

областная клиническая больница медицинской реабилитации» в течение 2015-2018 гг. Критерии включения: диагноз ФП и подписание информированного согласия пациента. Критерии исключения: острые или подострые формы ишемической болезни сердца, застойная сердечная недостаточность, выраженная экстракардиальная патология, инфаркт миокарда менее 6 месяцев назад; возраст пациента старше 65 лет. Группа наблюдения составила 53 человека, средний возраст – 56 лет. Группа сравнения включила 27 пациентов без нарушений ритма, страдающих кардиоваскулярной патологией, исключая острые состояния. Применены стандартные опросники Всемирной организации здравоохранения по качеству жизни и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Опросники ВОЗ КЖ-100 и HADS заполнены пациентами самостоятельно. По стандартной методике ВОЗ осуществлена оценка шести крупных сфер КЖ: физических и психологических функций, уровня независимости, социальных отношений, сфер окружающей среды и духовной сферы, отдельно – самовосприятие пациентом КЖ и самооценка здоровья. Наиболее уязвимыми оказались физическая сфера и сфера независимости в связи с заболеванием, суммарная оценка КЖ в группе пациентов с ФП составила 67%, в группе сравнения – 79%, при этом в группе сравнения среди всех характеристик КЖ наименьшие показатели выявлены в физической и психологической сфере.

Выводы. В связи с малым объёмом статистического материала результаты могут рассматриваться как ориентировочные. Вместе с тем включение в комплекс реабилитационных мероприятий при ФП мер психологической коррекции выявленных уязвимых сфер КЖ, очевидно, будет способствовать улучшению социальной активности пациентов и формированию позитивного восприятия ими рекомендаций по лечению.

ПРОФИЛАКТИКА РЕПЕРFUЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Бояринцев В. В., Закарян Н. В., Ардашев В. Н., Давтян А. Г., Донецкая О. П.,
Кубенский Г. Е., Ланцева Д. К., Тихонравов А. В., Маркин Г. С.*

ФГБОУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента
Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

PREVENTION OF REPERFUSION SYNDROME IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION USING PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

*Boyarincev V. V., Zakaryan N. V., Ardashev V. N., Davtyan A. H., Donetskaya O. P.,
Kubensky G. E., Lanceva D. K., Tikhonravov A. V., Markin G. S.*

Clinical hospital № 1 of the Administration of the President of the Russian
Federation, Moscow, Russia

ard-47@mail.ru

Введение. Снижение летальности при остром инфаркте миокарда (ИМ) – общемедицинская и государственная проблема современной кардиологии, которой посвящено настоящее исследование, основанное на клиническом опыте врачей больницы.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и определить методику реабилитации у пациентов с острым ИМ после первичного ЧКВ; выявить особенности течения болезни, указывающие на возможные осложнения заболевания.

Материалы и методы. В работе анализируются клинические случаи лечения 180 пациентов с острым ИМ, которым при поступлении выполнены коронароангиография и стентирование инфаркт-зависимой артерии. Часть пациентов (28 чел.) получали традиционное лечение. Отмечено преобладание мужчин в выборке – 77%, возраст пациентов составил $58,2 \pm 10,8$ года. Ранее инфаркт миокарда был у 23% пациентов. Гипертоническая болезнь выявлена у 44% пациентов. Все пациенты поступали в отделение неотложной кардиологии в первые сутки развития острого коронарного синдрома. Диагноз формулировали в соответствии с третьим универсальным определением ИМ.

Результаты. Стентирование венечных артерий предполагает восстановление коронарного кровотока благодаря локальному устранению препятствия в инфаркт-зависимой артерии, в отличие от аортокоронарного шунтирования, при котором шунты накладываются дистальнее места стеноза. Из осложнений болезни рассматривали реперфузионный синдром, выражающийся в нарушениях сердечного ритма, возникновении болей в области сердца. При восстановлении кровообращения в ишемизированных тканях доставка кислорода сопровождается образованием активных форм кислорода, которые повреждают мембраны клеток. Так возникает вторичное повреждение миокарда.

Выводы. Восстановление кровотока, выполненное с использованием ЧКВ, позволяет снизить летальность при остром инфаркте миокарда до 2-4%. Операция позволяет моментально купировать болевой синдром и проявления левожелудочковой и правожелудочковой недостаточности сердца. Однако реперфузия запускает каскад реакций, ведущих к воспалению и повреждению миокарда, проявлениями которых являются нарушения кинетики миокарда, аритмии сердца и тромбозы стентов. Наиболее значимый признак, указывающий на реперфузионный синдром, – нарушение сердечного ритма. Желудочковые аритмии – желудочковая экстрасистолия – выявлена у 63,3% пациентов после ЧКВ. А желудочковая тахикардия – у 12% пациентов.

Предложенные схемы фармакологической кардиопротекции и реабилитации пациентов могут улучшить исходы заболевания и позволить понять суть теневых моментов при современном лечении инфаркта миокарда. Нами разработаны и внедрены в практику схемы купирования реперфузионного синдрома с применением антиоксидантов, аллопуринола, супероксиддисмутазы, предотвращающие вторичное повреждение мембран клеток.