

ТРОМБОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Лаба В.В., Желєзний В.П.*

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики,

*Міська клінічна лікарня № 1, м. Суми

Зазвичай Q-інфаркт міокарда (ІМ) виникає внаслідок гострого тромбозу артерії, яка раніше не була гемо динамічно звужена. Така оклюзія розвивається внаслідок раптового розриву або ерозії невеликої бляшки, що викликає в свою чергу агрегацію тромбоцитів і утворення тромба. Некроз міокарда починає розвиватися через декілька хвилин прогресуючи протягом декількох годин хвильоподібно від ендокарда до епікарда.

Якщо вдається відновити кровообіг в період прогресуючого некрозу, то можна зберегти ділянку ішемізованого міокарду і зменшити розмір ІМ. На сьогоднішній день існують дві основні передові технології відновлення кровообігу, до яких належить тромболітична терапія (ТТ) і перкутанна коронарна інтервенція з імплантацією стента. В умовах нашої місцевої дійсності ми маємо можливість використовувати тромболізис.

Метою дослідження було вивчення ефективності ТТ у хворих з Q-ІМ, відповідність її термінам госпіталізації від початку больового синдрому, локалізації ІМ, кінцевим виходам при завершенні стаціонарного етапу.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено обстеження і лікування 30 пацієнтів з Q-ІМ, що перебували в стаціонарному відділенні комунальної установи «Міська клінічна лікарня № 1» в 2010р.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього вивчено 30 стаціонарних хворих з Q-ІМ, яким застосовувалась стандартна програма діагностики і лікування з проведенням госпітального тромболізісу препаратом «Фармакіназа» фірми «Фармак» (Київ). Пацієнтів з передньою локалізацією захворювання було 16 (53,3%), серед яких переважав поширений передньо-перетинково-верхівково-боковий ІМ – у 7 (23,3%). Хворих з задньою локалізацією захворювання було 14 (46,7%), з переважаним задньо-нижнім і нижнім ІМ, відповідно – 6 (20%) і 5 (16,6%). За гендерними ознаками, чоловіків (Ч) реєструвалось 23 (76,6%), жінок (Ж) – 7 (23,4%). Вікові аспекти розподілу хворих наступні: Ч – 30-39р. – 1 (3,3%); 40-49р. – 2 (6,6%); 50-59р. – 11 (36,6%); 60-69р. – 9 (30%); Ж – 50-59р. – 1 (3,3%); 60-69р. – 2 (6,6%); 70-79р. – 3 (10%); 80-89р. – 1 (3,3%). Згідно термінів госпіталізації від початку больового синдрому, то всі випадки співпадали з можливостями так званого «терапевтичного вікна» тромболітика. До 1 години госпіталізовано 3,3% хворих, до 2 і 3 годин по 16,6%, до 4 годин – 23,3%, до 5-ти годин – 10%, до 6-ти годин – 6,6%, до 7-ми годин – 20%, до 9-ти годин – 3,3%.

Супутніми станами були артеріальна гіпертензія (АГ) – 63,3% хворих, гіперліпідемія – 36,6%, гіперурікемія – 6,6%, цукровий діабет і хронічна хвороба нирок по 1 випадку. В застосуванні анальгетиків мали потребу 28 (93,3%) хворих.

Всі пацієнти виписані із стаціонару для продовження лікування на наступних етапах.

Висновки.

1. Ефективність ТТ є високою, в даному дослідженні без летальних наслідків, в той час як в цілому по відділенню за 2010р. вона склала 9,1% від усіх хворих з ІМ.

2. Високу ефективність ТТ формує і правильний відбір хворих з дотриманням встановленого «терапевтичного вікна».

3. Підтверджено, що чоловіки випереджають жінок на 20 років по виникненню захворювання і склали $\frac{3}{4}$ від усіх пацієнтів.

4. Поширеними є супутні асоційовані з ІХС стани, так АГ і дисліпідемія відповідно були у 63,3% і 36,6%.