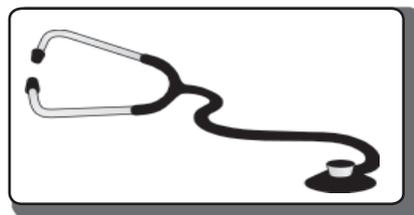




Внутренние болезни



УДК 616.127 - 005.8 (571.56)

А.А. Иванова¹, А.Ф. Потапов¹, Л.М. Мярина², Н.В. Махарова³

РОЛЬ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова¹,
677980, ул. Белинского, 58, тел.: 8(4112) 35-20-90, e-mail: rector@ysu.ru;*

*Якутская городская клиническая больница², 677005, ул. Стадухина, 81,
тел.: 8(4112) 43-23-45, e-mail: gorclincol@mail.ru;*

*Якутский научный центр комплексных медицинских проблем СО РАМН³,
677019, Сергеляхское шоссе, 4, тел.: 8(4112) 32-19-81, г. Якутск*

Республика Саха (Якутия), отличающаяся огромной территорией и низкой плотностью населения, относится к группе регионов с положительным естественным приростом и молодой структурой населения [7], но при этом сохраняется ряд негативных тенденций в структуре заболеваемости и смертности населения. С конца 90-х гг. в демографической ситуации республики появилась стойкая тенденция к ежегодному росту смертности. В 2009 г. коэффициент смертности составил 984,9 на 100 тыс. населения, при этом смертность мужского населения в три раза превысила смертность женского населения. Наиболее высокий уровень смертности населения был отмечен в период 2001-2005 гг. и в 2008 г. — от 1007,7 до 1021,0 на 100 тыс. чел. Ежегодно республика теряет более 9 тыс. чел., из которых около половины (более 4 тыс.) — люди трудоспособного возраста, при этом почти каждый второй умирает от болезней системы кровообращения (БСК). На современном этапе республика пополнила число регионов с низким показателем ожидаемой продолжительности жизни.

В структуре причин смертности населения республики, в том числе трудоспособного возраста, первое место стабильно занимают болезни органов кровообращения,

показатель смертности от которых за период 2000-2009 гг. увеличился на 16,3% (с 381,7 до 456,2 на 100 тыс. населения).

Важной задачей по улучшению прогноза и выживаемости при остром инфаркте миокарда (ОИМ) является восстановление коронарного кровообращения, позволяющее частично или полностью предотвратить развитие некроза миокарда. Одним из эффективных методов решения этой задачи, общепризнанных в мировой системе здравоохранения, является раннее применение тромболитической терапии (ТЛТ) [1, 2].

Цель исследования — изучить влияние тромболитической терапии на течение и исход острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 335 пациентов с острым инфарктом миокарда, получивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии для сердечно-сосудистых больных ЯГКБ в 2010 г. К моменту госпитализации острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST), являющийся электрокардиографическим показателем для тромболитической

кой терапии, был зафиксирован в 207 случаях (61,8%). Из 207 случаев ОКСпST в 70 случаях на догоспитальном этапе была применена тромболитическая терапия (33,8%), остальные 137 пациентов этот вид лечения не получили ввиду позднего обращения (66,2%). Для изучения влияния тромболитической терапии на течение и исход острого инфаркта миокарда сравнивались две группы больных, сопоставимых по возрасту, полу, перенесенному инфаркту миокарда: 1 группа — получившие ТЛТ (n=62), из них 52 мужчин и 10 женщин, и 2 контрольная группа — не получившие ТЛТ (n=62), из них 50 мужчин и 12 женщин (рис. 1).

Пациенты обеих групп получали стандартное лечение: антикоагулянты (нефракционированный гепарин или фондапаринукс (арикстра), ацетилсалициловую кислоту в дозе 250 мг первый день, далее по 125 мг ежедневно, клопидогрель 75 мг, ингибиторы АПФ, статины (аторвастатин 10 мг), β-блокаторы.

Критериями исключения из исследования в обеих группах послужили: артериальная гипертензия, сахарный диабет, тяжелые сопутствующие заболевания.

Все пациенты 1 группы были доставлены в стационар в первые 12 ч от начала заболевания, во 2 группе 12,9% больных доставлены позднее 12 ч, позднее суток — 87,1% (табл. 1).

В качестве тромболитического препарата по стандартным схемам был применен один из следующих: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена альтеплаза (актилизе) (31 эпизод), фибриноспецифический активатор плазминогена тенектеплаза (метализе) (30), проурокиназа рекомбинантная (пууролаза) (1).

Сравнительный анализ результатов лечения в обеих группах проводился по следующим критериям: частота и структура осложнений инфаркта миокарда, частота рецидивов ИМ, летальность. Рецидивы ОИМ фиксировали по данным ЭКГ и по данным биохимических анализов согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (повторные поражения миокарда, возникшие в течение ближайших 28 дн. от начала заболевания).

Результаты и обсуждение

Течение и исход инфаркта миокарда у пациентов в 1 и 2 группах имели существенные отличия. Нарушения ритма достоверно встречались чаще во 2 группе (50,0%

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов, взятых для исследования

Показатель	1 группа (n=62)	2 группа (n=62)	P
Кол-во мужчин	52 (83,9%)	50 (80,6%)	0,639
Кол-во женщин	10 (16,1%)	12 (19,4%)	0,639
Средний возраст	58,5±15,9	57,1±9,1	-
Первичный инфаркт миокарда	58 (93,5%)	54 (87,1%)	0,226
Повторный инфаркт миокарда	4 (6,5%)	8 (12,9%)	0,226
Время госпитализации:			
- до 6 ч	52 (83,9%)	-	-
- от 6 до 12 ч	10 (16,1%)	-	-
- позднее 12 ч	-	8 (12,9%)	-
- позднее 24 ч	-	54 (87,1%)	-

Изучено влияние тромболитической терапии на прогноз заболевания острым инфарктом миокарда. Представлены результаты наблюдений 124 пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда, получивших лечение в специализированном стационаре г. Якутска. Проведен сравнительный анализ течения и исходов инфаркта миокарда при различных видах терапии. Выявлено, что раннее применение современных тромболитических препаратов, начатое с догоспитального этапа, сокращает время восстановления коронарного кровотока и позволяет снизить летальность больных с острым Q-образующим инфарктом миокарда до 3 раз (p=0,014). При этом существенно уменьшилась частота развития осложнений (p=0,001) и рецидивов заболевания (p=0,034). Обозначена важная роль своевременного обращения пациентов за медицинской помощью с целью улучшения прогноза лечения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, тромболитическая терапия, летальность.

A.A. Ivanova, A.F. Potapov, L.M. Myarina, N.V. Maharova

THE ROLE OF PRE-HOSPITAL THROMBOLYTIC THERAPY IN MYOCARDIAL INFARCTION MORTALITY RATE DECREASE IN POPULATION

M.K. Ammosov North-Eastern Federal University; Yakutsk City Clinical Hospital; Yakutsk Research Center for Comprehensive Medical Issues, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Yakutsk

Summary

The study focuses on effect of thrombolytic therapy on acute myocardial infarction prognosis. It presents results of monitoring of 124 patients with large-focal myocardial infarction, having been treated in Yakutsk specialized in-patient hospital. We have done comparative analysis of the course and outcome of myocardial infarction under different types of therapy. It is revealed that the early use of current thrombolytic medications, started at pre-hospital period, cuts the time of coronary blood flow restoration and reduces mortality rate in patients with acute Q-wave myocardial infarction up to 3 times (p=0,014) in the city of Yakutsk. It also significantly reduces frequency of complications developed (p=0,001) and the disease recurrence (p=0,034). The work outlines an important role of the patients' timely health-seeking behavior in a better treatment prognosis.

Key words: myocardial infarction, thrombolytic therapy, mortality.

против 16,1; p=0,001) и отличались большим разнообразием (табл. 2). Например, синдром слабости синусового узла, острые блокады ножек пучка Гиса 2 и 3 ст., частая наджелудочковая экстрасистолия встречались только в данной группе пациентов.

В группе других осложнений рассматривались кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность (3 класс Killip), разрыв миокарда, острая сердечная недостаточность, постреанимационная болезнь (табл. 3). В целом указанные осложнения ОИМ наблюдались значительно чаще во 2 группе, чем в 1 группе (p=0,001).

Таблица 2

Частота и виды аритмий, осложнивших течение ИМ, при разных видах терапии

Виды аритмий	1 группа (n=62)		2 группа (n=62)		P
	абс.	уд.вес	абс.	уд.вес	
Всего случаев аритмий, в том числе:	10	16,1	31	50,0	0,001
- фибрилляция желудочков	3	4,8	7	11,3	0,189
- желудочковая тахикардия	3	4,8	2	3,2	0,648
- фибрилляция предсердий	1	1,6	4	6,5	0,173
АВ-блокада 2 и 3 ст.	3	4,8	9	14,5	0,070
Слабость синусового узла	-	-	2	3,2	-
Острая полная блокада правой ножки пучка Гиса	-	-	3	4,8	-
Острая полная блокада левой ножки пучка Гиса	-	-	3	4,8	-
Частая наджелудочковая экстрасистолия	-	-	1	1,6	-

Таблица 3

Частота и структура осложнений ОИМ

Виды осложнений	1 группа (n=62)		2 группа (n=62)		P
	абс.	уд.вес	абс.	уд.вес	
Всего случаев осложнений, в том числе:	15	24,2	39	62,9	0,001
- кардиогенный шок	6	9,7	11	17,7	0,194
Острая левожелудочковая недостаточность (3 класс Killip)	1	1,6	9	14,5	0,009
Острая сердечная недостаточность (2 класс Killip)	8	12,9	13	21,0	0,233
Разрыв миокарда	-	-	3	4,8	-
Постреанимационная болезнь	-	-	3	4,8	-

В 1 группе наблюдения не было отмечено таких осложнений, как разрыв миокарда и постреанимационная болезнь, тогда как во 2 группе разрыв миокарда и постреанимационная болезнь встречались по 4,8% случаев.

Следует отметить, что не было зарегистрировано ни одного случая кровотечений в результате проведения системного тромболитизиса, что свидетельствует о тщательном подборе пациентов с учетом возможных осложнений. Между тем в специальной литературе «малые» и «большие» кровотечения указываются как наиболее частые осложнения системного тромболитизиса.

Анализ частоты рецидивов и исхода ОИМ показал (табл. 4), что тромболитизис, проведенный в течение «золотого часа», позволил в 12,9% случаев избежать формирования зоны некроза в миокарде.

Рецидивы (p=0,034) и летальный исход (p=0,014) зарегистрированы чаще во 2 группе.

Таким образом, применение тромболитических препаратов в лечении крупноочагового инфаркта миокарда привело к достоверному снижению частоты рецидивов ИМ и смертности до 3 раз. Однако необходимо отметить, что анализ госпитализации больных с ОИМ в отделе-

Таблица 4

Частота рецидивов и исход ОИМ

Показатель	1 группа (n=62)		2 группа (n=62)		P
	абс.	уд.вес	абс.	уд.вес	
«Прерванный инфаркт»	8	12,9	-	-	-
Частота рецидивов	4	6,5	15	24,2	0,034
Летальный исход	3	4,8	10	16,1	0,014

ние реанимации и интенсивной терапии для сердечно-сосудистых больных ЯГКБ позволил установить, что в г. Якутске своевременно обращаются за медицинской помощью менее половины больных с острым инфарктом миокарда. По данным 2010 г., в рамках «временного окна ТЛТ» 12 ч в специализированное отделение было доставлено 33,8% пациентов. В остальных случаях, даже при наличии показаний, реперфузионная терапия не могла быть применена из-за поздних сроков. В частности, в 2010 г. ТЛТ из-за позднего обращения не получили 40% пациентов трудоспособного возраста. Этот факт дает основание для более активного и широкого информирования населения в плане настороженности по отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям и важности своевременного обращения за медицинской помощью. Настоящее исследование выявило, что все пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, обратившиеся в пределах 12 ч от начала заболевания, при отсутствии других противопоказаний, имеют возможность получить высокоэффективную тромболитическую терапию.

Выводы

1. Раннее применение современных тромболитических препаратов в условиях г. Якутска в 3 раза снизило частоту неблагоприятных исходов.

2. Поздняя госпитализация в 2010 г. с позиции «временного окна ТЛТ» в специализированное отделение г. Якутска была зарегистрирована в 45,4% случаев.

3. Опыт г. Якутска по применению тромболитической терапии острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST, безусловно, подлежит широкому распространению по всей территории республики, что позволит достоверно снизить смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего в трудоспособном возрасте.

4. Необходимо широкое информирование населения в плане настороженности по отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям и важности своевременного обращения за медицинской помощью.

Л и т е р а т у р а

1. Амосова Е.Н., Дыкун Я.В., Мишалов В.Г. Руководство по тромболитической терапии. - Киев: IT-studio, 1998. - С. 168.

2. Головенкин С.Е., Радионов В.В., Матюшин Т.В. и др. Сравнение эффективности режимов введения альтеплазы (актилизе) при лечении острого инфаркта миокарда // Сердце. - 2006. - Т.5, №3. - С. 120-122.

3. Здравоохранение в Республике Саха (Якутия): стат. сб. - Якутск, 2009.

4. Моисеев В.С. Применение тромболитической терапии на догоспитальном этапе // Клиническая фармакология и терапия. - 2004. - №13(1). - С. 65-67.

5. Рекомендации VII конф. Американской коллегии торакальных врачей по антитромботической и тромболитической терапии // Клиническая фармакология. - 2005. - №14(1). - С. 67-72.

6. Щепин В.О., Тишук Е.А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №1. - С. 3.

Координаты для связи с авторами: Иванова Альбина Аммосовна — канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломно-

го обучения врачей СВФУ, e-mail: iaa 60@mail.ru, тел.: 8-924-762-29-16; *Потапов Александр Филиппович* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи Института последипломного обучения врачей СВФУ; *Мярина Лиля Михайловна* — зав. отделением реанимации и интенсивной терапии для сердечно-сосудистых больных Якутской городской клинической больницы, тел.: 8-914-268-16-95; *Махарова Наталья Владимировна* — доктор мед. наук, ст. науч. сотр. Якутского научного центра комплексных медицинских проблем СО РАМН.



УДК 616.12 - 06 - 08(07)

Е.А. Сироцинская³, С.Л. Жарский¹, И.М. Жарская², О.В. Баранова⁴

РОЛЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Консультативно-диагностический центр «Вивея»², 680000, ул. Запарина, 83, тел.: 8(4212) 45-11-11;
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России³;
НУЗ «Отделенческая поликлиника ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»⁴, 680038, ул. Джамбула, 2, тел.: 8(4212) 38-35-89, г. Хабаровск

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний важная роль отводится нарушениям ритма сердца, и среди них значительное место занимает фибрилляция предсердий (ФП). По своей частоте, в сравнении с другими аритмиями, ФП уступает только экстрасистолии и встречается примерно в 10 раз чаще, чем все остальные варианты пароксизмальной наджелудочковой тахикардии [1]. ФП является основным фактором риска развития застойной сердечной недостаточности и ишемического тромбоэмболического инсульта. Возникновение ФП в трудоспособном возрасте вызывает инвалидизацию у 88% больных [1]. Несмотря на большой арсенал возможностей, которые могут быть сегодня использованы в комплексной терапии ФП и ассоциированных с ней заболеваний, доля больных, получающих адекватное лечение, все еще остается низкой.

Применение образовательных программ для больных позволяет не только повысить регулярность приема лекарств и проведения самоконтроля ЧСС и АД, но и способствует коррекции факторов риска, влияющих на течение сердечно-сосудистой патологии [3]. В настоящее время уже накоплен некоторый опыт применения обучающих программ для больных фибрилляцией предсердий. По данным А.В. Муромкина и соавт. (2008 г.), обучение

пациентов в специализированных группах является более эффективным для повышения контроля над заболеванием, чем получение стандартных рекомендаций от лечащего врача [2]. Однако до настоящего времени остается малоизученным влияние образовательных программ на параметры, комплексно характеризующие динамику состояния сердечно-сосудистой системы у больных с постоянной формой ФП.

Цель нашего исследования состояла в совершенствовании амбулаторного лечения постоянной формы ФП с помощью образовательной программы для больных и врачей первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы

В исследовании добровольно приняли участие 120 больных с постоянной формой ФП в возрасте от 50 до 72 лет. Критериями исключения были: наличие показаний для различных видов хирургического лечения, фракция выброса <30%, любые тяжелые декомпенсированные сопутствующие заболевания, изменения в характере терапии в течение предшествующего месяца, вероятность несоблюдения расписания визитов по любой причине.

Больные в процессе отбора были разделены на две группы. Основная группа прошла курс обучения с ис-