

женной сердечной недостаточностью ишемического генеза может достигать 50% массы ЛЖ. Клиническая эффективность коронарной ангиопластики в значительной степени определяется объемом миокарда, способного к повышению функционального резерва после ревазуляризации.

**ОЦЕНКА РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
 В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ
 ФИБРИН-СПЕЦИФИЧНЫХ ЛИПОСОМ СО СТРЕПТОКИНАЗОЙ
 В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VIVO**

Лутик И. Л.¹, Адзерихо И. Э.², Владимирская Т. Э.²,
 Шерстюк Г. В.², Яцевич О. Н.²

¹УО "Белорусский государственный медицинский университет", ²Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Как известно, к наиболее серьезным осложнениям тромбозиса с использованием фибрин-селективных препаратов относятся геморрагические осложнения и ретромбозы. Перспективным методом снижения системных побочных эффектов является инкапсуляция тромболитического препарата в липосомы. Можно предположить, что добавление к липосомам фибрин-специфичных свойств способствует снижению числа геморрагических осложнений. Ранее нами были получены *in vitro* липосомы со стрептокиназой (СК), конъюгированные с антителами к фибриновому компоненту тромба. Цель исследования - оценка риска геморрагических осложнений при локальном введении в зону тромба фибрин-специфичных липосом со стандартной или половинной дозой СК путем сравнения числа ретромбозов, геморрагий, показателей АПТВ, ТВ и уровня тромбоцитов крови в остром эксперименте у собак

Материал и методы:

В экспериментах использовали 30 наркотизированных беспородных самцов собак весом 15-18 кг с моделированными 2-часовыми артериальными тромбозами. В зависимости от введенных препаратов животные были разделены на 6 групп (по n=5 в группах). Животным первых трех групп вводили локально в зону тромба в течение 1-2 минут липосомы со СК: в 1-й группе - фибрин-специфичные липосомы со СК в объеме 2 мл из расчета СК 25 тыс. ЕД/кг, во 2-й группе - те же липосомы со половинной дозой препарата, в 3-й группе - липосомы со СК без фибрин-специфичных свойств. В качестве групп контроля выступали свободная (обычная) форма СК, введенная системно, тромбированная и интактная артерии. Наблюдение за животными и взятие крови проводили исходно, после формирования тромба, через 15, 30, 45, 60, 90, 120 и 180 минут после введения препаратов. Для оценки числа ретромбозов проводили ультразвуковое (УЗ) исследование аппаратом SIEMENS SONOLINE SI 450 (Германия) в аналогичные временные интервалы. Наличие геморрагических проявлений оценивали визуально в месте пункции сосуда весь период наблюдения. Уровень АПТВ, ТВ определяли на гемостазиографе СТ 2410 «СОЛАР» (Беларусь), количество тромбоцитов крови - на гематологическом анализаторе SYSMEX XS - 800i (Япония)

Результаты:

По результатам УЗИ, формирование тромба приводило к расширению диаметра сосуда с визуализацией гипозоногенных тромботических масс в его просвете. Эти данные подтверждались гиперкоагуляцией крови в виде снижения уровня АПТВ, ТВ и числа тромбоцитов на 16-20% от исходного. Введение фибрин-специфичных форм СК приводило к восстановлению просвета сосуда после 30 минут наблюдения с дальнейшей положительной динамикой вплоть до 180-й минуты, в 3-й группе липосом схожая динамика была с 60-й минуты. Визуально наблюдали в 1-м случае из 5-ти петехиальные кровотечения из места пункции длительностью до 20 секунд в 1-й и 3-й группах. При введении половинной дозы СК геморрагических проявлений не выявлено. Гемостазиограмма выявила постепенное нарастание гипокоагуляции в группах сравнения. Так, изменение уровня АПТВ носило 2-хфазный характер: быстрый рост в 2,5-3 раза к 45-й минуте с дальнейшим плавным снижением до окончания эксперимента, в то время как достигнутый на первых минутах эксперимента уровень ТВ оставался таким до 180-й минуты. Изменения числа тромбоцитов крови характеризовались устойчивым приростом в течение 3-х часов наблюдения. В то же время, при введении свободной формы СК динамика лизиса тромба была отличной от групп сравнения. УЗИ выявило максимальное освобождение просвета сосуда от тромботических масс после 60-й минуты с тенденцией к его нарастанию до 180-ти минут. При этом в 2-х случаях из 5-ти к моменту окончания эксперимента скопление тромботических масс наблюдали повторно. Визуальная оценка показала в 2-х случаях из 5-ти 1-3-хминутные кровотечения из области пункции и прилегающих мест диссекции к первому часу наблюдения. Эти данные подтверждались рецидивом гиперкоагуляции в виде достоверно меньшей ($p < 0.05$) по отношению к группам сравнения динамикой снижения уровня АПТВ и ТВ, а также тенденцией к росту числа тромбоцитов на 1,3% после 90-й минуты

Заключение:

Введение фибрин-специфичных липосом, содержащих СК, локально в зону тромба приводит к восстановлению просвета сосуда, начиная с 30 минут наблюдения и способствует умеренной гипокоагуляции при отсутствии значимых геморрагических проявлений. Выявлены преимущества липосом со СК перед свободной (обычной) формой препарата в виде значимого снижения числа и длительности кровотечений из области пункции, а также сохранения длительной гипокоагуляции за счет превышения уровня АПТВ, ТВ и числа тромбоцитов крови после 90 минут наблюдения

**ОЦЕНКА РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ КАТАСТРОФ
 У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В ЯКУТИИ**

Петрова М. Н.

ФГАОУ ВО «Северо-восточный федеральный университет»

Введение (цели/ задачи):

Шкала SCORE разработана для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) в течение 10 лет. Подагра считается нарушением обмена веществ и входит в число заболеваний, связанных с ожирением, таких как ар-

териальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и сахарный диабет 2 типа (СД типа 2) (ВОЗ, 2000). Гиперурикемия (ГУ) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому диагностика и лечение подагры, ГУ, а также осложнений заболевания являются актуальной проблемой терапии. Помимо непосредственного патологического влияния повышенного уровня мочевой кислоты (МК) на стенку сосудов важное значение у больных подагрой приобретает воздействие повышенного артериального давления (АД), которое часто встречается у этих пациентов. АГ, в свою очередь, значительно увеличивает риск кардиоваскулярных катастроф. Цель: оценить суммарный риск смертельного СЗ у 41 пациента с подагрой, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУ «ЯГКБ» г. Якутска в 2007-2012 гг. в рамках многоцентрового обследования по подагре.

Материал и методы:

Анкетирование пациентов согласно опроснику, разработанному в ФГБУ «НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой», который включает в себя следующие разделы: паспортная часть, приверженность пациентов вредным привычкам, анамнез заболевания подагрой, число пораженных суставов, сопутствующая патология, эффект от проводимой терапии. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевины, МК, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, креатинкиназа; общий анализ мочи; суточный анализ мочи (объем выделенной за сутки мочи, креатинин, белок, мочевая кислота), в день выполнения биохимического анализа крови; 2. Инструментальные методы: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей; УЗИ почек. Клиническая диагностика ИБС, АГ, СД типа 2, ХПН, ХСН. Десятилетний фатальный риск был вычислен с помощью Шкалы SCORE (<http://klinrek.ru/calcs/score.htm>). В зависимости от полученного значения риска пациента следует отнести в одну из следующих категорий: низкий риск – менее 5% и высокий риск – 5% и более.

Результаты:

Только 22 проанализированных истории болезни позволили оценить вероятность наступления смертельного исхода от ССЗ в течение ближайших 10 лет: из них >5% у 4 мужчин; <5% n=18 (16 мужчин+2 женщины). В группе SCORE >5% среднее значение 5,9 [5,04-6,87]; в группе < 5% среднее значение 2,1 [0,12; 4,9]. Безусловно, численность групп была неодинаковой, однако удалось выявить некоторые тенденции: ассоциированные клинические состояния были только в группе < 5%: ИБС у 3 (17%), ХПН у 1 (6%), ИМ у 1(6%). МК была выше у пациентов в группе >5%: 501,75 (353-718) и 473(256-787).

Заключение:

необходимо шире внедрять опросник для больных с подагрой в практику ЛПУ, т.к. строгое заполнение его позволяет оценить риск смертельного ССЗ в течение 10 лет и принять превентивные меры.

ОЦЕНКА РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Полозова Э. И., Сеськина А. А., Щетинина Д. В.

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарева", кафедра госпитальной терапии

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания широко распространены не только в Российской Федерации, но и во многих развитых странах мира. Данный класс заболеваний является лидирующим в структуре причин смертности в России; на его долю приходится 55% всех случаев смерти среди населения, среди них около 30% случаев смерти лиц трудоспособного возраста. Одним из наиболее фатальных проявлений ишемической болезни сердца является острый коронарный синдром. Целью работы явилась оценка риска летальности больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от тактики лечения.

Материал и методы:

В исследование, носившее ретроспективный характер, включено 60 пациентов с ОКСбпST, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» г. Саранска в 2013-2016 гг., разделенных на 2 группы. I группа (n=30) – больные, получавшие только традиционную медикаментозную терапию; II группа (n=30) – больные, получавшие интервенционное лечение (баллонная вазодилатация + стентирование коронарных артерий). Среди больных с ОКСБПST, включенных в исследование, было 68 % мужчин (41 человек) и 33% женщин (19 человек) в возрасте от 41 до 89 лет (средний возраст 61,6±10,0 лет). Группы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Методы исследования: анкетирование, анализ историй болезни с оценкой биохимических показателей (холестерин, тропонины, креатинин, глюкоза), результатов инструментальных методов исследования (электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, коронароангиография). На основании полученных данных проводили оценку риска летальности больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в зависимости от тактики лечения с использованием шкалы GRACE при поступлении и выписке больных.

Результаты:

Исследования показали, что по шкале GRACE в 50% и 37% случаев соответственно в I и II группах больных отмечен средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений, низкий риск – в 37% и 50 % случаев соответственно, высокий риск – в 13% случаев в обеих анализируемых группах больных. Шкала GRACE позволяет оценить риск летальности при ОКСбпST. Согласно полученным данным, риск летальности при поступлении выше, чем при выписке. Отдаленный прогноз в отношении риска летальности более неблагоприятный, чем ближайший - в период госпитального лечения пациентов с ОКСБПST. Среднее значение количества баллов в I группе составило 114,0±29,3, во II группе – 112,6±20,8. Различия показателей в анализируемых группах не отмечается (p>0,05),