заболевания получено не было.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОПЕПТИНА НА РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

АРАБИДЗЕ Г.Г., ЖУКОВА А.В.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России», г. Москва, Россия

Цель исследования. Оценка влияния показателей уровня копептина – С-концевой части провазопрессина на краткосрочный прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST в сочетании с определением уровня тропонина Т.

Материал и методы. Нами проанализированы значения показателей уровня копептина у 128 пациентов, госпитализированных с подозрением на ОКС без подъема ST в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома в груди, рандомизированных в ходе госпитализации на 3 основные группы в зависимости от исхода ОКС. Распределение по полу в группах было примерно одинаковое, женщины составили 42,3% в I группе, 51,7% – во II группе и 33,3% – в III, однако статистически значимых различий между женщинами и мужчинами в группах не обнаружено ($p > 0,05$). В I группу с верифицированным диагнозом острого инфаркта миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST включены 52 человека, средний возраст в группе $71,8 \pm 6,9$ (30 мужчин, средний возраст $60,9 \pm 11,4$, 22 женщины, средний возраст $71,8 \pm 6,9$). Пациенты, вошедшие в состав II группы, имели окончательный диагноз: нестабильная стенокардия (НС). Средний возраст группы составил $64,8 \pm 10,7$ (30 мужчин – $61,4 \pm 10,5$, 20 женщин – $70,7 \pm 8,9$). В III группу (группу сравнения) включены пациенты

с неподтвержденным коронарным событием в количестве 18 человек, средний возраст $58,9 \pm 4,2$ (12 мужчин – $59,5 \pm 4,9$, 6 женщин – $57,7 \pm 16,9$). В рамках исследования всем пациентам были определены уровни тропонина Т и копептина при поступлении, с повторным диагностическим тестированием на тропонин Т через 12 часов. Период наблюдения за участниками исследования на протяжении всего этапа госпитализации в среднем составил $7,5 \pm 3,5$ дней. За время наблюдения оценивалось достижение конечных точек (развитие повторных острых сердечно-сосудистых осложнений, смерть, острая сердечная недостаточность, экстренное повторное коронарное вмешательство); определена роль копептина в диагностике некроза миокарда и корреляция его уровня с развитием сердечно-сосудистых осложнений и госпитальной летальности.

Результаты. В многофакторном анализе (логистическая регрессия) копептин в первые 3 часа от манифестации болевого синдрома, ОШ 5,27 [2,42; 8,99] выступал более сильным независимым предиктором достижения первичных конечных точек в течение периода госпитализации после ИМ по сравнению с тропонином Т в тот же временной промежуток – ОШ 1,02 [0,99; 1,04]. Прогностическая положительная ценность тропонина Т как предиктора госпитальной летальности и