

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕПЕРФЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST

*Гончарик Т.А.<sup>1</sup>, Панкратова Ю.Ю.<sup>1</sup>, Санкович Е.В.<sup>2</sup>, Мазур В. В.<sup>1</sup>, Варава Н.К.<sup>2</sup>, Жих  
О.Д.<sup>2</sup>, Михайлова Р.М.<sup>2</sup>, Вацуро С.Н.<sup>2</sup>, Джозеф А.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Выживаемость пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМ-ПСТ) напрямую зависит от максимально быстрого, полного и стойкого восстановления реперфузии миокарда [1, с. 1615-1622]. Сегодня существует два основных метода реперфузии: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожная коронарная ангиопластика (ЧКА). Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. Главными преимуществами ЧКА перед ТЛТ являются более высокая частота восстановления коронарного кровотока, укорочение времени реперфузии миокарда, улучшение отдаленных результатов. Однако, отсутствие достаточного количества специализированных центров, удаленность сельских районов от учреждений с возможностью проведения ЧКА делает немедленную ТЛТ важным этапом лечения пациентов с ИМ-ПСТ. Вопрос о комбинированной стратегии реперфузии является актуальным для организации высокоэффективной медицинской помощи при ИМ-ПСТ. Результаты семи исследований [2, с. 1530-1538; 3, с. 634-641; 4, с. 417-424; 5, с. 456-462; 6, с. 559-568; 7, с. 2009-2945; 8, с. 2705-2718; 9, с. 1045-1053] показали, что проведение отсроченной ЧКА после ТЛТ достоверно снижает процент пациентов, достигших конечной точки (смерть, кардиогенный шок, застойная сердечная недостаточность в течение 90 дней). Учитывая эти данные, эксперты в Европейских рекомендациях по лечению ИМ-ПСТ считают необходимым проведение контрольной КАГ через 3-24 часа после начала ТЛТ даже при купировании симптомов ишемии. [9, с. 1045-1053].

Однако есть данные о том, что рутинное проведение ЧКА сразу же после выполнения фибринолиза оказалось неоправданным, более того - опасным, из-за роста застойной СН, кардиогенного шока в группе, где выполнялась ЧКА на фоне недавно проведенной ТЛТ [10, с. E1-E211]. Таким образом, дополнительный интерес представляет изучение эффективности отсроченного проведения ЧКА.

**Цель исследования:** изучить частоту развития и тяжесть осложнений инфаркта миокарда у пациентов с различными методами реперфузии (ТЛТ, ЧКА, комбинированная реперфузия) при ИМ-ПСТ.

**Материалы и методы:** Осуществлен ретроспективный анализ 120 медицинских карт пациентов с ИМ-ПСТ, прошедших курс лечения на базе 10-й ГКБ. Средний возраст пациентов составил  $68,5 \pm 11,4$  года. Из них 47 (39,2%) женщин и 73 (60,8%) мужчины. Больные были разделены на 4 группы: I - только ТЛТ (n=32), II - ТЛТ+ЧКА до 24 ч (n=21), III - ТЛТ+ЧКА спустя 24 ч (n=20), IV - ТЛТ и ЧКА не проводились (n=47). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Выявляемые у пациентов осложнения были разделены на три группы согласно рекомендациям по определению класса тяжести инфаркта миокарда. Статистический анализ осуществлялся с помощью программы BIOSTAT. Для сравнительного анализа использовались  $\chi^2$  и критерий z.

**Результаты исследования:** Основной принцип лечения пациентов с ИМ-ПСТ - максимально ранняя реперфузия инфаркт зависимой коронарной артерии. Поэтому закономерно, на наш взгляд, что самое большое количество осложнений ИМ-ПСТ (в 100% случаев) наблюдалось у пациентов IV группы ( $\chi^2=59,3$ ;  $p<0,0001$ ). При комбинированной реперфузии миокарда осложнения заболевания наблюдались реже (у 14,3% пациентов - группа II ( $z=4,003$ ;  $p<0,001$ ) и 30% пациентов - группа III ( $z=2,2$ ;  $p<0,05$ )), чем при

изолированной ТЛТ (65,6% случаев). Как при рутинном выполнении ЧКА после ТЛТ, так и отсроченном осложнение развивались одинаково часто ( $z = 0,836$ ;  $p > 0,05$ ). Однако, наиболее тяжёлые, относящиеся к третьей группе, при отсроченной ЧКА наблюдались реже ( $\chi^2 = 6,6$ ;  $p < 0,05$ ).

Ранняя постинфарктная стенокардия наблюдалась реже в группе II, по сравнению с группой IV ( $\chi^2 = 3,88$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** 1. Проведение комбинированной реперфузии позволяет улучшить результаты лечения при ИМ-ПСТ за счет уменьшения частоты развития осложнений

2. Эффективность отсроченного проведения ЧКА после ТЛТ требует дальнейшего уточнения.

#### Литература

1. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventricular function, and survival after acute myocardial infarction. The GUSTO Angiographic Investigators. // *N. Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 329. - P. 1615-1622.
2. Armstrong, P.W. A comparison of pharmacologic therapy with timely coronary intervention vs. primary percutaneous intervention early after ST-elevation myocardial infarction: the WEST (Which Early ST-elevation myocardial infarction Therapy) study / P.W. Armstrong // *Eur. heart J.* - 2006. - Vol. 27. - P. 1530-1538.
3. Scheller, B. Beneficial effects of immediate stenting after thrombolysis in acute myocardial infarction // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2003. - Vol. 42. - P. 634-641.
4. Le May, M. R. Combined angioplasty and pharmacological intervention versus thrombolysis alone in acute myocardial infarction (CAPITAL AMI study) // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2005. - Vol. 46. - P. 417-424.
5. Bohmer, E. Efficacy and safety of immediate angioplasty versus ischemia-guided management after thrombolysis in acute myocardial infarction in areas with very long transfer distances results of the NORDISTEMI (Norwegian study on District treatment of STElevation Myocardial Infarction) // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2009. - P. 456-462.
6. Di Mario, C. Immediate angioplasty versus standard therapy with rescue angioplasty after thrombolysis in the Combined Abciximab Reteplase Stent Study in Acute Myocardial Infarction (CARESS-in-AMI): an open, prospective, randomized, Multicenter trial // *Lancet.* - 2008. - Vol. 371. - P. 559-568.
7. Van de Werf, F. Management of acute myocardial infarction in patient presenting with persistent ST-segment elevation: The Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart. J.* - 2008. - Vol. 29. - P. 2009-2945.
8. Cantor, W.J. Routine early angioplasty after fibrinolysis for acute myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* - 2009. - Vol. 360. - P. 2705-2718.
9. Fernandez-Avilts, F. Routine invasive strategy within 24 hours of thrombolysis versus ischemia-guided conservative approach for acute myocardial infarction with ST-segment elevation (GRA-CIA-1): a randomized controlled trial II *Lancet.* - 2004. - Vol. 364. - P. 1045-1053.
10. Antman, E.M. ACC/AHA guidelines for management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2004. - Vol. 44. - P. E1-E211.