

**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

болезнью и стенокардией напряжения в сочетании с фибрillationей предсердий.

Нами обследовано 35 пациентов, имеющих гипертоническую болезнь 3 стадии и стенокардию 3 функционального класса, осложненных постоянной формой фибрillationии 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 фибрлина 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 фибрillationии предсердий отмечалась выраженная гиперкоагуляция в тромбоцитарной плазме за счет основных коагуляционных механизмов. Наиболее значительные 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.

МЕХАНИЗМЫ СВЕРТЫВАНИЯ ПЛАЗМЫ, ЛИШЕННОЙ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 3 СТАДИИ И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 3 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Воробьев В.Б., Павлинова И.Б., Зибарев А.Л.,
Воробьева Э.В.
Ростовский государственный медицинский университет

Гипертоническая болезнь – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным ВОЗ (1994) пациенты, страдающие гипертонической болезнью (ГБ) составляют 90-95% всех больных артериальной гипертензией. Заболеваемость ишемической болезнью сердца в России составила 425,5 случая на 100 тыс населения. По статистическим данным примерно 38-40% от всех болезней и болезненных состояний сердечно-сосудистой системы и 4-8% в общей структуре смертности составляют ГБ и ИБС (Лавинская Н.Н., Дергунов Н.Н., 2006). Осложнение этих заболеваний фибрillationией предсердий (ФП) ухудшают их течение и прогноз. По данным Фремингемского исследования наличие ФП почти в 2 раза увеличивают летальность. Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении мозговых инсультов, риск их развития увеличивается в 4-5 раз (Пархоменко А.Н., 2003).

С учетом вышеуказанного мы сочли необходимым изучение кинетики свертывания плазмы, лишенной форменных элементов крови у больных гипертонической болезнью и стенокардией напряжения в сочетании с фибрillationией предсердий.

Нами обследовано 35 пациентов, страдающих гипертонической болезнью в сочетании со стенокардией напряжения 3 функционального класса, осложненной постоянной формой фибрillationии предсердий. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых людей.

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

При расшифровке электрокоагулограмм было выявлено, что скорость и интенсивность второй фазы свертывания увеличилась у обследуемых пациентов на 31% по сравнению с контрольной группой.

В тоже время восьмикратное увеличение образования свободных и агрессивных молекул тромбина повлекло за собой повышение скорости полимеризации фибрин-мономерных молекул в 5,5 раза по отношению к исходному физиологическому уровню.

Мы обнаружили, что увеличение в 3 раза константы отражающей совокупность динамических и хронометрических процессов полимериза-