

**ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО β -
БЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА НА
КИНЕТИКУ СВЕРТЫВАНИЯ ПЛАЗМЫ,
ЛИШЕННОЙ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ
КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**
Воробьев В.Б., Павлинова И.Б., Фильшин К.В.,
Малышкина А.В.
*Ростовский государственный медицинский
университет*

Артериальная гипертония (АГ) – наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание. Среди населения России старше 20 лет она выявляется в 39% у мужчин и 41% у женщин (Капустина В.М., 2005). Из-за высокой распространенности в популяции гипертония ответственна за большее количество фибрилляции предсердий (14%), а при сочетании артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца вероятность развития фибрилляции предсердий увеличивается до 12-25%. Главная опасность мерцательной аритмии – кардиогенные тромбоэмболии с увеличением риска инсульта в 4-5 раз (Стражеско Н.Д. , 2003).

Вышесказанное свидетельствует о серьезной медицинской и социальной проблеме, что побудило нас заняться изучением кинетики свертывания плазмы, лишенной форменных элементов крови у больных страдающих фибрилляцией предсердий.

Нами были обследованы 45 пациентов страдающих гипертонической болезнью 3 стадии и стенокардии напряжения 2-3 функционального классов, осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий. Результаты оценивались до применения селективного β -блокатора бисопролола и после его назначения в течение 14 дней. Данные также сравнивались с контрольной группой, состоявшей из 20 здоровых лиц.

Для проведения подробной оценки структурных и хронометрических показателей гемостаза был применен метод дифференцированной электрокоагулографии (Воробьев В.Б., 2004).

В результате 2-х недельного исследования было выявлено, что селективный β -блокатор бисопролол может подавлять образование активных молекул тромбина в 1,5 раза по сравнению с данным показателем у больных с мерцательной аритмией не принимавших данный препарат, хотя скорость их образования все-таки превышала физиологический уровень в 3 раза.

В тоже время скорость течения первых двух фаз свертывания плазмы, лишенной форменных элементов крови, на фоне применения бисопролола замедлялась в 1,2 раза, но продолжала оставаться выше в 1,28 раза по сравнению с показателем у здоровых людей.

Это явление происходило на фоне изменения скорости полимеризации молекул тромбина, у больных принимавших данный препарат -

она снижалась в 1,2 раза, но сохранялась большей по отношению к норме в 2 раза.

Константа, отражающая совокупность динамических и хронометрических процессов полимеризации молекул фибрлина и их контракtilных свойств уменьшалась в 1,2 раза на фоне приема бисопролола нашими больными.

Также мы выявили, что показатель степени коагуляции снизился в 1,5 раза, но оставался достаточно высоким, а именно в 2,26 раза превышал данные контрольной группы.

Одновременно с этим повышалась и эластичность тромбинового сгустка в 1,3 раза по сравнению с показателем, имеющим место быть до лечения наших пациентов бисопрололом.

Итак, при применении у больных, страдающих гипертонической болезнью 3 стадии и стенокардией напряжения 2-3 функционального классов, осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий селективного β -блокатора бисопролола существенно снижалась тромбофильская тенденция.

**МЕХАНИЗМЫ СВЕРТЫВАНИЯ
ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ
ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ З
СТАДИИ И СТЕНОКАРДИЕЙ
НАПРЯЖЕНИЯ З ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
КЛАССА, ОСЛОЖНЕННОЙ
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ 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 примерно 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 тромбоэмболий, а именно ишемических инсультов в 2-3 раза выше, по сравнению с пароксизмальной формой (Голдшмид М.В., 2006).

Все это обусловило необходимость изучения кинетики свертывания обогащенной тромбоцитами плазмы у больных с гипертонической