

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПУТИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Новикова Р.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Исход острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом ST зависит от скорости и полноты реканализации коронарных артерий. В литературе существуют различные мнения по поводу эффективности и преимуществ применения тромболитической терапии (ТЛТ), чрескожной ангиопластики (ЧКА) или их совместного применения [1, 2, 3]. В этом плане имеются разноречивые мнения, что требует постоянного уточнения.

Цель исследования: оценить эффективность трех вариантов экстренной реперфузии миокарда путем тромболиза (ТЛТ), транслюминальной коронарной ангиопластики или ТЛТ с последующей ангиопластикой, проанализировать их достоинства и недостатки, а также решить вопрос о приоритетной первоочередности каждого из них при ОКС с подъемом сегмента ST (ПСТ).

Материал и методы

Исследовано 65 пациентов с ОКС с ПСТ в возрасте 38-82 лет (средний возраст $59,7 \pm 8,3$). Мужчин 58,5%, женщин – 41,5%. Все исследованные распределены на 3 группы: 1-я – 14 чел (22%) с первичной ТЛТ, 2-я группа – 28 чел. (43%) – коронароангиография (КАГ) с ангиопластикой, 3 гр. – 23 чел. (35%) – после неэффективной ТЛТ выполнена ангиопластика. У всех анализировалась ЭКГ, УЗИ сердца, кардиоспецифические ферменты, липидный спектр. Кроме того, проанализированы истории 184 пациентов с ОКС, 98 мужчин и 86 женщин в возрасте 45- 70 лет (средний возраст $57,6 \pm 7,8$), прошедших в отделении кардиологии за первую половину 2015 г., составившие 4-ю группу.

Результаты и обсуждение

Выявлены отличия в частоте формирования зубца Q и развития инфаркта миокарда по группам. В 1-й группе у 7 человек – 50% пациентов пришлось выполнять дополнительно ЧКВ из-за сохраняющейся боли. Инфаркт миокарда развился в первой группе у 4 человек – 28,5%. В 3-й группе с неэффективной ТЛТ у 6 человек – 26% сформировался зубец Q, во 2 группе инфаркт миокарда развился у 2 человек – 7,1%. Фракция выброса по УЗИ сердца в 1-й группе была ниже ($59,0 \pm 3,1\%$), чем во 2 и 3 группах ($68,0 \pm 3,2\%$), ($67,0 \pm 3,6\%$) $P < 0,05$, соответственно. Это может свидетельствовать о том, что ЧКВ более эффективно обеспечивает сохранение жизнеспособности миокарда. В 4-й группе КАГ выполнена у 39 чел. (21%), у 49% из них поставлены 1-2 стента, у 23% множественные поражения коронарных артерий, назначена консультация кардиохирурга. Практически более чем у 70% была необходимость в ЧКВ. У пациентов с первичной ТЛТ у трети боль не купировалась, пришлось выполнять спасительную ЧКВ, в результате у 4 человек – 28,5% развился инфаркт миокарда. В 3 группе, где неэффективна была ТЛТ, и более поздно было проведено ЧКВ у 26% сформировался зубец Q. В обеих группах (1 и 3) пришлось выполнять 2 процедуры, что приводило к потере времени, некоторому опозданию с реканализацией миокарда и развитию некроза, это требует и двойных финансовых затрат. Полученные данные указывают на предпочтение первичного ЧКВ.

Как видно, при выполнении первичной ТЛТ не всегда достигается эффект полной реканализации, при этом теряется время, вследствие чего развивается инфаркт миокарда. В группах (1 и 3), где выполнялось ТЛТ и ЧКВ терялось время, и результаты были значительно хуже, чаще развивался инфаркт миокарда. Данные полученные в 4 группе указывают, что практически у 70% пациентов с ОКС с подъемом ST имеется стенозирование коронарных артерий, что требует проведения ангиопластики, поэтому есть смысл у них сразу идти на чрескожную ангиопластику, не теряя времени.

Выводы

Основной принцип лечения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST – максимально быстрая реваскуляризация коронарных артерий.

Предпочтительным и более эффективным при реваскуляризации является первичное ЧКВ.

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

Начинать реперфузию с тромболитиками, очевидно, можно только по особым показаниям в исключительных случаях, когда по времени невозможно достичь лаборатории по выполнению ЧКВ.

Литература:

1. Тромболитическая терапия на амбулаторном этапе / Н.П. Митьковская [и др.] // Кардиология в Беларуси. – № 1 (08). – 2010. – С. 13.
2. Чрескожная коронарная ангиопластика после тромболитической терапии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST: фармакоинвазивная стратегия – выбор оптимального лечения / А.М. Пристром [и др.] // Медицина. – 2012. – №1. – С. 51.
3. Immediate angioplasty versus standard therapy with rescue angioplasty after thrombolysis in the Combined Abciximab Reteplase Stent Study in Acute Myocardial Infarction (CARES-in-AMI): an open, prospective, randomized, Multicenter trial / C.Di Mario [et al.] // Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P. 559-568.