
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (Регистр острого коронарного синдрома г. Ферганы)

БАЙКУЗИЕВ У.К., МАХМУДОВ Н.И.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан

Цель работы. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2018 г. изучить объем проведенной тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в блоке интенсивной терапии г. Ферганы.

Материал и методы исследования. Анализировались данные 574 карт больных, включенных в 2017 году в регистр ОКС г. Ферганы. Все больные госпитализированы с ОКС в блоки интенсивной терапии г. Ферганы. Изучаемые параметры включали ОКС, ТЛТ, нормальный и нарушенный УО, возраст, пол (мужчины (М), женщины (Ж)). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 года.

Результаты. Из 574 проведен анализ 515 карт пациентов, госпитализированных в блоки интенсивной терапии г. Ферганы с ОКС. 59 карт исключены из исследования ввиду не полного объема информации изложенного в протоколе обследования. Из 574 больных 117 имели указание на наличие в анамнезе сахарного диабета 2 типа (СД2). При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 102 пациентов. 70 пациентам (М – 51; Ж – 19) выполнена ТЛТ. Гипергликемия выявлена у 14 из 70

больных, из которых СД2 в анамнезе присутствовал у 4-х. Из 117 больных, имеющих в анамнезе СД2, ТЛТ выполнена 4 пациентам: 55–64 года – 2 (Ж), 75–89 лет – 2 (Ж), из них на догоспитальном этапе ТЛТ не проведена. В группе с нормальным УО ТЛТ проведена у 56 больных: 35–44 года – 5; 45–54 года – 19; 55–64 года – 21; 65–74 года – 5; 75–89 года – 6. Тромболитическая терапия не выполнена у 32 пациентов, из них по причинам поздней госпитализации – 13 человек; при наличии противопоказаний – 10 человек; другие причины – 9 человек. Проводя анализ 13 больных с поздней госпитализацией выяснилось, что 10 (М – 7, Ж – 3) человек не имели СД2 в анамнезе, а у 3 человек в анамнезе был СД2 (М – 3, Ж – 1).

Выводы. Таким образом, на основании данных регистра ОКС г. Ферганы тромболитическая терапия выполнена только 70 (68,6%) из 102 больных. У 32 (31,4%) больных были противопоказания, поздняя госпитализация или другие причины. Из 13 больных, которым ТЛТ не выполнена по причине поздней госпитализации, наличие СД2 в анамнезе отмечено у 3 (23%) человек. Утверждение, что больные СД2 с острым инфарктом миокарда имеют позднюю госпитализацию на сегодняшний день сомнительно, о чем свидетельствуют полученные данные.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

БАЙКУЗИЕВ У.К., ТУЙЧИЕВ А.Х.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана. Узбекистан

Цель работы. Провести анализ тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ) пожилого и старческого возраста по сравнению с более молодыми пациентами.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов с ОИМ и с тромболитической терапией, поступивших в отделение терапевтической реанимации в 2017 году. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели. Результаты обработаны при

помощи статистического отчета и истории заболевания.

Результаты. В 2018 году в отделение терапевтической реанимации поступили 309 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым проводилась тромболитическая терапия. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – больные 70 лет и старше (n=80), 2-я группа – больные до 70 лет (n=110). Пациенты с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST старшей возрастной группы (70 лет и стар-

ше) по всем основным клинико-анамнестическим показателям закономерно оказались более тяжелыми, чем более молодые пациенты. Время от начала ангинозного приступа до поступления в стационар между группами не различалось и составило 55 (2–12 часов и более) и 15 (2–12 часов и более) минут. Частота проведения тромболитической терапии (ТЛТ) была выше в 1 группе: 55 пациентов – 17,8% против 15 пациентов – 4,8%. Частота реперфузии коронарной артерии на 90-й минуте от начала ТЛТ (снижение сегмента ST на $\geq 50\%$ в информативных отведениях) между груп-

пами не различалась и составила 51,3 и 54,8% случаев.

Госпитальная летальность была в 1 группе – 1,8%, во 2 группе не наблюдалась.

Выводы. Пациенты до 70 лет и старше поступают в стационар с одинаковой задержкой времени от начала заболевания. В реальной клинической практике пациенты старшей возрастной группы (≥ 70 лет) в качестве первичного метода реперфузии чаще получают тромболитическую терапию.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ВОРОБЬЕВ А.С.¹, КОВАЛЕНКО Л.В.¹, УРВАНЦЕВА И.А.², АСТРАХАНЦЕВА И.Д.², СИМОНЯН Т.А.¹, РУДЕНКО М.И.¹

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»;

²БУ ХМАО-Югры «ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут. Россия

В соответствии с данными крупных эпидемиологических и клинических исследований, наличие у пациентов сахарного диабета 2 типа (СД) осложняет течение и прогноз ишемической болезни сердца в постинфарктном периоде. Повышенные уровни высокочувствительного С-реактивного протеина (вч-СРП) ассоциируются с увеличением сердечно-сосудистого риска в общей популяции и среди больных острым инфарктом миокарда (ИМ).

Цель исследования. Комплексная оценка сывороточных уровней биомаркеров воспалительных процессов и их взаимосвязь с ультразвуковыми показателями ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) сердца у пациентов с инфарктом миокарда с /без СД 2 типа, перенесших первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ).

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование последовательно включены 64 пациента с острым ИМ с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме: 34 мужчины и 30 женщин ($53,2 \pm 6,5$ лет), 31 пациент с наличием СД 2 типа и 35 без такового. ИМ передней локализации установлен в 48,2% случаев, задней – в 51,8%; Класс I Killip имел место у 72,3% II – у 27,7%. Дополнительно обследованы 33 здоровых лица. Сывороточные уровни биомаркеров системного воспаления – вч-СРП и фибриногена (ФГ), биомаркера иммунореактивности – растворимого рецептора CD40 (ppCD40), биомаркера оксидативного стресса – миелопероксидазы (МПО) серийно оценивались на иммуноферментном анализаторе у пациентов с острым ИМ при поступлении в приемное отделение клиники до проведения пЧКВ (этап 1), через 1 сутки после пЧКВ (этап 2), через 7–10 дней после пЧКВ при выписке из стационара

(этап 3) и через 40–45 дней после пЧКВ при амбулаторном наблюдении (этап 4). Эхокардиография также серийно выполнялась на каждом из этапов (1–4).

Результаты. Средние значения исследуемых биомаркеров (вч-СРП, ФГ, ppCD40 и МПО) оказались значительно выше у пациентов с ИМ, чем у здоровых лиц. У больных ИМ с СД 2 типа уровни всех биомаркеров были достоверно выше, чем у пациентов без такового на всех четырех этапах ($p < 0,05$). На этапе 4 у пациентов с ИМ и СД 2 типа выявлены более низкие величины E/A трансмитрального кровотока ЛЖ (0,98 против 0,76, $p < 0,05$) и более высокие значения индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ (1,19 против 1,06, $p < 0,05$) в сравнении с лицами с ИМ без СД 2 типа. Также нами установлена обратная корреляционная связь средней силы между динамическими изменениями (от этапа 1 к этапу 4) уровней вч-СРП и значений ИНЛС ЛЖ ($r = 0,4$, $p < 0,05$) и обратная корреляционная связь средней силы концентрации ppCD40 и величин соотношения E/A трансмитрального кровотока ЛЖ ($r = 0,5$, $p < 0,05$).

Заключение. Сывороточная активность вч-СРП, ФГ, ppCD40 и МПО стойко повышена у больных острым ИМ с подъемом сегмента ST на протяжении 1–2 месяцев наблюдения. Уровни вч-СРП, ppCD40 и МПО существенно выше у пациентов с ИМ и СД 2 типа, чем у лиц с ИМ без диабета. Концентрации вч-СРП и ppCD40 достоверно коррелируют с индексами локальной сократимости и диастолической дисфункции ЛЖ и могут использоваться в клинической оценке риска структурно-функциональных нарушений миокарда у постинфарктных пациентов, имеющих СД 2 типа.