

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНФАРКТЕ МОЗГА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минск²,

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»³

В статье приведены оригинальные результаты семилетнего опыта тромболизиса альтеплазой ишемического инфаркта мозга в 9-ой городской клинической больнице г. Минска.

Ключевые слова: инфаркт мозга, тромболизис, альтеплаза, летальность, шкала Рэнкина.

Y. L. Zhuravkov, I. A. Minzar, A. A. Koroleva, O. S. Shpakovskaya

THE SEVEN-YEAR EXPERIENCE OF TROMBOLYSIS AN ISCHEMIC CEREBRUM INFARCTION

The original results of seven-year experience of thrombolysis by alteplaza an ischemic cerebrum infarction in Minsk Sity Clinical Hospital № 9 are resulted in the article.

Key words: cerebrum infarction, thrombolysis, alteplaza, lethality, Rankin scale.

Инфаркт мозга (ИМ) – заболевание, характеризующееся ишемическим некрозом части головного мозга вследствие критического уменьшения внутримозговой перфузии. Основными механизмами возникновения ишемического ИМ, приводящими к уменьшению объема поступающей крови для мозга, являются спазм артерий и окклюзия сосуда.

МКБ-10 • I63. Инфаркт мозга.

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 [1–3]. С 2008 года в РБ при ИМ разрешена тромболитическая терапия (ТЛТ) альтепла-

зой. Около 85% ТЛТ по этому показанию в РБ выполняется в УЗ «9-ГКБ» г. Минска.

Целью работы была оценка реальной эффективности в наших условиях применения альтеплазы при тромболизисе ИМ у разных категорий пациентов с учетом показаний и противопоказаний.

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 ежедневно 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±2,85 и 62,3±3,55, а NIHSS 17,2±1,92 и 16,2±2,47 соответственно.

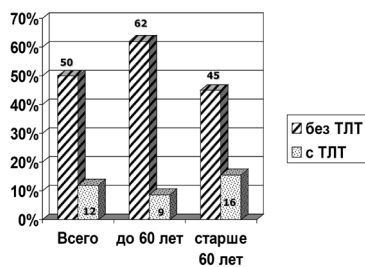


Рис. 1. Влияние ТЛТ на смертность пациентов с ИМ

Применение ранней ТЛТ привело в целом к более чем 4-кратному уменьшению смертности (рис. 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 (табл. 1).

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 (рис. 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) (табл. 1).

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

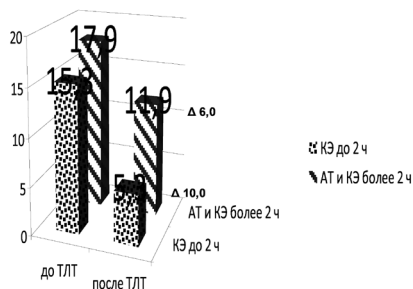


Рис. 2. Уменьшение неврологического дефицита при ТЛТ КЭ ИМ

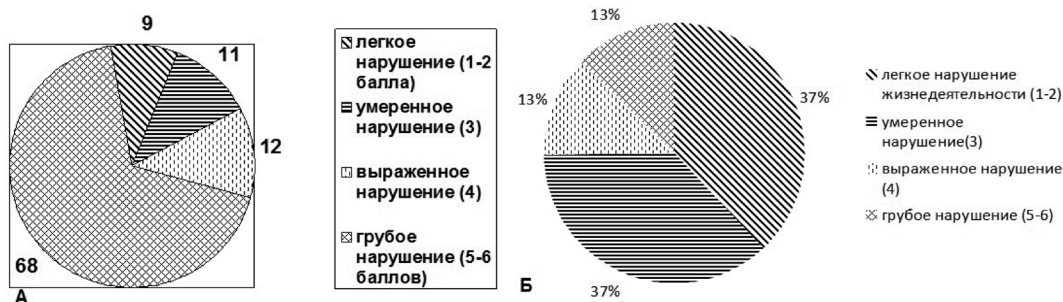


Рис. 3. Оценка степени функционального восстановления по шкале Рэнкина при ИМ без ТЛТ (А) и с ТЛТ (Б)

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.

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.* *Cerebrovascular Disease* 2003;16:311–337.
3. *Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками.* ESO, 2008.

Поступила 21.05.2015 г.