

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА И ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Новикова Р.А., Алексейчик С.Е., Гончарик Т.А., Гулиева Д.Ш., Полевкова Н.Я.

УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из актуальных социально-медицинских проблем современности. По данным Американской ассоциации сердца ежегодно инфаркт миокарда (ИМ) развивается у 1,5 миллионов человек. На современном этапе развития медицины главная роль в профилактике острого ИМ при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST отводится скорейшему восстановлению коронарного кровотока. Восстановление последнего по окклюзионным коронарным артериям достигается проведением тромболитической терапии (ТЛТ) или транслюминальной коро-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

нарной ангиопластикой (ТКА). Каждый из этих методов имеет свои достоинства и недостатки.

Цель работы оценить эффективность реперфузионной терапии путем ТЛТ, ТКА, ТЛТ с последующим выполнением ТКА, определить их достоинства и недостатки, после чего решить вопрос о преимущественной первоочередности каждого из этих методов при ОКС с подъемом ST. Определить целесообразность выполнения первичной ангиопластики у всех пациентов с ОКС с подъемом ST.

Материалы и методы. Исследовано 184 пациента с ОКС с подъемом сегмента ST в возрасте 38-82 лет, средний возраст $59,7 \pm 8,3$ лет, мужчин 58,5%, женщин 41,5%. Анализировались результаты ТЛТ, ТКА и ТЛТ с последующим проведением ТКА. Анализировались анамнез, данные ЭКГ, ЭХОКГ, липидный спектр, кардиоспецифические ферменты. Статистическая обработка результатов выполнена на компьютере с использованием Microsoft Excel. Различия считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Все исследуемые разделены на 3 группы: 1 гр. - выполнялась ТЛТ, 2 гр. - ТКА, 3 гр. - после ТЛТ выполнялась ТКА.

Результаты и обсуждение. По данным ЭХОКГ во второй и третьей группах фракция выброса левого желудочка оказалась значительно больше 67% и 68% против 61% в первой группе, что говорит о лучшем сокращении миокарда, чем при ТЛТ. Отмечались отличия между группами по частоте развития инфаркта миокарда. В третьей группе после неэффективного ТЛТ Q-рубцовые изменения были зафиксированы у 23% ($p < 0,05$) пациентов, что достоверно выше в сравнении со второй группой (9%), где сразу пришлось идти на КАГ). Возможно, при ТЛТ произошла фрагментация тромба и части его попали в конец сосуда и закрыли его в результате у них на ЭКГ развилась глубокая трансмуральная ишемия и повторный подъем сегмента ST после ангиопластики с формированием инфаркта миокарда. Из 184 пациентов с ОКС у 39 (21%) выполнена КАГ, из них у 28,2% коронарные артерии без существенных изменений, у 49% поставлены по 1-2 стента, у 23% были мультифокальные поражения коронарных артерий, что требовало вмешательства кардиохирургов. Как видно наибольший эффект получен у пациентов с выполнением КАГ и стентированием. У пациентов с ТЛТ повторялись боли, что потребовало последующей КАГ. Это свидетельствует о том, что нет необходимости выполнять две процедуры по реканализации коронарных артерий: во-первых, двойные финансовые затраты, во-вторых в большинстве случаев требуется ЧКВ после тромболитической терапии. Первичная ЧКВ является предпочтительнее особенно при соблюдении временного интервала (90 мин). Начинать реперфузионную с ТЛТ можно при невозможности соблюдения временного интервала в 90 мин. и наличия на ЭКГ остроразвившейся трансмуральной ишемии (ОКС с выраженным подъемом ST), где можно предполагать свежеразвившийся тромб.

Выводы.

1. Основной принцип лечения пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST –

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

максимально быстро провести реваскуляризацию миокарда.

2. Предпочтительным является первичное ЧКВ.

3. В большинстве случаев первичная ТЛТ не дает эффекта и требует выполнения спасительного ЧКВ, что влечет за собой ряд осложнений и дополнительные финансовые расходы.

4. Начинать реперфузию с ТЛТ, очевидно, можно только по особым показаниям в исключительных случаях.

5. Первичной задачей является достижение добитье скорейшей доставки (90 мин) пациентов с ОКС в клинику, где есть возможность выполнения первичного ЧКВ.

6. Вопросы реканализации КА у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST требуют доработки на большом материале.