

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 E1 (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 (U); 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) U. 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) U ($p=0,047$), 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 E1 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

и $21,3 \pm 1,3$ лет. Всем спортсменам проводилась эхокардиография с доплерографией на аппарате «Vivid-7 Dementia» («General Electric», США). Диагноз ПМК устанавливали при наличии систолического провисания одной или обеих створок митрального клапана на 3 мм и более в момент максимального пролабирования. Нагрузочное тестирование (тредмил-тест) проводилось по протоколу Брюса на стресс-системе «Cardiovit CS-200» («Schiller», Швейцария). Основную группу составили спортсмены с пролапсом митрального клапана (ПМК) (136 человек, из них 76 юношей и 60 девушек). Спортсмены без ПМК вошли в группу сравнения (401 человек, 252 юноши и 149 девушек). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Обследование проводилось до начала основного тренировочного процесса, после отпуска.

Результаты:

Частота встречаемости ПМК у обследованных спортсменов высокой квалификации составила 24,4%, у 22,5% юношей и 27,4% девушек. При анализе ЭКГ в покое различные нарушения ритма сердца и процессов реполяризации были выявлены у 15 (11,2%) спортсменов в основной группе и у 3 человек (2,1%) в группе сравнения. Чаще всего у спортсменов с ПМК определялась желудочковая экстрасистолия – у 6 человек (4,2%), в группе сравнения – у 1 человека (0,8%) ($p < 0,05$). Синдром ранней реполяризации желудочков выявлен у 7 (5%) спортсменов в основной группе и у 1 (0,8%) – в группе сравнения ($p < 0,05$). При проведении нагрузочного тестирования были получены следующие результаты. Несмотря на то, что толерантность к физической нагрузке ожидаемо была высокой у всех обследованных спортсменов, интенсивность выполненной нагрузки, оцениваемая в MET (метаболический эквивалент) в основной группе была значимо ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения, соответственно $18 \pm 0,4$ и $20,4 \pm 0,2$ у юношей, $17,2 \pm 0,4$ и $19,8 \pm 0,3$ у девушек. Это свидетельствует о меньшей выполненной нагрузке спортсменами с ПМК. У спортсменов с ПМК восстановление исходных показателей происходило медленнее, чем у спортсменов без ПМК – частота сердечных сокращений в основной группе в период восстановления (к третьей минуте отдыха) была достоверно выше, чем в группе сравнения, как у юношей (соответственно $110 \pm 3,8$ и $93 \pm 3,3$ ударов в минуту, $p < 0,01$), так и у девушек (соответственно $111 \pm 3,5$ и $95 \pm 3,1$ ударов в минуту, $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, выявлено, что у спортсменов с ПМК по сравнению со спортсменами без ПМК чаще встречаются изменения на ЭКГ покоя (желудочковая экстрасистолия, синдром ранней реполяризации желудочков). Также установлена достоверно меньшая выполненная нагрузка при проведении нагрузочного тестирования, более медленное восстановление частоты сердечных сокращений по окончании нагрузки. В связи с этим спортсмены с ПМК требуют динамического врачебного наблюдения, более тщательного контроля за состоянием функциональных резервов сердечно-сосудистой системы.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Хан Т. А.

РСНПМЦТ и МР

Введение (цели/ задачи):

Изучить состояние экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола у пациентов с аксиальным спондилоартритом, включая анкилозирующий спондилоартрит, реактивный артрит и взаимосвязь изменений с клиническими проявлениями основного заболевания.

Материал и методы:

Было обследовано 55 больных с диагнозом аксиальный спондилоартрит, соответствующий критериям ASAS. Из них 30 больных анкилозирующим спондилоартритом, 25 – реактивным артритом. Все обследованные были мужского пола, средний возраст составил $35 \pm 0,8$ лет, длительность заболевания составила $5 \pm 0,45$ лет. Критерием исключения было наличие клинических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Контрольная группа в количестве 20 человек, соответствующая по полу и возрасту, без клинических проявлений заболеваний со стороны опорно-двигательного аппарата и СССР. Всем больным было проведено дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола.

Результаты:

Исследование комплекса интима-медиа сосудов (КИМ) как показателя толщины субэндотелиального слоя интимы и/или мышечного слоя меди является ранним маркером атеросклеротического процесса. Толщина КИМ была выше у пациентов с аксиальным SpA ($0,75 \pm 0,05$ мм) по сравнению с контрольной группой ($0,68 \pm 0,08$ мм). Частота встречаемости каротидной бляшки была выше, чем в контрольной группе (40% против 28%, $p < 0,05$). Наличие бляшки наиболее часто наблюдалась у пациентов с большей продолжительностью заболевания, с поражением тазобедренных суставов, синдетомфитами, более высокой ограниченностью функциональной способности суставов по индексам BASFI и BASMI.

Заключение:

Бессимптомность течения поражения сердечно-сосудистой системы обосновывает необходимость обязательного проведения дуплексного исследования экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола и наблюдения кардиолога больных аксиальным спондилоартритом.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Вельмакин С. В., Троицкая Е. А., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная при-