**Лутай Ярослав Михайлович. Діагностичне і прогностичне значення маркерів системного запалення у хворих на гострий коронарний синдром без стійкої елевації сегмента ST на електрокардіограмі: дисертація канд. мед. наук: 14.01.11 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Лутай Я.М. Діагностичне і прогностичне значення маркерів системного запалення у хворих на гострий коронарний синдром без стійкої елевації сегмента ST на електрокардіограмі.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 2003.  Дисертація присвячена вивченню проблеми системного запалення у хворих на гострий коронарний синдром без стійкої елевації сегмента ST на електрокардіограмі. Встановлено, що хворі на ГКС характеризуються підвищенням запальної відповіді, а визначення рівня маркерів запалення у перші 72 години від дестабілізації клінічного стану дозволяє виділити хворих з високим ризиком розвитку ускладнень. Найбільша прогностична значущість належить показникам вихідного рівня С-реактивного білка. Рівень ШОЕ визначає перебіг госпітального періоду, а фібриногену – розвиток коронарних подій протягом 12 місяців спостереження. Хворі на ГКС без елевації сегмента ST, у яких згодом встановлено наявність вогнищевого ураження міокарда, мають суттєво вищій рівень С-реактивного білка у перші 72 години від дестабілізації клінічного стану, ніж пацієнти на нестабільну стенокардію. Це може бути використано як додатковий діагностичний критерій гострого ІМ. Раннє призначення сімвастатину знижує рівень фібриногену крові вже через 7 діб лікування, а також призводить до більш сприятливого перебігу госпітального періоду захворювання та зменшення частоти виникнення коронарних подій впродовж 12 місяців. Встановлено більш суттєве зниження рівня С-реактивного білка на тлі лікування дальтепарином (ніж нефракціонованим гепарином), що супроводжувалося зменшенням частоти ускладнень госпітального та постгоспітального (3 місяці) періодів захворювання. | |
| |  | | --- | | 1. Хворі на ГКС характеризуються підвищенням рівня маркерів запалення, визначення яких у перші 72 години від дестабілізації клінічного стану дозволяє проводити ранню діагностику вогнищевого ураження міокарда та виділити хворих з високим ризиком розвитку ускладнень впродовж госпітального періоду і 12 місяців спостереження. Сімвастатин та дальтепарин натрію мають протизапальні властивості, а їх призначення у ранні терміни захворювання хворим на ГКС супроводжується зменшенням ускладнень госпітального та постгоспітального періодів захворювання. 2. У хворих на ГКС з рецидивами ангінозного болю впродовж госпітального періоду реєструється підвищення вихідного рівня С-реактивного білка (на 35,3%, p<0,05) та ШОЕ (на 27,7%, p<0,05), при цьому максимальні значення С-реактивного білка визначаються у хворих з подальшим розвитком рефрактерної стенокардії. 3. Підвищений рівень С-реактивного білка 15,2 мг/л дозволяє виявити групу хворих з високим ризиком розвитку зворотної та рефрактерної стенокардії протягом госпітального періоду, а також ускладнень постгоспітального періоду [кардіальна смерть, нефатальний ІМ, госпіталізація з приводу НС] впродовж 6 і 12 місяців спостереження; вихідний рівень ШОЕ 11 мм/ч – групу з високим ризиком розвитку гострої серцевої недостатності та ангинозних приступів, які потребують введення наркотичних анальгетиков, а рівень фібриногену 3,75 г/л – групу з високим ризиком розвитку ускладнень [смерть, ІМ, НС] через 6 та 12 місяців спостереження. 4. Для хворих на ГКС без елевації сегмента ST на ЕКГ з заключним діагнозом гострого ІМ характерно більш значне підвищення рівня С-реактивного білка у перші 72 години від дестабілізації клінічного стану, ніж для хворих на НС (на 114,2%, p<0,001). При цьому рівень С-реактивного білка 12,1 мг/л може використовуватись як ранній біохімічний критерій для діагностики вогнищевого ураження міокарда у хворих на ГКС (чутливість – 73,8%, специфічність – 71,3%, позитивна передбачувальна цінність – 66,2%). 5. Для хворих на ГКС без елевації сегмента ST з ускладненим перебігом госпітального та/чи постгоспітального (12 місяців) періодів захворювання характерно зменшення впливу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи на регуляцію діяльності серця у спокої та зниження реактивності вегетативної нервової системи у відповідь на стандартний подразник (проба з гіпервентиляцією) впродовж перших 72 годин від дестабілізації клінічного стану. Встановлено зворотній кореляційний зв’язок між вихідним рівнем С-реактивного білка і показниками PL (r=-0,28, р<0,05) та PT (r=-0,27, р<0,05) варіабельності ритму серця після проби з гіпервентиляцією. 6. Застосування сімвастатину у дозі 40 мг з першої доби госпіталізації у хворих на ГКС веде до зниження рівня фібриногену крові, не впливає на динаміку інших маркерів системного запалення та супроводжується зменшенням ускладнень госпітального періоду та розвитку коронарних подій (смерть, ІМ, НС) впродовж 12 місяців спостереження. 7. Застосування дальтепарину натрію у хворих на ГКС без елевації сегмента ST на ЕКГ призводить до зниження рівня С-реактивного білка, поліпшенню перебігу госпітального періоду захворювання та зниженню частоти розвитку коронарних подій (смерть, ІМ, НС) протягом 3 місяців спостереження.   **Практичні рекомендації.**   1. Для оцінки ризику розвитку ускладнень госпітального та післягоспітального періодів хворим на ГКС без елевації сегмента ST показано вимірювання рівня С-реактивного білка на момент надходження у стаціонар. Підвищення рівня С-реактивного білка 12,1 мг/л рекомендовано використовувати як ранній біохімічний маркер розвитку вогнищевого ураження міокарда (чутливість – 73,8%, специфічність – 71,3%, позитивна предбачувальна цінність – 66,2%), а рівень 15,2 мг/л - для визначення групи хворих з найбільшим ризиком повторних епізодів ішемії міокарда та рефрактерної стенокардії протягом госпітального періоду, а також розвитку коронарних подій впродовж 6 і 12 місяців спостереження. 2. У хворих на ГКС для визначення групи високого ризику повторних епізодів ішемії міокарда та розвитку гострої серцевої недостатності під час госпітального періоду рекомендовано визначати вихідний рівень ШОЕ та використовувати значення показника 11 мм/год. 3. У хворих на ГКС рекомендовано визначати вихідний рівень фібриногену та використовувати його значення 3,75 г/л для виділення пацієнтів з високим ризиком розвитку коронарних подій (смерть, нефатальний ІМ, госпіталізація з приводу НС) впродовж 6 та 12 місяців спостереження. 4. Для підвищення ефективності медикаментозної терапії у хворих на ГКС без елевації сегмента ST на ЕКГ, рекомендовано раннє (з першої доби) призначення антигіперліпідемічної терапії сімвастатином 40 мг один раз на добу на фоні адекватної медикаментозної терапії. | |