

Материал и методы:

Обследовано 87 больных крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 52 мужчин с ИМ и ГУ, медиана возраста 74,5 (70,5; 80,5) лет. Вторая группа включала 35 женщин с ИМ и ГУ, медиана возраста 78,0 (76,5; 81,0) лет. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты:

По данным анамнеза выявлено увеличение частоты хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), гипертонической болезни (ГБ) 3 стадии, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у больных 2 группы, что составило 64% vs. 24% ($p < 0,01$); 48% vs. 23% ($p < 0,04$); 32% vs. 13% ($p < 0,05$), соответственно. У больных 1 группы в 2 раза чаще выявлялась подагра и в 4 раза чаще мочекаменная болезнь. У больных 2 группы в 2 раза чаще регистрировался трансмуральный ИМ. В структуре осложнений острого периода ИМ частота кардиогенного шока и пневмонии была выше у больных 2 группы, что составило 16% vs. 8% и 24% vs. 18%. При анализе лабораторных данных ГУ у больных 1 и 2 группы составила 438,5 мкмоль/л и 463,0 мкмоль/л ($p > 0,05$). Содержание холестерина у больных 2 группы было выше, чем у больных 1 группы 5,3 (4,7; 6,0) ммоль/л и 4,7 (4,0; 5,9) ммоль/л ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ медиана конечного диастолического размера левого желудочка (КДРЛЖ) у больных 1 группы составила 5,2 (5,0; 5,6) см; у больных 2 группы 5,0 (4,7; 5,4) см ($p < 0,04$). Максимальный передне-задний размер левого предсердия (ЛП) у больных 1 группы составил 4,1 (3,9; 4,3) см, у больных 2 группы 4,3 (4,0; 4,5) см ($p > 0,05$). В обеих группах с одинаковой частотой отмечалась незначительная и умеренная гипертрофия ЛЖ. Отмечено уплотнение и кальциноз фиброзного кольца аорты, утолщение и кальцинирование стенок аорты в большей степени выраженное и с большей частотой регистрировавшееся у женщин с ИМ и ГУ. Диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы был статистически значимо меньше у женщин, чем у мужчин, что составило 3,2 (3,1; 3,5) см и 3,5 (3,4; 3,7) см ($p < 0,02$). Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у больных 1 и 2 группы была снижена, что составило 44,0 (34,5; 50,0)% и 40,0 (35,0; 46,0)%, ($p > 0,05$). Выявлено статистически значимое различие в нарушении локальной сократимости стенок ЛЖ по типу дискинезии у больных 2 группы по сравнению с 1 группой, что составило 36% vs. 13% ($p < 0,03$). Это обусловлено большей частотой развития трансмуральных ИМ, выявленных у женщин с ИМ и ГУ. Статистически значимых различий по типу акинезии и гипокинезии у больных обеих групп выявлено не было. При оценке регургитационных потоков у больных 1 и 2 группы статистически значимых различий не отмечено.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о том, что гиперурикемию у больных острым инфарктом миокарда можно рассматривать как фактор, способствующий прогрессированию атеросклероза в большей степени выраженному у женщин в старших возрастных группах.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К КЛОПИДОГРЕЛУ

Гринштейн И. Ю., Савченко А. А., Гринштейн Ю. И., Филоненко И. В., Косинова А. А.

Красноярский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности уровней активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования (КШ) в зависимости от их чувствительности к клопидогрелу.

Материал и методы:

Обследованы 51 больной мужского пола с хронической формой ИБС до и после КШ и 35 здоровых мужчин (контроль). Спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов изучалась на агрегометре «Биола» до АКШ (двухнедельная отмена антитромбоцитарных препаратов), после КШ на фоне терапии 75 мг клопидогрела и через 6 месяцев после операции. В зависимости от подавления АДФ зависимой агрегации тромбоцитов на 50% от исходной через две недели лечения клопидогрелом или отсутствия таковой все пациенты были разделены на две группы: чувствительные ($n=41$) и резистентные ($n=10$) к клопидогрелу. Биоломинесцентным методом определялась активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов.

Результаты:

Установлено, что метаболизм тромбоцитов больных ИБС независимо от чувствительности к клопидогрелу характеризуется снижением активности анаэробной энергетики, глутатион-зависимой антиоксидантной системы, а также реакций, осуществляющих перенос продуктов липидного катаболизма на гликолиз и НАДФН-зависимый отток субстратов с лимонного цикла на аминокислотный обмен. Метаболическими особенностями тромбоцитов, характеризующими состояние резистентности к клопидогрелу, являются низкая активность ключевой реакции пентозофосфатного цикла, отражающей состояние пластического обмена и субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, определяющего интенсивность аэробной энергетики. Только у клопидогрел-чувствительных больных ИБС в тромбоцитах повышается активность НАДФМДГ (ключевой реакции липидного анаболизма).

Заключение:

Изменения метаболизма влияет на агрегационную активность тромбоцитов и создает риск развития резистентности к клопидогрелу.