

рилл с развитием «оглушенного» миокарда. Не исключено также, что частые и хаотичные предсердные сокращения могут привести к нарушению трансмембранного ионного градиента с перегрузкой кардиомиоцитов кальцием и развитием неишемической обратимой дисфункции предсердного миокарда.

Резюме

Полученные результаты свидетельствуют, что медленное восстановление МАП является плохим прогностическим признаком для удер- жания СР. Использование ДЭхоКГ в динамике целесообразно для оценки МАП в процессе реабилитации больных после ЭИТ.

Литература

1. Обухова А.А., Бабанина О.А., Зубеева Г.Н. Мерцательная аритмия. — Саратов: Изд-во Саратовского университета. — 1986. — 213 с.
2. Shapiro W., Effron M.B., Lima S., Ouyang P., Sui C.O., Bush D. // Am.J.Cardiol. — 1988. — V. 62. — P. 1202-1207.

НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ ГЕПАРИН КЛЕКСАН В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

А.А.Липченко, Р.И.Бадаев, Е.Г.Фокина, Н.В.Баннх, М.В.Архипов

Общепринятый стандарт лечения больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q включает антитромботическую терапию — длительную внутривенную (в/в) инфузию нефракционированного гепарина (НФГ) в сочетании с аспирином внутрь. Причем длительность непрерывной в/в инфузии НФГ должна быть не менее 3–4 суток, а иногда и больше (до 7 суток). Введение НФГ осуществляется через инфузомат под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). Эффективной считается доза препарата, которая вызывает увеличение АЧТВ в 2–2,5 раза от нормального уровня. Такая схема введения НФГ вызывает определенные сложности и недоступна для ряда лечебных учреждений. Кроме того, стандартный НФГ обладает непредсказуемым антикоагулянтным действием, достаточно быстро нейтрализуется плазменными белками. После отмены НФГ возможен эффект «реактивации» НС — значительное увеличение риска развития ИМ и обострения НС. В последние годы опубликованы результаты ряда рандомизированных, плацебо контролируемых исследований по применению низко-

молекулярных гепаринов (НМГ) — дальтепарина (фрагмин) [2, 3] и эноксапарина (клексан) [1] у больных НС и ИМ без зубца Q, в которых продемонстрирована достаточно высокая их эффективность, превосходящая даже эффективность НФГ [1]. НМГ имеют потенциальные преимущества перед НФГ: высокую биодоступность, более предсказуемый антикоагулянтный эффект, отсутствие необходимости в мониторинговании показателей свертывания крови, устойчивость к ингибирующему действию активированных тромбоцитов, более низкую частоту тромбоцитопении, возможность подкожного применения.

Цель настоящего исследования — оценка эффективности НМГ клексана при НС.

Пациенты и методики

Под наблюдением находился 21 больной с НС ШВ класса по классификации E. Braunwald (1989 г.) в возрасте от 51 до 72 лет (средний возраст $59,8 \pm 1,2$). Мужчин — 16, женщин — 5. 8 больных ранее перенесли крупноочаговый ИМ, 5 — ИМ без зубца Q. 16 больных страдали гипертонической болезнью, без признаков обострения на момент поступления. Для исключения ИМ у всех больных в течение 3 дней исследовалась активность кардиоспецифических ферментов (КФК, МВ КФК, АсАТ), многократно снималась ЭКГ, проводилась ЭхоКГ. У 4 больных на ЭКГ покоя имелась горизонтальная депрессия сегмента ST, у 8 — отрицательные зубцы T по крайней мере в двух отведениях. Все больные получали аспирин в суточной дозе 250 мг, в/в инфузии нитроглицерина или изокета, β -адреноблокаторы, по показаниям ингибиторы АПФ. Клексан назначался сразу после поступления по 0,4 мг 2 раза в день подкожно (средняя суточная доза составила 0,53 мг/кг 2 раза в день). Длительность применения клексана от 4 до 8 дней (в среднем $6,3 \pm 0,2$ дня). Период наблюдения составил 4 недели.

Результаты и их обсуждение

За время наблюдения летальных исходов не было, ИМ также не развивался ни в одном случае. У 11 больных удалось устранить клинику стенокардии, у 10 — имели место не ежедневные приступы стенокардии напряжения, купирующиеся сублингвальным приемом нитроглицерина. Серьезных геморрагических осложнений не было, у 5 пациентов имелись подкожные гематомы в местах инъекций НМГ. Случаев тромбоцитопении на фоне терапии клексаном нами не зарегистрировано. После отмены клексана ни в одном случае не наблюдался феномен «реактивации» НС.

Резюме

Опыт лечения клексаном пациентов с НС позволяет сделать вывод о хорошей его эффективности и переносимости. Хотя доза клексана, которая нами использовалась, была ниже, чем в исследовании ESSENCE (1 мг/кг массы тела подкожно 2 раза в день), были получены достаточно обнадеживающие результаты. С учетом данных литературы и результатов собственного исследования считаем, что НМГ имеют хорошие перспективы при лечении больных с НС.

Литература

1. Cohen M., Demers C., Gurfinkel E. et al. — N.Engl.J.Med. — 1997. — 334. — P. 447-452 (ESSENCE).
2. FRIC — JACC, 1996. — 27. — P. 359a.
3. FRISC — LANCET, 1996. — 347. — P.561-568.

РОЛЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

**С.Б. Чертополохова, В.Ф. Антипов, Н.Г. Ларюшкина,
Л.Н. Будкарь**

Основным патогенетическим механизмом развития аритмий у больных, не имеющих органической патологии сердца, является нарушение вегетативной регуляции [1]. Изменение функции вегетативной нервной системы у язвенных больных также неоспоримо [2]. Висцеро-висцеральными рефлексам можно объяснить возникновение нарушений ритма у пациентов с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в отсутствие других возможных причин дисритмий [3, 4]. В научной литературе последних 20 лет мы не встретили работ, посвященных исследованию взаимосвязи патологии органов ЖКТ с развитием нарушений ритма с использованием ЭФИ сердца ни в отечественной, ни в зарубежной литературе, за исключением развиваемого с 80-х гг. направления в Аритмологическом центре.

С учетом общих патогенетических механизмов язвенной болезни и нарушений ритма в рамках синдрома вегетативной дисфункции синусного и АВ-узлов, цель нашего исследования — выявление особенностей проводящей и пейсмекерной систем сердца у больных, сочетающих указанные патологии, и детализировать патофизиологическую основу дисритмий.