

больные ОКС с подъемом (элевацией) сегмента ST; 2 гр. составили больные ОКС без подъема (элевации) сегмента ST; 3 гр. составили практически здоровые люди.

Для определения цитокинового статуса в периферической венозной крови изучали концентрацию провоспалительных цитокинов – интерлейкина-6 и фактор некроза опухолей (α -ФНО; TNF- α), а также противовоспалительного цитокина интерлейкина-10. Содержание цитокинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО «Цитокин» (СПб, Россия) на иммуноферментном анализаторе «Human» (Германия).

Результаты исследования. Динамика маркеров воспаления при ОКС и в контроле представилась следующим образом. Наиболее высокие уровни провоспалительного маркера ИЛ-6 отмечались в первой группе; во второй группе исходный уровень ИЛ-6 также отличался от показателей группы контроля (ИЛ-6: в группе больных ОКСПСТ $114,8 \pm 5,6$ пкг/мл, в группе больных ОКСБПСТ $98,6 \pm 3,7$ пкг/мл, $p < 0,001$, в группе контроля $27,9 \pm 2,5$ пкг/мл). Наибольшее увеличение секреции ИЛ-6 позволяет отнести этот цитокин к одному из главных патогенетических звеньев развития ОКС.

В проведенном нами исследовании у больных преобладал дисбаланс провоспалительных ци-

токинов ФНО- α (54,8%; $p < 0,01$). У группы больных ОКСПСТ гиперпродукция ФНО- α составила $79,2 \pm 2,5$ пкг/мл, что в 2,9 раза выше показателей группы контроля. У больных ОКСБПСТ показатели ФНО- α составили $46,8 \pm 1,6$ пкг/мл, что выше показателей группы контроля в 1,7 раза.

Уровень показателей ИЛ-10 был переменным, что видимо связано с различным иммунологическим ответом на воспалительный процесс в сосудистом эндотелии больных ОКС. Установлено, что у больных ОКСПСТ ИЛ-10 был повышен по сравнению с таковыми больными и составил $40,5 \pm 1,7$ пкг/мл, у больных ОКСБПСТ группы показатель составил $67,3 \pm 2,1$ пкг/мл, соответственно в 2,96 и 4,9 раза выше показателей здоровых лиц. Существует мнение, что повышение концентрации ИЛ-10 носит компенсаторный характер, контррегуляторный характер по отношению к провоспалительным цитокинам. В данном случае ИЛ-10 выступает в качестве фактора, стабилизирующего течение заболевания. Есть предположение, что в русле сосуда ИЛ-10 проявляет провоспалительную активность.

Заключение. Таким образом, дестабилизация течения ИБС и развитие ОКС характеризуются активацией иммунорегуляторных реакций с гиперэкспрессией провоспалительных цитокинов, которые развиваются на фоне угнетения активности противовоспалительного цитокина ИЛ-10.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ АКТИВНОСТИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ДРУГИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ШАМСИДДИНОВА А.С., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УСМАНОВА Д.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Нарушение целостности нестабильной атеросклеротической бляшки является основным патогенетическим фактором развития острого коронарного синдрома (ОКС). Наряду с этим ведущим фактором, способствующим повреждению покрышки атеросклеротической бляшки, является сосудистое воспаление.

Цель исследования. Сравнительный анализ, а также оценка прогностического значения уровней PAPP-A и других маркеров воспаления в плазме крови больных с ОКС и выявление их диагностического значения.

Материал и методы. В исследование был включен 61 пациент (33 – мужчины, 28 – женщины) в возрасте от 30 до 73 лет, в среднем – $52,3 \pm 10,1$ лет. У 23 больных был инфаркт миокарда, у 28 – нестабильная стенокардия. Группу контроля составили 10 практически здоровых людей.

Концентрацию интерлейкина-6 определяли подобным методом твердофазного иммунофермент-

ного анализа с использованием тест-систем ООО «Цитокин» (СПб, Россия) на иммуноферментном анализаторе «Human» (Германия). Для выявления и количественного определения содержания С-РБ в сыворотке крови использовали метод реакции агглютинации латекса (РАЛ) набором (ЗАО «ЭКОлаб», Россия) диагностического реагента «С-РБ ЛАТЕКС-ТЕСТ». Для определения PAPP-A образцы крови брались у больных утром, между 8 и 10 часами, натощак, в количестве 5 мл. Концентрацию уровней PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции (ИФА, «Diagnostic Systems Laboratories», США).

Результаты и обсуждение. Уровни интерлейкина-6 у больных нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST и у больных инфарктом миокарда с подъемом сегментов ST достоверно не различались. В контрольной группе показатель составил $27,6 \pm 1,2$ Пкг/мл. Уровни PAPP-A у исследуемых лиц распределились в интервале значений – от 1 до 42 мМЕ/л,

при этом медиана, 25-й и 75-й перцентили распределения соответствовали значениям 11,5 и 18,3 мМЕ/л. Содержание интерлейкина-6 находилось в интервале от 8 до 118 Пкг/мл, С-реактивного белка – от 1,4 до 102,9 мг/л. Уровни PAPP-A в крови у лиц в контрольной группе были достоверно ниже ($6,4 \pm 3,9$ мМЕ/л), чем у больных нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда. В то же время, у больных нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST уровни PAPP-A не отличались между собой, но были достоверно ниже, чем у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ($17,4 \pm 9,5$ против $22,9 \pm 7,7$ мМЕ/л). Уровни С-реактивного белка у больных в контрольной группе были достоверно ниже, чем у больных нестабильной стенокардией

и у больных инфарктом миокарда ($4,3 \pm 4,0$ против $7,63 \pm 5,5$ мг/л). При этом у больных инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией уровни С-реактивного белка достоверно не отличались.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что уровни PAPP-A и СРБ достоверно выше в группе ОКС по сравнению со здоровыми лицами. Выявлена корреляция уровней PAPP-A с уровнями СРБ и ИЛ-6. Все это дает основание считать, что определение уровней PAPP-A и С-реактивного протеина может быть использовано в диагностике острых коронарных синдромов. Чувствительность PAPP-A выше, чем СРБ, поэтому он может рассматриваться как диагностический маркер нестабильной стенокардии.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИЛЕТА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ЭРГАШЕВ К.Т., КАМИЛОВА Ш.Р., ПУЛАТОВА Ш.Х.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара. Узбекистан

Цель. Оценить влияние небилета на гибернирующую способность миокарда и предупреждение различных осложнений последнего, в частности сердечных аритмий.

Материал и методы. Проведено обследование 30 мужчин в возрасте 60–72 лет (в среднем – 65,7 лет), перенесших острый инфаркт миокарда, из которых у 23 больных имел место Q, у 7 не Q-инфаркт миокарда, преимущественно передней стенки. У 10 пациентов был его повторный вариант. Больные госпитализировались в первые 24 часа от начала заболевания и получали стандартную терапию. С первого дня назначался бета-адреноблокатор Небилет в дозе 1,25 мг в сутки, с последующим титрованием дозы до 5 мг в сутки, всем больным регистрировалась стандартная ЭКГ, проводились Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография.

Результаты. Установлено, что Небилет в дозе 5 мг в сутки способствует уменьшению распро-

странности постишемического некроза, о чем свидетельствует положительная симптоматика ЭКГ и ЭхоКГ, которая была особенно заметной у 3/4 больных с инфарктом миокарда передней локализации. Обращало на себя внимание более редкое возникновение разнообразных нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе жизнеопасных аритмий, по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ, в различных периодах инфаркта миокарда (на 10%), в сравнении с контрольной группой.

Выводы. Использование Небилета у больных с острым инфарктом миокарда способствует по-видимому, более быстрому восстановлению структурно-электрофизиологических изменений сердечной мышцы и предупреждению миокардиального ремоделирования, что может сопровождаться снижением частоты различных, в том числе фатальных нарушений сердечного ритма.