



**РОССИЙСКИЙ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**  
Russian Journal of Cardiology

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

---

РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

**4-й Международный Форум  
АнтиКоагулянтной и антиагрегантной Терапии  
(ФАКТplus2019)  
21-23 марта 2019**



**4th International Forum  
of AntiCoagulant & antiplatelet Therapy 2019  
(ФАКТplus2019)  
March 21-23, 2019**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ | ABSTRACTS BOOK**

**Дополнительный выпуск (март) | 2019**



Российское кардиологическое общество  
Общество доказательной неврологии  
Национальное Научное Общество Воспаления  
Национальная Ассоциация по тромбозу и гемостазу  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
Российское общество холтеровского мониторирования  
и неинвазивной электрофизиологии (РОХМиНЭ)

**4-й Международный форум  
АнтиКоагулянтной + антиагрегантной Терапии  
(ФАКТplus2019)**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ | ABSTRACTS BOOK**

---

## МАТЕРИАЛЫ

СОДЕРЖАНИЕ .....	21
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ .....	23

## 001 КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧАХ

Арабаджан С. М.\*, Сагамонова К. Ю., Золотых О. С., Пивоварчик С. Н.

Центр репродукции человека и ЭКО, Ростов-на-Дону, Россия  
aog5252@mail.ru

**Цель.** Провести анализ эффективности использования метода плазмафереза в комплексе с низкомолекулярными гепаринами (НМГ) у пациенток с высоким уровнем антифосфолипидных антител.

**Материал и методы.** В исследование было включено 87 пациенток в возрасте 28-42 года. У всех обследуемых наблюдалось повышение агрегации активности тромбоцитов, увеличение уровня фибриногена, гиперкоагуляция и повышены маркеры усиленного тромбообразования (D-димер). Основным показанием для назначения сеансов плазмафереза являлось повышение уровня АФА (антикардиолипидные антитела классов IgG и/или IgM) при повторном обследовании выше нормальных значений, а также отсутствие эффекта от проводимой терапии с помощью низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин, фраксипарин). Курс лечения состоял из 5-7 сеансов плазмафереза, объем плазм-экфузии составлял 30% от объема циркулирующей крови. Плазмозамещение осуществлялось раствором стерофундина. Процедуру плазмафереза проводили на аппарате "Haemonetics". Все пациентки отмечали хорошую переносимость сеансов плазмафереза.

**Результаты.** Анализ проведенных исследований показал, что у всех обследуемых после проведенного курса плазмафереза отмечалась нормализация системы гемостаза: снизился уровень АФА, значения фибриногена и D-димера. Причем снижение показателей АФА у 74 женщин наблюдалось после проведения 5 сеансов, а у 14 пациенток после 7 сеансов плазмафереза. Необходимо также отметить, что стабильные параметры гемостаза наблюдались в течение 7-15 месяцев после проведенного курса плазмафереза.

**Заключение.** Проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что использование метода плазмафереза в сочетании с препаратами НМГ способствуют стабилизации параметров гемостаза, и в частности, снижению уровня антифосфолипидных антител, фибриногена и D-димера до нормальных величин. Необходимо отметить высокую эффективность метода плазмафереза у пациенток перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий.

## 002 СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Бахметьев А. С.\*, Чехонацкая М. Л., Двоенко О. Г., Сухоручкин В. А., Бахметьева М. С., Грешнова О. Г.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

bakhmetev.artem@yandex.ru

**Цель.** Описать редкое клиническое и ультразвуковое наблюдение спонтанной реканализации окклюзивного тромбоза внутренней сонной артерии (ВСА) у пациента 66 лет.

**Материал и методы.** Пациент М., 66 лет, поступил в клинику нервных болезней Клинической больницы им. С. П. Миротворцева Саратовского ГМУ в январе 2017г с жалобами на преходящую слепоту слева, периодическое онемение пальцев правой кисти (в среднем 1-2 раза в неделю). Жалобы беспокоят в течении 6 месяцев. При осмотре неврологом поставлен диагноз: "Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой ВСА. Хроническая ишемия головного мозга 2 степени". Ультразвуковое исследование проводилось на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики на приборе экспертного класса Philips HD 15XE.

**Результаты.** По результатам дуплексного сканирования (ДС) магистральных артерий шеи и головы выявлена окклюзия левой ВСА от устья на всем лоцируемом в дистальном направлении протяжении (артерия визуализируется на протяжении 55 мм). Справа в области бифуркации общей сонной артерии определяется нестенозирующая просвет формирующаяся атеросклеротическая бляшка. На краниальном уровне выявлены косвенные УЗ-признаки окклюзии левой средней мозговой артерии (в режиме цветового картирования кровотоков не лоцируется). Учитывая окклюзивный пролонгированный характер поражения ВСА, принято решение безоперативного ведения пациента. При динамическом ДС через 6 месяцев в просвете тромботических масс на экстракраниальном уровне ВСА определяется кровотоков туннельного типа на протяжении 30 мм начиная от устья (диаметр просвета 1,2 мм при диаметре ВСА 9 мм) с линейной скоростью кровотока до 220 см/с (турбулентный характер с эллазинг-эффектом). В дистальной порции ВСА кровотоков не определялся. Отметим, что в этот период пациент оставался асимптомным. Для верификации проведена мультиспиральная компьютерная томография в режиме ангиографии, где также был описан нитевидный кровотоков в толще тромботических массах левой ВСА. Следующее динамическое ДС артерий шеи было проведено через 4 месяца (без динамики, скорость кровотока достигала 250 см/с). Отметим, что на протяжении всего периода наблюдения пациент не принимал антикоагулянтные лекарственные средства.

**Заключение.** Несмотря на редкую частоту реканализации хронической окклюзии ВСА по данным литературы, вполне возможно, что это связано с "утратой интереса" к окклюзированным артериям. Описанный случай демонстрирует, что хроническая окклюзия ВСА может иметь исход в реканализацию даже при отсутствии активной медикаментозной анти-тромботической тактики.

## 003 СТАГНАЦИЯ КРОВОТОКА В ЭКТАЗИРОВАННЫХ ВЕНАХ ГОЛЕНИ КАК ФАКТОР РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Бахметьев А. С.\*, Чехонацкая М. Л., Двоенко О. Г., Лойко В. С., Бахметьева М. С.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия  
bakhmetev.artem@yandex.ru

**Цель.** Выявить частоту развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и сопутствующих тромбоэмболических осложнений у пациентов со стагнацией кровотока в эктазированных венах голени.

**Материал и методы.** В период 2016-2018гг наблюдали за 48 пациентами с признаками стагнации кровотока в глубоких венах голени как минимум с одной стороны. Признаками стагнации считали снижение скорости кровотока менее 8 см/с и видимое движение масс форменных элементов крови. Эктазированными считали глубокие вены голени более 6 мм в диаметре.

**Результаты.** Исходно превалировало расширение диаметра икроножных вен на уровне верхней трети голени (32 пациента; средний диаметр — 6,75 мм). Средняя скорость кровотока составила не более 5 см/с. В В-режиме отчетливо лоцировался подклапанный сладж-синдром. В ряде случаев отмечали отсутствие кровотока в зоне венозного клапана. У 10 пациентов отметили эктазию с признаками стагнации кровотока в проекции как минимум одной задней большеберцовой вены. У 4 пациентов визуализировали эктазированную камбаловидную вену (диаметр до 9,5 мм; скорость потока не более 3 см/с). Еще в 2 случаях зафиксировано расширение подколенной вены до 13 и 15 мм со скоростью кровотока 6 см/с. По результатам динамического исследования через 3 месяца ТГВ был выявлен у 3 (6,25%) пациен-

тов — в 2 случаях окклюзивный тромбоз камбаловидной вены и в одном — пристеночный тромбоз задней большеберцовой вены (все случаи без ТЭЛА). Через 6 месяцев при контрольном исследовании было выявлено 7 (14,6%) новых случаев ТГВ. У пациентки 66 лет с рецидивирующей пневмонией диагностирован флотирующий тромб правой подколенной вены (при проведении МСКТ — признаки окклюзии сегментарных ветвей легочной артерии). В 2 случаях выявлен сегментарный тромбоз в проекции камбаловидных вен (несмотря на окклюзивный характер без элементов флотации в одном из случаев на МСКТ выявлен тромбоз ветвей легочной артерии). Помимо описанных случаев к концу первого года наблюдения ТГВ диагностирован в 3 (6,25%) случаях (задняя большеберцовая вена и икроножные вены с признаками флотации — в одном случае ТЭЛА). В общей сложности за 26 месяцев наблюдения среди 48 пациентов, ТГВ в проекции исходно эктазированных вен выявлен у 18 (37,5%) пациентов, среди которых у 6 (12,5%) отмечена ТЭЛА.

**Заключение.** ТГВ у пациентов с расширенными глубокими венами за период наблюдения выявлен в 37,5% случаев. Наиболее “опасным” периодом правомерно считать первые полгода с момента выявления эктазии и стагнации кровотока, когда у 21% пациентов при динамическом наблюдении диагностирован ТГВ. По результатам исследования тромбоз в бассейне камбаловидной вены выявлен во всех случаях ее исходной эктазии (4 пациента). Нефатальная ТЭЛА отмечена в 6 (12,5%) случаях.

#### 004 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТА “ТРОМБОДИНАМИКА”

*Борисов В. С.<sup>\*1</sup>, Вуймо Т. А.<sup>2,3</sup>, Клычкова Е. В.<sup>1</sup>, Каплунова М. Ю.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ НИИ СП им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения, Москва; <sup>2</sup>ФГБУ НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва; <sup>3</sup>ФГБУ Центр теоретических проблем ФХФ РАН, Москва, Россия  
BorisovVS@mail.ru

**Цель.** Оценить состояние системы гемостаза у больных с тяжелой термической травмой с помощью нового метода исследования системы гемостаза “Тромбодинамика” (ТД) в течение 30 суток с момента получения травмы.

**Материал и методы.** Обследованы 50 пациентов с ожогами кожных покровов II–III степени по МКБ-10 и площадью от 22 до 75%. Индекс Франка составил более 30 ед. На 1-е; 3-и; 10-е; 20-е и 30-е сутки после поступления для оценки коагуляционного состояния использовали тест ТД, одновременно выполнялись стандартные коагулологические тесты. Статистический анализ проводили с использованием U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** Отмечено, что АЧТВ достоверно удлинялось на 1-3-и и 10-е сутки. МНО было достоверно выше нормы на 10-е сутки. ПТ достоверно снижался по сравнению с нормой на 3-и и 10-е сутки. Содержание ФГ достоверно повышалось во все сроки исследования. В 1-е и 3-и сутки исследования отмечалось достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение уровня D-димер. К 30-м суткам он оставался повышенным, и уровень его зависел развития осложнений. Антитромбин III и ПС достоверно снижались относительно нормы на 1-3, 10, 20, 30 сутки, соответственно. Согласно ТД параметры Vi, Vst и CS в 1-е и на 3-и сутки статистически достоверно отличаются. В момент поступления значительная часть пациентов ( $\approx 58\%$ ) находится в области гиперкоагуляции различной степени выраженности, около 22% пациентов в момент поступления находятся по параметру Vi и Vst в области нормокоагуляции, еще 20% продемонстрировали гипокоагуляционное состояние, что можно рассматривать как развитие коагулопатии

ожоженных. На 3-и сутки на фоне применения равной дозы не-фракционированного гепарина у пациентов отмечено глобально различающееся состояние параметра Vi. На 10-е сутки после травмы согласно параметрам ТД были отмечены следующие изменения: по Vs — 51,8% пациентов в области гиперкоагуляции, 6,8% пациентов в области гипокоагуляции, 41,7% пациентов в нормокоагуляции. Эти данные подтверждаются параметром CS и Ptag. На 20-е и 30-е сутки сохраняется подобная тенденция, что на фоне высокого уровня фибриногена и активной трансфузионной терапии свежемороженой плазмы может реализоваться в тромботическое состояние. Выявленные данные ТД позволяют говорить о неэффективности стандартной гепаринотерапии. Выявлено, что при применении НОАК увеличивалась Ptag во всем используемом диапазоне концентраций. Дабигатран также снижал скорость роста сгустка V, начиная с небольших концентраций препарата в плазме. Ривароксабан демонстрировал аналогичное влияние только на максимальных пиковых концентрациях.

**Заключение.** Тест ТД является эффективным инструментом оценки состояния плазменного гемостаза и контроля антикоагулянтной терапии в процессе лечения пациентов с тяжелой ожоговой травмой.

#### 005 РАК-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОДЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

*Варданян А. В.<sup>\*1</sup>, Долидзе Д. Д.<sup>1</sup>, Токарев К. Ю.<sup>2</sup>, Карбач Ю. В.<sup>2</sup>, Чиж Е. Ю.<sup>2</sup>, Левин А. В.<sup>2</sup>, Кислов Э. Е.<sup>2</sup>, Волков А. Ю.<sup>2</sup>, Игошин А. С.<sup>2</sup>, Левигов Д. И.<sup>2</sup>, Давидов Э. Д.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>Городская клиническая больница им. С. П. Боткина Департамента здравоохранения, Москва, Россия  
vardanyan-med@yandex.ru

**Цель.** Оценить результаты лечения рак-ассоциированных венозных тромбозов и эмболических осложнений (ВТЭО) и перспективы в продленной профилактике их рецидивов.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечебной тактики, использованной у 80 больных с рак-ассоциированными ВТЭО за 2-х летний период (2016–2018гг), находившихся на лечении в отделении неотложной сосудистой хирургии ГКБ им. С. П. Боткина. Из их числа полихимиотерапия проводилась у 12 (15%) пациентов. Возраст пациентов варьировал от 30 до 91 лет (средний возраст  $61,5 \pm 0,7$  лет). Количество мужчин и женщин: 36 (45%) и 44 (55%), соответственно. Диагностика тромбоза сосудов в системе нижней полой вены и контроль динамики лечения выполнялись с помощью ультразвукового ангиосканирования. Проводилась лабораторная диагностика плазменного звена гемостаза. Исследование D-димера как диагностического и прогностического биомаркера проводилось для оценки агрессивности опухолевого роста. Лечение пациентов с рак-ассоциированными ВТЭО осуществлялось низкомолекулярными гепаринами, а продленная профилактика ВТЭО — прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК), в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями диагностики и лечения ВТЭО (2015г), а также рекомендациями ACCP 2016 (American College of Chest Physician) и NCCN (National Comprehensive Cancer Network).

**Результаты.** Тромбозы проксимальных глубоких вен выявлены у 65 (81,3%) пациентов, тромбоз дистальных глубоких вен — у 12 (15%) больных. Опухолевой тромб нижней полой вены (НПВ) выявлен у 3 (3,8%) пациентов с раком почки, которым была выполнена тромбэктомия из НПВ. При гемостазиологическом исследовании отмечено повышенные агрегации тромбоцитов, угнетение эндогенного фибринолиза в связи с прокоагулянтным эффектом опухоли. Среди немодифицируемых факторов риска у 66 (82,5%)



больных выявлена не — 0 группа крови. Изучены отдаленные результаты лечения рак-ассоциированных ВТЭО у 24 (30%) пациентов (2016-2018гг) с использованием НМГ и последующим переходом на амбулаторном этапе на ПОАК (ингибиторы Ха фактора). Отсутствие ретромбоза отмечено у всех 24 (100%) пациентов. Геморрагическое осложнение (малое кровотечение, не требующее госпитализации) имело место у 1 (4,2%) пациента.

**Заключение.** Лечение рак-ассоциированных ВТЭО должно проводиться НМГ, а для долгосрочной терапии препаратами выбора являются ПОАК при соблюдении принципов клинических рекомендаций.

## 006 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СЕТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Воробьева Н. А.<sup>\*1,2</sup>, Воробьева А. И.<sup>1</sup>, Карпунов А. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Архангельск; <sup>2</sup>ФГБУ Северный филиал Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава России, Архангельск, Россия nadejdav0@gmail.com

**Цель.** Основной причиной создания сети антитромботических кабинетов (АК) в Архангельской области (АО) для пациентов, получающих терапию антагонистами витамина К (АВК) явились следующие моменты: обеспечение медицинских организаций современным лабораторным мониторингом показателя МНО, междисциплинарный подход к ведению пациентов с тромбоемболическими осложнениями, венозными тромбозами, повышение комплаентности пациента к терапии варфарином и ведение регистра антитромботической терапии. Ключевые участники продленной антитромботической терапии: пациент, врач, лабораторное звено, позволяющие достичь высокой степени приверженности данному виду терапии.

**Материал и методы.** В связи с этим создан центральный кабинет в г. Архангельске, который выполняет функции координации, контроля, экспертизы работы отдаленных кабинетов, а также выполняет консультативную работу. На основе ИТ-системы управления данных все АК области объединены в единую сеть. Все компоненты проекта полностью соответствуют Федеральному закону России: защита персональных данных, передачи данных, лицензионное обеспечение, стандартам по оказанию медицинской помощи. Используются профессиональные портативные профессиональные коагулометры, ИТ-решение (ИТ 1000), зарегистрированное как медицинское устройство. Дорожная карта представленного проекта предусматривает административные функции, техническое обеспечение и большой блок обучение как медицинского персонала — врачи, медсестры, так и обучение пациента, направленное на повышение приверженности всех участников антитромботической терапии.

**Результаты.** Исходя из географических особенностей региона, эпидемиологических показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями было проведено районирование области с учетом наличия медицинских организаций и пациентов, нуждающихся в терапии АВК. В итоге были организованы 28 кабинетов, объединенных посредством ИТ-технологий в единую сеть и 36 кабинетов, работающих в автономном режиме. Проведенный фармакоэкономический анализ сравнения типичной и предложенной практики с организацией сети АК показал увеличение показателя спасенных жизней в 2 раза — с 25 до 50. При этом показатель затраты на сохраненную жизнь (СЕР) при организации сети АК снижается в 2 раза. Важно отметить, что в 5-летней перспективе экономический эффект внедрения предложенной сети АК для АО составит 76 млн. руб. за счет уменьшения затрат на реабилитацию, инвалидность при назначении АВК всем пациентам с соответствующими показаниями. Первый опыт работы сети АО за 3 года убедительно демонстрирует увеличе-

ние показателя времени пребывания в целевом диапазоне — TTR (Me 63%).

**Заключение.** Централизация сети кабинетов дает увеличение приверженности, возможность обучения, соблюдения протоколов лечения, повышения эффективности и безопасности терапии АВК.

## 007 ГИПОКОАГУЛЯЦИЯ НА ФОНЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА РИВАРОКСАБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гельцер И. В.\*, Смирнова О. А., Головина О. Г., Папаян Л. П. ФГБУ РосНИИИТГ ФМБА России, Санкт-Петербург,

Россия

grebennikova.irina@bk.ru

**Цель.** Оценить уровень гипокоагуляции у пациентов с тромбоемболическими заболеваниями (ТЭЗ) при приеме ривароксабана 1 раз в сутки.

**Материал и методы.** В исследование были включены пациенты с ТЭЗ. Генерацию тромбина оценивали у 35 пациентов, 16 женщин и 19 мужчин, в возрасте от 25 до 79 лет (медианы (Me) — 57,0, 95% (доверительный интервал) ДИ: 28,6-77,2) на фоне приема 20 мг ривароксабана 1 раз в сутки. Взятие крови осуществлялось двукратно: на пиковой концентрации препарата в плазме крови — через 1,5-4 ч после приема, и на минимальной концентрации — через 19-28 ч у 27 пациентов и через 30-39 ч у 8 пациентов после последнего приема ривароксабана. Длительность терапии составляла не менее 35 дней. Контрольную группу (КГ) составили 28 практически здоровых лиц. Генерацию тромбина оценивали методом калиброванной автоматизированной тромбинографии в стандартной постановке и с добавлением тромбомодулина (ТМ). Определяли эндогенный потенциал тромбина (ЕТР, нМоль\*мин), максимальный уровень генерации тромбина (Peak thrombin, нМ), а также рассчитывали чувствительность к ТМ (%), отражающую процент падения ЕТР и Peak thrombin при добавлении в реакционную смесь ТМ. Результаты обработаны с помощью STATISTICA 6.0. Определяли Me и 95%ДИ. Оценку достоверности проводили с использованием критерия Манна-Уитни, различия считались достоверными при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Через 1,5-4 ч после приема ривароксабана у пациентов имело место значимое снижение ЕТР (Me-861,7, ДИ:486,7-1433,6 против Me-1756,0, ДИ:1220,5-2159,8,  $p < 0,000001$ ) и Peak thrombin (Me-42,8, ДИ:23,9-80,1 против Me-293,0, ДИ:198,7-376,2,  $p < 0,000001$ ). Эти данные свидетельствуют о выраженном антикоагулянтном действии препарата. Чувствительность к ТМ была значительно повышена по показателям ЕТР (Me-81,5, ДИ:62,2-88,7 против Me-51,5, ДИ:22,9-64,4,  $p < 0,000001$ ) и Peak thrombin (Me-50,8, ДИ:30,6-75,8 против Me-35,8, ДИ:14,8-53,1,  $p < 0,00005$ ), что указывает на увеличение эффективности работы системы протеина С на фоне терапии ривароксабаном. При обследовании через 19-28 ч после приема препарата оставался достоверно сниженным только показатель Peak thrombin (Me-159,8, ДИ:99,7-257,2 против Me-293,0, ДИ:198,7-376,2,  $p < 0,000001$ ). Чувствительность к ТМ превышала значения КГ по показателю ЕТР (Me-67,2, ДИ:41,7-82,0 против Me-51,5, ДИ:22,9-64,4,  $p < 0,00005$ ). При обследовании пациентов через 30-39 ч после приема ривароксабана различий со значениями КГ по показателям ЕТР (Me-2003,4, ДИ:1473,4-2441,5 против Me-1756,0, ДИ:1220,5-2159,8,  $p = 0,41$ ) и Peak thrombin (Me-243,6, ДИ:167,7-356,5 против Me-293,0, ДИ:198,7-376,2,  $p = 0,053$ ) не получено, что говорит об отсутствии всплеска тромбинемии.

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о сохраняющемся не менее суток антикоагулянтном действии ривароксабана и подтверждают обоснованность его приема 1 раз в сутки в продленной терапии ТЭЗ.

## 008 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Герасименко А. С., Шаталова О. В.\*, Горбатенко В. С.

ГБОУ ВО Волгоградский Государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия  
shov\_med@mail.ru

**Цель.** Провести сравнительный анализ структуры назначения антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

**Материал и методы.** Выполнено сравнительное ретроспективное одномоментное исследование. Проанализировано 1000 историй болезни пациентов с ФП неклапанной этиологии находившихся на лечении в кардиологическом отделении многопрофильного стационара за период с 01.01.2012 по 31.12.2012, а также с 01.01.2016 по 31.12.2016. Рациональность терапии оценивалась в соответствии с рекомендациями, действующими на момент проведения исследования.

**Результаты.** Все пациенты стратифицированы на три группы в зависимости от значения индекса CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. В каждой группе оценивалась антитромботическая терапия. Низкий риск тромбоэмболических осложнений выявлен у 1% пациентов в 2012г и 0,6% в 2016г. Вероятность развития инсульта в данной группе пациентов минимальная. Согласно действующим рекомендациям, необходимость в антитромботической терапии отсутствует. Группу пациентов со значением индекса "1" по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc составили 6% больных с ФП в 2012г и 3,4% в 2016г. Значительная часть пациентов в данной группе получали антикоагулянтную терапию антагонистами витамина К, в частности варфарином, либо прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК). Подавляющее большинство пациентов нуждались в проведении профилактики тромбоэмболических осложнений с помощью антикоагулянтов. Высокий риск развития тромбоэмболических осложнений (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 2) зарегистрирован в 93% случаев (2012г) и 96% (2016г). Антикоагулянтная терапия была назначена большинству пациентов с высоким риском: 70,2% (2012г), 80% (2016г). Однако в части случаев пациенты с высоким риском тромбоэмболических осложнений не получали должной терапии. Начальная доза варфарина назначалась эмпирически, рекомендованное для этого фармакогенетическое тестирование не проводилось. Всем пациентам, получавшим варфарин в обоих исследованиях, проводилось определение МНО при поступлении, а также титрация дозы варфарина в зависимости от результатов МНО в течение всего срока госпитализации. Перед выпиской целевых значений МНО в диапазоне 2,0-3,0 в 2012г достигли 72% пациентов, получавших варфарин, а в 2016г — только 33% пациентов. Столь низкие показатели достижения целевого МНО у пациентов в 2016г частично объясняются сокращением сроков госпитализации почти в два раза по сравнению с 2012г.

**Заключение.** За анализируемый период времени отмечается положительная тенденция в структуре и частоте назначения антикоагулянтных лекарственных средств пациентам с высоким риском тромбоэмболических осложнений.

## 009 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОМ КОНТРОЛЕ МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Горбунова Е. В.\*, Рожнев В. В., Тришкина Н. Н., Смирнов К. В., Старовойтова А. В., Туманова С. А.

ФГБНУ НИИ комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия  
e.v.gorbunova@yandex.ru

**Цель.** Оценить эффективность внедрения программы централизованного контроля международного нормализованного отношения (МНО) у пациентов с протезированными клапанами сердца при анализе приверженности лечению.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 170 пациентов с протезами клапанов сердца, средний возраст 54,2±4,5 года. Основную группу составили 98 больных, которым после выписки из стационара проводилось тестирование МНО в антикоагулянтных кабинетах, объединенных в одну сеть централизованного контроля МНО. В контрольную группу вошли 72 пациента, где проводился внутривенный забор крови. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, уровню образования, основному диагнозу, ставшему причиной порока сердца. В равном соотношении были имплантированы механические и биологические протезы клапанов сердца. В исследовании оценивались исходно и через один год динамического наблюдения: клинические данные, приверженность к лечению по методике С. В. Давыдова, информированность больных по специально разработанной анкете. Для расчета времени терапевтического диапазона (ВТД) применялся метод Розендаля.

**Результаты.** Исходно интегральный показатель приверженности к лечению (ИППКЛ) не различался, соответствовал слабоположительному комплайенсу. В контрольной группе приверженность лечению достоверно не изменилась, а в основной группе отмечалось увеличение в 2 раза ИППКЛ, регистрировался умеренно положительный комплайенс. В основной группе, где применялась программа централизованного контроля МНО, в 3 раза уменьшилась встречаемость негативных факторов формирования приверженности и в 1,5 раза увеличилась распространенность позитивных факторов. В основной группе через один год на 45,8% улучшилась медико-социальная информированность, на 45,7% — удовлетворенность режимом назначенной терапии и на 37,1% — удовлетворенность её результатами (p=0,00001). В группах сравнения не изменилась готовность оплачивать лечение. При наблюдении больных с централизованным контролем МНО через один год ВТД составило 78%, в контрольной группе — 65,4%, на 22% меньше (p=0,002). При использовании централизованного контроля МНО отмечалось увеличение в 2 раза информированности пациентов по основным вопросам терапии варфарином, что связано не только с проведением обучения больных, но и с особенностями контроля МНО в антикоагулянтных кабинетах.

**Заключение.** Централизованный контроль МНО является эффективной моделью оказания специализированной медицинской помощи больным с высоким риском тромбоэмболических осложнений. При наблюдении больных в антикоагулянтных кабинетах регистрировалось увеличение времени нахождения в терапевтическом диапазоне, статистически значимое повышение приверженности лечению в течение одного года динамического наблюдения.

## 010 АНАЛИЗ СВЯЗИ МЕЖДУ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПЛАЦЕНТЫ И ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Гриневич Т. Н.\*, Поледей Т. О.

УО Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
tgrinevich@yandex.by

**Цель.** Изучить морфологические изменения последа пуповины при привычном невынашивании беременности (ПНБ) и их взаимосвязь с полиморфизмами генов системы гемостаза.



**Материал и методы.** Проведено микроскопическое исследование и морфометрия последов 44 женщин с ПНБ. Контрольную группу составили 35 женщин с физиологически протекающей беременностью. Морфологическое исследование включало измерение площадей (S) в пикселях: ворсин; стромы; сосудов; трофобластического эпителия ворсин; интервиллезного пространства; соотношение площади стромы к общей площади (Sstr/Sобщ), соотношение площади интервиллезного пространства к общей площади (Siv/Sобщ). Анализируются наличие острого полнокровия; кровоизлияний в интервиллезное пространство; синцитиальных почеч; склероза ворсин; отека и дистрофии ворсин; некрозов и кальцианатов. Морфометрия выполнялась с помощью программного обеспечения ScorePhoto 3.1, mashaCV.

Исследование полиморфизма ф. FV G1691A проводилось аллель-специфической ПЦР с последующей детекцией методом горизонтального электрофореза в 3% агарозном геле с использованием комплекта реагентов “SNP-экспресс” (Литех, Россия). Для качественного анализа наличия или отсутствия мутантных аллелей в гене ингибитора активатора плазминогена 1 типа PAI-1 675 4G/5G производилась ПЦР “SNP-экспресс-SHOT”, в гене фибриногена (FGB G455A) — “SNP-экспресс-PB” (Литех, Россия). Детекция продуктов амплификации проводилась в режиме реального времени на амплификаторе “Rotor-Gene Q5” (QIAGEN, Германия).

**Результаты.** При анализе связи морфологических изменений плацентарной ткани и наличием полиморфных аллелей генов *FV*, *PAI-1* и *FGB* достоверные связи выявлены между наличием гетерозиготного генотипа (GA) полиморфизма гена *FGB* у женщин с ПНБ и наличием острого полнокровия ( $p < 0,03$ ); гетерозиготного генотипа гена *FGB* и кровоизлияний в интервиллезное пространство ( $p < 0,04$ ); наличием гетерозиготного генотипа гена *FGB* и некрозами ( $p < 0,02$ ).

S ворсин хориона у женщин с ПНБ с гетерозиготным генотипом *PAI-1* составила  $1317126 \pm 308462,2$  пикселей ( $41 \pm 9,8\%$ ); S сосудов —  $51360 \pm 1015,4$  ( $2 \pm 0,1\%$ ); S трофобласта —  $388570 \pm 195702,5$  ( $12 \pm 6,2\%$ ); S стромы —  $903235 \pm 146298,1$ ; S интервиллезного пространства —  $1952235 \pm 423848,9$ ; Sstr/Sобщ —  $854483 \pm 146298,1$ ; Siv/Sобщ —  $1952235 \pm 423848,9$ . У женщин с ПНБ с мутантным генотипом G/A гена фибриногена *FGB* S ворсин хориона составила  $1562918 \pm 418688,9$  ( $48 \pm 13,3\%$ ); S сосудов —  $54248 \pm 54966,5$  ( $2 \pm 1,7\%$ ); S трофобласта —  $350697 \pm 151071,5$  ( $11 \pm 4,8\%$ ); S стромы —  $1049323 \pm 175271,9$ ; S интервиллезного пространства —  $2208202 \pm 650922,1$ ; Sstr/Sобщ —  $1049323 \pm 272456,3$ ; Siv/Sобщ —  $2208202 \pm 650922,1$ .

**Заключение.** При анализе морфологических характеристик плацентарной ткани и наличием полиморфных аллелей *FV* и *PAI-1* у женщин с физиологически протекающей беременностью достоверных связей не выявлено.

## 011 ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С ПРИ НАРУШЕНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Егорова В. В. \*, Звягин А. А., Демидова В. С.  
ФГУ Институт хирургии им. А. В. Вишневского  
Минздрава России, Москва, Россия  
mustafinaaa@hotmail.com

**Цель.** Работы последнего времени показывают особое значение многофункциональной системы протеина С (PrC), которая может влиять на целостность системы гомеостаза через процессы гемокоагуляции, фибринолиза, протеолиза и процессы воспаления. Изучение изменения уровня PrC и активности его системы в хирургии.

**Материал и методы.** Обследовано более 200 хирургических больных. Исследование PrC и компонентов его системы проводили по оценке: определения уровня антигена PrC; исследования функциональной активности всей системы PrC в скрининговом коагулологическом тесте; определения уровня PrC хромогенным методом.

**Результаты.** Получены данные по достоверному снижению уровня PrC при исследовании различных причин послеопе-

рационных кровотечений. При этом отмечалось снижение синтеза витамин К-зависимого белка — антикоагулянта PrC (уровень PrC снижался до  $55,2 \pm 2,08\%$  при норме 70-140%). Длительное применение антикоагулянтов непрямого действия (варфарин, синкумар, дикумарин, фенилин) приводит к повышению уровня международного нормализованного отношения до 2-4 ед. и сопровождается снижением синтеза всех витамин К-зависимых факторов, в том числе и К-зависимого антикоагулянта PrC. Резкое снижение уровня PrC до 48-50% при исходном нормальном уровне PrC может быть причиной развития рикошетных тромбозов и тромбоземболий и требует его медикаментозной коррекции. Установлено также, что уровень снижения PrC и активности его системы зависит от характера и тяжести течения раневого процесса. У больных с раневой инфекцией среднетяжелого течения уровень антигена PrC в среднем составил  $86,2 \pm 1,34$ , что на 13,3% ниже, чем у доноров. Анализ уровня антигена PrC у тяжелых больных позволил выявить более резкое снижение его уровня. Антиген PrC был снижен в 69% случаев, среднее значение его в этой группе составило  $62,9 \pm 2,74\%$ , что на 36,6% ниже по сравнению с данными показателями у доноров. Уровень PrC снижается постепенно, сообразно развитию органной недостаточности (наиболее часто печеночной), под воздействием токсических веществ, образующихся в ходе раневого процесса. Резкое падение уровня PrC наблюдалось у реанимационных больных с тяжелым течением гнойной хирургической инфекцией, что особенно выражено у реанимационных больных с синдромом системной воспалительной реакции (ССВР) и при развитии сепсиса. Уровень PrC у этих групп больных снижался одновременно на 45-50% в 1-2-е сутки нахождения в отделении реанимации, что явилось новым дополнительным тестом для подтверждения клинко-лабораторной манифестации ССВР и сепсиса. При этом стойкое снижение ( $28 \pm 20,74\%$ ) уровня PrC часто коррелирует с неблагоприятным исходом тяжелого сепсиса и септического шока.

**Заключение.** Полученные данные указывают на необходимость контроля над уровнем компонентов системы PrC и её медикаментозной коррекции.

## 012 АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ, ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СОСУДИСТОГО ХИРУРГА

Ибрагимов Д. Р. \*, Хафизов А. Р., Олейник Б. А., Минигалиева Э. Р., Иванов А. В., Галимов Т. Р.

Клиника современной флебологии, Уфа, Россия  
ezikkk@icloud.com

**Цель.** Предупреждение возникновения тромбоземболии лёгочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с тромбоземболией в амбулаторной практике врача сосудистого хирурга: 1) оценить эффективность проведения лечения путем эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) у пациентов с тромбоземболией большой подкожной вены (БПВ) на фоне антикоагулянтной терапии; 2) оценить эффективность и безопасность применения нового орального антикоагулянта апиксабана при комплексной профилактике возникновения ТЭЛА.

**Материал и методы.** На базе Клиники за период с 2013 по 2018гг проведено лечение 122 пациентов (82 женщины и 40 мужчин в возрасте от 22 до 76 лет (в среднем  $48,5 \pm 18,3$  года)) с острым тромбоземболией подкожных вен нижних конечностей методом ЭВЛК БПВ. Проводилась оценка риска возникновения венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО) по шкале Каприни. Пациентам в послеоперационном периоде были назначены эластическая компрессия трикотажем 23-32 мм рт.ст. и апиксабан. Две группы пациентов сформированы в зависимости от дозы апиксабана. Назначение апиксабана с 2013 по 2015гг проводилась в дозировке 5 мг 2 раза в сутки, а с 2015 по 2018гг — 2,5 мг 2 раза в сутки, длительностью приема 1 месяц. Контрольные осмотры проводились на 1-е и 7-е сутки, а далее через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

**Результаты.** На первом контрольном УЗИ нижних конечностей после ЭВЛК, были выявлены эхопозитивные внутрипросветные включения в облитерированной подкожной вене от устья и отсутствие спонтанного и стимулированного кровотока в подвергнутом лазерному воздействию стволу. На месячном контроле УЗИ отмечались облитерация и фибрированная трансформация коагулированного ствола. Термоиндуцированного венозного тромбоза (ЕНТ), тромбоза глубоких вен, клинически значимого кровотечения за период наблюдения выявлено не было. За период 2013-2015гг у 3 пациентов развилось малое кровотечение (носовое, обильные менструации), что потребовало изменения дозировки в последующем.

**Заключение.** Наш опыт показывает эффективное и безопасное проведение процедуры ЭВЛК у пациентов с развившимся варикотромбозом с предотвращением проксимального распространения тромботических масс. Применение после ЭВЛК нового орального антикоагулянта апикасбана показало свою эффективность и безопасность для профилактики ВТЭО за весь период наблюдения. При этом увеличение дозы апикасбана, возможно, явилось причиной малых кровотечений, не влияя на риск развития ВТЭО. Полученные положительные результаты на малом количестве случаев требуют подтверждения в рандомизированных клинических исследованиях.

### 013 ОПЫТ ПЕРЕВОДА С ПРАСУГРЕЛА НА КЛОПИДОГРЕЛ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Иванова Я. А. \*, Федоров С. А.*

ФГБОУ ВО Федеральный приволжский исследовательский университет, Нижний Новгород, Россия  
ms.2905@yandex.ru

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность перевода пациентов с высоким риском кровотечения с прасугрела на клопидогрел после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) и проведенного эндоваскулярного лечения с постановкой стентов с лекарственным покрытием и без лекарственного покрытия.

**Материал и методы.** В данном исследовании представлены данные проспективного исследования пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST. В исследование включены 35 пациентов после проведенного эндоваскулярного лечения. Всем пациентам в первые 2-4 часа от начала инфаркта миокарда выполнена электрокардиография, селективная коронарография, вентрикулография. Были выбраны пациенты, получавшие прасугрел в комбинации с аспирином в дозе 75 мг/сутки, с признаками повышенной кровоточивости и риском. До перевода на клопидогрел пациенты принимали прасугрел не менее 2,5 месяцев для стентов с лекарственным покрытием и не менее 1,5 месяцев для стентов без лекарственного покрытия. Пациенты переведены на схему лечения клопидогрел 75 мг + аспирин 100 мг, перевод осуществлялся постепенно в течение недели после отмены прасугрела. Пациенты принимали клопидогрел в дозировке 300 мг в первый день перевода затем получали по 150 мг в течение шести дней и на 8-й день переводились на поддерживающую дозу по схеме 75 г плюс 100 мг аспирина. Первичная конечная точка данного исследования включала сердечно-сосудистые и цереброваскулярные события.

**Результаты.** После проведенного эндоваскулярного лечения, пациенты, переведенные на клопидогрел после приема прасугрела оценивались по риску возникновения рестеноза из-за раннего и позднего тромбоза стента. Через 3 месяца рестеноз возник у 1 пациента (2,9%). Ранний тромбоз стента не возник ни в одном из случаев. За 3 месяца наблюдения кровотечений зарегистрировано не было.

**Заключение.** Для предотвращения возникновения рестенозов переход с одного препарата на другой производится плавно. Пациенты с риском кровотечения поступившие в экстренном порядке по поводу развития повторного инфаркта миокарда получали прасугрел во время ургентного

вмешательства и переводились плавно на клопидогрел через неделю после проведенного эндоваскулярного лечения с целью предотвратить рестеноз из-за ненасыщенности антиагрегантами.

### 014 АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

*Иванова Я. А. \*, Мухин А. С., Шарабрин Е. Г., Федоров С. А.*

ФГБОУ ВО Федеральный приволжский исследовательский университет, Нижний Новгород, Россия  
ms.2905@yandex.ru

**Цель.** Изучить эффективность и безопасность двойной антиагрегантной терапии у пациентов после проведенного эндоваскулярного лечения в группах со стентами с лекарственным покрытием и без покрытия.

**Материал и методы.** В исследовании представлены данные проспективного исследования пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST период с 2012 по 2016гг. Было включено 270 пациентов после проведенного эндоваскулярного лечения. Для оценки эффективности самой эндоваскулярной процедуры пациенты разделены на 3 группы. В 1-й группе (n=110) с экстренными чрескожным вмешательством, дополненным тромбаспирацией без тромболитической терапии; 2-я группа (n=70) включала пациентов с экстренными чрескожным вмешательством, дополненным тромбаспирацией и догоспитальной тромболитической терапией; в 3-ю группу (n=90) вошли пациенты с экстренным чрескожным вмешательством без тромболитической терапии и тромбаспирации. Всем пациентам впервые 2-4 часа от начала инфаркта миокарда выполнена электрокардиография, селективная коронарография, вентрикулография. Для оценки эффективности двойной антиагрегантной терапии пациенты были разделены на группы с установленным стентом с лекарственным покрытием (n=60) и стентом без покрытия (n=210); внутри групп произошло дополнительное разделение на подгруппы с терапией по схеме клопидогрел 75 мг + аспирин 100 мг (n=175) и тикагрелор 90 мг + аспирин 75 мг (n=95).

**Результаты.** Первичная конечная точка данного исследования включала в себя сердечно-сосудистые и цереброваскулярные события, которые значительно реже возникали в группе “тикагрелор+аспирин” в сравнении группой “клопидогрел+аспирин” (p<0,001). В группе “тикагрелор+аспирин” достоверно реже регистрировались инфаркты миокарда и тромбозы стента. По числу умеренных и сильных кровотечений группы достоверно не отличались (1,5% против 1,6%, p>0,05).

**Заключение.** Двойная антиагрегантная терапия с аспирином и антагонистами и антагонистом рецепторов ADP должна продолжаться в течение как минимум 6 месяцев после применения стента с лекарственным покрытием.

### 015 КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*Ионин В. А. \*<sup>1,2</sup>, Петрищева Е. Ю.<sup>1</sup>, Скуридин Д. С.<sup>1</sup>, Филатова А. Г.<sup>1</sup>, Иванова А. А.<sup>1</sup>, Ближнюк О. И.<sup>1</sup>, Ма И.<sup>1</sup>, Заславская Е. Л.<sup>1</sup>, Баранова Е. И.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова” Минздрава России, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>ФГБУ Национальный

медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
ionin.v.a@gmail.com

**Цель.** Установить распространенность фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов, госпитализированных в терапевтическое и кардиологическое отделения стационара Санкт-Петербурга, и проанализировать антикоагулянтную терапию (АКТ) на момент госпитализации. Установить распространенность числа компонентов метаболического синдрома (МС) у больных с ФП.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ 1760 историй болезней пациентов, госпитализированных в терапевтическое и кардиологическое отделения клиники терапии факультетской ПСПбГМУ им. И. П. Павлова за 2017г.

**Результаты.** ФП встречалась у 16,5% (286) пациентов, госпитализированных в 2017г. Клапанная форма ФП встречалась у 2,8% (8), неклапанная форма ФП — 97,2% (278). Средний возраст пациентов с ФП составил — 68,1 год. У женщин ФП встречалась чаще, чем у мужчин (55,6% и 44,4%). Среди причин ФП у пациентов проанализировано число компонентов МС: 0 — 2,1% (6), 1 — 4,5% (13), 2 — 19,2% (55), 3 — 34,3% (98), 4 — 31,5% (90), 5 — 8,4% (24), таким образом МС при наличии 3 и более компонентов установлен у 74,1% (212) обследованных в 2017г. Встречаемость отдельных компонентов МС составила: артериальная гипертензия — 94,4% (270), гипергликемия — 69,6% (199), из которых сахарный диабет — 32,2% (84), ожирение — 51% (146), снижение уровня холестерина ЛПВП — 44,4% (127), гипертриглицеридемия — 32,2% (92). Средние баллы по шкалам СНА<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC составил 4,2, HAS-BLED — 1,5. АКТ на момент госпитализации получали 58,7% (168) и не получали 41,3% (118). При ретроспективном анализе данных установлено, что у 79,7% (94) больных с числом баллов по шкале СНА<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC более 2 у мужчин и более 3 у женщин АКТ не назначалась на догоспитальном этапе. Среди пациентов, получающих АКТ на момент госпитализации, в 2 раза чаще назначались прямые оральные антикоагулянты по сравнению с варфарином (68,5% и 31%). Ривароксабан принимали на момент госпитализации 46,1% (53) пациентов, аписабан — 32,2% (37), дабигатран — 21,7% (25). Целевой уровень МНО у пациентов, получавших варфарин на догоспитальном этапе, был достигнут у 63,4% (33), а 36,6% пациентов (19) не достигали целевого значения данного показателя.

**Заключение.** ФП у пациентов, госпитализированных в отделение терапевтического профиля встречается в 16,5% случаев, 74,1% из которых имеют 3 и более компонентов МС. Артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена и ожирение — наиболее распространенные компоненты МС у больных с ФП. Более 1/3 больных с ФП не получали антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе, не имея противопоказаний к назначению.

## 016 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ДЕТЕЙ

Коновалова Е. Ю. \*, Лаврова А. Е., Преснякова М. В.

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

ekaterinapashkina@yandex.ru

**Цель.** Оценить состояние системы гемостаза у детей с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС).

**Материал и методы.** Обследован 31 ребенок от 3 до 16 лет с ХГС. Для оценки нарушений системы гемостаза определяли активированное парциальное тромбoplastинное время (АЧТВ), активность протромбина по Квику (ПВ), тромбиновое время (ТВ), фибриноген, активность антитромбина III, XIIa-зависимого фибринолиза (XIIa-3Ф), содержания РФМК, количество тромбоцитов (Тг) и их степень и скорость агрегации с использованием в качестве индуктора аденозинфосфат (АТФ) в концентрации 1,25 мг/мл и коллаген —

2,0 мк/мл. Выявление РНК HCV проводили методом ПЦР (Ампли Сенс-200 HCV-240/440-ВКО) и генотипирования HCV (Ампли Сенс-50-R). Контрольную группу (n=15) составили дети, относящиеся к I или II группам здоровьям. Группы были сопоставимы по полу, возрасту.

**Результаты.** Среди обследованных детей с ХГС Ib генотип вируса был выявлен у 71% (22) пациентов, генотип 3a — у 29% (9) детей. Степень виремии расценивалась как высокая и составляла  $2,8 \cdot 10^5$  ( $9,8 \cdot 10^4$ ;  $9,8 \cdot 10^5$ ) МЕ/мл. У детей с ХГС по сравнению с контролем были выявлены следующие изменения системы гемостаза ( $p < 0,05$ ): снижение количества Тг (однако их количество оставалось в коридоре физиологической нормы), повышение скорости и степени агрегации Тг при использовании в качестве индуктора АТФ и коллаген, удлинение АЧТВ (данный хронометрический тест оставался в коридоре физиологической нормы), повышение активности антитромбина III. Сравнительный анализ результатов определения ТВ, ПТ, XIIa-3Ф, содержания фибриногена, РФМК не выявил достоверно значимых отличий между изучаемой и контрольной группами. Анализ сопряженности генотипических особенностей вируса и показателей системы гемостаза представлен отрицательной взаимосвязью между ПТ и концентрацией вируса в крови ( $R = -0,408$ ,  $p = 0,025$ ). У детей с ХГС генотипом Ib показатели системы гемостаза не отличаются от таковых при генотипе 3a.

**Заключение.** У детей с ХГС независимо от генотипа регистрируются изменения в системе гемостаза, характеризующиеся повышением агрегационной активности тромбоцитов и антикоагулянтной активности. Выявлена тесная взаимосвязь между уровнем виремии и активностью протромбина по Квику. Детям с ХГС необходимо осуществлять мониторинг показателей, отражающих состояние системы гемостаза, что будет способствовать полноценной оценке тяжести течения заболевания.

## 017 КАКИЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ВЫБОР БЛОКАТОРА P<sub>2</sub>Y<sub>12</sub> РЕЦЕПТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Константинова Е. В. \*, Кузнецова В. А., Шареева Я. В., Атабегашвили М. Р., Гиляров М. Ю.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва; ГБУЗ Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения, Москва, Россия

katekons@mail.ru

**Цель.** Провести сравнительную характеристику групп пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от назначения им клопидогрела или тикагрелора в качестве второго компонента двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) по данным годовой работы Регионального сосудистого центра (РСЦ) ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.

**Материал и методы.** Проанализированы клинические данные и данные историй болезни 854 пациентов с ОКС находившихся на лечении в РСЦ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова с января по декабрь 2017г. В указанный период времени выбор препарата (клопидогрел, тикагрелор) не был лимитирован доступностью. Статистический анализ выполнен с использованием программы SPSS 22.0.

**Результаты.** Клопидогрел был назначен 623 пациенту (73%) — I группа, тикагрелор 231 (27%) — II группа. Пациенты в I группе в сравнении со II оказались достоверно старше (средний возраст составил, соответственно, 70 и 62 года), женщины составили 43% в I группе и 27% — во II. В I группе пациентов в сравнении со II достоверно чаще наблюдались: артериальная гипертензия (96 и 89%), сахарный диабет (34 и 26%), ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) (38 и 19%), хроническая болезнь почек (26 и 12%), анемия



(15 и 7%). Среди пациентов II группы в сравнении с пациентами I группы достоверно чаще окончательным диагнозом был ИМ с подъемом ST (64 и 31%), во II группе достоверно чаще выполнялась коронароангиография (КАГ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) — 98/94% и 88/75%, соответственно. Среди пациентов с ОКС с подъемом ST (ОКСпST) частота назначения клопидогрела составила 57%, тикагрелора — 43%, а среди пациентов с ОКС без подъёма ST (ОКСбпST) разница была более существенной: терапию тикагрелором получили 16% больных в сравнении с пациентами на клопидогреле (84%). Среди пациентов 75 лет и старше с ОКСпST клопидогрел был назначен в 74% случаев, тикагрелор — в 26%; с ОКСбпST, соответственно, 92% и 8%. КАГ/ЧКВ чаще проводилось у пожилых пациентов, получавших тикагрелор, в сравнении с получающими клопидогрел, как в подгруппе с ОКСпST (100/92% и 82/75%), так и в подгруппе с ОКСбпST (94/81% и 80/68%).

**Заключение.** По результатам годовой работы РСЦ пациенту с ОКС значительно чаще назначается клопидогрел в сравнении с тикагрелором. Клопидогрел более частый компонент ДАТ у пациентов более пожилого возраста, у женщин и у более коморбидных больных. ОКСпST, как и выполнение КАГ/ЧКВ при любом типе ОКС ассоциируются со сравнительно более частым назначением тикагрелора, а у пожилых пациентов выполнение интервенционного лечения является единственным фактором, достоверно влияющим на выбор в пользу более активного антиагреганта в составе ДАТ.

#### 018 ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СТАРШЕ 65 ЛЕТ: РИСК И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Корягина Н. А.\**, *Мелехова О. Б.*, *Энгаус Р. Е.*, *Шадрин А. А.*, *Прохоров К. В.*

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия  
glavterapevtperm@gmail.com

**Цель.** Оценить эффективность, безопасность и приверженность терапии антикоагулянтам у пациентов старше 65 лет в поликлинической практике.

**Материал и методы.** Оценены результаты наблюдения за 74 пациентами с персистирующей (n=42; 54,7%) и перманентной (n=32; 45,3%) формой фибрилляции предсердий (средний возраст — 71,4±3,4 года). Наблюдение составило от 6-24 месяцев в течение 2016-2018гг. Все пациенты имели более трёх факторов риска ишемического инсульта при этом число баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc составило 5,1±2,4. 24% пациентов имели опыт применения варфарина до включения в наблюдение. Инсульт в анамнезе обнаружен у 27,7%, инфаркт миокарда — у 34,5%, сахарный диабет — у 29,1% пациентов, при этом более 35% пациентов имели сочетание инфаркта миокарда или инсульта с сахарным диабетом.

**Результаты.** Варфарин принимали 23% (n=17), дабигатран — 19% (n=14), ривароксабан — 46% (n=34), апиксабан — 12% (n=9) пациентов, причём 40% принимали сниженные дозы оральных антикоагулянтов; только 20% пациентов, получавших варфарин, находились в референсных интервалах МНО. Частота инсульта составила 3,0% в год (при этом все случаи были в группе принимавших варфарин), крупных кровотечений было зарегистрировано 5,0% в год, внутримозговых кровоизлияний за период наблюдения не было, малые кровотечения возникли у 15% пациентов. При анализе ситуации выявлено, что нарушение схемы приёма (изменение дозы, кратности, постоянства приёма, самостоятельная отмена) наблюдалось у 40% на фоне приема варфарина; у 27% — на дабигатране, у 15% — на ривароксабане и у 30% — на апиксабане нарушение схемы приема проявлялось в виде снижения дозировки.

**Заключение.** На амбулаторном этапе необходим контроль проводимой оральной терапии антикоагулянтами, чтобы не происходило необоснованное изменение дозы, кратности,

постоянства приёма. Необходимо обратить внимание на самостоятельную отмену антикоагулянтной терапии в поликлинике.

#### 019 ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

*Корягина Н. А.\**, *Мелехова О. Б.*, *Энгаус Р. Е.*, *Шадрин А. А.*, *Прохоров К. В.*

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия  
glavterapevtperm@gmail.com

**Цель.** Проанализировать взаимосвязь факторов риска, структурно-функциональных показателей сердца с характером и тяжестью течения фибрилляции предсердий (ФП) у лиц пожилого возраста.

**Материал и методы.** В течение 2016-2018гг. в городской клинической поликлинике обследовано 120 больных с ФП (мужчин 40%), средний возраст — 68,4±2,4 года. У 15 (12,5%) из обследованных лиц эпизод ФП был зафиксирован впервые на приеме в поликлинике у участкового терапевта, у 38 (31,6%) — диагностирована пароксизмальная форма по данным суточного мониторирования ЭКГ, у 42 (35,0%) — персистирующая и у 32 (26,6%) человек — перманентная форма ФП. В зависимости от длительности ФП все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (n=88) вошли пациенты с впервые выявленной, пароксизмальной и персистирующей формами ФП, во 2-ю (n=32) — больные с длительно персистирующей ФП. Всем пациентам было проведено общеклиническое и лабораторное обследование, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ, а также стратификация риска тромбоемболических осложнений.

**Результаты.** На этапе включения в исследование пациенты в группах достоверно не отличались по возрасту, полу, уровню систолического и диастолического АД, а также исходной ЧСС. Индекс EHRA в обеих группах был сопоставим (p>0,05). В отличие от больных I группы у больных с перманентной формой ФП был значимо выше функциональный класс хронической сердечной недостаточности. При проведении стратификации риска по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc в 1-й группе средний балл составил 4,2±1,0, во 2-й группе — 6,5±2,0 баллов (p=0,021). При эхокардиографии было выявлено, что размеры левого предсердия, конечный диастолический размер левого желудочка у больных 2-й группы были значимо больше (p=0,004). Признаки нарушения регионарной сократимости (а- и гипокинез) были выявлены у 15 человек из I группы (17%), во 2 группе — у 18 больных (56,2%, (p<0,01, точный тест Фишера), при этом были выявлены высокие значения расчетного давления в легочной артерии вне зависимости от формы ФП. Тяжесть ФП имеет прямую связь средней силы с частотой желудочковых сокращений, фракцией выброса левого желудочка, расчетным давлением в легочной артерии.

**Заключение.** Наиболее значимыми факторами, определяющими течение ФП в пожилом возрасте, являются структурно-функциональные изменения сердца и сопутствующая тяжесть проявлений сердечной недостаточности.

#### 020 МЕСТО НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

*Кошуква Г. Н.\*<sup>1,2</sup>*, *Доля Е. М.<sup>1,2</sup>*, *Фурсова В. А.<sup>2</sup>*, *Гнатенко Т. Г.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Медицинская академия им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Симферополь; <sup>2</sup>ГБУЗ РК Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, Симферополь, Россия

koshukova@rambler.ru

**Цель.** Провести анализ частоты назначения прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) для профилактики тромбозомболических осложнений (ТЭО) у пациентов с антифосфолипидным синдромом (АФС) в сравнении с назначением новых оральных антикоагулянтов (ПОАК) и антиагрегантов.

**Материал и методы.** Проанализировано 58 амбулаторных карт больных с АФС. Критерии включения: возраст старше 18 лет, документированное наличие АФС. Анализировались демографические данные пациента, наличие ТЭО в анамнезе, развитие кровотечений, проводимое лечение, частота назначения ПОАК.

**Результаты.** Средний возраст обследованных  $32,4 \pm 4,8$  лет, мужчины — 12 (20,69%), женщины — 46 (79,31%). У большинства пациентов (82,76%) диагностирован вторичный АФС на фоне ревматических заболеваний, у остальных 17,24% — сопутствующая патология не подтверждалась. У 96,55% больных выявлялись позитивные антифосфолипидными антителами (аФЛ) с превалированием антикардиолипиновых антител — у 53,45%, реже анти- $\beta_2$ -гликопротеина 1 антитела — у 20,69%. У 10,34% пациентов выявлен волчаночный антикоагулянт, позитивность более 1 класса антител отмечена у 12,07% пациентов. По принимаемым препаратам пациенты распределились следующим образом: монотерапия варфарином — 20,7%, ривароксабаном — 13,8%; монотерапия низкими дозами ацетилсалициловой кислоты (АСК) — 15,6%, клопидогрелем — 17,2%; комбинированная терапия В и плаквенилом — 12,1%, низкими дозами АСК и П — 24,1%. 27,6% пациентов антитромботической терапии не получали. В течение 12-месячного периода наблюдения зарегистрировано 1 (1,7%) кровотечение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациента, применявшего варфарин в комбинации с низкой дозой АСК, что, вероятно, связано с трудностями дозирования, контроля МНО и дополнительным фактором риска в виде эрозивно-язвенных поражений ЖКТ на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). ТЭО отмечены у 19 (32,8%) пациентов, причем наибольшее количество — 8 (13,8%) зарегистрировано в группе больных, применявших монотерапию АСК. На втором месте по частоте развития ТЭО оказались пациенты, применявшие монотерапию варфарином — 7 (12,1%). Отсутствие ТЭО за период наблюдения отмечены у пациентов, применяющих монотерапию ривароксабаном и комбинацию варфарина с плаквенилом, что объясняется упрощенным режимом дозирования ривароксаана и противовоспалительными, противотромботическими свойствами плаквенила.

**Заключение.** Пациенты с АФС имеют высокий риск ТЭО, а процент назначения оральных антикоагулянтов пациентам с АФС остается низким. Монотерапия АСК не является эффективной и безопасной. Увеличение частоты назначения Р с фиксированной дозой препарата, не требующей рутинного мониторинга, является перспективным методом контроля и лечения ТЭО у больных с АФС.

## 021 НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ФАКТОРЫ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ИЗ РЕГИСТРА УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА С АРТЕРИАЛЬНЫМИ И ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Кузнецов Н. Н., Аболина Т. Б., Филиппова О. А. \*, Львова О. А., Вершинина Г. А., Александров К. А., Плаксина А. Н.  
ФГБОУ ВО УГМУ, ГАУЗ СО ОДКБ, МЦ “Уральский”, Екатеринбург, Россия  
glesenok@yandex.ru

**Цель.** В последнее десятилетие отмечается рост венозных и артериальных тромбозов у детей, что связано с новыми технологиями в акушерстве, неонатологии и педиатрии. Единый европейский протокол лечения детей с тромбозами артерий и вен не разработан, несмотря на наличие протоколов лечения таких детей в отдельных странах. Клинические рекомендации РФ по лечению венозных тромбозов у детей не охваты-

вают весь спектр по диагностике и лечению артериальных и венозных тромбозов у разных возрастных групп.

**Материал и методы.** В Уральском регионе с 2015 по 2018гг находились на лечении 164 ребенка в возрасте 0-18 лет с диагнозом венозных и артериальных тромбозов, развившихся на фоне катетеризации центральных и периферических вен, генерализованных инфекций, тяжелой асфиксии в родах, полицитемии, после хирургических вмешательств, врожденных пороков сердца, неврологической и онкологической патологии, травм, системной красной волчанки, наследственной тромбофилии. 43 пациента из них были в периоде новорожденности.

**Результаты.** Венозные тромбозы регистрировались у 94 детей (57,3%), из них синус тромбозы 49 (52,1%), при катетеризации периферических вен — 14 (13,1%), вен конечностей — 8 (8,5%), почечных вен — 6 (5,6%), при катетеризации центральных вен — 5 (4,7%), илеофemorальных вен — 3 (2,8%), глубоких вен голени — 3 (2,8%), портальных вен — 3 (2,8%), пупочной вены — 3 (2,8%). Артериальные тромбозы отмечались у 70 пациентов (42,7%): ишемические инсульты у 35 детей (50%), тромбозы конечностей — 9 (12,8%), мезентериальные тромбозы — 7 (10%), тромбозы артерий почек — 4 (5,7%), яичка — 4 (5,7%), пристеночные тромбы в правом предсердии — 4 (5,7%), аорты — 3 (4,2%), селезеночных артерий — 3 (4,2%), подключичной артерии — 2 (2,8%). Соотношение венозных тромбозов к артериальным составило 1,4:1. Локализация сосудистых нарушений определялась по данным УЗИ, КТ и МРТ с ангиографией. Гемостазиологическое исследование включало определение количества тромбоцитов, концентрации D-димера, фибриногена, растворимых фибрин мономерных комплексов, АПТВ, МНО, антитромбина, протеина С и S, определение анти-X активности и гомоцистеина. В молекулярно генетический статус входило исследование полиморфизмов генов. На основании проведенной диагностики проводилась антикоагулянтная терапия, включавшая нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины, фибринолитическую терапию (актелизе) или их сочетания.

**Заключение.** Кроме детей с клинической реализацией сосудистых нарушений в регистр Уральского региона включены дети из группы высокого тромбофильного риска на основании протокола РФ “Генетические факторы риска тромбоза у жителей, проживающих на территории РФ, клиническое фенотипирование и тромбопрофилактика тромбозомболических осложнений в онтогенез”. Таким образом, необходимо создание единых клинических рекомендаций в РФ по лечению артериальных и венозных тромбозов у детей.

## 022 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРОМБОЗОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Лисицына Т. А. \*, Голоева Р. Г., Алекберова З. С.  
ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой, Москва, Россия  
talitsyna@rambler.ru

**Цель.** Уточнить особенности терапии тромбозов у больных болезнью Бехчета (ББ) в российской когорте.

**Материал и методы.** 425 пациентов с ББ (285 (67%) мужчин и 140 (33%) женщин) средний возраст ( $M \pm SD$ ) которых составил  $33,4 \pm 10,1$  лет, средняя длительность ББ ( $Me [25\%; 75\%]$ ) — 108 [60; 192] месяцев последовательно включались в исследование при поступлении на лечение в ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой с 1990 по 2017гг. Большинство пациентов были этническими дагестанцами и чеченцами (59,4%), 24,6% — русскими. Все пациенты соответствовали международным критериям диагноза ББ (ICBD) 2014г. Активность ББ оценивалась по шкале BDCAF.

**Результаты.** Поражение сосудов были выявлены у 95 (22,3%) пациентов с ББ: венозные тромбозы встречались значительно чаще, чем артериальные (84 (88,4%) vs 11 (11,6%),  $p < 0,001$ ), аневризмы артерий обнаружены у 3 (3%) больных. Тромбоз поверхностных вен был диагностирован у 50%, глубоких вен — у 10%, сочетанный тромбоз (глубокие и поверхностные вены) — у 40% пациентов. Тромбоз синусов голов-

ного мозга выявлен у 7 (7,4%) и тромбоз левого предсердия — у 1 (1%) пациента. Больные ББ с тромбозами были старше ( $37,2 \pm 8,93$  vs  $32,5 \pm 10,3$  лет,  $p=0,02$ ), чаще были мужчинами с более высокой активностью ББ (BDCAF) ( $5,35 \pm 2,39$  vs  $3,05 \pm 1,59$ ,  $p<0,001$ ), язвами гениталий (83,2% vs 64,8%,  $OR=2,2$ , 95%  $CI=1,24-3,98$ ,  $p<0,001$ ), положительным тестом патергии (46,3% vs 17,8%,  $OR=2,69$ , 95%  $DI=1,64-4,41$ ,  $p<0,001$ ), поражением центральной нервной системы (29,4% vs 10,9%,  $OR=2,35$ , 95%  $DI=1,34-4,12$ ,  $p<0,001$ ), суставов (72,6% vs 57,8%,  $OR=2,69$ , 95%  $DI=1,64-4,41$ ,  $p<0,001$ ) и более высоким уровнем С-реактивного белка в сыворотке крови. Сосудистые проявления ББ не ассоциировались с афтозным стоматитом, поражением глаз, кожи, желудочно-кишечного тракта и позитивностью по HLA-B5(51)-антигену. Согласно Европейским (EULAR) и Российским (Ассоциация ревматологов России) рекомендациям по лечению ББ все пациенты с тромбозами получали высокие дозы глюкокортикоидов (преднизолон 0,5-1 мг/кг веса, средняя суточная доза  $17,6 \pm 4,8$  мг/сут.) и цитотоксиков (циклофосфан 800-1000 мг/мес., азатиоприн 100 мг/сут.). Антикоагулянты назначались после исключения аневризм артерий и для предотвращения посттромбофлебитического синдрома у 41% пациентов. В случае назначения антикоагулянтов 90% пациентов получали прямые антикоагулянты (надропарин кальция, эноксапарин натрия), 10% — варфарин. Длительность терапии тромбозов варьировала от 2 до 6 месяцев.

**Заключение.** Тромбозы при ББ — тяжелое, жизнеугрожающее проявление заболевания, ассоциирующееся с возрастом, мужским полом, высокой воспалительной активностью заболевания. Без активной иммуносупрессивной терапии глюкокортикоидами и цитотоксиками тромбозы при ББ несут рецидивирующий характер и могут привести к развитию тяжелой посттромбофлебитической болезни, а также летальному исходу. Назначение антикоагулянтов, скорее, носит вспомогательный характер и показано при исключении аневризматического поражения артерий для предотвращения посттромбофлебитического синдрома.

### 023 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ляцук А. В.<sup>\*1</sup>, Торба А. В.<sup>1</sup>, Чайка О. О.<sup>1</sup>, Потеряхин В. П.<sup>1</sup>, Кателенец М. О.<sup>2</sup>, Нижельский В. Е.<sup>2</sup>, Киндрицкая Ю. Г.<sup>2</sup>, Розбаева Ю. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск; <sup>2</sup>ГУ Луганская республиканская клиническая больница, Луганск, ЛНР  
Alex\_enigma@bk.ru

**Цель.** Проанализировать эффективность применения ривароксабана в амбулаторном лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и развитие геморрагических осложнений (ГО).

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 154 пациента, которые амбулаторно обращались в поликлинику Луганской республиканской клинической больницы. Преобладали пациенты женского пола. Из них: 48 (31,2%) — мужчин, 106 (68,8%) — женщин. Возраст от 30 до 80 лет (средний — 68,3). Всем пациентам проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен (УЗДС) нижних конечностей, а также динамический врачебный и лабораторный контроль для оценки адекватности антикоагулянтной терапии и выявления ГО. Локализация пораженных сегментов: тромбоз вен голени — у 37 (24%) пациентов, бедренно-подколенный сегмент — у 78 (50,6%) пациентов, подвздошно-бедренный сегмент — у 35 (22,8%) пациентов и тромбоз нижней полой вены — у 4 (2,6%) пациентов. 25 (16,2%) пациентов перенесли тромбоемболию мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Больные были разделены на две группы по продолжительности приема ривароксабана. В группу I было вклю-

чено 129 (83,8%) пациентов, которые получали ривароксабан в дозировке 20 мг в сутки в течение 3 месяцев. Группа II включала 25 (16,2%) пациентов, которые получали ривароксабан в дозировке 15 мг 2 раза в сутки в течение 1 месяца, с последующим переходом на 20 мг в сутки в течение 5 месяцев, в связи с тем, что больные перенесли ТЭЛА мелких ветвей.

**Результаты.** У всех пациентов был исключен флотирующий характер тромба. Эффективность лечения оценивали по степени реканализации: полная реканализация — восстановление просвета глубоких вен более чем на 70%; частичная — менее чем на 70%; окклюзия — сохранение окклюзии хотя бы в одном из венозных сегментов. Полная степень реканализации была отмечена у 45 (29,2%) пациентов, частичная реканализация — у 78 (50,1%), окклюзия сохранялась у 31 (20,1%) пациентов. Эпизодов и рецидивов ТЭЛА отмечено не было. ГО отмечались в виде носового и десневого кровотечения, в I группе — у 18 (11,7%) пациентов, во II группе — у 6 (3,9%) пациентов.

**Заключение.** Пероральная форма ривароксабана, отсутствие необходимости в лабораторном контроле, более ранние сроки наступления реканализации в венозном сегменте и низкая частота ГО делают приоритетным применение ривароксабана в амбулаторном лечении ТГВНК.

### 024 ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ляцук А. В.<sup>\*1</sup>, Торба А. В.<sup>1</sup>, Вольман О. В.<sup>2</sup>, Ваганов Т. Н.<sup>2</sup>, Чайка О. О.<sup>1</sup>, Кателенец М. О.<sup>2</sup>, Нижельский В. Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск; <sup>2</sup>ГУ Луганская республиканская клиническая больница, Луганск, ЛНР  
Alex\_enigma@bk.ru

**Цель.** Оценить риск венозных тромбоемболических осложнений (ВТЭО) постоянного сосудистого доступа (ПСД) у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В исследование включено 156 пациентов, которые находились на лечении в отделение нефрологии и гемодиализа ГУ «ЛРКБ» ЛНР в период с 2016 по 2018 гг (мужчин — 104 (66,7%), женщин — 52 (33,3%)). Возраст больных варьировал от 30 до 74 лет. Профилактика ВТЭО велась нефракционированным гепарином (НФГ) в дозировке 5000 ЕД во время оперативного вмешательства, затем повторно через 4 часа после операции, и в течение следующих суток по 5000 ЕД 2 раза в сутки в течение 5 дней. Затем в течение месяца больные принимали ривароксабан в дозировке 2,5 мг в сутки во внедиализные дни. Оценка функционального состояния ПСД в раннем послеоперационном периоде производилась пальпаторно и аппаратом ультразвукового дуплексного сканирования.

**Результаты.** Все оперативные вмешательства проводились под местной и/или проводниковой анестезией на левой верхней конечности (не доминирующей). Анастомоз выполнялся проленовой нитью 7/0. У 92 (59%) пациентов сформирована радио-цефальная фистула (РЦФ), у 42 (26,9%) — РЦФ в средней трети предплечья, а у 22 (14,1%) — РЦФ в верхней трети предплечья. Всем больным после операции в целях профилактики инфекции назначали антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства и перевязки с антисептиками. После снятия швов (7-8 сутки), больными выполнялся комплекс упражнений по «созреванию» ПСД. У 36 (23,1%) пациентов был отмечен отёк кисти и предплечья, который был купирован медикаментозно. Количество повторных операций по формированию ПСД потребовалось 19 (12,2%) пациентам по поводу ВТЭО.

**Заключение.** 1. Использование НФГ в профилактических дозах, является методом выбора для профилактики ВТЭО ПСД в раннем послеоперационном периоде. 2. Развившиеся



ВТЭО устранялись в результате повторных операций, после которых новых осложнений у пациентов не было, а ПСД сохранял свою функциональную состоятельность. 3. Во время операции необходимо придерживаться правил микрохирургической техники формирования анастомоза. 4. Использование ривароксабана 2,5 мг в сутки во внедиализные дни достоверно снижает ВТЭО ПСД в позднем послеоперационном периоде.

## 025 НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Макаров М. С. \*, Борисов В. С., Боровкова Н. В., Каплунова М. Ю., Сторожжева М. В.

ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения, Москва, Россия  
mcsimm@yandex.ru

**Цель.** Исследовать структурные и функциональные нарушения тромбоцитов у ожоговых пациентов с тяжелой термической травмой в острый период ожоговой болезни.

**Материал и методы.** Проспективное исследование было выполнено у 50 пациентов с ожогами кожи II-III степени по МКБ-10 площадью от 20 до 75% поверхности тела (в среднем 39%). Все пациенты получали ангиокоагулянтную терапию нефракционированным гепарином в дозировке 20 000 единиц и антиагрегантную терапию ацетилсалициловой кислотой 250 мг/сутки. Исследование тромбоцитов пациентов проводили в течение 30 суток с момента получения травмы. Анализ качества тромбоцитов проводили с помощью оригинального морфофункционального метода (патент РФ № 2485502). В процессе работы в крови пациентов оценивали содержание биологически полноценных тромбоцитов с гранулами, Дтр.гр., в % (норма 35-75%); адгезивную активность тромбоцитов, ААТ, в баллах (норма 30-75 баллов).

**Результаты.** На 1-20-е сутки у всех обследованных пациентов морфофункциональные параметры тромбоцитов не соответствовали норме. В течение 1-3-х суток у 88% пациентов значение Дтр.гр. было резко снижено и не превышало 10%, у 12% пациентов отмечено резкое увеличение этого параметра до 80-95%. При дальнейшем лечении динамика уровня Дтр.гр. была очень неоднородной. У большинства пациентов с благоприятным исходом Дтр.гр. нормализовалось на 30-е сутки, составляя 30-50%, динамика ААТ была сходной. У пациентов с летальным исходом содержание структурно и функционально полноценных тромбоцитов в течение всего срока лечения не превышало 15%, перед смертью значения Дтр.гр. и ААТ составляли в среднем 4,8% и 2,1 баллов, соответственно. Тромботические осложнения отмечены у 8 пациентов на 1-26-е сутки, при этом во всех случаях уровень Дтр.гр. был достоверно ниже нормы и варьировал от 1 до 20%, ААТ — от 1 до 5%. У 6 пациентов из 8 в результате осложнений происходила потеря тромбоцитов с гранулами: если до тромбоза значение Дтр.гр. и ААТ в среднем составляли 13% и 5 баллов, то в течение 1-10 суток с момента развития тромбоза эти параметры снижались до 4,8% и 2,6 баллов, соответственно ( $p < 0,05$ ). У остальных 2 пациентов значения Дтр.гр. и ААТ не менялись на фоне тромботических осложнений. Развитие тромбоза никогда не происходило в период, когда уровень Дтр.гр. был выше нормы, что говорит об эффективности выбранной терапии. С другой стороны, на 1-20-е сутки у пациентов с очень низким уровнем Дтр.гр. отмечено выраженное подавление ААТ.

**Заключение.** У пациентов с тяжелой ожоговой травмой морфофункциональный статус тромбоцитов претерпевает резкие изменения на 1-3-е сутки лечения. При благоприятном исходе функциональная активность тромбоцитов восстанавливается на 10-30-е сутки лечения. Тромботические осложнения сопровождаются резким падением структурной и функциональной полноценности тромбоцитов.

## 026 ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ У ДЕТЕЙ

Мамедова Л. С. \*, Зыков В. П.

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия  
mls79@mail.ru

**Цель.** Оптимизировать клиническую диагностику церебрального венозного тромбоза для своевременной адекватной терапии и минимизирования инвалидизации и смертности в детском возрасте.

**Материал и методы.** Проанализированы данные по 80 детям, находившимся на стационарном лечении в психоневрологическом отделении с 2012 по 2016гг. Все больные были разделены на две группы: первая (основная) — 40 больных с церебральным венозным тромбозом; вторая (сравнительная) — 40 больных с церебральным артериальным тромбозом. В зависимости от периодов детства больные были разделены на две подгруппы: первую подгруппу составили дети раннего возраста (от 1 мес. до 3 лет) — 14 больных; вторую подгруппу — дети школьного возраста (от 6 до 18 лет) — 26 больных. Всем больным диагноз устанавливался с использованием современных методов диагностики: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ); магнитно-резонансная томография (МРТ); магнитно-резонансная томография в сосудистом режиме (МР-ангиография). Для оценки достоверности различий количественных признаков в независимых выборках использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (критерий ранговых сумм), используемый для сравнения двух независимых совокупностей по значениям медианы переменного отклика. Для номинальных признаков использовался метод дисперсионного анализа в виде оценки достоверности по двустороннему критерию Стьюдента с использованием  $t$  — статистики и  $t$  — распределения. Статистически достоверными считались различия при значениях  $p < 0,05$ . Клиническую симптоматику оценивали при стандартном неврологическом осмотре.

**Результаты.** При неврологическом осмотре было выявлено нарушение сознания до комы, судороги, ригидность затылочных мышц в остром периоде генерализованной инфекции или черепно-мозговой травмы у детей раннего возраста при локализации тромба в верхнем сагиттальном синусе ( $p < 0,05$ ). У больных школьного возраста доминировали головные боли в сочетании с односторонней цервикалгией при наклоне головы в пораженную сторону и синкопальным состоянием при локализации тромба во внутренней яремной вене ( $r = 0,73$ ,  $p < 0,05$ ). Выявлено, что для церебрального венозного тромбоза, в отличие от артериального, характерно сочетание генерализованной инфекции, тяжелой общемозговой симптоматики и поражения вещества головного мозга по ишемическому типу с геморрагическим пропитыванием зоны инфаркта ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Исследование показало, что клиническая симптоматика у детей специфична в различных периодах детства и зависит от локализации тромба в церебральной венозной системе, что имеет важное практическое значение, позволяющее повысить качество диагностики, дифференцировать данное заболевание, оценить эффективность терапии. Эти данные позволяют оптимизировать клиническую и дифференциальную диагностику церебрального венозного тромбоза у детей и своевременно назначать адекватную терапию.

## 027 РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРИНИМАЮЩИХ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Марусий А. А. <sup>1</sup>, Воробьева Н. А. <sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Архангельск; <sup>2</sup>ФГБУ Северный

филиал Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава России, Архангельск, Россия  
a.a.marusa@yandex.ru, nadejdav0@gmail.com

**Цель.** Оценить риск развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у женщин фертильного возраста, принимающих комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 49 женщин фертильного возраста, проходивших обследование с 2006г по 2018г в “Лаборатории патологии Гемостаза и Атеротромбоза” на базе “Первой городской клинической больницы им. Волосевич” г. Архангельск. Критерии включения: женский пол, репродуктивный возраст, подтвержденный факт приема КОК в период развития ТЭО или отмененный менее чем за полгода до развития тромбоза. Статистическая обработка данных: IBM SPSS Statistics, критерии Манна-Уитни.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 35 лет [Me 27], ИМТ — 24,9 [Me 23] кг/м<sup>2</sup>. Взаимосвязь между ИМТ>25 и развитием ТЭО является статистически достоверным ( $p<0,05$ ). Наиболее частым ТЭО на фоне приема КОК в изучаемой выборке был тромбоз глубоких вен (ТГВ) — 21 случай. У 9 пациентов развилось более одного ТЭО одновременно. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) развилась на фоне ТГВ в 7 случаях. Отягощенный анамнез, чаще всего по сердечно-сосудистым заболеваниям, был у 44,7% пациенток. У 16 пациенток (42%) была выявлена мутация II и V факторов свертывания крови. 1 пациентка одновременно гетерозиготное носительство II и V факторов. Был выявлен 1 случай гомозиготного носительства V фактора крови. Был выявлен 41 случай мутации *PAI-1*. У 40,4% выявлено гетерозиготное носительство, у 46,8% — гомозиготное. У 37 пациенток была выявлена мутация в фолатном обмене, полиморфизм *MTHFR* зафиксирован у 34 пациенток, гетерозиготное носительство — у 43,2%, гомозиготное носительство — 34,1%. Взаимосвязь развития ТЭО на фоне приема КОК при генетической мутации II и V факторов крови, полиморфизме *MTHFR* и *PAI-1* статистически достоверны ( $p<0,05$ ). 7 пациенток на момент развития ТЭО курили больше 6 сигарет в сутки. 4 женщины накануне или менее чем за неделю до развития ТЭО совершали длительный авиаперелет. Взаимосвязь между развитием ТЭО и курением, совершением авиаперелетов была статистически достоверной ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** При назначении КОК меньше чем у 50% пациенток был собран семейный анамнез. Наиболее значимо на развитие ТЭО при приеме КОК влияют генетическая мутация II и V факторов крови, полиморфизм в фолатном обмене, а также наличие вредных привычек, авиаперелеты в анамнезе, ИМТ>25 кг/м<sup>2</sup>.

## 028 ИНТЕГРАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ В ПОТОКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мельничникова О. С. \*, Сироткина О. В., Назарова И. А., Панов А. В., Абесадзе И. Т., Алугишвили М. З., Лоховина Н. Л., Кочанова Е. А., Вавилова Т. В.

ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
Jodar2d2@yandex.ru

**Цель.** Исследование активности тромбообразования в потоке цельной крови с помощью системы T — TAS (T — TAS — Total Thrombus-formation Analysis System, англ., интегральная система оценки тромбообразования) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), принимающих антиагрегантную терапию.

**Материал и методы.** Всего было обследовано 33 пациента с диагнозом стабильная ИБС (11 женщин, 22 мужчин), госпитализированных в течение последних пяти лет для выполнения аортокоронарного шунтирования. Все пациенты были на монотерапии препаратами ацетилсалициловой кислоты (АСК). В группу контроля вошли 10 лиц (5 женщин, 5 муж-

чин), не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний. Для исследования функциональной активности тромбоцитов и процесса тромбообразования была использована система T — TAS, которая позволяет произвести количественную оценку процесса тромбообразования в условиях переменного тока цельной крови на микрочипе с активирующим веществом (Zasgos, Япония). В исследовании был использован “тромбоцитарный” микрочип, на поверхность которого нанесен коллаген I типа. Для анализа использовалась цельная кровь. Высчитывались следующие параметры: T10 в мин. — время инициации свертывания, которое соответствует времени до начала реакции до достижения давления в 10 кПа; AUC — площадь под кривой, отражающая общую функциональную активность тромбоцитов, начало, рост и стабильность сформированных тромбов в течение 10 мин.

**Результаты.** Были получены следующие результаты измерений с помощью системы T — TAS в группе пациентов с ИБС для показателей, измеренных на PL-чипе: T10=4,0 (2,510-4,48) мин; AUC=158,1 (102,1-290,3), которые статистически отличались от таковых в группе здоровых лиц: T10=3,2 (2,9-4,2) мин; AUC= 276,3 (220,2-316,4) ( $p<0,05$ ). Из 33 пациентов, принимающих АСК, 10 человек по данным T-TAS не отвечали на терапию. У данной категории больных статистически значимо повышены значения показателей T-TAS: T10=2,4 (1,9-2,7) мин; AUC=344,5 (292,8-388,0) по сравнению с пациентами чувствительных к терапии: T10=4,3 (3,2-5,0) мин; AUC=120,1 (88,6-159,1) и группы контроля: T10=3,2 (2,9-4,2) мин; AUC=276,3 (220,2-316,4) ( $p<0,05$ ).

**Заключение.** С помощью интегральной технологии T — TAS была выявленная группа пациентов с ИБС не чувствительных к терапии АСК, что свидетельствует о возможности использования этой системы для стратификации группы риска повторных ишемических событий. Клиническое значение полученных результатов требует дальнейшего изучения.

## 029 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ

Михайлова А. М. \*, Куликова О. Н., Будыкина Т. С., Чечнева М. А., Захаров С. М., Коваленко Т. С., Бирюкова Н. В.

ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия  
annaartem@mail.ru

**Цель.** По данным ряда исследований, тромбофилия в структуре причин патологии беременности составляет от 40 до 80%. Особый интерес представляет связь патологии в системе гемостаза с развитием морфологических и функциональных изменений в плаценте, которые являются причиной тромбирования маточно-плацентарных сосудов, отслойки хориона, возникновения ретрохориальных гематом и приводят к снижению перфузии плаценты. Изучение влияния генетических полиморфизмов на развитие гиперкоагуляции у беременных со структурными нарушениями плаценты.

**Материал и методы.** В исследование включены 54 женщины на разных сроках беременности (средний возраст 32,31±5,81) обратившихся для консультации и лечения в МОНИИАГ в 2018г. При ультразвуковом исследовании всем женщинам проводилась фетометрия с измерением стандартных показателей. Для оценки патогенетической роли тромбофилии пациентам проводилось молекулярно-генетическое типирование по следующим полиморфизмам: *F5 1691G>A*, *F2 20210G>A*, *MTHFR 677C>T*, *PAI1-675 5G>4G*. Исследование гемостаза проводили с использованием стандартных тестов (АЧТВ, ПИ, фибриноген), анти-Ха активности гепарина, теста тромбодинамики (ТД).

**Результаты.** Распределение генотипов по всем генам соответствует распределению Харди-Вайнберга ( $p>0,05$ ;  $df=2$ ). Мутация Лейден и мутация гена *F2* обнаружены в гетерозиготном состоянии (6,0% и 7,0%, соответственно). Частота мутантного аллеля 4G локуса — 675 5G>4G гена *PAI1* составила 52,7%, неблагоприятного аллеля T гена *MTHFR* — 22,2%.

Анализ ассоциаций полиморфизмов генов со степенью тяжести нарушений плаценты затруднен ввиду недостаточного объема выборки. Стандартные тесты гемостаза у пациенток с выявленными полиморфизмами регистрируют гиперкоагуляцию. Однако для оценки взаимосвязи генетических факторов тромбофилии со степенью выраженности нарушений гемостаза необходимо провести увеличение выборки.

**Заключение.** Результаты молекулярно-генетического типирования у беременных женщин с нарушениями плаценты показали высокую распространенность мутантных генотипов и аллелей генов гемостаза. В ходе дальнейших исследований нам предстоит увеличить спектр исследуемых полиморфизмов, оценить роль мультигенных форм тромбофилии в развитии нарушений плаценты. Полученные данные позволят расширить понимание патогенеза нарушений плаценты с позиции тромбофилии и помогут усовершенствовать диагностические критерии.

### 030 ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ИСТМУСА У БОЛЬНЫХ С “ИЗОЛИРОВАННЫМ” ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

Новиков П. С.\*, Певзнер А. В., Шлевков Н. Б., Майков Е. Б., Миронов Н. Ю., Макеев Н. Ю., Соколов С. Ф., Голицын С. П.

ФГБУ НМИЦ кардиологии Минздрава России, Москва, Россия  
cardionov@mail.ru

**Цель.** Определить клинико-инструментальные факторы, предрасполагающие к возникновению фибрилляции предсердий после радиочастотной абляции кавотрикуспидального истмуса у больных с “изолированным” типичным трепетанием предсердий.

**Материал и методы.** В данную работу было включено 28 больных (24 мужчин (86%), средний возраст  $55 \pm 11$  лет) с пароксизмальным ( $n=13$ , 46%) или персистирующим ( $n=15$ , 54%) типичным трепетанием предсердий (ТП) без предшествующего анамнеза фибрилляции предсердий (ФП). Всем пациентам была выполнена орошаемая радиочастотная катетерная абляция (РЧА) с достижением стойкого двунаправленного блока проведения импульсов через кавотрикуспидальный истмус (КТИ). По результатам наблюдения (в среднем  $24 \pm 15$  месяцев) больные были разделены на две группы: группа №1 — “С наличием ФП” и группа №2 — “Без ФП”. Проведен сравнительный ROC-анализ 39 признаков между этими группами, включая возраст больных, наличие и длительность анамнеза гипертонической болезни (ГБ), ИБС, патология щитовидной железы, сахарный диабет, особенности анамнеза ТП, данные ЭхоКГ, показатели электрофизиологического исследования (время внутриведенного и межпредсердного проведения, эффективные рефрактерные периоды в различных областях правого предсердия, факт индукции устойчивой ФП при сверхчастой или программной стимуляции предсердий).

**Результаты.** По результатам наблюдения ФП впервые выявлена у 17 (60%) больных, у 3 (10%) пациентов ФП приобрела персистирующее течение. Статистический анализ не выявил достоверных различий между группами по всем признакам, кроме длительного существования ГБ. По данным ROC-анализа ФП достоверно чаще выявлялась у пациентов с длительным — более 6 лет анамнезом ГБ ( $p < 0,05$ , чувствительность 80%, специфичность 88,9%, положительная предсказательная способность 80%).

**Заключение.** Устойчивая ФП выявлена у 60% пациентов после РЧА КТИ по поводу “изолированного” ТП при длительном наблюдении. Продолжительный (более 6 лет) анамнез гипертонической болезни является важным предиктором возникновения ФП у этой категории больных, что необхо-

димо учитывать при решении вопроса о сроках продолжения антикоагулянтной терапии после РЧА КТИ у данной категории больных.

### 031 ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК. ТАК ЛИ БЕЗОПАСЕН ВАРФАРИН?

Новикова Т. Н.\*<sup>1</sup>, Киселева М. В.<sup>2</sup>, Плотникова М. О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>СПб ГБУЗ Городская Покровская больница, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>СПб ГБУЗ Городская поликлиника № 96 поликлинического объединения № 90, Санкт-Петербург, Россия  
novikova-tn@mail.ru

**Цель.** Оценить влияние длительного приема пероральных антикоагулянтов на функцию почек.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ с 1 января 2014г по 30 июня 2018г. 776 историй болезни стационарных больных городского антиаритмического центра при СПб ГБУЗ “Городская Покровская больница”, страдающих неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

**Результаты.** В стационаре 93,6% больных ФП получали антикоагулянтную терапию (АКТ), из них варфарин — 50,0%, Не-витамин К-зависимые пероральные Антикоагулянты (НОАК) — 43,6%. 1,8% больных получали антитромбоцитарные препараты (АТП), 4,6% больных не получали антиромботическую терапию (АТТ). Исходно скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле сотрудничества по эпидемиологии хронического заболевания почек (СКФ)  $>90$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> имела место у 6,7% больных, от 89 до 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> — у 45,1% больных, 59–45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> — у 30,5% больных, 44–30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> — у 13,3%, 29–15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> — у 4,1% больных,  $<15$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> — у 0,3% больных. Из 776 больных для анализа влияния длительного приема АТТ на функцию почек отобрано 70. Критерием отбора было наличие в базе данных как минимум одной госпитализации в год за период наблюдения и определение во время госпитализации уровня креатинина сыворотки крови. Среди отобранных больных 25 получали варфарин, другие 25 получали НОАК, 20 получали АТП (аспирин). Исходно различие групп по возрасту и СКФ было статистически незначимым. Через 3,5 года в группе варфарина получено статистически значимое снижение СКФ (с  $63,69 \pm 14,69$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> до  $48,08 \pm 11,2$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>,  $p < 0,002$ ), в группе НОАК выявлено снижение СКФ с  $63,75 \pm 21,17$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> до  $62,38 \pm 16,01$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (статистически незначимо,  $p=0,86$ ), в группе аспирина среднее значение СКФ снизилось с  $62,41 \pm 17,23$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> до  $58,25 \pm 10,48$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (статистически незначимо,  $p=0,054$ ). При сравнении СКФ в трех группах через 3,5 года получено статистически значимое различие между средним значением СКФ в группе варфарина и группе НОАК ( $p=0,01$ ), в группе варфарина и группе аспирина ( $p=0,02$ ).

**Заключение.** Варфарин при длительном применении в реальной клинической практике приводит к статистически более значимому снижению скорости клубочковой фильтрации в сравнении с НОАК. Несмотря на то, что на фоне терапии аспирином СКФ снижалась достоверно в меньшей степени, чем на терапии варфарином, аспирин не должен применяться для профилактики инсульта и системных эмболий у больных неклапанной фибрилляцией предсердий в силу невысокой эффективности.

### 032 ДРУГОЙ ПУТЬ ФИБРИНОЛИЗА, НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ройтман Е. В.<sup>1</sup>, Мишенина С. В.<sup>2</sup>, Мадонов П. Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава



России, Москва; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия  
rpadonov@yandex.ru

**Цель.** В основе современных технологий фармакологического тромболитического действия плазмина. Подавляющее большинство лекарственных препаратов для тромболитической терапии представляют собой активаторы пламиногена, конвертирующие пламиноген (неактивный фермент) в его активную форму (плазмин) вследствие сайт-специфичного гидролиза в положении Arg561-Val562, изменения конфигурации молекулы пламиногена и формирования ферментного центра из триады аминокислотных остатков Ser741, His603 и Asp646). Образовавшийся плазмин специфически расщепляет пептидные связи, образованные карбоксильными группами L-лизина и L-аргинина как непосредственно в молекуле фибрина, так и в молекулах фибриногена и факторов свёртывания крови V, VIII, X. Последнее является одной из причин развития геморрагических осложнений тромболитической терапии.

**Материал и методы.** Применение системных активаторов пламиногена неизбежно приводит к истощению пламиногена плазмы, а также торможению фибринолиза продуктами деградации фибрина/фибриногена за счет конкурентного ингибирования плазмينا по принципу отрицательной обратной связи. К тому же утрата фармакологических мишеней обуславливает известное снижение эффективности повторного введения активаторов пламиногена.

Альтернативный путь фибринолиза осуществляется также сериновыми протеазами, в частности субтилизином — ферментом, катализирующим гидролиз белков, пептидов, сложных эфиров и амидов N-защищенных аминокислот благодаря остаткам серина в активном центре. Исходно субтилизин является продуктом грамположительной и катаза-положительной бактерии *Vacillus subtilis*, составляющей нормальную микрофлору кишечника человека. Как фермент субтилизин обладает уникальным спектром каталитической активности за счет высокой вариабельности строения самой молекулы. В 2018г Ф. Арнольд за работы по изменению каталитической активности субтилизина получила Нобелевскую премию по химии.

**Результаты.** Отличительной чертой субтилизина является его неспецифичный гидролиз денатурированных или полимеризованных белков, утративших свою нативную структуру. Поэтому субтилизин не гидролизует фибриноген, но активно растворяет полимеризованный фибрин, как на поверхности, так и внутри тромба. Механизм угнетения фибринолиза (как в случае с пламиногеном) продуктами деградации фибрина/фибриногена при этом не выявлен, что очевидно и обуславливает сохранение его эффективности при многократном применении с целью тромболитического.

**Заключение.** В Российской Федерации на основе субтилизина разработана фармакологическая технология лечения тромбоза (непламинового фибринолиз) и созданы инъекционные и энтеральные препараты-тромболитики, получившие государственную регистрацию в РФ и патенты США. Как показали клинические исследования, важным аспектом их применения является лизис как “свежих”, так и “старых” тромбов.

### 033 АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ КРОНИЧАРНОГО СТЕНТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Скопец И. С.<sup>1\*</sup>, Лазакович Д. Н.<sup>1</sup>, Везикова Н. Н.<sup>1</sup>, Сергеев М. А.<sup>2</sup>, Нильва Е. С.<sup>2</sup>, Белозеров Г. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск; <sup>2</sup>ГБУЗ РК Республиканская больница им. В. А. Баранова, Петрозаводск, Россия  
ingas@karelia.ru

**Цель.** Проанализировать частоту развития тромбозов коронарных стентов (ТС) в реальной клинической практике,

оценить объем и приверженность пациентов к антиагрегантной терапии (ААТ).

**Материал и методы.** В исследование последовательно ретроспективно включены 6622 пациента, находившихся на лечении в ГБУЗ РК “Республиканская больница им. В. А. Баранова” в период 2009-2018гг, перенесших стентирование коронарных артерий. Проведена оценка частоты развития ТС, клинических и ангиографических предикторов данного осложнения, а также объем и длительность проведения ААТ.

**Результаты.** В исследование включены 6622 пациента, средний возраст 58 лет, преобладали мужчины (72%). За 9 лет наблюдения было выявлено 43 случая прижизненно диагностированных ТС, что составило 0,64% от общего числа вмешательств. В исследуемой группе острые ТС развились у 44%, подострые — у 40%, поздние и очень поздние ТС — у 16% пациентов. У 3 пациентов (7%) ТС развился после планового ЧКВ, у 40 (90%) — после экстренного вмешательства. В 97% случаев при первичном вмешательстве имплантированы BMS, у 2 пациентов — DES 1 поколения. С высокой частотой выявлены ангиографические предикторы развития ТС такие, как протяженный стентированный сегмент (>20 мм) — в 46% случаев, имплантация ≥2 стентов — в 32%, осложнения ЧКВ (перфорация и/или диссекция) — в 19%. Анализ объема ААТ продемонстрировал, что на госпитальном этапе двойная ААТ проводилась всем пациентам, перенесшим ЧКВ. Таким образом, все случаи острого ТС (44%) развились на фоне адекватной терапии. Двойную ААТ в сочетании аспирина с клопидогрелом получали 29 пациентов (67,5%), аспирина с тикагрелом — 15 пациентов (32,5%). Блокаторы ПВ/ША гликопротеиновых рецепторов были использованы в 10 случаях (23%). Оценка приверженности к ААТ в отдаленном периоде выявила, что в группе подострых ТС (40%) самостоятельно досрочно прекратили прием дезагрегантов 4 пациента, поздний ТС развился у 2 пациентов, также не принимавших ААТ. Все пациенты группы очень позднего ТС на момент развития данного осложнения продолжали прием аспирина.

**Заключение.** Частота развития ТС в реальной клинической практике относительно невысока (0,64%). При этом у большинства пациентов ТС развился на фоне проведения адекватной ААТ. Только у 13,9% развитие данного осложнения может быть связано с отсутствием приверженности лечению.

### 034 РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнов К. В., Шмидт Е. А., Горбунова Е. В.\*<sup>1</sup>, Рожнев В. В., Бернс С. А., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия  
e.v.gorbunova@yandex.ru

**Цель.** Оценить связь между неблагоприятным течением госпитального и амбулаторного этапов ведения больных с ТЭЛА и рядом клинических факторов, включая тактику лечения в остром периоде заболевания.

**Материал и методы.** В течение 2016-2019гг в регистр включен 171 пациент с ТЭЛА. Всем было проведено стандартное лабораторное и инструментальное обследование, а также определялся оригинальный и упрощенный прогностический индекс 30-дневной летальности при ТЭЛА (PESI).

**Результаты.** Около половины пациентов было госпитализировано в первые 24 часа с момента развития симптоматики. Тактика ведения больных ТЭЛА была различной. Так, тромболитической терапии (ТЛТ) подверглись 29 (52,7%) пациентов, консервативной терапии с использованием только антикоагулянтов — 23 (41,9%) пациентов. В качестве антикоагулянтной терапии на этапе отделения интенсивной терапии использовалась непрерывная инфузия нефракционированного гепарина, на этапе отделения кардиологии — низкомолекулярный гепарин в сочетании с насыщающей дозой варфарина до достижения целевого значения МНО. 3 пациентам (5,5%) проведено оперативное вмешательство

в виде тромбэктомии из ствола легочной артерии (ЛА) в сроки от 2 до 12 дней от начала развития симптомов, которые имели благоприятный госпитальный исход. Среди наблюдавшихся пациентов смертельный исход наступил у 12 (23,6%) больных, из них 8 (66,6%) подверглись ТЛТ, а 4 больные (33,4%) проведена только консервативная терапия антикоагулянтами. Среди больных, подвергшихся ТЛТ, значимо чаще смертельный исход наступил у пациентов с поражением ствола ЛА (по результатам МСКТ): среди умерших больных поражение ствола ЛА встречалось в 3 случаях из 8 (37,5%), среди выживших — у 2 из 43 (4,65%);  $p=0,022$ . Смертельный исход в госпитальном периоде у пациентов с ТЭЛА связан с артериальной гипотонией, наличием дилатации правого желудочка, тромбозом ствола легочной артерии по результатам МСКТ и наличием маркеров некроза миокарда. Из 73 пациентов лишь 17 (23,2%) пациентов не принимали антикоагулянты, при этом 4 (23,5%) из них умерли в течении года от рецидива ТЭЛА. Смертельные исходы на годовом этапе наблюдения связаны с такими факторами как возраст старше 70 лет ( $p=0,0001$ ), индекс PESI более 95 баллов ( $p=0,0001$ ), отказ от приема антикоагулянтов (ОШ — 4,9 95%ДИ 1,2–18,7;  $p=0,021$ ).

**Заключение.** Полученные результаты могут быть использованы в практическом здравоохранении для выявления пациентов высокого риска неблагоприятных исходов ТЭЛА в госпитальном и отдаленном периоде, а также при оценке эффективности и длительности медикаментозной терапии. Изучение особенностей ведения больных на госпитальном и амбулаторном этапе отражает реальность и позволяет разрабатывать методы по улучшению ведения данной категории больных.

### 035 ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ

Суковатых Б. С.\*, Середицкий А. В., Мурадян В. Ф., Суковатых М. Б., Азаров А. М., Лапинас А. А., Хачатрян А. Р., Терещенко Р. Н.

БУЗ Орловской области ООКБ, Орел; ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, Курск; ФГБОУ ВО ОГУ им И. С. Тургенева Медицинский институт, Орел, Россия

Sukovatykhbs@kursksmu.net

**Цель.** Сравнить сочетанное применение аписабана, ривароксабана и миниинвазивных эндоваскулярных методик лечения венозного тромбоза глубоких вен (ТГВ).

**Материал и методы.** Проведен анализ лечения, лабораторного, флебографического и ультразвукового обследования 130 больных ТГВ. Мужчин было 63 (48,5%), женщин — 67 (51,5%). Возраст больных колебался от 18 до 78 лет. Средний срок с момента развития ТГВ до поступления в стационар составил  $9,4 \pm 1,2$  суток. Больные были разделены на три однородные группы по полу, возрасту, длительности заболевания и распространенности тромбофлебита в венозном русле. В первую группу вошли 60 (46,2%) пациентов, которым проводилась стартовая терапия гепарином в течение 5–6 суток, затем назначался варфарин с последующей коррекцией дозы для достижения целевых значений МНО 2.0–3.0. Вторую группу составили 38 (29,2%) пациентов, которым применялись различные миниинвазивные эндоваскулярные технологии лечения в сочетании с приемом ривароксабана. До и после вмешательства всем пациентам назначался ривароксабан в суточной дозировке 30 мг на протяжении 21 дня, затем 20 мг в сутки до окончания курса лечения. В третьей группе миниинвазивные технологии сочетались с приемом аписабана. Аписабан назначался в суточной дозировке 20 мг в первые 7 суток, затем 10 мг в сутки. Антикоагулянтную терапию проводили не менее чем в течение 6 месяцев.

**Результаты.** Рецидив венозного тромбоза выявлен у 3 (5%) пациентов 1-й группы амбулаторно. Развитие ретромбоза в ранее подвергшемся тромбэкстракции венозном сегменте отмечено у 1 (2,6%) пациента 2-й группы и в 1 (3,1%) случае в 3-й группе. Большое клинически значимое желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка зарегистрировано у 3 (5%) больных 1-й группы, длительно принимавших варфарин. Во 2-й и 3-й группах таких осложнений не зарегистрировано. Наиболее часто нежелательные эффекты проявлялись развитием малых кровотечений. Носовое кровотечение было у 3 (5%) пациентов первой группы и у 1 (2,6%) пациента 2-й группы, кровотечение из мочевыводящих путей — у 2 (3,3%) больных 1-й группы и у 1 (2,6%) пациента 2-й группы, субконъюнктивальное кровотечение зафиксировано у 4 (6,7%) пациентов 1-й группы, у 1 (2,6%) больного 2-й группы и у 1 (3,1%) пациента 3-й группы. Несмотря на одновременное применение эндоваскулярных методик лечения, тромболитиков и новых пероральных антикоагулянтов, геморрагические осложнения, приводящие к отмене проводимого лечения, не возникали.

**Заключение.** Применение миниинвазивных эндоваскулярных способов лечения острого тромбоза глубоких вен в сочетании с пероральными антикоагулянтами позволяет уменьшить количество геморрагических осложнений и рецидивов венозного тромбоза.

### 036 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Стуров В. Г.<sup>1</sup>, Шостак Д. П.<sup>\*2</sup>, Пашов А. И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск; <sup>2</sup>ФГАОУ ВПО Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия  
shinshilla\_x@mail.ru

**Цель.** Невынашивание беременности по своей общественной значимости является одной из наиболее актуальных проблем акушерства. Одной из причин потери беременности на ранних сроках являются наследственно обусловленные состояния, связанные с мутациями генов.

**Материал и методы.** Нами изучается данная проблема в Калининградской области. В 2016 г. было обследовано 72 женщины, среди которых были беременные, женщины, планирующие беременность, и пациентки перед подготовкой к ЭКО. У всех женщин в исследуемой группе в анамнезе был хотя бы 1 случай потери беременности. Проводилась детекция генетических полиморфизмов генов свертывания крови, генов системы фибринолиза, генов фолатного обмена, генов гликопротеинов тромбоцитарных рецепторов методом пиросеквенирования с применением системы генетического анализа серии RufoMark.

**Результаты.** Наиболее часто встречающимся является полиморфизм гена *PAI-1* — риск возникновения осложнений беременности возрастает в 4 раза; полиморфизм гена протромбина в гетерозиготном состоянии встречается редко (менее 2%), но сочетание с лейденской мутацией неблагоприятно, так как риск тромбозов возрастает в 80 раз. Полиморфизм генов фолатного обмена встречается в 32% случаев.

**Заключение.** Таким образом, тромбогенный фактор невынашивания беременности актуален для жительниц Калининградской области европейской популяции. Генетическое обследование показано всем женщинам репродуктивного возраста при планировании беременности, имеющим в анамнезе синдром привычной (периодической) потери плода.

### 037 СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЯ КРОВИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тихомирова И. А.<sup>\*1</sup>, Малышева Ю. В.<sup>1</sup>, Петроченко Е. П.<sup>1</sup>, Кислов Н. В.<sup>2</sup>, Рябов М. М.<sup>2</sup>, Васильев А. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Ярославский государственный педагогический университет, им. К. Д. Ушинского, Ярославль; <sup>2</sup>ГБУЗ ЯО Клиническая онкологическая больница, Ярославль, Россия tikhom-irina@yandex.ru

**Цель.** Целью настоящего исследования была оценка процесса свертывания крови и ее реологических свойств у пациентов с солидными опухолями.

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты Ярославской областной онкологической больницы с немиелоидными опухолями, контрольную группу составили практически здоровые добровольцы. В группе пациентов все измерения проводились дважды — в исходном состоянии и в раннем послеоперационном периоде. Процесс свертывания цельной крови регистрировали методом низкочастотной тромбопезоэластографии; параметры тромбоцитарного гемостаза определяли с помощью лазерного анализатора Биола-АЛАТ 2; характеристики фибринолиза — рутинными лабораторными методами. Оценка гемореологического статуса пациентов включала измерение вязкости цельной крови и плазмы с помощью ротационного вискозиметра Брукфильда DV2T, измерение деформируемости и агрегации эритроцитов выполняли с использованием системы RheoScan D300; эффективность транспорта кислорода в ткани оценивали, используя отношение Hct к вязкости крови.

**Результаты.** Несмотря на то, что общее время свертывания крови у пациентов с онкологическими заболеваниями практически не отличалось от нормы, а показатели ее вязкости были несколько ниже, чем в контроле, более детальный анализ выявил существенные неблагоприятные изменения в свертывающей системе крови и ее микрореологических характеристик. В группах пациентов зафиксирована существенная интенсификация контактной фазы свертывания крови, рост агрегации тромбоцитов и ингибирование лизиса и ретракции сгустка. Уменьшение высокосдвиговой вязкости крови в группе пациентов было обусловлено значительным снижением гематокрита, которое перекрыло повышающие вязкость эффекты вязкости плазмы и сниженной деформируемости эритроцитов. При низких скоростях сдвига к указанным повышающим вязкость крови эффектам добавился выраженный рост степени агрегации эритроцитов в сочетании с повышенной прочностью агрегатов к сдвигу, что нивелировало влияние низкого гематокрита, и вязкость крови была сравнима с контрольными значениями. Повышенная текучесть крови у пациентов с солидными опухолями не означала улучшения кислородного снабжения тканей, поскольку количество эритроцитов — основных транспортеров кислорода — было значительно снижено.

**Заключение.** Таким образом, информативность таких интегральных показателей как время свертывания крови и вязкость цельной крови не в полной мере отражают состояние системы гемостаза и гемореологический статус пациентов, соответствие этих показателей референсным значениям не означает отсутствия нарушений системы гемостаза и реологии крови.

### 038 АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тригуб А. В. \*, Мещерина Н. С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Nansy180294@yandex.ru

**Цель.** Проанализировать адекватность проводимой антитромботической терапии (АТТ) у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) в условиях стационара.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного 190 пациентов

с ФП. В ходе исследования пациентов разделили на группы: в I группу вошли больные с ФП без тромбоэмболических осложнений (ТЭО) в анамнезе, во II группу — пациенты с ФП и наличием ТЭО. Статистический анализ выполнен с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 фирмы StatSoft Inc. (США) и MS Excel.

**Результаты.** При оценке АТТ среди пациентов I и II групп выявлена статистически значимая связь между приемом оральных антикоагулянтов (ОАК) и частотой возникновения инсультов (58,53% vs 23,88%, соответственно, для I и II группы,  $p=0,01$ ), что подтверждает эффективность ОАК в профилактике ТЭО при ФП. Кроме того, пациенты с ФП и ТЭО в анамнезе чаще принимали антиагреганты, в частности аспирин (55,22%), чем пациенты с ФП без ТЭО (14,63%) ( $p=0,01$ ), что свидетельствует о неадекватности проводимой АТТ. Частота назначения аспирина среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) составила 34,74%, что было достоверно чаще, чем у пациентов без ИБС (2,44%) ( $p=0,001$ ). Случаев назначения монотерапии клопидогрелем нами зафиксировано не было. При этом комбинацию аспирина с клопидогрелем получал всего 21 (17,75%) пациент, 20 (16,26%) из которых относились к группе больных без ТЭО в анамнезе. Данная комбинация антиагрегантных препаратов, также как и аспирин, достоверно чаще назначалась у больных с ФП и ИБС (12,2% vs 0,6%,  $p=0,002$ ). Стоит отметить, что прием антитромбоцитарных препаратов в данных случаях являлся целесообразным только с позиции профилактики инфаркта миокарда у больных с сочетанной патологией ФП и ИБС. Выборка пациентов обеих групп оценивалась по уровню риска развития ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Большая часть пациентов II группы изначально имела очень высокий риск развития инсульта (5 баллов и более по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) по сравнению с I группой (64,17% относительно 3,25%,  $p<0,001$ ). Учитывая, что в нашем исследовании у 96,84% пациентов была необходимость в назначении ОАК, мы проанализировали пациентов по шкале риска кровотечения HAS-BLED. Среднее число баллов составило  $2,39 \pm 1,23$ , что говорит о том, что у подавляющего большинства пациентов антикоагулянтная профилактика могла быть проведена в условиях приемлемого риска кровотечений. Среди пациентов II группы 55,22% принимали аспирин в профилактических целях, и, тем не менее, подавляющее большинство из них 71,64% были госпитализированы в результате возникших ТЭО.

**Заключение.** Приходится констатировать, что адекватной антикоагулянтной защиты у больных ФП не проводилось. При этом по данным медицинской документации крайне редко назначались ОАК тем пациентам, которые в них особенно нуждались, — пациентам с ТЭО в анамнезе.

### 039 МОНИТОРИНГ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ НЕВЫНАШИВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тютрин И. И., Клименкова В. Ф. \*, Шписман М. Н., Удут В. В.  
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия  
klimenkovavf@gmail.com

**Цель.** Демонстрация необходимости мониторинга гемостатического потенциала (ГП) при невынашивании беременности.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе ОГАУЗ «Областного перинатального центра им. И. Д. Евтушенко» г. Томска с участием 418 беременных женщин, 192 условно здоровых беременных женщины (средний возраст  $26 \pm 3,7$  лет) составили группу сравнения, 168 пациентки находились в протоколах ЭКО (средний возраст  $35 \pm 4,7$  года), из которых у 136 имелись различные формы тромбофилий. Для проведения пьезотромбоэластографии у пациенток брали 1 мл цельной нестабилизированной венозной крови и в течение 10 секунд помещали в кювету прибора АРП-01М «Меднорд» объемом 0,45 мл.



**Результаты.** В результате проведенного обследования, мы выявили, что ГП условно здоровых беременных женщин претерпевает изменения при формировании синдрома системного воспалительного ответа на фоне прогрессирующей беременности, независимо от того наступила беременность естественным образом либо в результате ЭКО. В первом триместре он характеризуется хронометрической гиперкоагуляцией ( $\uparrow$ t1,  $\uparrow$ КТА,  $\downarrow$ t3,  $\uparrow$ ИКД) и структурной нормокоагуляцией или умеренной гиперкоагуляцией, во втором триместре — хронометрической гипокоагуляцией и структурной нормокоагуляцией или умеренной гиперкоагуляцией, сменяющимися выраженной структурной и хронометрической гиперкоагуляцией на протеолитическом этапе фибриногенеза на фоне статистически значимого уменьшения активности полимеризационного и стабилизационного этапов фибриногенеза ( $\uparrow$ t4, t5). Повышенная активность сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев системы гемостаза сопровождается закономерным усилением противосвертывающей ( $\uparrow$ КСПА на 60-80%) и фибринолитической активности ( $\uparrow$ ИРЛС на 15-20%). Пациентки с клиническим диагнозом “тромбофилия” по данным проведенного мониторинга ГП имели сугубо “персонифицированный” характер расстройств сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного, фибринолитического и антикоагулянтного звеньев системы гемостаза. Очевидно, что их своевременное выявление и таргетная коррекция позволит значительно снизить “привычные имплантационные потери”. Напротив, практикуемое в рутинной практике акушеров-гинекологов, назначение профилактических шаблонных доз антикоагулянтов или антиагрегантов, в отдельных случаях может не только не возыметь эффекта, но и нанести вред.

**Заключение.** При невынашивании беременности необходим персонифицированный мониторинг ГП глобальным пьезотромбоэластографическим тестом с целью выявления причины, оценки тяжести глубины и характера расстройств ГП, по данным результата которого возможен таргетный подбор эндотелиопротекторов, антиагрегантов, антикоагулянтов/прокоагулянтов, ингибиторов/активаторов фибринолиза для коррекции выявленных нарушений.

#### 040 ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Шелковникова Т. В.<sup>1</sup>, Сибирская Е. В.<sup>2</sup>, Кацадзе Ю. Л.<sup>3</sup>, Шишлянникова Н. Ю.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Кемеровская областная офтальмологическая клиническая больница, Кемерово; <sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва; <sup>3</sup>Российский национальный научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии ФМБА России, Санкт-Петербург; <sup>4</sup>Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия  
t.shelkovnikova@gmail.com

**Цель.** Изучение распространенности опасных форм периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) в сочетании с острой сосудистой патологией сетчатки и изменения в системе гемостаза у беременных женщин.

**Материал и методы.** 50 беременных женщин (100 глаз) со сроком беременности 8-38 недель в возрасте 22÷37 лет. Выявление волчаночного антикоагулянта (ВА) проводилось с использованием ядовитых тестов, а также подтверждающими тестами с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами. Проводились стандартные и специальные офтальмологические исследования: осмотр глазного дна с линзой Гольдмана, ФАГ глазного дна, ОСТ.

**Результаты.** Опасные формы ПВХРД выявлены у 27 человек. У 4 беременных с “решетчатой дистрофией” и у одной беременной женщины ПВХРД типа “след улитки” в плазме крови выявлен ВА 1,3÷1,4. У этих женщин было невынашивание беременности. У 3 из 14 пациенток с комбинированными формами ПВХРД и с дефектами сетчатки центральная серозная хориоретинапатия (ВА в титре 1,3), у этих же беремен-

ных — ОПГ (отеки, протеинурия, гипертония). У женщины 37 лет с ВА 1,4 в послеродовом периоде наблюдался тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сепсис, тромбоз нижневисочной вены и частичная непроходимость нижневисочной ветви ЦАС. У женщины 32 лет было кровотечение в родах, которое сопровождалось непроходимостью центральной артерии сетчатки (ЦАС), в послеродовом периоде — атрофия зрительного нерва (титр ВА 1,4). У женщины 26 лет наблюдали кровотечение в родах и зоны Амальрика — зоны ишемии на периферии глазного дна (наличие ВА в сочетании с очень низким протеином С). У 1 женщины с предлежанием плаценты — кровотечение в родах, на глазном дне картина претромбоза верхне-височной и нижне-височной ветви центральной вены сетчатки, титр ВА 1,3÷1,4. У беременных женщин с ПВХРД имеется тромбофилия. ВА является причиной кровотечений в родах, невынашивания беременности, более чем у 44,4% беременных с опасными формами ПВХРД.

**Заключение.** Таким образом, мы считаем необходимым офтальмологический мониторинг у беременных женщин с исследованием системы гемостаза на тромбофилию и ВА. Офтальмологическое наблюдение может и должно служить прямым контролем динамики патологического процесса и контроля адекватности дезагрегантной и противовоспалительной терапии.

#### 041 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИСХОД ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

Шифрин Ю. А. \*, Жарков П. А.

ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва, Россия  
doc.shifrin@gmail.com

**Цель.** Сравнить частоту благоприятных и неблагоприятных исходов тромбозов у пациентов детского возраста гематологического и онкогематологического профиля в зависимости от проведенной антикоагулянтной терапии.

**Материал и методы.** Проанализированы данные историй болезней 429 пациентов, получивших стационарное лечение в ФГБУ “НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева” в период 01.01.2013-31.12.17. Критерии включения: документированное наличие венозного тромбоза, данные о терапии и исходе тромбоза. Использовалась гемодинамическая характеристика тромбозов глубоких вен (ТГВ), разработаны критерии корректности подхода к ведению, терапии, критерии исходов ТГВ. К критериям корректной терапии относилось раннее начало, длительность терапии не менее 6 недель, суточная доза НМГ не менее 50 МЕ/кг, применение тромболитической терапии при жизнеугрожающем ТГВ. Статистический анализ выполнен с использованием программы MedCalc 11.5.

**Результаты.** В исследование включены 530 случаев ТГВ у 451 пациента, в зависимости от наличия клинической картины, все случаи разделены на группы: симптоматические ТГВ (сТГВ), асимптоматические ТГВ (аТГВ). В большинстве случаев ТГВ — 325 (76,7%) проводилась антитромботическая терапия, в случаях аТГВ реже, чем при сТГВ (70,4% и 94,5%,  $p < 0,00001$ ). Терапия проводилась корректно в 259 (76,6%) случаях, в 79 случаях (23,4%) выявлены несоответствия критериям корректности. Проанализированы исходы лечения в 424 (80%) случаях ТГВ. Частичная или полная реканализация тромба выявлена в 259 (61,1%) случаях, при аТГВ количество положительных исходов тромбоза было меньше (57,9% при аТГВ, 77,9% при сТГВ,  $p < 0,000001$ ). Количество положительных исходов при назначении терапии в случаях сТГВ выше, чем при аТГВ (77,9% и 57,9%,  $p < 0,001$ ), за счет полной реканализации (50,0% и 35,3%,  $p < 0,05$ ). Проанализированы исходы, в зависимости от корректности терапии. В группе сТГВ возрастает количество благоприятных исходов при проведении корректной терапии (66,7% для сТГВ без терапии, 77,9% для сТГВ, получавших терапию и 84,0% для сТГВ, которым терапия тромбоза была проведена корректно,  $p < 0,05$ ). В группе аТГВ четкой зависимости от корректности проведенного

лечения не обнаружено (45,2%, 57,9%, 57,2%, соответственно,  $p=0,09$ ).

**Заключение.** В группе аТГВ не получено достоверных различий в наступлении благоприятных и неблагоприятных исходов в случаях, когда проводилась и не проводилась терапия вне зависимости от ее корректности. Учитывая отличия в характеристике тромбозов, ответе на терапию, подходы к ведению пациентов с сТГВ и аТГВ должны быть разными, требуются дальнейшие исследования для их определения.

#### 042 ФАКТОРЫ РИСКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРОДЛЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Шапков А. А.\*<sup>1</sup>, Мельничук Е. Ю.<sup>2</sup>, Воробьева Н. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич, Архангельск; <sup>2</sup>Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия  
kerolotpaladin@yandex.ru

**Цель.** Выявить факторы, способствующие развитию неврологических геморрагических осложнений (НГО) на фоне длительной антикоагулянтной терапии.

**Материал и методы.** В исследовании был проведен ретроспективный включен анализ историй болезни пациентов с НГО на фоне терапии пероральными антикоагулянтами (ОАК), госпитализированных в ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е. Е. Волосевич» г. Архангельска в период с 2014 по 2018гг. Изучалось наличие, выраженность и учёт при назначении АКТ факторов, приводящих к НГО, а также их исходов. Проводился сбор и анализ данных о препарате, показаниях, наличии сопутствующих заболеваний и их терапии.

**Результаты.** Был проведен анализ историй болезни 43 пациентов (19 женщин и 24 мужчин) в возрасте от 46 до 83 лет ( $Me=67$ ), госпитализированных с диагнозом «геморрагический инсульт/внутричерепное кровотечение» на фоне длительной терапии ОАК. Диагноз был обоснован клинической картиной и данными компьютерной томографии. Летальный исход зафиксирован у 39,5% ( $n=17$ ) пациентов. Наиболее часто применяемыми ОАК в исследуемой группе был варфарин — 36 пациентов (83,7%), 7 пациентов (9,1%) принимали ПОАК — аписабан и ривароксабан. 10 (23,26%) пациентов принимали препараты, усиливающие эффект варфарина, из них 3 пациента принимали омепразол, который может повышать плазменную концентрацию и увеличение периода полувыведения R-варфарина, 5 пациентов принимали дигоксин, 1 пациент — розувастатин. Прием вышеперечисленных препаратов совместно с варфарином требует корректировки доз и/или контроля за степенью наведенной медикаментозной гипокоагуляции. У 93% ( $n=40$ ) пациентов была диагностирована АГ 3 степени риск 4. На момент госпитализации у 31 (72%) пациента было зарегистрировано артериальное давление (АД) выше 140/90, из них 14 пациентов с АД в диапазоне: 160/100–179/109 и 17 пациентов с АД от 180/110 и выше. Факт наличия у большого неконтролируемой АГ, вместе с атеросклерозом ( $n=21$ ) и сахарным диабетом ( $n=6$ ) может повышать геморрагический риск. Нарушение функции почек имелось у 34,9% ( $n=15$ ) от общего числа пациентов, нарушение функции печени отмечено в 18,6% ( $n=8$ ), патология щитовидной железы — 7% ( $n=3$ ) пациентов. В момент госпитализации значение МНО (международное нормализованное отношение) в целевом диапазоне (от 2,0 до 3,0) было у 12 (33,3%) пациентов; МНО более 4 отмечено у 25% ( $n=10$ ) пациентов, принимающих АВК, что говорит о чрезмерном уровне наведенной медикаментозной гипокоагуляции, причиной которой может быть, как передозировка, так и лекарственные взаимодействия или нарушения функции печени или почек.

**Заключение.** Сопутствующие заболевания, такие как АГ, атеросклероз, нарушения функции почек и печени, сахарный диабет, а также соответствующая медикаментозная терапия способны повышать возможность фатального кро-

вотечения как путем влияния на гипокоагулянтный эффект АВК и ПОАК, так и через другие механизмы. Следовательно, у пациентов, находящихся на длительной АКТ, необходимо должным образом фармакологически корректировать сопутствующую патологию с учётом как фармакокинетики препаратов, так и приверженности пациента лечению.

#### 043 МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Эмирова Х. М.<sup>1</sup>, Орлова О. М.<sup>1</sup>, Толстова Е. М.<sup>1\*</sup>, Пона А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва; <sup>2</sup>ГБУЗ ДГКБ св. Владимира Департамента здравоохранения, Москва, Россия  
tepec@yandex.ru

**Цель.** При нефротическом синдроме (НС) повышен риск тромботических событий. Экскреция гемостатических и антикоагуляционных протеинов в результате массивных потерь белка с мочой приводит к гиперкоагуляционному смещению гемостаза. Имеют значение генетическая предрасположенность к тромбозам, эндотелиальная дисфункция на фоне воспаления, катетеризации центральных сосудов, приема лекарственных средств. Целью работы явилось представить клинический случай мезентериального тромбоза у ребенка с врожденным НС.

**Материал и методы.** Девочка 30.06.16 г.р. от 3 беременности, 2 родов в срок. Вес при рождении 2800 г, рост 50 см. Оценка по Апгар 8/9б. В 6 мес. диагностирован НС, в 8,5 мес. верифицирован морфологический вариант — гломерулосклероз, кистозная трансформация канальцев. Методом секвенирования нового поколения (NGS) выявлена мутация в гене *MUC1*, ассоциированная с медуллярной кистозной болезнью. С 8 мес. получала иАПФ, циклоспорин А, из-за прироста азотемии лечение было отменено.

**Результаты.** В 1 год и 1 месяц в связи с прогрессированием хронической болезни почек до терминальной стадии (тХПН) начат перитонеальный диализ (ПД). На фоне коррекции синдромов ХПН, ПД, профилактики тромбозов состояние было нестабильным. В 2 года и 1 месяц госпитализирована с признаками дыхательной недостаточности на фоне ОРЗ и потери массы тела (вес <1р,-4,83z; рост <1р,-2,71z; ИМТ 11,0,-5,01z). При обследовании: лейкоцитоз (14,4→38,3x10<sup>9</sup>/л), нейтрофилы 83%, СОЭ 50 мм/час, гипоальбуминемия (26,4→16,6 г/л), удлинение фибринолиза (>60"). При постановке центрального катетера аспирировано большое количество мокроты, потребовалась ИВЛ. Получала парентеральное питание, в т.ч. жиры. С 29.08.18 диагностирован хилоперитонеум по отделяемому из перитонеального катетера. 05.09.18 — состояние ухудшилось — беспокойна, вздутия живота, парез кишечника, кишечная непроходимость. Выявлено повышение D-димера (3909 нг/мл), РФМК (11,0), фибринолиз >60". При лапаротомии — некроз тонкой кишки, тромбоз сосудов брыжейки. Выполнена резекция 220 см тонкой кишки, выведена петлевая еюностома, сформирован анастомоз конец в конец. 01.11.18 возобновлен ПД, назначен варфарин. При обследовании генов гемостаза и фолатного цикла обнаружено 4 гомозиготных генотипа (*PAI-1*, *ITGA-2*, *FBA1*:103; *MTRR*).

**Заключение.** Развитие мезентериального тромбоза у ребенка с НС носило полиэтиологический характер. Течение инфекционно-воспалительного процесса у пациентки с белково-энергетической недостаточностью, мультигенная тромбофилия способствовали гиперкоагуляционному состоянию с реализацией тромботической катастрофы. Среди пациентов с НС целесообразно выделять группу высокого риска развития тромбозов, учитывая тяжесть основного заболевания, наличие воспалительного процесса и генетической предрасположенности к реализации тромботических осложнений.

## Содержание

КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧАХ <i>Арабаджан С. М., Сагамонова К. Ю., Золотых О. С., Пивоварчик С. Н.</i> .....	3
СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ <i>Бахметьев А. С., Чехонацкая М. Л., Двоенко О. Г., Сухоручкин В. А., Бахметьева М. С., Грешинова О. Г.</i> .....	3
СТАГНАЦИЯ КРОВотоКА В ЭКТАЗИРОВАННЫХ ВЕНАХ ГОЛЕНИ КАК ФАКТОР РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Бахметьев А. С., Чехонацкая М. Л., Двоенко О. Г., Лойко В. С., Бахметьева М. С.</i> .....	3
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТА “ТРОМБОДИНАМИКА” <i>Борисов В. С., Вуймо Т. А., Клычникова Е. В., Каплунова М. Ю.</i> .....	4
РАК-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОДЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ <i>Варданян А. В., Долидзе Д. Д., Токарев К. Ю., Карабач Ю. В., Чиж Е. Ю., Левин А. В., Кислов Э. Е., Волков А. Ю., Игошин А. С., Левиков Д. И., Давидов Э. Д.</i> .....	4
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СЕТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Воробьева Н. А., Воробьева А. И., Карпунов А. А.</i> .....	5
ГИПОКОАГУЛЯЦИЯ НА ФОНЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА РИВАРОКСАБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Гельцер И. В., Смирнова О. А., Головина О. Г., Папаян Л. П.</i> .....	5
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Герасименко А. С., Шталова О. В., Горбатенко В. С.</i> .....	6
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОМ КОНТРОЛЕ МЕЖДУНАРОДНОГО НОРМАЛИЗОВАННОГО ОТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА <i>Горбунова Е. В., Рожнев В. В., Тришкина Н. Н., Смирнов К. В., Старовойтова А. В., Туманова С. А.</i> .....	6
АНАЛИЗ СВЯЗИ МЕЖДУ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПЛАЦЕНТЫ И ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Гриневич Т. Н., Полелей Т. О.</i> .....	6
ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С ПРИ НАРУШЕНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Егорова В. В., Звягин А. А., Демидова В. С.</i> .....	7
АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ, ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СОСУДИСТОГО ХИРУРГА <i>Ибрагимов Д. Р., Хафизов А. Р., Олейник Б. А., Минигалиева Э. Р., Иванов А. В., Галимов Т. Р.</i> .....	7
ОПЫТ ПЕРЕВОДА С ПРАСУГРЕЛА НА КЛОПИДОГРЕЛ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>Иванова Я. А., Федоров С. А.</i> .....	8
АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ <i>Иванова Я. А., Мухин А. С., Шарабрин Е. Г., Федоров С. А.</i> .....	8
КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА <i>Ионин В. А., Петрищева Е. Ю., Скуридин Д. С., Филатова А. Г., Иванова А. А., Близнюк О. И., Ма И., Заславская Е. Л., Баранова Е. И.</i> .....	8
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У ДЕТЕЙ <i>Коновалова Е. Ю., Лаврова А. Е., Преснякова М. В.</i> .....	9
КАКИЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ВЫБОР БЛОКАТОРА P <sub>2</sub> Y <sub>12</sub> РЕЦЕПТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Константинова Е. В., Кузнецова В. А., Шараева Я. В., Атабегашвили М. Р., Гиляров М. Ю.</i> .....	9
ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СТАРШЕ 65 ЛЕТ: РИСКИ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Корягина Н. А., Мелехова О. Б., Энгаус Р. Е., Шадрин А. А., Прохоров К. В.</i> .....	10
ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ <i>Корягина Н. А., Мелехова О. Б., Энгаус Р. Е., Шадрин А. А., Прохоров К. В.</i> .....	10
МЕСТО НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Кошукова Г. Н., Доля Е. М., Фурсова В. А., Гнатенко Т. Г.</i> .....	10

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ФАКТОРЫ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ИЗ РЕГИСТРА УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА С АРТЕРИАЛЬНЫМИ И ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ <i>Кузнецов Н. Н., Аболина Т. Б., Филиппова О. А., Львова О. А., Вершинина Г. А., Александров К. А., Плаксина А. Н.</i> .....	11
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТРОМБОЗОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА <i>Лисицына Т. А., Голоева Р. Г., Алекберова З. С.</i> .....	11
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Ляшук А. В., Торба А. В., Чайка О. О., Потеряхин В. П., Кателенец М. О., Нижельский В. Е., Киндрицкая Ю. Г., Розбаева Ю. С.</i> ..	12
ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Ляшук А. В., Торба А. В., Вольман О. В., Вагапов Т. Н., Чайка О. О., Кателенец М. О., Нижельский В. Е.</i> .....	12
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>Макаров М. С., Борисов В. С., Боровкова Н. В., Каплунова М. Ю., Сторожева М. В.</i> .....	13
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ У ДЕТЕЙ <i>Мамедова Л. С., Зыков В. П.</i> .....	13
РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРИНИМАЮЩИХ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ <i>Марусий А. А., Воробьева Н. А.</i> .....	13
ИНТЕГРАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ В ПОТОКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА <i>Мельничникова О. С., Сироткина О. В., Назарова И. А., Панов А. В., Абесадзе И. Т., Алугишвили М. З., Лоховинина Н. Л., Кочанова Е. А., Вавилова Т. В.</i> .....	14
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ <i>Михайлова А. М., Куликова О. Н., Будыкина Т. С., Чечнева М. А., Захаров С. М., Коваленко Т. С., Бирюкова Н. В.</i> .....	14
ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ИСТМУСА У БОЛЬНЫХ С “ИЗОЛИРОВАННЫМ” ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Новиков П. С., Певзнер А. В., Шлевков Н. Б., Майков Е. Б., Миронов Н. Ю., Макеев Н. Ю., Соколов С. Ф., Голицын С. П.</i> .....	15
ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК. ТАК ЛИ БЕЗОПАСЕН ВАРФАРИН? <i>Новикова Т. Н., Киселева М. В., Плотникова М. О.</i> .....	15
ДРУГОЙ ПУТЬ ФИБРИНОЛИЗА, НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Ройтман Е. В., Мишенина С. В., Мадонов П. Г.</i> .....	15
АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ КОРОНАРНОГО СТЕНТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Скопец И. С., Лазакович Д. Н., Везикова Н. Н., Сергеев М. А., Нильва Е. С., Белозеров Г. Н.</i> .....	16
РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Смирнов К. В., Шмидт Е. А., Горбунова Е. В., Рожнев В. В., Бернс С. А., Барбараш О. Л.</i> .....	16
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ <i>Суковатых Б. С., Середицкий А. В., Мурадян В. Ф., Суковатых М. Б., Азаров А. М., Лапинас А. А., Хачатрян А. Р., Терещенко Р. Н.</i> .....	17
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ, В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Стуров В. Г., Шостак Д. П., Пашов А. И.</i> .....	17
СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЯ КРОВИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Тихомирова И. А., Малышева Ю. В., Петроченко Е. П., Кислов Н. В., Рябов М. М., Васильев А. А.</i> .....	17
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Тригуб А. В., Мещерина Н. С.</i> .....	18
МОНИТОРИНГ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ НЕВЫНАШИВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Тютрин И. И., Клименкова В. Ф., Шписман М. Н., Удут В. В.</i> .....	18
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ТРОМБОФИЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Шелковникова Т. В., Сибирская Е. В., Кацадзе Ю. Л., Шишлянникова Н. Ю.</i> .....	19
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИСХОД ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ <i>Шифрин Ю. А., Жарков П. А.</i> .....	19
ФАКТОРЫ РИСКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРОДЛЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ <i>Щапков А. А., Мельничук Е. Ю., Воробьева Н. А.</i> .....	20
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Эмирова Х. М., Орлова О. М., Толстова Е. М., Попа А. В.</i> .....	20



## Алфавитный указатель авторов

<b>А</b>		<b>И</b>	
Абесадзе И. Т. ....	14	Ибрагимов Д. Р. ....	7
Аболина Т. Б. ....	11	Иванов А. В. ....	7
Азаров А. М. ....	17	Иванова А. А. ....	8
Алекберова З. С. ....	11	Иванова Я. А. ....	8
Александров К. А. ....	11	Игошин А. С. ....	4
Алугишвили М. З. ....	14	Ионин В. А. ....	8
Арабаджан С. М. ....	3	<b>К</b>	
Атабегашвили М. Р. ....	9	Каплунова М. Ю. ....	4,13
<b>Б</b>		Карабач Ю. В. ....	4
Баранова Е. И. ....	8	Карпунов А. А. ....	5
Барбараш О. Л. ....	16	Кателенец М. О. ....	12
Бахметьев А. С. ....	3	Кацадзе Ю. Л. ....	19
Бахметьева М. С. ....	3	Кандрицкая Ю. Г. ....	12
Белозеров Г. Н. ....	16	Киселева М. В. ....	15
Бернс С. А. ....	16	Кислов Н. В. ....	17
Бирюкова Н. В. ....	14	Кислов Э. Е. ....	4
Близнюк О. И. ....	8	Клычникова Е. В. ....	4
Борисов В. С. ....	4,13	Коваленко Т. С. ....	14
Боровкова Н. В. ....	13	Коновалова Е. Ю. ....	9
Будыкина Т. С. ....	14	Константинова Е. В. ....	9
<b>В</b>		Корягина Н. А. ....	10
Вавилова Т. В. ....	14	Кочанова Е. А. ....	14
Вагапов Т. Н. ....	12	Кошукова Г. Н. ....	10
Варданян А. В. ....	4	Кузнецов Н. Н. ....	11
Васильев А. А. ....	17	Кузнецова В. А. ....	9
Везикова Н. Н. ....	16	Куликова О. Н. ....	14
Вершинина Г. А. ....	11	<b>Л</b>	
Волков А. Ю. ....	4	Лаврова А. Е. ....	9
Вольман О. В. ....	12	Лазакевич Д. Н. ....	16
Воробьева А. И. ....	5	Лапина А. А. ....	17
Воробьева Н. А. ....	5,13,20	Левиков Д. И. ....	4
Вуймо Т. А. ....	4	Левин А. В. ....	4
<b>Г</b>		Лисицына Т. А. ....	11
Галимов Т. Р. ....	7	Лойко В. С. ....	3
Гельцер И. В. ....	5	Лоховинина Н. Л. ....	14
Герасименко А. С. ....	6	Львова О. А. ....	11
Гиляров М. Ю. ....	9	Ляцук А. В. ....	12
Гнатенко Т. Г. ....	10	<b>М</b>	
Голицын С. П. ....	15	Ма И. ....	8
Головина О. Г. ....	5	Мадонов П. Г. ....	15
Голоева Р. Г. ....	11	Майков Е. Б. ....	15
Горбатенко В. С. ....	6	Макаров М. С. ....	13
Горбунова Е. В. ....	6,16	Макеев Н. Ю. ....	15
Грешнова О. Г. ....	3	Мальшева Ю. В. ....	17
Гриневич Т. Н. ....	6	Мамедова Л. С. ....	13
<b>Д</b>		Марусий А. А. ....	13
Давидов Э. Д. ....	4	Мелехова О. Б. ....	10
Двоенко О. Г. ....	3	Мельничникова О. С. ....	14
Демидова В. С. ....	7	Мельничук Е. Ю. ....	20
Долидзе Д. Д. ....	4	Мещерина Н. С. ....	18
Доля Е. М. ....	10	Минигалиева Э. Р. ....	7
<b>Е</b>		Миронов Н. Ю. ....	15
Егорова В. В. ....	7	Михайлова А. М. ....	14
<b>Ж</b>		Мишенкина С. В. ....	15
Жарков П. А. ....	19	Мурадян В. Ф. ....	17
<b>З</b>		Мухин А. С. ....	8
Заславская Е. Л. ....	8	<b>Н</b>	
Захаров С. М. ....	14	Назарова И. А. ....	14
Звягин А. А. ....	7	Нижельский В. Е. ....	12
Золотых О. С. ....	3	Нильва Е. С. ....	16
Зыков В. П. ....	13	Новиков П. С. ....	15
		Новикова Т. Н. ....	15

<b>О</b>		<b>Т</b>	
Олейник Б. А.....	7	Терещенко Р. Н.....	17
Орлова О. М.....	20	Тихомирова И. А.....	17
<b>П</b>		Токарев К. Ю.....	4
Панов А. В.....	14	Толстова Е. М.....	20
Папаян Л. П.....	5	Торба А. В.....	12
Пашов А. И.....	17	Тригуб А. В.....	18
Певзнер А. В.....	15	Тришкина Н. Н.....	6
Петрищева Е. Ю.....	8	Туманова С. А.....	6
Петроченко Е. П.....	17	<b>Ф</b>	
Пивоварчик С. Н.....	3	Федоров С. А.....	8
Плаксина А. Н.....	11	Филатова А. Г.....	8
Плотникова М. О.....	15	Филитова О. А.....	11
Полелей Т. О.....	6	Фурсова В. А.....	10
Попа А. В.....	20	<b>Х</b>	
Потеряхин В. П.....	12	Хафизов А. Р.....	7
Преснякова М. В.....	9	Хачатрян А. Р.....	17
Прохоров К. В.....	10	<b>Ч</b>	
<b>Р</b>		Чайка О. О.....	12
Рожнев В. В.....	6,16	Чехонацкая М. Л.....	3
Розбаева Ю. С.....	12	Чечнева М. А.....	14
Ройтман Е. В.....	15	Чиж Е. Ю.....	4
Рябов М. М.....	17	<b>Ш</b>	
<b>С</b>		Шадрин А. А.....	10
Сагамонова К. Ю.....	3	Шарабрин Е. Г.....	8
Сергеев М. А.....	16	Шараева Я. В.....	9
Серединский А. В.....	17	Шаталова О. В.....	6
Сибирская Е. В.....	19	Шелковникова Т. В.....	19
Сироткина О. В.....	14	Шифрин Ю. А.....	20
Скопец И. С.....	16	Шишлянникова Н. Ю.....	19
Скуридин Д. С.....	8	Шлевков Н. Б.....	15
Смирнов К. В.....	6,16	Шмидт Е. А.....	16
Смирнова О. А.....	5	Шостак Д. П.....	17
Соколов С. Ф.....	15	Щапков А. А.....	20
Старовойтова А. В.....	6	<b>Э</b>	
Сторожева М. В.....	13	Эмирова Х. М.....	20
Стуров В. Г.....	17	Энгаус Р. Е.....	10
Суковатых Б. С.....	17		
Суковатых М. Б.....	17		
Сухоручкин В. А.....	3		





