

диаметр (d) сосуда; наличие многососудистых поражений) и 3) лабораторным (повышенный уровень фибриногена и повышенная степень агрегационной способности тромбоцитов – АСТ).

С этих позиций были получены следующие результаты: среди респондентов, которым было проведено АКШ, все клинические маркеры (за исключением женского пола) имели место от 20,0 до 60,0% встречаемости, при этом пик (60,0%) пришелся на показатель – ИМТ > 30 кг/м². Из ангиографических маркеров, оказавших влияние на выбор АКШ, значимыми оказались многососудистые поражения (100,0% пациентов), стенотические сужения ≥ 95% (80,0%) и d артерии < 3 мм (80,0%). Из лабораторных данных – степень АСТ ≥ 3, оказала существенное влияние на выбор в пользу АКШ.

Среди пациентов, которым было проведено баллонирование, факторами оказавшими определенное влияние, в пользу именно этого способа реканализации, оказались: клинические – СД, период до 1 года и кратность ПИМ в анамнезе; ангиографические – L сос. пораж. > 20 мм и d артерии < 3 мм; лаборатор-

ные – уровень ФГ ≥ 4 мг/дл. При этом встречаемость указанных маркеров не превышала 60%.

Комбинированная методика реканализации проводилась у пациентов, у которых помимо рестеноза, были диагностированы стенотические сужения нецелевой артерии и, выбор данной методики был обусловлен, в основном, ангиографическими и лабораторными маркерами. При этом из ангиографических показателей основной процент пришелся на наличие многососудистых поражений, а из лабораторных – на степень АСТ ≥ 3.

При проведении корреляционного анализа между суммой всех маркеров и выбранной тактикой восстановления коронарного кровотока была выявлена прямая зависимость высоко-достоверного характера ($p < 0,00001$), т.е. чем большее количество маркеров имело место у конкретного больного, тем больше предпочтение отдавалось в пользу более сложных методов лечения.

Выводы. На основании проведенного анализа был разработан алгоритм дифференциальной тактики хирургического лечения рестенозов с учетом выше-представленной триады основных симптомокомплексов.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 В УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ОЖИРЕНИЕМ

ИВАНОВА Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь углеводного обмена с показателями ФРФ 21 у пациентов с ИБС в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. В исследование было включено 98 пациентов с ишемической болезнью сердца. С учётом ИМТ, который рассчитывали по формуле Кетле (кг/м²), все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные с ИБС и нормальной массой тела (n=19), вторую – с ИБС и предожирением (n=24), третью – с ожирением I степени (n=31) и четвертую (n=24) – с ИБС и ожирением II-III степени. Показатели контроля были получены при обследовании 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Анализ углеводного обмена проводили с учетом содержания глюкозы и инсулина в сыворотке крови. Наличие инсулинорезистентности (ИР) рассчитывали по формуле: HOMA-IR = инсулин x глюкоза / 22,5. Исследование содержания ФРФ 21 проводилось иммуноферментным методом с использованием реактивов ELISA Kit AVISCERA

BIOSCIENCE SK00145–01, USA. При анализе статистических данных использовали программу «Statistica 10.0».

Результаты исследования. Уровень глюкозы натощак был наивысшим у пациентов с ожирением II-III степени и составил 5,7 (5,2;6) ммоль/л. Он достоверно отличался от показателей в группе пациентов с ИБС и нормальной массой тела 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л и предожирением 4,9 (4,3;5,3) ммоль/л, $p < 0,05$. Наиболее высокие показатели инсулина были у пациентов с высокими степенями ожирения 41 (37;52) мкЕ/мл. Эти данные достоверно отличались от группы пациентов с ИБС и нормальной массой 20 (18;22) мкЕ/мл, предожирением 28 (25;31) мкЕ/мл и ожирением I ст. 31,5 (28;34) мкЕ/мл, $p < 0,05$. Уровни глюкозы и инсулина у пациентов с ИБС были статистически значительно выше контрольных значений, $p < 0,05$. Индекс HOMA-IR был достоверно выше в группе пациентов с ожирением высоких степеней 7,8 (6,8;8,8), против 4,93 (4,22;5,6) в группе с нормальной массой

тела, 5,5 (3,8;6,9) у больных с предожирением и ожирением I ст 6,0 (5,3;6,6), $p < 0,05$. Показатели контрольной группы 4,3 (2,99;4,9) достоверно отличались от всех групп пациентов с ИБС и ИМТ > 25 кг/м², $p < 0,05$. Содержание ФРФ 21 было наивысшим у пациентов с ожирением I ст 305,63 (271,92;361,12) пг/мл, и достоверно отличалось от контроля – 110,65 (97; 117) пг/мл, $p < 0,05$. Низкий уровень этого цитокина был диагностирован у больных с ИБС и ожирением II-III ст. – 106,4 (72;115) пг/мл. При проведении корреляционного анализа у пациентов с предожирением наблюдалась обратная умеренная корреляция с ФРФ21 по уровню глюкозы крови ($r = -0,3$) и прямая слабая по индексу НОМА ($r = -0,21$). В группе с ожирением I ст. установлена слабая

обратная связь между ФРФ21 и глюкозой ($r = -0,21$) и инсулином крови ($r = -0,23$). Анализ пациентов с высокими степенями ожирения установил слабую положительную связь между уровнем глюкозы ($r = 0,18$), слабую отрицательную для инсулина ($r = -0,23$) и обратную связь средней силы для индекса НОМА ($r = -0,37$) по отношению к ФРФ21.

Выводы. Наличие ИР-состояний в большей степени присуще пациентам с высокими степенями ожирения. Уровень ФРФ21 сыворотки крови достоверно связан с углеводным обменом. Увеличение числа больных с гиперинсулинемией при ИБС и ожирения II-III ст. ассоциируется со снижением концентрации ФРФ21 вследствие формирования резистентности рецепторов жировой ткани к данному цитокину.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ИГАМБЕРДИЕВА Р.Ш., АБДУЛЛАЕВ Ш.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить распространенность различных типов инфаркта миокарда (ИМ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП), а также встречаемость ФП среди больных с ИМ, особенности антитромботической терапии в данной группе пациентов.

Материал и методы. Был проведен анализ историй болезни 493 пациентов с ИМ за 3 года (2017–2019гг).

Результаты исследования. Среди всех больных с ИМ ФП зарегистрирована у 77 пациентов (15,7%), из них: мужчин – 48,7%, женщин – 51,3%, средний возраст – 74 года. ФП в анамнезе была у 40 больных: постоянная форма – 46,1%, пароксизмальная – 43,6%, персистирующая – 10,3%; у 26 пациентов (33,8%) – впервые зарегистрирована в остром периоде ИМ, у 11 пациентов (14,3%) – давность ФП неизвестна. Большинство пациентов с ФП (85%) переносили ИМ 1 типа; ИМ 2-го типа развивался у 6 пациентов (15 %) с хронической ФП. У одного пациента (2%) среди лиц с впервые возникшей ФП ИМ развился на фоне тахисистолии и был расценен как ИМ 2-го типа. Коронарография (КАГ) была выполнена в 42,5%. Из них – 91,4% пациентов выполнена ангиопластика и стентирование инфаркт связанной артерии. Среди пациентов с ИМ на фоне существующей ФП тройная антитромботическая терапия (варфарин+ацетилсалициловая кислота+клопидогрел), в большинстве случаев,

была назначена на 1–3 месяца, далее – двойная терапия (варфарин+клопидогрел) на 12 месяцев, с последующим переходом на АК; в 5,8% случаев срок двойной терапии сокращался до 3–6 месяцев в связи с развившимся малым кровотечением/ высоким риском кровотечения. В 16,3% случаев АК не были назначены у пациентов с крайне высоким риском кровотечения, включая невозможность контроля МНО на амбулаторном этапе, плохой комплекс; в 8% случаев (у пациентов без стентирования КА в ходе ИМ/ развившимся малым кровотечением/высоким риском кровотечения) назначены только АК. Новые оральные АК (НОАК) – ривароксабан в составе многокомпонентной антитромботической терапии (в 91,7% случаев) начали использовать только в 2019г. Среди пациентов с ФП в анамнезе и диагностированным ИМ 2 типа АК были назначены в 100% случаев, причем либо в виде монотерапии (ривароксабан) – 46% больных (в связи с высоким риском кровотечения), либо в сочетании с 1 дезагрегантом – 51%. В группе пациентов с впервые возникшей ФП во время ИМ антикоагулянты при выписке назначались только у 14% больных (повторные пароксизмы ФП во время госпитализации).

Выводы. Таким образом, ИМ и предшествующая ФП встречается у 8 % пациентов. Чаще встречался ИМ 1 типа. У пациентов с сочетанием ИМ и ФП пероральные АК в составе многокомпонентной антитромботической терапии назначались в большинстве случаев, за