

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 СИСТЕМОГО 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 Е/А 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 Е/А 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.