

О. С. Шпаковская

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МОЗГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ю. Л. Журавков

Кафедра поликлинической терапии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «9 ГКБ» г. Минск

Резюме. В статье приведены данные анализа эффективности реперфузии при инфаркте мозга.

Ключевые слова: инфаркт мозга, тромболитис, альтеплаза.

Resume. The cerebral infarction reperfusion effectiveness are present in the article.

Key words: cerebrum infarction, thrombolysis, alteplaza.

Актуальность. Актуальность проблемы ишемического инфаркта мозга (ИМ) обусловлена его высокой медицинской и социальной значимостью. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении патогенеза а также методы ранней диагностики и современные средства терапии ИМ, заболеваемость ИМ остается высокой, а смертность занимает второе-третье место в общей структуре смертности, уступая

лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. ИМ наряду с дисциркуляторной энцефалопатией является ведущей причиной развития деменции и инвалидизации населения[1,2,3]. С 2008 года в РБ при ИМ разрешена тромболитическая терапия (ТЛТ) альтеплазой. Около 85% ТЛТ по этому показанию в РБ выполняется в УЗ «9-ГКБ».

Цель: оценка реальной эффективности в наших условиях применения альтеплазы при тромболизе ИМ у разных категорий пациентов с учетом показаний и противопоказаний.

Задачи:

1. Проанализировать эффективность ТЛТ при ИМ по динамике неврологического дефицита, степени функциональной независимости и летальности.

2. Найти возможные корреляции между эффективностью ТЛТ и некоторыми характеристиками ИМ и пациентов (время от начала ИМ до ТЛТ, варианты ИМ).

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 89 пациентов, которым проводился тромболизис при ишемическом ИМ с 2008 г. по настоящее время на базе ПИТ ОПСМ УЗ «9-я ГКБ» г. Минска. Выбор больных для ТЛТ осуществлялся с учетом рекомендованных ESO показаний и противопоказаний. Эффективность ТЛТ оценивалась по динамике степени неврологического дефицита (НД), определяемого ежечасно в течение суток после ТЛТ по шкале инсультов NIHSS, и контролировалась на КТ ГМ через сутки после ТЛТ [3], а также по шкале функциональной независимости Рэнкина. В контрольной группе – 1452 пациента с ИМ без реперфузии. Возраст пациентов в обеих группах был $61,4 \pm 2,85$ и $62,3 \pm 3,55$, а NIHSS $17,2 \pm 1,92$ и $16,2 \pm 2,47$ соответственно.

Результаты и их обсуждение. Применение ранней ТЛТ привело в целом к более чем 4-кратному уменьшению смертности (рисунок 1) по сравнению с контрольной группой. Хочется акцентировать внимание на значительное снижение смертности пациентов в возрастной группе до 60 лет (более чем в 6 раз).

Полученные результаты по динамике неврологического дефицита в результате ТЛТ суммированы в таблице 1. Положительный эффект очевиден у всех пациентов, за исключением группы с обширными (> 20 б NIHSS) ИМ (таблица 1).

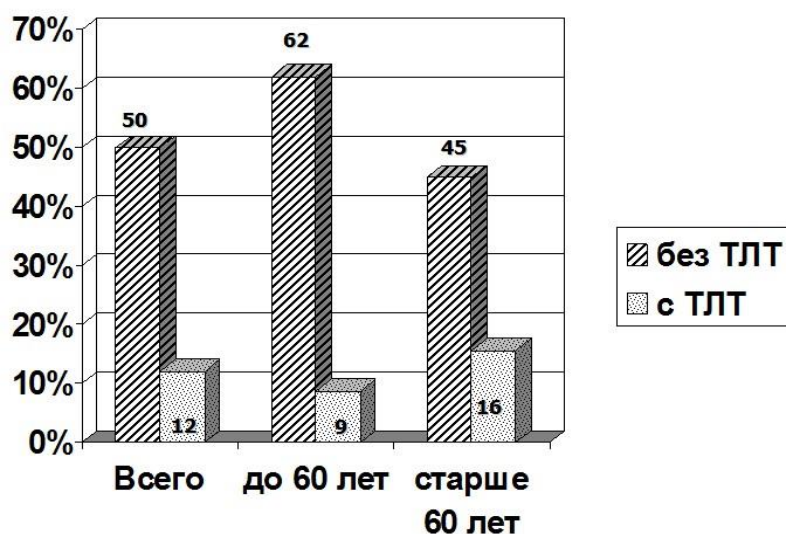


Рисунок 1 – Влияние ТЛТ на смертность пациентов с ИМ

Таблица 1. Результаты ТЛТ альтеплазой при ИМ

Инфарктмозга	N пациентов	“+”рез-ты, к-во	“+”рез-ты,%	NIHSS до ТЛТ, баллы	NIHSS после ТЛТ, баллы	ΔNIHSS
Всего	89	79	88,7	17,0±3,3	10,4±2,9	6,9±3,0
КЭ	45	41	86,6	16,4±2,9	10,2±3,1	6,7±2,1
АТ	44	38	91,3	17,0±3,3	10,4±3,7	7,1±3,2
муж	49	42	85,7	18,6±2,4	12,0±3,7	7,3±2,5
жен	40	37	92,5	16,7±3,1	11±5,3	7,1±2,2
≤60	40	37	92,5	13,6±2,9	8,8±4,3	8,4±3,0
> 60	49	42	85,6	18,9±3,4	12,6±4,4	5,9±2,5
≤ 2 ч	31	30	97,1	16,3±3,5	12,4±2,7	9,4±2,6
> 2 ч	58	49	84,4	17,4±3,9	13,2±3,3	5,1±2,6
≤ 20 б NIHSS	74	71	95,3	16,0±2,3	8,7±3,9	7,8±2,2
> 20 б NIHSS	15	8	53,3	21,0±1,4	18,7±2,2	3,0±1,0

При анализе эффективности ТЛТ при ИМ в различных группах (таблица 1) обращает внимание, что положительная неврологическая динамика (уменьшение) степени НД при ТЛТ отмечена и при кардиоэмболическом (КЭ), и при атеротромботическом (АТ) ИМ, эффект примерно равный в обеих группах. Связанных с полом различий в эффективности ТЛТ не обнаружено. С временным фактором выраженных различий в эффективности ТЛТ в целом в опытной группе также не выявлено. Но при выделении отдельной группы КЭ ИМ со временем ТЛТ до 2 часов от манифестации мы достоверно ($p < 0,01$) получаем наибольший эффект от ТЛТ (рисунок 2). Также обращает внимание достоверно ($p < 0,05$) более выраженная положительная неврологическая динамика в группе пациентов младше 60 лет (Δ NIHSS 8,4±3,0), чем в группе возрастных пациентов (Δ NIHSS 5,9±2,5) (таблица 1).

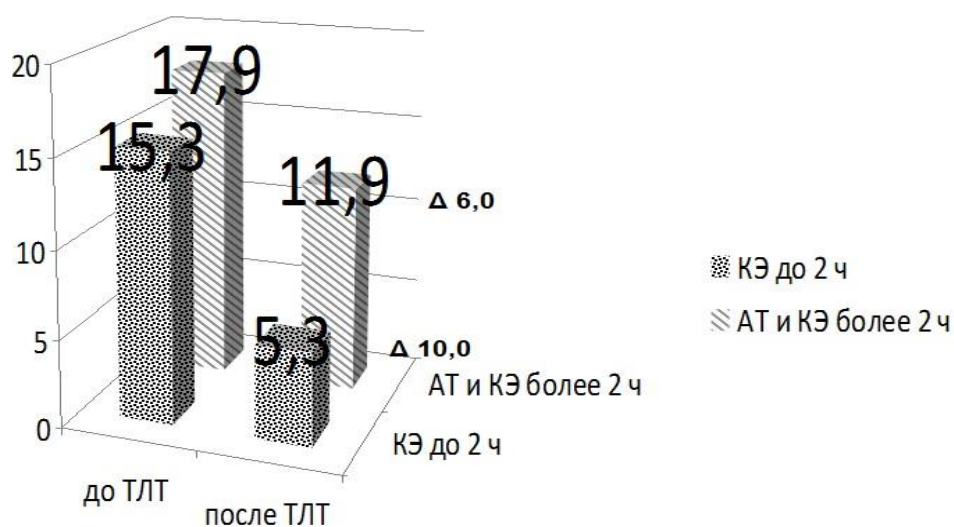


Рисунок 2—Уменьшение неврологического дефицита при ТЛТ КЭ ИМ

Также проводилась оценка степени функционального восстановления по шкале Рэнкина, результаты представлены на рисунке 3. Очевидно, что ТЛТ при ИМ дает



Рисунок 3 – Оценка степени функционального восстановления по шкале Рэнкина при ИМ без ТЛТ (А) и с ТЛТ (Б)

более чем 3-кратное снижение доли пациентов с выраженными и грубыми функциональными нарушениями (с 80 до 26%), что говорит о значительном улучшении качества жизни у постинфарктных пациентов.

При анализе 10 отрицательных результатов ТЛТ обращает внимание тот факт, что в 9 случаях из 10 было нарушение протокола выбора пациентов на ТЛТ в виде игнорирования очевидных противопоказаний – превышение 3х-часового окна, наличие декомпенсированного сахарного диабета, алкогольной болезни, повторного ишемического ИМ. Все 4 случая проведения ТЛТ позже 3 часов от манифестации ИМ (чаще всего это было связано с отсутствием на момент принятия решения достоверных анамнестических данных) закончились летально. Это опять же

возвращает нас к проблеме ужесточения отбора пациентов на ТЛТ и позволяет поставить под сомнение целесообразность удлинения терапевтического диапазона до 4,5 часов согласно новой (2012 г), утвержденной МЗ РБ, редакции инструкции по применению альтеплазы при ИМ.

Выводы:

1. Подтверждена стабильно высокая эффективность ТЛТ при ИМ, выражающаяся в несомненном снижении смертности, неврологического дефицита и повышении качества жизни.

2. Показана необходимость строгого следования показаниям и противопоказаниям при отборе больных на ТЛТ.

3. Наиболее эффективна ТЛТ при нетяжелом КЭ ИМ (менее 20 баллов по NIHSS) при проведении в ранних сроках (до 2 часов), что позволяет предложить более строгие критерии отбора для ТЛТ по сравнению с рекомендациями ESO.

4. Очевидна нецелесообразность на данном этапе увеличения терапевтического окна до 4,5 часов в связи с резким повышением риска летального исхода.

O. S. Shpakovskaya

EFFECTIVENESS REPERFUSION CEREBRAL INFARCTION

Tutor Associate professor Y. L. Zhuravkov

Department of Polyclinic Therapy,

Belarusian State Medical University, Minsk

9 ССН, Minsk

Литература

1. European Stroke Initiative: European stroke initiative recommendations for stroke management. European stroke council, european neurological society and european federation of neurological societies. *Cerebrovasc Dis* 2000;10:335-351.

2. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee: European stroke initiative recommendations for stroke management – update 2003. *CerebrovascularDisease* 2003;16:311-337.

3. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. ESO, 2008.