

ФАРМАКО-ИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ РЕДУЦИРОВАННОЙ ДОЗЫ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В СОЧЕТАНИИ С АЛПРОСТАДИЛОМ, АНТИОКСИДАНТОМ И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ЧКВ

Полонецкий Л. З., Денисевич Т. Л., Савенко С. А.,
Колядко М. Г., Полонецкий О. Л., Стельмашок В. И.,
Романовский Д. В.

ГУ РНПЦ «КАРДИОЛОГИЯ»

Введение (цели/ задачи):

Эффективность фармакологической и инвазивной (механической) реперфузии при остром инфаркте миокарда не вызывает сомнений, тогда как эффективность и безопасность их комбинирования остается предметом исследований и обсуждений. По данным мета-анализа результатов 17 рандомизированных исследований, немедленное ЧКВ после успешной ТЛТ нельзя рекомендовать в качестве метода лечения ОИМ и требуется дальнейшее изучение оптимального промежутка времени между ТЛТ и ЧКВ. Остаются открытыми ряд вопросов сопряжения ТЛТ и последующего ЧКВ: влияние этой комбинации на характер и полноту миокардиальной реперфузии, на частоту и структуру осложнений и летальность у пациентов с ИМ. Решение данной проблемы невозможно без определения допустимого минимального временного интервала от начала ТЛТ до начала ЧКВ и разработки оптимальной сопроводительной фармакотерапии.

Материал и методы:

Проводилось открытое проспективное контролируемое исследование с использованием тенектеплазы на догоспитальном этапе, простагландина Е1 (40 мкг однократно), традиционных антиоксидантов (эмоксипин, корвитин) с последующим ЧКВ в течение первых суток у 69 пациентов острым крупноочаговым инфарктом миокарда. Степень восстановления эпикардального коронарного и миокардиального кровотока оценивалась по данным коронарографии с учетом критериев TIMI, MBG и динамики интервала ST по ЭКГ. Для оценки дисфункции и ремоделирования левого желудочка сердца использовалась эхокардиография. Лабораторные методы включали параметры агрегации тромбоцитов, индуцированной арахидоновой кислотой (ASPI-тест), тесты коагулограммы, активность антитромбина III. Оценивали следующие параметры агрегационной кривой: площадь под кривой (AUC), представленная в условных единицах (У); степень и скорость агрегации тромбоцитов, выраженные соответственно в условных агрегационных единицах (AU) и условных агрегационных единицах, соотнесенных ко времени в минутах (AU/min). Лабораторные тесты выполнены непосредственно перед ЧКВ. По результатам оценки состояния системы гемостаза у пациентов с ОИМ в различные временные интервалы после выполнения ТЛТ статистически значимую динамику продемонстрировали показатели клеточного гемостаза: AUC и степень агрегации тромбоцитов, индуцированной арахидоновой кислотой.

Результаты:

При медикаментозной реперфузионной терапии ОИМ самые высокие значения степени агрегации и AUC наблюдались в течение 1 часа после введения тромболитического препа-

рата: медиана степени агрегации в данный период времени составила 64,5 (34,9-84,1) AU; AUC – 49,0 (33,0-58,30) У. Положительная динамика показателей агрегации тромбоцитов отмечена уже ко 2 часу со статистически значимым снижением к 3 часу после стандартной ТЛТ (AUC – до 30,0 (21,0-35,0) У ($p=0,047$), степени агрегации – до 46,5 (37,1-58,5) AU ($p=0,050$)). На всех этапах обследования в первые 3 часа после фибринолитической терапии более чем у 50% пациентов сохранялись признаки гиперагрегации тромбоцитов: к 1 часу – у 66,7% пациентов, ко 2 часу – у 63,6%, к 3 часу – у 53,5%. Значения степени агрегации тромбоцитов перед ЧКВ, выполненным после 3 часов от начала ТЛТ, были ниже, чем перед ЧКВ в первые 3 часа после тромболитической терапии (в 1,8 раза, $p<0,05$). Однократное введение простагландина Е1 во время ТЛТ способствовало снижению гиперагрегации тромбоцитов к началу ЧКВ, выполненного в ранние сроки после ТЛТ (от 1 до 3 часов). При всех вариантах ФИТ наблюдался сниженный ответ тромбоцитов на индукцию арахидоновой кислотой перед ЧКВ, выполненным после 3 часов от введения тромболитического препарата, но в группе с введением ПГЕ1 отмечена тенденция к более низким значениям показателей ASPI-теста.

Заключение:

С учетом широкого терапевтического диапазона и мощного антитромботического действия ПГЕ1 включение данного препарата в процедуру тромболитической терапии ОИМ повышает эффективность фармакологической реперфузии, позволяет редуцировать дозу тромболитического препарата и провести ЧКВ в более ранние сроки после ТЛТ, что будет способствовать снижению риска геморрагических и тромботических осложнений.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Масленникова О. М.¹, Егорова Л. А.¹, Боровикова Т. А.¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия», ²ГБУЗ МО «Люберецкая районная больница №2»

Введение (цели/ задачи):

Пролапс митрального клапана (ПМК) часто не трактуется как патология до тех пор, пока не появляются кардиальные нарушения. Несмотря на то, что прогноз у большинства спортсменов с ПМК остается благоприятным, воздействие значительных физических нагрузок является провоцирующим фактором появления жизнеугрожающих осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Способность организма адаптироваться к физическим нагрузкам лимитируется, прежде всего, индивидуальными особенностями сердечно-сосудистой системы, поэтому так важна оценка ее состояния в покое и при нагрузке. Целью настоящего исследования стала оценка состояния сердечно-сосудистой системы у профессиональных спортсменов с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы:

Было обследовано 537 спортсменов (328 юношей и 209 девушек), занимающихся высокодинамичными видами спорта. Средний возраст составил соответственно 22,4±1,2