

время начала ретракции и фибринолиза составило 4,82 минуты.

Плотность образовавшегося тромбоцитарно-фибринового сгустка превышала таковую у контрольной группы (практически здоровые) в 4,1 раза.

Таким образом, у больных второй стадией гипертонической болезни регистрировалась выраженная тенденция к тромбообразованию, имела место резкое угнетение процессов фибринолиза.

МЕХАНИЗМЫ СВЁРТЫВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ НАТРИЙ-ОБЪЁМ-ЗАВИСИМОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Воробьёв В.Б., Карлина Н.В., Славный П.П., Конторович Е.П.

Ростовский государственный медицинский университет

Артериальная гипертензия остаётся одной из самых актуальных проблем в России и в мире, поскольку обуславливает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Высокая частота госпитализаций по поводу обострений артериальной гипертензии и гипертонических кризов, консультаций другими специалистами определяют высокие затраты на лечение артериальной гипертензии (Кобалава Ж.Д., Склизкова Л.А., Котовская Ю.В. и др., 2001 г.).

Последние десятилетия характеризуются угрожающим ростом сосудистых заболеваний мозга в нашей стране, поэтому изучение различных аспектов этой важнейшей медицинской проблемы является приоритетным направлением современной медицины.

По прогнозам специалистов в ближайший период времени снижения заболеваемости ишемическими инсультами ожидать нельзя. Исходы заболевания в течение многих лет остаются крайне неблагоприятными – примерно 40% больных умирает в течение первого года заболевания, около 80% перенесших инсульт навсегда остаются инвалидами (Верещагин Н.В., 2003, Скворцова В.И., 2005).

Все вышеизложенное обусловило необходимость исследования кинетики свертывания тромбоцитарной плазмы у больных гипертонической болезнью 2 стадии. Исследование проводилось через 12 часов после купирования криза.

Обследовано 70 больных данной категории.

Лечение криза осуществлялось по общепринятым стандартам, включающим бетаблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, периферические вазодилататоры.

В качестве контроля набрана и обследована группа из 20 практически здоровых людей.

Для исследования кинетики свертывания тромбоцитарной плазмы использовалась приоритетная методика – дифференцированная электро-коагулография (Воробьёв В.Б., 2004 г.).

В результате проведённых исследований мы обнаружили ускорение второй фазы свёртывания тромбоцитарной плазмы в 2,2 раза, что говорило о более активном протекании процессов полимеризации мономерных молекул фибринина по сравнению с физиологическим уровнем. Данный процесс был в первую очередь обусловлен увеличением образования активных молекул тромбина в 2,1 раза.

Кроме того, нами было выявлено резкое угнетение фибринолитической активности тромбоцитарной плазмы у исследуемой группы больных. Фибринолиз в большинстве случаев не наступал или был значительно отсрочен, тогда как в группе практически здоровых людей время начала ретракции и фибринолиза составило 4,82 минуты.

Оказалось, что плотность образовавшегося тромбоцитарно-фибринового сгустка превышала таковую у контрольной группы (практически здоровые) в 3,1 раза. Кроме того, резко снижался показатель, характеризующий степень эластичности тромбоцитарно-фибринового сгустка. Он был меньше в полтора раза, чем у практически здоровых людей. Иными словами, тромбоцитарно-фибриновый сгусток был рыхлым и достаточно хрупким.

Таким образом, у больных второй стадией гипертонической болезни после купирования натрий-объём-зависимого гипертонического криза сохранялась выраженная тенденция к тромбообразованию, имела место прямая угроза развития тромбоэмболического синдрома на фоне выраженного угнетения процессов фибринолиза.

МЕХАНИЗМЫ СВЕРТЫВАНИЯ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЗА СТАДИИ И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛАЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Воробьев В.Б., Павлинова И.Б., Фомичев В.Л., Малышкина А.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Высокая частота и смертность при болезнях сердца и сосудов в значительной мере определяются широкой распространенностью (до 40% как среди мужчин, так и среди женщин) артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). По статистическим данным при-

мерно 38-40% от всех болезней и болезненных состояний сердечно-сосудистой системы и 4-8% в общей структуре смертности составляют АГ и ИБС. Осложнение ИБС и АГ нарушением ритма, а именно фибрилляцией предсердий удваивает частоту летальных исходов во всех возрастных диапазонах (Гуревич М.А.,2001). ФП регистрируется в общей популяции в 0,4% случаев, ее распространенность увеличивается с возрастом (Кушаковский М.С. , 2000). У пожилых больных встречается чаще постоянная форма ФП, при которой риск развития тромбозмоболий, а именно ишемических инсультов в 2-3 раза выше, по сравнению с пароксизмальной формой (Голдштадт М.В.,2006).

Все это обусловило необходимость изучения кинетики свертывания обогащенной тромбоцитами плазмы у больных с гипертонической болезнью и стенокардией напряжения в сочетании с фибрилляцией предсердий.

Нами обследовано 35 пациентов, имеющих гипертоническую болезнь 3 стадии и стенокардию 3 функционального класса, осложненных постоянной формой фибрилляции предсердий. В качестве контроля были обследованы 20 практически здоровых людей.

Методом исследования гемостаза была выбрана дифференцированная электрокоагулография (Воробьев В.Б.,2004).

В результате исследования мы выявили повышение в 4,2 раза константы использования протромбина тромбопластином, что в свою очередь, отражало крайне выраженную интенсивность образования тромбина в плазме, обогащенной тромбоцитами по отношению к здоровым пациентам. Это приводило к тому, что скорость полимеризации фибрин-мономерных молекул у наших больных, страдающих мерцательной аритмией увеличивалась в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой.

При этом совокупность динамических и хронометрических процессов полимеризации молекул фибрина в выбранной группе выросла в 1.4 раза по отношению к физиологической норме.

Также скорость второй фазы свертывания по измерению угла β увеличилась на 24%, а коагуляционная активность тромбоцитарной плазмы у обследуемых больных была выше в 1.4 раза по сравнению с контрольной группой.

Обращает на себя внимание снижение в 1.5 раза эластичности тромбоцитарно-фибринового сгустка у больных с данными заболеваниями в сравнении с практически здоровыми лицами.

Следовательно, у пациентов страдающих гипертонической болезнью 3 стадии и стенокардией напряжения 3 функционального класса, осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий отмечалась выраженная гиперкоагуляция в тромбоцитарной плазме за счет основных коагуляционных механизмов. Наиболее значи-

тельный изменения, у этих лиц были выявлены со стороны образования тромбина и скорости образования фибриновых нитей. В тоже время формирование рыхлого тромбоцитарно-фибринового сгустка могло с большой вероятностью привести к развитию тромбоэмбологических осложнений.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО β -БЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА НА КИНЕТИКУ СВЕРТЫВАНИЯ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Воробьев В.Б., Павлинова И.Б., Зибарев А.Л., Фильшин К.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Артериальная гипертония (АГ) является серьезной проблемой здравоохранения в России, где ее распространенность среди мужчин составляет 39,2%, среди женщин-41,1% (Теплова Н.И.,2006). АГ является одним из ведущих факторов, который наряду с ишемической болезнью сердца (ИБС) и поражением клапанов определяет вероятность развития постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП). Частота встречаемости ФП у населения в целом составляет около 0,4%. У больных, имеющих артериальную гипертензию, ФП встречается в 5-10% случаев, а при сочетании артериальной гипертензии с ИБС вероятность развития ФП увеличивается до 12-12,5% (Панченко Е. П., 2003). Наличие мерцательной аритмии даже у практически здоровых людей повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и смертности в 2-3 раза, а инсультов более чем в 5 раз (Исакова Н.Н. , Кулаков Ю.В. , 2006).

Вследствие представленных выше данных мы изучили влияние селективного β - блокатора бисопролола на кинетику свертывания цельной крови у больных страдающих мерцательной аритмии.

Было обследовано 45 больных страдающих гипертонической болезнью 3 стадии и стенокардией напряжения 2-3 функционального классов, осложненных постоянной формой фибрилляции предсердий до лечения, и после применения селективного β - блокатора бисопролола. Сопоставление полученных показателей сравнивалось с контрольной группой из 20 здоровых людей.

Исследование гемостаза проводилось с помощью дифференцированной электрокоагулографии (Воробьев В.Б.,2004).

За две недели применения бисопролола скорость полимеризации фибрин-мономерных молекул снизилась в 1.5 раза, хотя и превышала физиологический уровень 3,4 раза.

Наряду с этим скорость течения первых двух фаз свертывания крови под влиянием селек-