

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АТОРИСОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Комиссарова С.М., Феоктистова Н.В., Арабей А.А., Петрук О.А.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Методы исследования. В исследование было включено 48 больных (средний возраст 51,9 лет) ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий (I группа), у 28 больных II (группа) диагностировали сахарный диабет (СД) 2 типа. Длительность СД составляла 6,8 лет. У больных ИБС с СД 2 типа уровень базальной гликемии составлял $7,46 \pm 1,49$ ммоль/л, показатель постпрандиальной гликемии $8,34 \pm 0,31$ ммоль/л, уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) $6,74 \pm 1,06\%$. Клинико-метаболическая компенсация СД (HbA1c < 6,5%), выявлена у 46,4% пациентов, субкомпенсированное состояние (HbA1 > 6,5%) у 43,8% и 6,8% — в состоянии декомпенсации (HbA1c > 8,0%). Коррекция гликемии осуществлялась пероральными сахароснижающими препаратами, инсулинотерапию получали 4 больных. Перед реваскуляризацией миокарда комбинированная дислипидемия: повышение уровней ХС ЛПНП, ТГ и снижение уровня ХС ЛПВП была выявлена у 62,4% пациентов I группы и у 43,5% II группы; повышение уровня ХС ЛПНП в сочетании с повышением уровня ТГ у 20% пациентов I группы и у 25% II группы, изолированное повышение уровня ХС ЛПНП отмечено у 12,6% пациентов I группы и 22% — II группы, повышение уровня ТГ при снижении уровня ХС ЛПВП отмечено у 9% — II группы. Все пациенты в течение 6 месяцев получали аторис (КРКА, Словения) в дозе 20 мг/сут в один прием. Всем пациентам была выполнена операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения. Проводилось исследование: ЭКГ, ЭхоКГ, коронарография, ультразвуковое исследование вазомоторной функции эндотелия. Общепринятыми методиками определяли уровень ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП. Определение аполипопротеинов А-I (апоAI) и В (апоВ) проводили лазерным иммунонефелометрическим методом, СРБ иммунотурбометрическим методом.

Результаты. В результате проведения сахароснижающей терапии спустя 3 месяца после АКШ в обеих группах отмечено улучшение углеводного обмена (HbA1c снизился с 8,0 до 6,2%). В послеоперационном периоде через 6 недель лечения аторисом в обеих группах уровень ХС ЛПНП снизился с 4,19 до 2,02 ммоль/л ($p < 0,005$). Динамика такого же характера была отмечена для уровня ТГ и ОХС. Отмечено также снижение уровня апоВ в сыворотке крови с 1,64 до 1,13 ммоль/л ($p < 0,001$). Выявлено повышение уровня ХС ЛПВП с 0,98 до 1,17 ммоль/л ($p < 0,05$). Отмечено статистически значимое снижение уровня СРБ через 3 месяца лечения аторисом (с 5,1 до 2,0 мг/дл, $p < 0,001$). Однако у 9,0% пациентов II группы спустя 3 месяца от начала терапии аторисом сохранялся высокий уровень ТГ (2,4 ммоль/л) и низкий уровень ХС ЛПВП (0,8 ммоль/л), что явилось основанием для включения в комплексную терапию фенофибрата (трайкор) в дозе 145 мг.

Выводы. Гиполипидемическая терапия аторисом в дозе 20 мг после реваскуляризации миокарда позволяет существенно снизить уровень ОХС, ХЛПНП, ТГ, повысить уровень ЛПВП через 3 месяца после начала терапии. У 9,0% пациентов сохраняется высокий уровень ТГ и низкий уровень ЛПВП, что требует включения дополнительно фенофибрата.

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СЛУЖБЫ КРОВИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Копченко Т.Г., Жибурт Е.Б., Коденев А.Т., Вергопуло А.А.

Кафедра трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова, Москва

Провели оценку эффективности использования современных технологий получения компонентов крови в работе служб крови субъектов Российской Федерации. Установлено, что возрастает стоимость продукции, полученной от одной донации, увеличивается количество доноров клеток, а также объем заготовки свежемороженой плазмы аппаратным методом.

По мере совершенствования работы центра крови, в частности, внедрения аппаратного афереза, доля брака крови сокращается.

В качестве индикаторов качества работы центра крови наряду со стоимостью продукции, полученной от одной донации, и долей брака крови и ее компонентов также могут быть использованы относительные показатели в расчете на 1 млн. населения:

- количество доноров тромбоцитов;
- объем заготовки клеток методом цитафереза (предпочтительнее — количество доз аферезных тромбоцитов);
- объем заготовки свежзамороженной плазмы (СЗП) аппаратным аферезом;
- количество выданных отмытых эритроцитов;
- количество выданной эритроцитарной взвеси;
- количество выданных тромбоцитов;
- объем выданной СЗП.

Технологическое совершенствование службе крови опережает изменение порядка профильного учета и отчетности:

- понятие «донор клеток крови» объединяет две несвязанные группы — доноров тромбоцитов и доноров эритроцитов.
- не предусмотрен учет доз аферезных тромбоцитов;
- не регистрируется заготовка сред, прошедших обеднение лейкоцитами, вирусинактивацию и карантинизацию;
- не регистрируется практика лечебного применения трансфузионных сред.

Конвергенция показателей качества в производственной трансфузиологии в различных субъектах Российской Федерации будет отражать выравнивание возможностей населения получить адекватное трансфузиологическое пособие.

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-АЛЬФА И ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА-БЕТА-1 У ПАЦИЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Корженевская К.В., Гавришева Н.А., Панов А.В., Сесь Т.П., Алексева Г.В., Абесадзе И.Т.,
Алугишвили М.З., Лоховинина Н.Л., Усова Е.А.*

*Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий,
Санкт Петербург
Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова*

Вступление: Воспаление является одним из ведущих факторов прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе, после оперативного вмешательства.

Цель: определить содержание про- и противовоспалительных цитокинов — фактора некроза опухолей- α (TNF- α) и трансформирующего фактора роста- β (TGF- β 1) у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ) на фоне острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST.

Методы: Обследовано 130 больных (средний возраст $58,4 \pm 0,8$ года), из которых было 106 (81,5%) мужчин и 24 (18,5%) женщины. Контрольную группу составили 28 пациентов со стабильным течением ИБС. До и после операции определялось содержание TNF- α и TGF- β 1 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты: За весь период наблюдения после КШ клинический рецидив ишемии миокарда развился у 35 (26,9%) больных. Средний срок возобновления ишемии миокарда составил $13,6 \pm 2,0$ мес. Установлено, что у больных с рецидивом ишемии миокарда после КШ содержание TNF- α ($63,1 \pm 6,2$ пг/мл) и TGF- β 1 ($100,50 \pm 19,87$ нг/мл) было выше, чем в группе без рецидива ($35,5 \pm 7,3$ пг/мл; $p < 0,05$ и $66,91 \pm 8,29$ нг/мл; $p < 0,05$ соответственно). При благоприятном течении послеоперационного периода наблюдалось более низкое значение TNF- α по сравнению со значениями до КШ ($35,5 \pm 7,3$ пг/мл и $62,0 \pm 9,8$ пг/мл соответственно; $p < 0,05$) и в контрольной группе ($35,5 \pm 7,3$ пг/мл и $51,0 \pm 6,8$ пг/мл соответственно; $p < 0,05$). При благоприятном течении ИБС уровень TGF- β 1 ($66,91 \pm 8,3$ нг/мл) не отличался от контрольной группы ($61,8 \pm 14,1$ усл. ед.; $p > 0,10$), но был ниже дооперационных значений ($99,4 \pm 5,5$; $p < 0,05$).

Выводы: Анализ значений маркеров воспаления и особенностей течения ИБС после операции показал, что рецидив ишемии миокарда ассоциирован с повышением уровней про- и противовоспалительных цитокинов, что, вероятно, указывает на активность хронического воспаления.