

ОХС < 6,7 ммоль/л целевых значений ОХС достигли 16 из 18 пациентов ( $p < 0,01$ ), при исходном уровне ОХС > 6,8 ммоль/л – 1 из 12 пациентов ( $p > 0,05$ ). Пациентам, не достигшим целевых значений, доза Розува была увеличена до 20 мг. При приеме Розува в дозе 20 мг целевых значений достигли все пациенты ( $p < 0,001$ ). Средний уровень ТГ составлял до начала приема 2,2 ммоль/л. При приеме 10 мг розувастатина нормальных значений (< 1,7 ммоль/л) достигли 18 из 32 пациентов ( $p < 0,05$ ). При приеме 20 мг препарата все пациенты достигли целевых значений ( $p < 0,001$ ). Таким образом, прием Розува в дозе 10 мг/сут у пациентов после стентирования КА позволил достичь целевых значений ОХС у 65,3% ( $p < 0,01$ ), ТГ у 40% пациентов ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что степень достижения целевого уровня ОХС зависела от его исходного уровня в плазме. У пациентов с исходным уровнем ОХС < 6,7 ммоль/л прием Розува в дозе 10 мг/сут обеспечивал достижение целевых значений ОХС в 94% случаев ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Учитывая важность быстрой коррекции уровня липидов после коронарных вмешательств, у пациентов с уровнем ОХС > 6,5 ммоль/л целесообразно назначать препарат в дозе 20 мг с последующей коррекцией его дозы.

## Тромбоцитогамма больных ишемической болезнью сердца в динамике гирудотерапии

Аляви А.Л., Садыкова Г.А., Узенбаева Ф.В.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Определить прогностическое значение тромбоцитогаммы, агрегометрических и коагулологических показателей до и после гирудотерапии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В исследование включены 43 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III функционального класса без и в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Проведено изучение цитоморфологической характеристики тромбоцитов (Тр) периферической крови (С.Т.Наджимитдинов), коагулологические и агрегометрические исследования на аппарате AP 2110 («SOLAR», Беларусь). Больным на фоне комплексного стандартного лечения были назначены 4–5 курсов гирудотерапии на биологически активные точки (поочередно на проекции печени, сердца). С учетом изменения цитоморфологии Тр соответственно их реакции освобождения от содержимого проведен сравнительный анализ качественной характеристики по количеству адгезированных Тр, агрегации Тр в зависимости от потенциальных тромбоцитарных тромбов, показателей артериального давления (АД), агрегометрических показателей, содержания фибриногена, состояния коронарного, мозгового кровообращения у каждого пациента.

**Результаты.** В исследовании получены данные, указывающие, что главным и решающим моментом возникновения тромбоза любого кровеносного сосуда в организме является начальное образование микро-тромбоцитарного тромба. Чем продолжительнее и тяжелее протекала АГ, ХСН при ИБС, тем раньше возникала тенденция к агрегации Тр. По мере прогрессирования болезни в препаратах – мазках крови встречались адгезированные Тр, малые, средние и крупные агрегаты, что имеет существенное значение в образовании тромбоцитарных тромбов. По мере прогрессирования адгезии Тр поверхность Тр становится шероховатой, появляются псевдоподии, и адгезия персистирует в агрегацию 1, 2-й степени с выделением тромбосана А<sub>2</sub> и других веществ, вследствие чего молодые Тр становятся отработанными. Данный процесс коррелирует с клиническим течением заболевания и быстрой, стойкой дезагрегацией на агрегометре и не коррелирует с содержанием фибриногена. По мере снижения АД происходит уменьшение средних и крупных агрегатов в динамике лечения гирудотерапией. После 4–5 процедур гирудотерапии выявлено уменьшение степени адгезии и агрегации Тр. Выявлена идентичность результатов изменения при микроскопическом и агрегометрическом исследовании Тр.

**Заключение.** Клиническое значение агрегационной характеристики Тр позволяет прогнозировать исход АГ и ХСН при ИБС. Проведенные исследования показали наличие определенной закономерности возникновения и развития тромбоцитарной агрегации в периферической крови в зависимости от функционального класса ИБС, выраженности ХСН и АГ.

## Дозирование тренирующей нагрузки в условиях умеренной высотной гипоксии у больных после коронарного шунтирования

Амиянц В.Ю.

ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии»  
ФМБА России. Филиал – Кисловодская клиника, Кисловодск, Россия

В процессе реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования (КШ) большое значение имеют физические тренировки (ФТ). В настоящее время имеется несколько подходов к дозированию физических нагрузок (ФН) в процессе ФТ. Наиболее часто предлагается дозировать уровень ФН по тренировочному пульсу (ТП). Описаны различные методы определения величины ТП, который может составлять от 50 до 85% от пороговой частоты сердечных сокращений (ЧСС), достигнутой больным во