Маль Г.С., Лазурина Л.П.
Ассоциация ишемической болезни сердца с инфекцией

*Курский государственный медицинский университет
(Россия, Курск)*

doi 10.18411/scc-30-09-2017-21

idspr 000001:scc-30-09-2017-21

Одной из основных причин развития атеросклероза считается воспаление, как важнейший компонент атерогенеза [2].

Воспаление является неспецифическим проявлением воздействия разнообразными повреждающими факторами на эндотелий сосудов. Во многих исследованиях показана взаимосвязь между повышением уровня провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли (ФНО- α), интерлейкинов (IL-1 β , IL-6) с проявлениями дестабилизации атеросклероза и ИБС [1, 2]. В качестве этиологического фактора, способствующего активации хронического воспаления в атеросклеротической бляшке, с вовлечением цитокиновой системы, может являться любая острая инфекционная патология, протекающая с активным воспалительным процессом.

При ОРВИ развивается дисбаланс взаимодействия цитокинов на фоне хронической инфекции (герпетической, цитомегаловирусной) [1]. Эти изменения могут приобретать необратимый характер и стимулировать воспалительный процесс, мотивировать изменения фармакологической коррекции гиперлипидемии (ГЛП) с учетом наличия отягощающего фона (сопутствующей вирусной инфекции) с поиском наиболее эффективных препаратов с минимальными затратами.

Согласно заключениям первого Международного симпозиума, посвященного проблеме связи инфекции и атеросклероза, проходившего в декабре 1998г. в Лионе (Франция): атеросклероз является процессом накопления липидов в сосудистой стенке в форме бляшек, что вызвано воспалительной реакцией [3, 6].

Наиболее эффективным гиполипидемическим препаратом служит розувастатин – препарат IV генерации. В исследованиях STELLAR (2003), SOLAR (2007), COMPELL (2006), MERCURY (2006), ORION (2008), JUPITER (2008), LUNAR (2012) доказано, что розувастатин значительно превосходит другие статины по своему гиполипидемическому эффекту. Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) на фоне терапии снижается на 52–63% для доз 10 и 40 мг соответственно [5].

Кроме гиполипидемического эффекта, у статинов имеются другие нелипидные (плейотропные) эффекты. Среди них можно выделить противовоспалительные, антиоксидантные, вазоактивные, антиагрегантные. Также, следует отметить, снижение риска возникновения болезни Альцгеймера, остеопороза, растворение холестериновых камней, что делает актуальным использование статинов другими специалистами [4].

В исследование было включено 50 больных ИБС стенокардией напряжения 1-2 ФК изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) (30 из них – с сопутствующей инфекционной патологией (острая вирусная инфекция).

Срок наблюдения каждого пациента составил не менее 6 месяцев. Всем лицам, включенным в исследование, были даны рекомендации по диете. Она предполагала 30% снижение потребления жиров, 10% – насыщенных ЖК, поступления до 300 мг/сутки ХС и легкоусвояемых углеводов с пищей.

Фармакотерапия проводилась параллельно во всех подгруппах стартовым препаратом розувастатин в дозе 10 мг/сут. и 20 мг/сут., выбранной соответственно рекомендуемой начальной дозе в инструкции по применению препарата.

При не достижении целевого значения ХС ЛНП (1,8 ммоль/л) при фармакотерпии розувастатином, пациент переводился на терапию с увеличением дозы в соответствии с рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена.

У больных ИБС на этапе скрининга при фармакологической коррекции критерием проявления гиполипидемического эффекта было достижение целевого ХС ЛНП у 67,6% больных, среди них с изолированной ГХС – 38% больных с сочетанной ГХС – 29,6% достигли целевого ХС ЛНП на фоне гиполипидемической терапии розувастатином.

Дестабилизация течения ИБС характеризовалась повышением ХС, ХС ЛНП и атерогенного индекса (АИ) у больных с сочетанной ГХС при фармакологической коррекции розувастатином 10 мг/сут. При сравнительной характеристике изменения параметров липидного обмена выявлено статистически значимое повышение исследуемых параметров у больных с сочетанной ГХС.

Проявлением дестабилизации течения ИБС при присоединении ОРВИ стало изменение параметров липидного профиля с нивелированием ранее достигнутого целевого ХС ЛНП при выбранной стандартной дозе розувастатина 10 мг/сут., что потребовало титрации используемой дозы для осуществления фармакологической коррекции ГЛП.

Фармакологическая коррекция ГЛП розувастатином 10мг/сут. привела к достижению целевого ХС ЛНП при динамическом наблюдении у больных с сопутствующей патологией (ИБС+ОРВИ) у 47% больных, что мотивировало увеличение дозы до 20 мг/сут.

У больных ИБС без проявлений инфекционного процесса уровень параметров липидной системы при динамическом наблюдении, как при изолированной, так и при сочетанной ГХС оставался стабильным, достигнутым проводимой фармакотерапией на амбулаторном этапе (до момента включения в исследование).

У больных с сочетанной ГХС зафиксирован повышенный уровень общего холестерина, ХС ЛНП и АИ по сравнению с изолированной ГХС при динамическом наблюдении.

При фармакологической коррекции ГЛП розувастатином критерием проявления гиполипидемического эффекта стало достижение целевого ХС ЛНП у 67% исследуемых больных ЛНП к 12-й неделе фармакотерапии розувастатином.

Среди них – 43% больных с сочетанной патологией (ИБС и ОРВИ) достигли целевого уровня ХС ЛНП при фармакологической коррекции ГЛП при изменении дозового режима розувастатина. 33% пациентов при фармакотерапии розувастатином в течение 12-ти недель не достигли целевого холестерина.

Так, оценив процент снижения исследуемых параметров липидного спектра к 12-й неделе наблюдения получено, что у женщин с полиморбидной патологией (ИБС + ОРВИ) с изолированной ГЛП ХС снизился 10%, а у мужчин на 9,2%, для больных с сочетанной ГЛП данные показатели составили 8,3% и 7,9% соответственно.

При оценке уровня ХС ЛНП к 12-й неделе наблюдения выявлено снижение на 25% у мужчин и 35% у женщин с изолированной ГЛП и 35% и 41% – с сочетанной.

Таким образом, в данном исследовании показано, что на фоне 12-недельной фармакологической коррекции розувастатином 10 мг/сут. у больных ИБС с ОРВИ с изолированной ГЛП наблюдалось статистически значимое снижение уровня ХС (-9,2%) у мужчин и (-10%) у женщин, в то время как, с сочетанной ГЛП на 7,9% и 8,3%

соответственно. Снижение ХС ЛНП составило (-35%) и (-41%) у женщин с изолированной и сочетанной ГЛП, а у мужчин (-25%) и (-35%) соответственно.

1. Адамян, К.Г. Роль латентного воспаления в патогенезе фибрилляции предсердий / К.Г. Адамян, С.В. Григорян, Л.Г. Азарпетян // Вестн. аритмологии. – 2008. – № 54. – С. 34-41.
2. Булдакова, Н.Г. Роль статинов в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Н.Г. Булдакова // РМЖ. – 2008. – Т. 16, № 21. – С. 1449-1452.
3. Гольшко, В.С. Влияние полиморфизма генов TNF- α (G 308 A) и IL-10 (G-1082A) при инфаркте миокарда на экспрессию про- и противовоспалительных цитокинов / В.С. Гольшко, О.Е. Кузнецов, М.В. Ершова // Журнал ГрГМУ. – 2012. – № 3. – С. 55-58.
4. Демографический ежегодник России 2013: стат. сб. – М.: Росстат, 2013. – 543 с.
5. Ухолкина, Г.Б. Статины - прошлое, настоящее, будущее / Г.Б. Ухолкина // РМЖ. – 2013. – № 4. – С. 199-207.
6. Alexopoulos, N. Calcification in atherosclerosis / N. Alexopoulos, P. Raggi // Nat. Rev. Cardiol. – 2009. – Vol. 6, N 11. – P. 681-688.

Мухин А.С.¹, Савенков А.Г.², Шарабрин Е.Г.³, Иванова Я.А.³, Федоров С.А.³
Опыт применения тромбаспирационного катетера «Eliminate» у пациентов с острым инфарктом миокарда

¹ Нижегородская государственная медицинская академия

² ГБУЗ НО "Городская клиническая больница №13 Автозаводского района"

³ Нижегородская государственная медицинская академия
(Россия, Нижний Новгород)

doi 10.18411/scc-30-09-2017-22

idsp 000001:scc-30-09-2017-22

Аннотация

Цель исследования изучить эффект от процедуры тромбаспирации при ее сочетании со стентированием и ангиопластикой у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. При проведении последующих эндоваскулярного лечения на инфаркт ответственной артерии, в группах с тромбэкстракцией чаще наблюдалось полное восстановление эпикардимального кровотока и миокардимального пропитывания, по сравнению с группой со стандартными эндоваскулярным лечением. Установлено, что правильно выполненная процедура тромбаспирации снижает частоту дистальной эмболизации и снижает частоту дислокации тромботических масс.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, атеросклероз коронарных артерий, чрескожное коронарное вмешательство, аспирация тромбов, тромбэкстракция, феномен “no-reflow”.

Актуальность.

Своевременное восстановление кровотока в инфаркт ответственной артерии положительно влияет на прогноз пациентов с острым инфарктом миокарда. Поиск эффективных методов устранения осложнений после эндоваскулярных процедур в настоящее время заботят многих клиницистов. [1] Предотвращение дистальной эмболизации является одним из таких вопросов, по мнению многих исследователей именно дистальная эмболизация является причиной ухудшения функции левого желудочка [2]. Первые устройства по предотвращению дистальной эмболизации были разработаны более трех десятков лет [3]. В результате первых исследований не выявлено преимуществ в группах с тромбаспирацией скорее всего это зависило от небольшого внутреннего катетера что не позволяло удалить все тромботические массы [4]. Хотелось бы упомянуть о двух основных видах устройств для тромбэкстракции применяемых в настоящее время. «AngioJet» наиболее часто применяемое устройство. Устройство имеет диаметр катетера 4Fr (1,3мм). В исследовании