

and individual- characteristic on current of pregnancy at women with threat of interruption. // K.D. Hlomot, S.N. Enicolopov / Prenatal psychology and perenatal psychology.- 2007.- №3.- P. 38-49.

6. Adler N.E. Psychological factors in abortion / N.E.Adler, H.P.David, B.Major // American Psychologist.-2007.- № 47.-P. 1194-1204.

7. Coleman P.K. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research

published 1995–2009 / P.K. Coleman // The British Journal of Psychiatry. - 2007.- 199 (3). - P. 180-186.

8. Graser T. Climodien (estradiol valerate 2 mg plus dienogest 2 mg) is safe and effective in the treatment of postmenopausal complaints / T. Graser // Climacteric. - 2001.-№ 4.- P. 332-342.

9. Katsuki Y. Effects of dienogest (a synthetic steroid) on coagulation, fibrinolysis, and platelet aggregation in female monkeys / Y. Katsuki, H.

Nobukata, T. Ishikawa // Toxicol Letters. – 1998, (98).- P.105-113.

10. Muck A.O. Effects of estradiol and dienogest on potential markers of vascular function in postmenopausal women / A.O.Muck // Jenapharm Company Documentation. - 1998.-21p.

11. Pope L.M. Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? / L. M. Pope, N. E.Adler, J. M. Tschann //Journal of Adolescent Health. - 2008.-№ 29. - P. 2-11.

С.Н. Морозов, А.А. Донская, К.И. Иванов, Л.М. Мярина АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ЯКУТСКЕ

УДК 616.1-083.98(571.56)

В исследовании проведен анализ результатов лечения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе: сравнивалась группа больных, получивших тромболитическую терапию (ТЛТ) и не получивших. Положительная динамика в первые 180 мин в группе с ТЛТ по ЭКГ– признакам у 63%, по клиническим признакам – у 84% больных, у пациентов, не получивших ТЛТ, положительная ЭКГ–динамика у 38%, клиническая динамика – у 59%. Методика ТЛТ эффективна и безопасна и может проводиться любой бригадой скорой и медицинской помощи.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, тромболитическая терапия.

The article presents the analysis of results of patients treatment with acute coronary syndrome at a pre-hospital stage has been made: the group of patients received TLT and not received was compared. Positive dynamics in group with TLT on electrocardiography attributes was found at 63 %, to clinical attributes at 84 % of the patients; in distinction from patients who did not received TLT: positive electrocardiography dynamics in 38%, clinical dynamics in 59%. TLT technique is effective and safe and can be spent by any emergency brigade.

Keywords: acute coronary syndrome, thrombolysis therapy.

Несмотря на огромные усилия ученых и практикующих врачей, летальность от сердечнососудистых заболеваний в РФ остается высокой [2]. Во многом это обусловлено трудностями при внедрении инвазивных методов лечения острого коронарного синдрома (ОКС). Даже в столице РФ г. Москва эти методы используются у 5-10% больных. [5] В Республике Саха (Якутия) территориальная раздробленность населенных пунктов и труднодоступные транспортные схемы не позволяют доставить пациента на операционный стол в рекомендуемый временной период – 90 мин от начала появления симптомов ОКС. Поэтому тромболитическая терапия (ТЛТ) на сегодня остается лидирующей реперфузионной стратегией. По представленным в 2007 г. данным, ТЛТ проводится в мегаполисе в 13%, в средних городах в 19, в сельской местности в 9% случаев [6,7], а в г. Якутске в 9,9% от количества диагностированного ОКС [1]. Столь небольшой процент проводимой ТЛТ

обусловлен тем, что процедура выполняется только специализированными бригадами, несмотря на рекомендации проводить ТЛТ фельдшерским и линейным врачебным бригадам [4]. Кроме этого, на догоспитальном этапе врач «скорой помощи» для диагностики ОКС пользуется скудным анализом анамнестических, клинических и ЭКГ-данных и не всегда применяет биохимические маркеры некроза миокарда, в связи с чем у врача очень часто возникают сомнения, которые трактуются в пользу отказа от ТЛТ. Однако при умелой организации процесса и желании организаторов здравоохранения, врачей, фельдшеров «скорой помощи» можно повсеместно внедрить эту методику, включая районные больницы и амбулатории, и в разы увеличить количество проведенных процедур.

Цель исследования: сравнительный анализ результатов лечения с использованием тромболитической терапии у больных с ОКС на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 327 больных с ОКС, обратившихся за медицинской помощью на Станцию скорой медицинской помощи г. Якутска в 2009-2010 гг. В зависимости от тактики лечения пациенты разделены на 2 группы: в первую группу вошли 127 больных, которым наряду со стандартной медикаментозной терапией про-

водилась ТЛТ. Показаниями к проведению ТЛТ были: подъем сегмента ST ЭКГ на 0,1 мВ и выше не менее чем в 2 смежных отведениях, либо впервые диагностированная блокада левой ножки пучка Гиса, которые сопровождались соответствующей клинической картиной ОКС [2]. Вторую группу – 91 больной – составили больные с ОКС, которым по различным причинам не проводили ТЛТ и эндоваскулярные лечебные вмешательства (отказ больного, наличие противопоказаний, и др.). В сравниваемых группах больных значимых различий не наблюдалось ($\varphi=0,09-0,777$; $p>0,05$) (табл.1).

Исследуемые группы были сопоставимы. Все больные в соответствии с протоколом получали лечение, включающее терапию нитратами, β -адреноблокаторами, дезагрегантами, анальгетиками. Больным проводили мониторинг ЭКГ, АД, ЧСС. С целью дальнейшего лечения больные были доставлены в МУ ЯГКБ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica 6,0: применяли критерий Фишера, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В исследование включены пациенты старшего возраста. Средний возраст в 1 группе составил: $56,6 \pm 8,2$, во 2-й – $57,1 \pm 10,3$ года. По анализу ЭКГ-данных, в локализации поражения миокарда в исследуемой группе преобладало пораже-

МОРОЗОВ Сергей Николаевич – к.м.н., докторант Московского государственного медико-стоматологического университета; **ДОНСКАЯ Ара Андреевна** – д.м.н., проф. ИГОВ СВФУ им.М.К. Аммосова; **ИВАНОВ Кюндюл Иванович** – д.м.н., директор Республиканского кардиологического диспансера РБ №1-Национального центра медицины МЗ РС(Я); **МЯРИНА Лиля Михайловна** – зав. отделением МУ ЯГКБ г. Якутска.

Таблица 1

Исходные данные обследованных больных, абс. число (%)

Показатель	1-я группа (n=127)	2-я группа (n=91)	p
Возраст, лет	56,6±7±8,2	57,1±10,3	
Мужской пол	101 (79,5)	72 (79,1)	p>0,05
Артериальная гипертензия	112 (88,1)	79 (86,8)	p>0,05
Курение	46 (36,2)	31 (34,0)	p>0,05
Сахарный диабет	11 (8,7)	8 (8,8)	p>0,05
Анемия уровень гемоглобина ниже 120 г/л у женщин и 130 г/л у мужчин	50 (39,4)	37 (40,7)	p>0,05
Гиперхолестеринемия	71 (55,9)	50 (54,9)	p>0,05
Стенокардия в анамнезе	88 (69,3)	64 (70,3)	p>0,05
Симптом-игла* до 6 часов	111 (87,4)	80 (87,9)	p>0,05
Симптом-игла до 12 часов	16 (12,6)	11 (12,5)	p>0,05

* Время от начала приступа до момента медикаментозного лечения бригадой «скорой помощи».

ние переднеперегородочной области: в первой группе – переднеперегородочная – 55 (43,3%), задненижняя 46 (36,2), передний – 9 (7,1), боковой – 9 (7,1), циркулярно-верхушечный – 6 (4,7), задний – 2 (1,6); во второй группе – переднеперегородочная – 45 (49,5), задненижняя 32 (35,2), передний – 7 (7,7), боковой – 2 (2,2), циркулярно-верхушечный – 4 (4,4), задний – 1 (1,1%).

Полученные данные свидетельствуют, что уровень подъема сегмента ST в исследуемых группах в большинстве составлял до 5 мм. В 1-й группе 1-3 мм – у 20 (15,7%), 3-5 – у 85 (66,9), 5-7 – у 18 (14,2%), 7 мм и выше – у 4 пациентов (3,2%). Во 2-й группе: 1-3 мм – у 12 (13,2%), 3-5 – у 62 (68,1), 5-7 – у 16 (17,6), 7 мм и выше – у 1 (1,1%). Реканализация нами оценивалась по приближению к изолинии или нормализации сегмента ST на 90-й и 180-й мин от начала лечения. В 1-й группе: на 90-й мин снижение ST на 50% и более у 23 (18,1%), из них нормализация ST у 10 (7,9) больных, снижение ST менее 50% у 38 (29,9) и отсутствие динамики сегмента ST у 66 (52%) пациентов; на 180-й мин снижение ST на 50% и более у 58 (45,7%) из них нормализация ST у 40 (31,5), снижение ST менее 50% у 22 (17,3), без динамики ST у 47 (37%). Во 2-й группе: на 90-й мин снижение ST на 50% и более – у 8 (8,8) из них нормализация ST у 3 (3,3) (p<0,05); сни-

жение ST менее 50% – 18 (19,8), без динамики – 65 (71,4) (p<0,01); на 180-й мин снижение ST на 50% и более у 13 (14,3%) (p<0,01), из них нормализация ST у 7 (7,7%) (p<0,01), снижение ST менее 50% у 21 (23), без динамики у 57 (62,6%) (p<0,01). Полученные значимые различия говорят о том, что реканализация эффективнее достигается при использовании ТЛТ уже на 90-й мин и увеличивается к 180-й мин.

В первой группе больных наблюдались осложнения как самого ОКС, так и ТЛТ: у 11 (8,7%) больных развился кардиогенный шок, у 14 (11) – фибрилляция желудочков, у 5 (3,9) – суправентрикулярная тахикардия, у 12 (9,4) – желудочковая тахикардия, у 7 (5,5) – блокады ветвей пучка Гисса, у 6 (4,7) – атрио-вентрикулярные блокады, у 5 (3,9) – кардиогенный шок, у 1 (0,8) – умеренное кровотечение, у 2 (1,6%) – большое кровотечение по критериям GUSTO. Во второй группе наблюдались осложнения ОКС: кардиогенный шок – у 19 (20,9%) и фибрилляция желудочков – у 17 (18,7%) больных.

Клиническая динамика проявлялась снижением интенсивности болевого синдрома, которую мы исследовали от начала лечения вплоть до 90-й мин. Снижение интенсивности болевого синдрома в грудной клетке у больных с ОКС происходило следующим образом: в 1-й группе изначально больные ощущали дискомфорт в 16,5% случа-

ев, средние по интенсивности боли – в 25,2 и сильные боли – в 58,3% случаев. На 90-й мин у 35 (27,6%) больных боли купированы полностью, у 6 (4,7) сохранились сильные боли, у 14 (11) – боли средней интенсивности и у 72 (56,7%) сохранилось ощущение дискомфорта. У больных 2-й группы: при обращении к врачу боли имели сильный характер 45%, ощущали дискомфорт 22%, средние по интенсивности боли были у 33%, на 90-й мин от начала лечения полностью купированы только у 12 (13,2), сильные боли сохранились у 21 (23%), боли средней интенсивности у 16 (17,6%) и у 42 (46,2%) осталось ощущение дискомфорта.

Таким образом на догоспитальном этапе положительная динамика по ЭКГ-признакам наблюдалась у 63% пациентов 1-й группы и 38% больных 2-й группы (p<0,01), положительная клиническая динамика у 84,3% больных 1-й группы и 59,4% 2-й группы (p<0,01). Таким образом, с большой долей уверенности можно утверждать, что течение ОКС у больных, получивших ТЛТ догоспитально, более благоприятное.

В процессе наблюдения за больными на стационарном этапе на 30-й день мы наблюдали следующую картину заболевания (табл.2).

Из табл.2 видно, что развитие недостаточности кровообращения, по шкала Killip I–II (φ=0,349; p>0,05) и Killip III–IV (φ=0,648; p>0,05), прерванный ИМ (φ=0,728; p>0,05) являются статистически не значимыми, то есть на развитие данных причин ТЛТ не оказывала влияние.

Неосложненное клиническое течение инфаркта миокарда (без летальных случаев, без рецидивов, прогрессирования недостаточности кровообращения, сложных нарушений ритма и проводимости) отмечали в 1-й группе у 65 больных (51,2%), во 2-й группе у 18 больных (19,8%) (p<0,01). В процессе наблюдения из 218 пациентов на 30-й день скончались 25 (11,5%), из них у 20 (9,2%) причиной смерти была патология сердца, а у 5 (2,3%) прочие причины (табл.3).

Как видно из представленных данных, более высокая летальность наблюдалась у больных 2-й группы (18,7%) по сравнению с пациентами 1-й группы (6,3%), такая же тенденция нами была отмечена при анализе кардиальной летальности (1-я группа – 3,9; 2-я – 9,9%), получены достоверные различия в группе при кардиогенном шоке, то есть это осложнение реже встречается у больных, получивших ТЛТ на догоспитальном этапе.

Таблица 2

Результаты наблюдения за больными ОКС на 30-й день, абс. число (%)

Показатель	1-я группа (n=127)	2-я группа (n=91)	p
Прерванный ИМ	5 (3,9)	2 (2,2)	-
Развитие Q-образующего ИМ	107 (84,3)	86 (94,5)	p<0,01
Рецидив нефатального ИМ	2 (1,6)	14 (15,4)	p<0,01
Недостаточность кровообращения Killip I-II	77 (60,6)	53 (58,2)	-
Недостаточность кровообращения Killip III-IV	26 (20,5)	22 (24,2)	-
Летальность от всех причин	8 (9,6)	17 (18,7)	p<0,01
Летальность от кардиальных причин	7 (7,1)	13 (14,3)	p<0,01

Таблица 3

Причины смерти у больных
в исследуемых группах на 30-й день,
абс. число (%)

Показатель	1-я группа (n=127)	2-я группа (n=91)	p
Кардиогенный шок (Killip III-IV)	5 (3,9)	9 (9,9)	p<0,05
Наружный разрыв сердца	2 (1,6)	3 (3,3)	-
Фибрилляция желудочков		1 (1,1)	-
Онкология		2 (2,2)	-
ТЭЛА		1 (1,1)	-
Кровотечение	1 (0,8)	1 (1,1)	-
Итого	8 (6,3)	17 (18,7)	p<0,01

Был проведен сравнительный анализ осложнений у пациентов 1-й группы с результатами клинических исследований GISSI-1, ISIS-2, ASSET [8-11] (табл.4).

Незначительный разброс данных обусловлен соблюдением стандартов и использованием современных препаратов для ТЛТ. В целом данные сопоставимы и свидетельствуют о низких рисках осложнений, риски управляемых осложнений не превышают 10%.

Во второй группе больных уже на догоспитальном этапе частым осложнением лечения являлись сложные нарушения ритма и проводимости, сопровождавшиеся тяжелой ишемией миокарда или выраженной недостаточностью кровообращения, у 13,2% больных, несмотря на проводимое лечение, возникали приступы стенокардии, еще у 15,4% наблюдался нефатальный рецидив ИМ и 9,9% умерли от нарастающей левожелудочковой недостаточности или кардиогенного шока. Таким образом, осложнения от ТЛТ минимальны по сравнению с осложнениями ОКС.

Для выявления факторов, влияющих на летальность при ОКС, был проведен анализ клинических, инструментальных, анамнестических данных: пол, возраст, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, локализация поражения, рецидив ИМ, использованные методы лечения. По результатам анализа выявлены значимые различия между летальностью и отказом от ТЛТ ($\varphi=3,685\%$; $p<0,01$), локализацией поражения миокарда передней стенки ($\varphi=2,764\%$; $p<0,01$), анемией ($\varphi=2,403\%$; $p<0,01$). Достоверных различий по числу летальных случаев и кардиальных осложнений между пациентами, получавшими раз-

Осложнения после проведенной ТЛТ в сравнении

Осложнения	GISSI-1 (n=5860; CK)	ISIS-2 (n=8592; CK)	ASSET (n=2512; ТАП)	1-я группа (n=156)
Большое кровотечение	0,3	0,5	1,4	1,6
Умеренное кровотечение	3,7	3,5	6,3	0,8
Аллергическая реакция	2,3	4,4	0	0
Анафилаксия	0,1	0	0	0
Гипотензия	3,0	10,0	HP	6,3
Инсульт	1,1	0,7	1,1	0
Внутричерепное кровоизлияние	нр*	0,1	0,3	0

*нр не регистрировалось.

личные тромболитики (альтеплаза, тенектеплаза), не получено.

Выводы:

1. При проведении догоспитального тромболизиса у больных с ОКСпST реканализация по ЭКГ-критериям более эффективна уже на 90-й минуте, чем у лиц, получавших стандартную медикаментозную терапию.

2. У пациентов с ОКСпST, не получивших ТЛТ на догоспитальном этапе, чаще развиваются такие осложнения, как кардиогенный шок и фибрилляция желудочков, что ведет к увеличению летальности в данной группе.

3. Проводимая ТЛТ в сочетании со стандартной медикаментозной терапией ускоряет получение положительной клинической динамики у пациентов ОКСпST.

4. Проведенная на догоспитальном этапе ТЛТ уменьшает госпитальную летальность от кардиологических и других причин в 2 раза.

Заключение. На сегодня ТЛТ является эффективным и часто применяемым методом реканализации при ОКС на догоспитальном этапе. Осложнения, связанные с проведением ТЛТ, не превышают среднестатистические и не влияют на прогноз. Проведенная ТЛТ способствовала доказанному уменьшению осложнений при ОКС и снижению летальности. Данные результаты позволяют настойчиво рекомендовать ТЛТ к широкому применению при ОКС на догоспитальном этапе не только специализированными бригадами, но и линейными и фельдшерскими бригадами «скорой помощи».

Литература

1. Годовой отчет МУ «Станция скорой медицинской помощи г. Якутска». – 2010. – 86 с. Annual reports of the «First aid station Yakutsk». – 2010. – 86 p.
2. Национальные клинические рекомендации / ВНОК. – М.: Из-во «Сицилия-Полиграф», 2008. – 512 с.
3. National clinical recommendation. RNOС. – М.: Publishing house Sitselia-Poligraf. – 512 p.

3. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиология. – 2000. – №6. – С.4-8.

Oganov R.G. Cardio vascular disease in Russian Federation in second half XX centuries: tendencies, the possible reasons, prospects / R.G. Oganov, T.Y. Maslennicova // Kardiologiya. – 2000. №6. P.4-8.

4. Приказ Минздравразвития РФ № 599-н от 19 августа 2009 г.: «Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля».

Order Minzdravsocrazvitiya RF № 599-n 19 August 2009 year. «About the statement of the order of rendering of scheduled and urgent medical aid to the population of the Russian Federation at illnesses of system of blood circulation of a cardiological structure».

5. Руда М.Я. Организация помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе: доклад на всеросс. конф. «Прогресс кардиологии и снижение сердечно-сосудистой смертности» / М.Я. Руда. – М., 3 июня 2008 г.

Ruda M.Y. The organization of the help of patients from at acute coronary syndrome a pre-hospital stage. The report on congress «Progress of cardiology and decrease cardiovascular death rates» / M.Y. Ruda. – M., 3 June 2008.

6. Щеткина И.Н. Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе оказания помощи: пособие для врачей / И.Н. Щеткина. – Саратов: Из-во Саратовской мед. акад., 2008. – 24 с.

Shetkina I.N. Trombolysis therapy of a sharp heart attack of a myocardium at a pre-hospital stage of rendering assistance. / I.N. Shetkina. – Saratov: Publishing house Saratov med. acad., 2008. – 24 p.

7. Щеткина И.Н. Экономическая эффективность тромболитической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе оказания помощи / И.Н. Щеткина // Кардиология. – М., 2009. Материалы VI всероссийского научно-образовательного форума. – С. 330-331.

Shetkina I.N. Economic efficiency trombolysis therapies of a heart attack of a myocardium with rise of a segment ST at a pre-hospital stage of rendering assistance. / I.N. Shetkina // Cardiology. – 2009. Materials of VI All-Russia scientifically-educational forum. – P. 330-331.

8. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'infarto Miocardica (GISSI):

Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction: final report of the GISSI study // Lancet. – 1987. – 2. – P.871.

9. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither among 17, 187 cases of suspected acute

myocardial infarction: ISIS-2 // Lancet. – 1988. – 2. – P.349-360.

10. Trial of tissue plasminogen activator for mortality reduction in acute myocardial infarction: Anglo-Scandinavian Study of Early Thrombolysis (ASSET) / R.G. Wilcox [et al.] // Lancet. – 1988. – 2. – P.525.

11. Effects of alteplase in acute myocardial infarction: 6-month results from the ASSET study: the Anglo-Scandinavian Study of Early Thrombolysis / R.G. Wilcox, G. von der Lippe, C.G. Olsson [et al.] // Lancet. – 1990. – 335. – P.1175.

Е.А. Сорокина, А.А. Фокин, В.А. Ахмедов, В.Б. Лоевко, Л.Е. Старжевская, И.Л. Файль

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

УДК 616.33/34-002.44-005.1-008-092:616.12

Изучено состояние свертывающей системы крови и фибринолиза у пациентов с эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны. Обосновано последовательное лечение данной категории пациентов, включающее эпителизацию эрозий и язв гастродуоденальной зоны и снижение тромбоинемии. Отмечено, что стресс не является достоверно значимым фактором в отношении увеличения растворимого фибринмономерного комплекса у пациентов с кардиальной патологией на этапе подготовки к операции на сердце в условиях искусственного кровообращения.

Ключевые слова: тромбоинемия, эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны, операция на сердце, гемостаз.

The condition of hemostasis and fibrinolysis systems is studied in patients with erosive and ulcerous changes of gastroduodenal zone. The sequential treatment is validated in this category of patients, including erosions and ulcers of gastroduodenal zone epithelisation and decrease of thrombinemia. It is marked that the stress is non reliable significant factor for filamentous fibrin strands increase in patients with cardiac pathology in period of preparation for the heart surgery with cardiopulmonary bypass.

Keywords: thrombinemia, erosive and ulcerous changes of gastroduodenal zone, heart surgery, hemostasis.

Введение. Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны являются значимой проблемой не только гастроэнтерологии, но и клиницистов сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку наличие деструктивных изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта существенно ограничивает патогенетическую терапию кардиальной патологии, прежде всего в отношении применения медикаментов, влияющих на систему гемостаза из-за риска развития желудочно-кишечного кровотечения, а именно: использование ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела у пациентов с ишемической болезнью сердца, пероральных антикоагулянтов при наличии фибрилляции предсер-

дий, искусственных сердечных клапанов, парентеральных антикоагулянтов в раннем периоде после выполнения открытых и рентгенохирургических вмешательств на сердце [6]. В связи с этим, исследование показателей свертывающей системы крови и фибринолиза у кардиологических больных, имеющих эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны является важным для формирования тактики ведения данной категории пациентов, что определило планирование настоящего исследования, которое включило особую группу – больных с эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны на этапе подготовки к операции на сердце в условиях искусственного кровообращения (аортокоронарное шунтирование, хирургическое лечение пороков сердца или аневризмы восходящей аорты).

Цель исследования – изучить состояние свертывающей системы крови и фибринолиза у пациентов с эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальной зоны на этапе подготовки к операции на сердце для оценки патогенетических последствий сочетания этих патологических состояний и формирования тактики ведения данной категории пациентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 157 пациентов (118

мужчин и 39 женщин) в возрасте от 15 до 72 лет (средний возраст 54,03±10,18 года), находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии БУЗОО «ОКБ», которым была выполнена операция на сердце в условиях искусственного кровообращения по поводу ишемической болезни сердца (n=115) или пороков сердца различной этиологии, включая аортальную недостаточность у пациентов с аневризмой восходящей аорты (n=42). Пациенты были разделены на две клинические группы: группа 1 (n=115) – наличие эрозий или язв слизистой гастродуоденальной зоны, подтвержденных данными фиброгастродуоденоскопии (91 мужчина и 24 женщины, средний возраст 54,25±10,10 года); группа 2 (n=42) – отсутствие эрозий или язв слизистой гастродуоденальной зоны по данным фиброгастродуоденоскопии (24 мужчины и 15 женщин, средний возраст 53,43±10,37 года).

В группах были исследованы следующие показатели систем гемостаза и фибринолиза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) (норма 26-37 сек) – отражает состояние внутреннего механизма свертывания крови; протромбиновый индекс (ПТИ) (норма 85-110%) и протромбиновое отношение (ПТО) (0,95-1,25) – характеризуют внешний механизм свертывания

СОРОКИНА Елена Альбертовна – к.м.н., врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Омской областной клинической больницы, destin2@yandex.ru; **ФОКИН Алексей Анатольевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ФП ДПО Челябинской медицинской академии, засл. врач РФ; **АХМЕДОВ Вадим Адильевич** – д.м.н., проф. ЧМА, v_akhmedov@mail.ru; **ЛОЕВКО Виталий Борисович** – к.м.н., зав. отделением Омской ОКБ; **СТАРЖЕВСКАЯ Лариса Евгеньевна** – к.м.н., врач отделения кардиохирургии Омской ОКБ; **ФАЙЛЬ Ирина Леонидовна** – к.м.н., врач отделения лаборатории гемостаза Омской ОКБ.