

ПТС. Плазменный уровень тромбксана превышал в 3 раза содержание его у здоровых лиц, в то время как уровень простациклина был повышен в 2 раза. Вероятно, у больных ИБС при высоком уровне тромбксана компенсаторно усиливается синтез простациклина, являющегося физиологическим антагонистом тромбксана. Но в силу сниженной способности атеросклеротических сосудов синтезировать простациклин, это повышение недостаточно для компенсации возросшего уровня тромбксана. В итоге соотношение между простациклином и тромбксаном сдвигается в сторону преобладания тромбксана.

У больных с острым коронарным синдромом были выявлены также нарушения функции тромбоцитов, выражающиеся в повышении их агрегации и реакции освобождения.

**Заключение.** Таким образом, нами выявлено у больных с острым коронарным синдромом нарушение простациклин-тромбксанового равновесия, которое, возможно, является решающим фактором, ответственным как за реологические свойства крови, так и за состояние коронарного кровотока и тонуса коронарных артерий, и способствует не только возникновению, но и углублению процесса ишемии миокарда.

## ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между жизнеспособностью миокарда и показателей диастолической функции левого желудочка при остром ИМ с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы.** В исследование включили 302 больных с ОИМнST. Всем больным была проведена реперфузия миокарда. Для идентификации жизнеспособного миокарда стресс-ЭхоКГ с добутамином (СЭД) проводилась после стабилизации состояния на 3–8 сутки заболевания. Эхокардиография с изучением показателей диастолической и систолической функций миокарда ЛЖ проводилась исходно и при введении добутамина.

**Результаты.** Обнаружена прямая средняя корреляционная взаимосвязь между показателями

IVRT и количеством оглушенных сегментов при СЭД ( $r=-0,33$ ;  $p<0,05$ ). При проведении корреляционного анализа выявлена связь между показателями трансмитрального кровотока и регионарной систолической функцией ЛЖ (выявлена обратная средняя взаимосвязь между E/A и ИНРС при СЭД ( $r=-0,66$ ;  $p<0,05$ )).

**Заключение.** Таким образом, при ОИМнST изменения показателей диастолической функции ЛЖ при проведении стресс-доплер-эхокардиографии с добутамином связаны с наличием жизнеспособности миокарда. Эффективное применение методов реперфузии приводит к развитию обратимой диастолической дисфункции в области ишемического повреждения миокарда.

## ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

КЕНЖАЕВ С.Р.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить динамики структурно-функциональных показателей ЛЖ зависимости от результатов стресс-эхокардиографии с добутамином после перенесенного ИМ.

**Материал и методы.** В исследование были включены 302 больных с ОИМнST в возрасте от 21 года до 70 лет (средний возраст –  $56\pm 4,3$  года). ТЛТ стрептокиназой была проведена у 198 (65%). Первичная ЧКВ выполнена у 104 (35%) больных с ОИМнST. После стабилизации

состояния больных на 3–7 сутки проводилась стресс-эхокардиография добутамином (СЭД). Двухмерная эхокардиография проводилась исходно, при введении добутамина и через 3 мес. Через 3 месяца после перенесенного ИМ из исследования выбыли 6 человек (3 – по причине смерти, 3 – вследствие других причин). Для изучения показателей ремоделирования ЛЖ 296 больным проводилась эхокардиография через 3 месяца.

**Результаты.** В госпитальном периоде по результатам СЭД больные были разделены на 3 категории: 1 категория больных (n=180) ИМ с полным восстановлением сократимости в ответ на введение добутамина; 2 категория больных (n=86) ИМ с частичным восстановлением сократимости; 3 категория больных (n=30) с отсутствием восстановления сократимости при СЭД. 1 категория больных характеризовалась в большей степени выявлением зон оглушенного миокарда при СЭД с минимальным выявлением зон некроза миокарда. У больных 1 категории развивалось адаптивное ремоделирование. 2 категория больных (n=62) характеризовалась наличием миокардиального стэннинга и некроза миокарда почти в равной степени. В этой группе при введении МДД также от-

мечалось уменьшение ИНРС с 1,65 до 1,44, хотя достоверность и выраженность динамики этого показателя была меньше, чем у пациентов 1 категории. У 36 больных этой категории развился дезадаптивный, а у 26 – адаптивный тип ремоделирования ЛЖ. Больные 3 категории (n=30) являлись основными кандидатами для развития дезадаптивного ремоделирования ЛЖ.

**Заключение.** Таким образом, при ОИМ восстановления сократимости миокарда во время СЭД является предиктором развития адаптивного ремоделирования ЛЖ в постинфарктном периоде. Отсутствие миокардиального стэннинга создает условия для дезадаптивного ремоделирования и прогрессирования сердечной недостаточности.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

КИЛИЧЕВ А.А.

*Бухарский областной кардиологический диспансер, г. Бухара. Узбекистан*

**Цель.** Оценить частоту встречаемости желудочковой аритмии у больных Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 87 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные методы. Эхокардиографическое и доплерографическое исследования проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Для характеристики желудочковых экстрасистол (ЖЭ) использовались градационная классификация B. Lown и M. Wolf (1971) и прогностическая классификация J. Bigger (1982). Согласно классификации J. Bigger, после перенесенного ИМ к потенциально опасным ЖА относили ЖЭ>10 в час, парные ЖЭ и групповые ЖЭ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

**Результаты.** По данным суточного мониторинга ЭКГ на 10–14 сутки у больных с Q-ИМ ЖЭ регистрировалась в 76 (88%) случаях. Из них, согласно классификации J. Bigger, ПОЖА выявлены у 37 (49%) больных. В зависимости от частоты и характера ЖЭ по результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы: первую составили 50 больных либо с отсутствием, либо с редкой до 10 в час ЖЭ, вторую – 37 с наличием ПОЖА. При анализе данных доплерэхокардиографии нами выявлены следующие варианты диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ): по I типу – у 43,7%, по II типу – у 31%, по III типу – у 25,3% пациентов. При этом в I группе больных с отсутствием или редкой ЖЭ распространенность ДДЛЖ составила 69,3, 26,0 и 4,7%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ. Тогда как в группе пациентов с ПОЖА частота выявляемости ДДЛЖ составила 43,5, 29,6 и 26,9%, соответственно I, II и III типам ДДЛЖ.

**Заключение.** У больных острым Q-ИМ выявлена взаимосвязь между потенциально опасными нарушениями ритма сердца и выраженностью диастолической дисфункции левого желудочка.