

ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Пронько Т.П.¹, Мирончик Ю.А.², Снежицкая Е.А.², Лискович Т.Г.²,
Ускова И.В.², Масевич П.Д.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,

²Гродненский областной клинический кардиологический центр, Гродно

tanya_pronko@mail.ru

В настоящее время доказано, что основной причиной развивающегося инфаркта миокарда (ИМ) является тромбоз коронарных артерий, возникающий, как правило, на месте имеющейся атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. Поэтому основной патогенетический метод лечения ИМ – это скорейшее восстановление проходимости пораженной инфаркт-связанной артерии, а также борьба с её реокклюзией [1, 6]. С целью восстановления коронарного кровотока в настоящее время используются тромболитическая терапия, ангиопластика, аортокоронарное шунтирование. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является приоритетным методом коронарной реперфузии при ИМ.

Дисфункция эндотелия (ДЭ) признана одним из наиболее значимых механизмов, через который реализуется действие всех факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) [3, 5]. В современной фундаментальной кардиологии ключевая роль в запуске ДЭ отводится окислительному стрессу – процессу, заключающемуся во внутриклеточном накоплении свободных радикалов, оказывающих повреждающее действие на целостность и функционирование эндотелиоцитов [5]. Иницируют эти процессы известные факторы риска развития ИБС.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния ЧКВ на показатели функции эндотелия у пациентов с ИМ.

Обследованы 32 пациента ИМ с подъемом сегмента ST в возрасте от 43 до 70 лет. Диагноз ИМ ставили на основании клинической картины, изменений ЭКГ и повышения уровня тропонина. Все пациенты получали базисную терапию β-адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, прямыми антикоагулянтами (нефракционированным гепарином или низкомолекулярными гепаринами), антиагрегантами (аспирином и клопидогрелем), статинами и нитратами. Всем пациентам проводились коронароангиография и стентирование инфаркт-связанной артерии. Контрольную группу составили 42 пациента с ИБС стабильной стенокардией напряжения (ССН) функциональный класс II–III в возрасте от 40 до 74 лет. Диагноз ССН ставили по наличию типичных ангинозных болей и данных инструментальных исследований: ЭКГ, велоэргометрических проб.

Исследование функции эндотелия проводили методом реовазографии с помощью аппаратно-программного комплекса «Импекард-М» (Беларусь). Изучали исходные реовазографические параметры. Затем изучали эндотелийзависимый (ЭЗВД) ответ. Стимулом, вызывающим ЭЗВД, была реактивная гиперемия, создаваемая наложением на плечо манжетки, давление в которой повышали до 240-270 мм рт. ст. в течение 5 минут. Изменение максимальной скорости кровотока на 60-й секунде после реактивной гиперемии оценивали в процентном отношении к исходной величине $\Delta dz/dt$, %. Критерием дисфункции эндотелия (ДЭ) считали показатель $\Delta dz/dt$ на реактивную гиперемия менее 12% [2, 4].

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы STATISTICA 6.0.

Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) была снижена во всех исследуемых группах. Так, у пациентов с ИБС ССН ЭЗВД составила $3,3 \pm 3,5\%$, у пациентов с ИМ – $-0,42 \pm 4,8\%$. ДЭ выявлена у 28 пациентов ИБС ССН (66,6%) и у 20 пациентов с ИМ (62,5%). Причем парадоксальная реакция в виде вазоспазма выявлена у 20 пациентов с ИБС ССН (47,6%), у 18 пациентов с ИМ (56,3%). После проведенного двухнедельного лечения у пациентов с ИМ ЭЗВД несколько увеличилась и составила $2,8 \pm 3,9\%$, признаки ДЭ сохранялись у 20 пациентов (62,5%), патологическая реакция в виде вазоспазма встречалась реже – у 14 чел. (43,8%).

Таким образом, в группе ССН есть пациенты с ненарушенной функцией эндотелия, преобладают пациенты с умеренно выраженными нарушениями функции эндотелия. В группе пациентов с ИМ преобладают случаи выраженного и резко выраженного нарушения функции эндотелия. Однако имеются пациенты с ненарушенной функцией эндотелия. Учитывая вышеизложенное, целью терапии при ИМ должна быть нормализация функции эндотелия, что уменьшит риск развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение острых коронарных синдромов с подъемом и без подъема сегмента ST на ЭКГ. Национальные рекомендации. – Минск, 2010. – 64 с.
2. Полонецкий Л. З. и др. Исследование вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии с использованием импедансной технологии у больных атеросклерозом // Медицинская панорама. – 2005. – № 7. – С. 40-43.
3. Рагино Ю. И. и др. Ключевые лабораторно-диагностические биомаркеры коронарного атеросклероза // Кардиология. – 2011. – № 3. – С. 42-46.
4. Воробьев А. П. и др. Компьютерный реограф «Импекард-М». Методика применения // Минск, 2007. – 52 с.
5. Романенко Т. С., Омеляненко М. Г., Концевая А. В. Прогностическая роль эндотелиальной дисфункции при сердечно-сосудистой патологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 5, № 7. – С. 116-121.
6. ESC guidelines. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation // Eur. H. J. – 2008. – Vol. 29. – P. 2909-2945.