

Локальным этическим комитетом Института ревматологии им В.А.Насоновой, все пациенты перед включением в исследование подписывали форму информированного согласия.

#### Результаты:

Несмотря на снижение СрДЛА с  $50,9 \pm 8,3$  мм рт.ст. до  $45,8 \pm 6,3$  мм рт.ст., ( $p=0,01$ ), положительная проба на вазореактивность выявлена только у одной пациентки. На фоне терапии отмечалось увеличение дистанции 6-MTX с  $247 \pm 144$  до  $318 \pm 74$  метров ( $p=0,008$ ), а также снижение индекса Борга с  $4,8 \pm 2,6$  до  $3,8 \pm 1,8$  ( $p=0,045$ ). По основным параметрам гемодинамики было продемонстрировано достоверное их улучшение. ДПП снизилось с  $7,3 \pm 3,6$  мм рт.ст. до  $5,3 \pm 4$  мм рт.ст. ( $p=0,014$ ), СрДЛА с  $50,9 \pm 8,3$  мм рт.ст. до  $46,8 \pm 7,9$  мм рт.ст. ( $p=0,05$ ), ЛСС с  $11,5 \pm 3,9$  ед. Вуда до  $9,5 \pm 3,8$  ед Вуда ( $p=0,008$ ). На фоне введения илопроста отмечалось повышение СВ с  $4,1 \pm 0,9$  до  $4,5 \pm 1,1$  л/мин, хотя различия были недостоверны ( $p=0,1$ ), при этом прирост УИ был статистически значимым  $31,3 \pm 5,8$  мл/м<sup>2</sup> до начала терапии и  $35,6 \pm 8,2$  мл/м<sup>2</sup> после ее окончания,  $p=0,008$ . Отмечен очевидный положительный эффект, как на клинические, так и на гемодинамические показатели. У всех пациентов отмечено выраженное субъективное улучшение. Однако при катетеризации улучшение было подтверждено только у 7 пациентов, у одного больного за 15-дневный курс терапии гемодинамических изменений не выявлено. Нежелательные явления в виде головных болей и «приливов» отмечены у 7 из 8 пациентов, но их выраженность не требовала отмены терапии.

#### Заключение:

Наши результаты применения внутривенного илопроста у пациентов с декомпенсированной ЛАГ-ССД убеждают в необходимости применения этой лекарственной формы в случаях с клиническим ухудшением на фоне приема таблетированных ЛАГ-специфических препаратов, либо у тяжелых пациентов в случаях поздней диагностики ЛАГ. Непродолжительный курс лечения на период ожидания наступления эффекта таблетированных форм позволяет улучшить клиническое состояние пациентов. Отрицательная проба на вазореактивность не является показателем неэффективности препарата.

### ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ И СПОСОБОВ РЕПЕРFUЗИИ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИШЕМИИ, ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гальцова О. А., Тябут Т. Д.

БелМАПО

#### Введение (цели/ задачи):

Оценить частоту и продолжительность ишемии миокарда; толерантность к физической нагрузке у пациентов трудоспособного возраста мужского пола с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в зависимости от длительности время контакт-баллон (ВКБ) и способов реперфузии

#### Материал и методы:

В исследование включено 107 пациентов мужского пола с ИМнST, находившихся на лечении в кардиологических отделениях учреждений здравоохранения Минской областной клинической больницы УЗ «МОКБ», 1-й городской клиниче-

ской больницы (ГКБ) г. Минска за период с 2004 по 2016 год. Все пациенты, перенесшие инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) были подразделены на 2 равноценные группы. Основную группу (ОГ) составили пациенты после проведения реперфузии. ТЛТ (подгруппа 1) проведена 17(16%) пациентам, ЧКВ (подгруппа 2) – 55(51%) пациентам. Контрольная группа (КГ) включала 35(33%) пациентов, которым не проводилась реперфузия. Пациенты с реперфузией также подразделялись на подгруппы в зависимости от продолжительности ВКБ > 120 минут и ВКБ < 120 минут. Группы исследования были сопоставимы по полу, возрасту, локализации повреждения, наличию сопутствующих заболеваний. Пациентам проводилось ХМ-ЭКГ по стандартной методике. ХМ-ЭКГ проводилось на 5 сутки после госпитализации и спустя 12 месяцев. В ходе мониторингирования ЭКГ пациенты соблюдали необходимый двигательный режим и вели дневник самоконтроля. ВЭП выполнялась с начальной мощности нагрузки 50 Вт, увеличивая её непрерывно на 50 Вт каждые 3 минуты, на 30 сутки после госпитализации и спустя 12 месяцев. Для определения стартовой величины физической нагрузки использовали тест 6-минутной ходьбы. В зависимости от ФК ХСН пациенты за 6 минут проходят следующие расстояния: ФК 0 – более 551 метра, ФК I – от 426 до 550 метров, ФК II – от 300 до 425 метров, ФК III – от 150 до 300 метров, ФК IV – менее 150 метров

#### Результаты:

1. У пациентов с ИМнST и ЧКВ при первом обследовании количество эпизодов болевой ишемии (БИ) ( $0,9(0,5;1,2)$  и продолжительность БИ ( $1(1;1,3)$  мин) достоверно ниже в сравнении с пациентами, которым не проводилась реперфузия ( $1(0,8;1,5; 2,0(1;2,5)$  мин,  $p<0,05$ ). Через 12 месяцев отмечалась такая же динамика: количество эпизодов БИ ( $1(1;1,3)$ ) и продолжительность БИ ( $0,8(0,6;0,9)$  мин) существенно ниже у пациентов с реперфузией (ЧКВ) в сравнении с пациентами без реперфузионной терапии ( $1,2(1,5;2, 2,0(1,5;2,0)$  мин,  $p<0,05$ ). 2. У пациентов с ВКБ>120 минут независимо от способа реперфузии продолжительность и количество эпизодов БИМ, ББИ достоверно выше, чем у пациентов с ВКБ<120 минут. 3. Объём выполненной работы (ОВР) достоверно увеличился у пациентов с ИМнST и ВКБ>120 минут в группе с реперфузией (ЧКВ) с  $2277(1350;3300)$  Вт до  $3284(1950;3795)$  Вт,  $p<0,05$ . У пациентов с реперфузией, проведённой посредством ЧКВ отмечалось достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке как у пациентов с ВКБ<120 минут, так и у пациентов с ВКБ>120 минут, ( $p<0,05$ ). 4. Расстояние согласно тесту 6-минутной ходьбы при первом тестировании у пациентов с ИМнST и реперфузией составило  $313,5(277;360)$  м; через 12 месяцев –  $354(326;417)$  м, что было достоверно больше в сравнении с пациентами КГ –  $210(200;215)$  м;  $220(199;230)$  м, ( $p<0,05$ ).

#### Заключение:

Реперфузионная терапия и длительность ВКБ оказывают достоверное влияние на продолжительность и количество эпизодов ишемии миокарда: у пациентов с ИМнST и ВКБ<120 минут с чрескожными коронарными вмешательствами через 12 месяцев отмечалось достоверно меньшее количество эпизодов и продолжительность ишемии в сравнении с пациентами без реперфузии. Реперфузионная терапия способствует увеличению толерантности к физической нагрузке и уменьшению выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности.