

агрегатометрии, на 50% и более (через 7–12 дней приема аспирина) по сравнению с исходным уровнем.

2. Создан метод прогноза недостаточного дезагрегантного эффекта аспирина у больных АГ II степени высокого и очень высокого риска. Чувствительность прогноза – 75,0%, специфичность – 72,2%.

Литература

1. Antithrombotic Trialists' Collaboration: Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high-risk patients // B.M. J. – 2002. — Vol. 324. – P. 71-86.

2. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised clinical trials. – Lancet. — 2009. — Vol. 373. – P. 1849-1860.

3. Bhatt, D.L. Aspirin resistance: more than just a laboratory curiosity / D.L. Bhatt // J. Am. Coll. Cardiol. — 2004. — Vol. 43. — P. 1127-1129.

4. Born, G.V.R. Aggregation of blood platelet by adenosine diphosphate and its reversal / G.V.R. Born // Nature. – 1962. – V. 194. – P. 927-929.

В.И. Козловский, И.О. Дубас

АГРЕГАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ И ОТДАЛЕННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции [1], которые также характерны для внегоспитальной пневмонии (ВП) [2]. Эти заболевания усугубляют расстройства микроциркуляции. Однако до настоящего времени не определено, как изменяется характер течения АГ, какова частота осложнений и летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) после перенесенной ВП.

Цель: определить число отдаленных сердечно-сосудистых событий (ССС) у пациентов с АГ II степени при различных изменениях агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) в период ВП.

Материал и методы. Обследовано 118 пациентов с АГ II степени (риск $3,0 \pm 0,72$) в период ВП (основная группа). Средний возраст – $58,3 \pm 11,1$ лет. Мужчин было 68 (57,6%), женщин – 50 (42,4%). Контрольная группа насчитывала 94 пациента с АГ II степени (без ВП, риск $3,1 \pm 0,75$) из них мужчин было 51 (54,3%), женщин – 43 (45,7%), средний возраст – $57,8 \pm 9,8$ лет.

Адреналин-активированную агрегацию ЛТС определяли по методу Born (1962) с помощью агрегометра AP 2110 «СОЛАР» в 1–2 и 10–15 сутки лечения в стационаре. В зависимости от типа изменения степени агрегации ЛТС к концу стационарного лечения пациенты и основной, и контрольной групп были разделены на 2 подгруппы, сопоставимые по полу и возрасту: 1А, 1Б и 2А, 2Б, соответственно. 1А подгруппа состояла из 37 человек и характеризовалась «эффективным» ($\geq 20\%$) снижением степени агрегации ЛТС [3]. 1Б подгруппа насчитывала 81 человека с «неэффективным» ($<20\%$) снижением степени агрегации ЛТС. 2А подгруппа с «эффективным» снижением степени агрегации ЛТС включала 40 пациентов. 2Б подгруппа с «неэффективным» снижением степени агрегации ЛТС состояла из 54 пациентов.

У всех пациентов основной группы в течение 3, 6, 12 месяцев после включения в обследование оценивали наличие событий: летальные исходы от ССЗ, фатальные и нефатальные инфаркты миокарда (ИМ) и мозговые инсульты (МИ), нестабильные стенокардии (НС), транзиторные ишемические атаки (ТИА), гипертонические кризы (ГК), вызовы скорой медицинской помощи (СМП), госпитализации, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал обработан с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. У пациентов 1А подгруппы к концу стационарного лечения отмечалось достоверное снижение ($p<0,01$) степени агрегации ЛТС, 2А подгруппы – степени и скорости агрегации ЛТС (таблица 1).

У больных с АГ II степени и ВП с «неэффективным» снижением агрегации ЛТС к концу стационарного лечения, в течение 7–12 месяцев после ВП суммарное число неблагоприятных ССС и ГК было достоверно больше ($p<0,05$) по сравнению с «эффективным» снижением агрегации ЛТС (таблица 2).

Таблица 1 – Степень и скорость агрегации ЛТС в 1–2 и 10–15 сутки обследования у пациентов основной и контрольной групп

Группы пациентов		Агрегация ЛТС	1–2 сутки	10–15 сутки
Основная группа (n=118)	1А группа (n=37)	Степень агрегации ЛТС, %	36,6±14,4	25,1±10,8*
		Скорость агрегации ЛТС, %/мин	17,9±8,9	14,5±6,2
	1Б группа (n=81)	Степень агрегации ЛТС, %	35,3±10,1	38,2±10,3
		Скорость агрегации ЛТС, %/мин	19,1±6,7	20,9±6,5
Контрольная группа (n=94)	2А группа (n=40)	Степень агрегации ЛТС, %	27,2±10,7	20,3±8,6*
		Скорость агрегации ЛТС, %/мин	14,6±7,3	11,0±5,9*
	2Б группа (n=54)	Степень агрегации ЛТС, %	23,7±10,9	23,7±10,0
		Скорость агрегации ЛТС, %/мин	13,6±7,6	13,4±7,7

Примечание: * – достоверные отличия с данными в 1–2 сутки обследования ($p<0,05$), # –

Таблица 2 – Число ССС в основной и контрольной группах в течение 3 мес., 4–6 мес., 7–12 мес., всего за период наблюдения (абсолютные числа)

Группы пациентов		Периоды наблюдения	Неблагоприятные ССС (абсолютные числа)							
			ГК	Вызовы СМП	Госпит.	МИ	ИМ	НС	Лет. исх. от ССЗ	ССС сумм. #
Основная группа (n=118)	1А группа (n=37)	3 мес.	4	1	1	1	0	1	1	9
		6 мес.	4	0	0	0	0	0	0	4
		12 мес.	3	0	1	0	0	1	0	5
		Всего 1 год	11	1	2	1	0	2	1	18
	1Б группа (n=81)	3 мес.	12	2	2	0	0	1	0	17
		6 мес.	13	5	2	0	0	0	1	21
		12 мес.	33*	4	8	2	0	1	0	48*
		Всего 1 год	58*	11	12	2	0	2	1	86*
	Суммарно	3 мес.	16	3	3	1	0	2	1	26
		6 мес.	17	5	2	0	0	0	1	25
		12 мес.	36	4	9	2	0	2	0	53
		Всего 1 год	69	12	14	3	0	4	2	104^
Контрольная группа (n=94)	2А группа (n=40)	3 мес.	0	0	0	0	0	0	0	0
		6 мес.	6	2	0	0	0	0	0	8
		12 мес.	6	0	0	0	0	0	0	6
		Всего 1 год	12	2	0	0	0	0	0	14
	2Б группа (n=54)	3 мес.	7	4	0	0	0	0	0	11
		6 мес.	4	2	1	0	0	0	0	7
		12 мес.	15	3	2	0	0	0	0	20
		Всего 1 год	26	9	3	0	0	0	0	38
	Суммарно	3 мес.	7	4	0	0	0	0	0	11
		6 мес.	10	4	1	0	0	0	0	15
		12 мес.	21	3	2	0	0	0	0	26
		Всего 1 год	38	11	3	0	0	0	0	52 ^{2*}

Примечание: Лет. исх. от ССЗ – летальные исходы от сердечно-сосудистых заболеваний; ССС_{сумм.} – суммарные сердечно-сосудистые события; * – достоверные отличия с данными 1А подгруппы (p<0,05); ^ – достоверные отличия с данными контрольной группы (p<0,05); ^{2*} – достоверные отличия с данными основной группы (p<0,05); # – сумма событий (ГК + вызовы СМП + госпитализации по поводу повышения АД + инсульты + ТИА+ инфаркты миокарда + НС + летальные исходы от ССЗ).

Кроме того, у больных основной группы за 1 год наблюдения число неблагоприятных ССС было достоверно больше (p<0,05), чем у больных контрольной группы.

Выводы:

1. У больных с АГ II степени и ВП за 1 год наблюдения число неблагоприятных ССС было достоверно больше (p<0,05), чем у больных с АГ II степени без ВП.

2. У пациентов с АГ II степени и ВП, характеризующихся «неэффективным» снижением или повышением степени агрегации ЛТС к концу стационарного лечения, в течение последующего 1 года суммарное число неблагоприятных сердечно-сосудистых событий было достоверно больше ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами с «эффективным» снижением агрегации ЛТС.

3. У пациентов с АГ II степени с «неэффективным» снижением степени агрегации ЛТС в постпневмонический период рациональное применение лекарственных средств для коррекции агрегации ЛТС с целью предупреждения развития у них неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Литература

1. Маколкин, В.И. Микроциркуляция и поражение органов-мишеней при артериальной гипертензии / В.И. Маколкин // Кардиология. – 2006. – № 2. – С. 83-85.

2. Провоторов, В.М. Исследование состояния микроциркуляции у больных пневмонией / В.М. Провоторов, О.В. Великая, Н.В. Астанина // Журнал теоретической и практической медицины. – 2005. – Т. 3, № 1. – С. 134-135.

3. Козловский, В.И. Агрегация тромбоцитов: механизмы, методы исследования, клинические аспекты / В.И. Козловский, О.П. Сероухова. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 268 с.

В.В. Лагутчев, А.Н. Щупакова ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОАНК) находится на первом месте среди заболеваний периферических артерий атеросклеротического генеза. Прогноз и качество жизни данной категории больных определяется развитием или прогрессированием сердечно-сосудистых осложнений. Ранняя диагностика этиологических факторов и патогенетических механизмов, ответственных за формирование атеросклеротического поражения и его клинической манифестации любой другой локализации у пациентов с ОАНК может способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: оценить индивидуальный риск развития неблагоприятного прогноза у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с учетом изменений функционирования липидтранспортной системы, уровня С-реактивного белка (С-РБ) и инфицированности Chla-