

ST СЕГМЕНТ ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТИЗИМЛИ ТРОМБОЛИЗИСНИНГ ЧАП ҚОРИНЧА СИСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ

А.Л. Аляви, С.Р. Кенжаев, И.И. Кахаров

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, Бухоро филиали

EFFECT OF PREHOSPITAL SYSTEMIC THROMBOLYSIS ON LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION IN ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

A.L. Alavi, S.R. Kenzhaev, I.I. Kakharov

Bukhara branch of Republican Research Center of Emergency Medicine

Мақсад: ST элевацяли ўткир коронар синдромида шифохонагача тромболизис ўтказилган беморларда чап қоринча миокардининг систолик дисфункциясига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар: тадқиқотга ST элевацяли ўткир коронар синдром билан касалланган 70 та бемор киритилди. Беморлар тасодифий икки гуруҳга бўлинган: Назорат (А гуруҳига) 35 та бемор, стандарт терапия ва шифохонада тромболитик терапия (ТЛТ) олганлар. Асосий гуруҳ (В гуруҳи)га стандарт терапия ва шифохонагача тромболитик терапия амалга оширилган 35 та бемор кирди. 70 та беморларнинг барчасига ЭхоКГ 1-кун миокард реваскуляризациясидан сўнг ва 3 ойдан сўнг амалга оширилди.

Натижалар: Эрта шифохонагача миокард реперфузиясини ST элевацяли ўткир миокард инфаркти (СТЭЎМИ) билан оғриган беморларда қўллаш марказий гемодинамика кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатди, чап қоринча (ЧҚ) дилатацияси ривожланишини камайтирди, натижада 3 ойлик кузатув давомида охириги диастолик ва систолик ҳажм кўрсаткичлари ўзгармади. ЧҚ ҳайдаш фракцияси (ЧҚ ҲФ) динамикада иккала гуруҳда ҳам ўсиб борди, унинг ўсиши В гуруҳида кўпроқ кузатилди.

Хулоса: вақтли шифохонагача реперфузия миокард шикастланишининг оғирлигини пасайтиради ва шу билан ЧҚ миокардининг оғир систолик дисфункцияси ривожланишига йўл қўймайди.

Калит сўзлар: СТЭЎМИ, чап қоринчани дисфункцияси, шифохонагача тромболитик терапия.

Objective: to study the effect of prehospital thrombolysis on left ventricular systolic dysfunction in patients with acute ST-segment elevation coronary syndrome.

Material and methods: The study included 70 patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation. Patients were randomized into two groups: control (group A) - 35 patients receiving standard therapy, and hospital TLT. Group B included 35 patients who underwent standard therapy and prehospital TLT. All 70 patients underwent echocardiography 1 day after myocardial revascularization and 3 months later.

Results: the use of early myocardial reperfusion in patients with STEMI had a positive effect on central hemodynamics, reduced the development of LV volume overload, as a result of which end-diastolic and systolic volumes did not change during 3 months of follow-up. LVEF grew in both groups, and its growth was more pronounced in group B.

Conclusion: timely prehospital reperfusion reduces the severity of myocardial damage and thus prevents the development of severe systolic myocardial dysfunction LV.

Key words: STEMI, left ventricular dysfunction, prehospital thrombolytic therapy.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss3/a4

Тромболитик терапия (ТЛТ) ST сегмент элевацияли миокард инфаркти (СТЭМИ) учун асосий патогенетик даволаш усулларида ҳисобланади. Тромболитик дорилар тромбнинг асосини ташкил этувчи фибринни парчалаш орқали таъсир этади. Тромболитик терапия СТЭМИ бўлган беморларнинг 50–85 фоизда коронар перфузияни тиклай олади. ТЛТ самарадорлигини белгиловчи асосий омил бу терапияни бошлаш вақтидир. Эртароқ терапия бошланган ва шунга мувофиқ коронар қон оқими тикланган бўлса, ТЛТ кўпроқ самара беради. Агар ТЛТни СТЭМИ бошлангандан биринчи соат ичида амалга оширилса, таъсир максимал даражада бўлади ва 30% гача миокард инфарктининг (МИ) абортив шакллари кузатилиши мумкин [1]. Кўпгина тадқиқотлар натижаларига кўра, ТЛТни МИ бошланишидан 12 соат ичида амалга оширилса ҳам самарали бўлади, айниқса дастлабки 2–3 соат ичида энг юқори самара беради. ТЛТни касалликнинг 13–18 соатларида ўтказиш самараси кам ҳисобланади (тадқиқотларга кўра ўлим даражаси атиги 1% гача камаяди). МИ бошланишидан 18 соатдан сўнг ТЛТни ўтказиш умуман самарасиздир [1, 3]. Истисно ҳолатлар, 12 соатдан кейин беморда ангинал хуруж ёки оғир юрак етишмовчилиги бўлган ҳолатлардир. Бундай ҳолларда кечиктирилган ТЛТ ўтказилади [4].

Агар тромболитик ҳам эркин, ҳам фибрин билан боғланган плазминни фаоллаштира, у одатда фибрин-носпецифик деб номланади. Бу гуруҳдаги биринчи тромболитикларга стрептокиназа, урокиназа киради. Тромболитикларнинг кейинги авлодлари асосан фибрин билан боғланган плазминга таъсир қилади. Улар фибрин-специфик деб номланади. Бугунги кунда мамлакатимизда стрептокиназа, алтеплаза, тенектеплаза СТЭМИ ни даволаш учун ишлатилади. Булар инсоннинг ўзгартирилган оқсиллари бўлиб, уларнинг афзалликлари антиген хусусиятларининг йўқлигидадир, қайсики, керак бўлса ушбу дориларни қайта киритишга имкон беради. Фибрин-специфик тромболитиклар аллергия реакцияларни келтириб чиқариш эҳтимоли камроқ. Агар улар қўлланилса, реперфузия частотаси юқори бўлади, шунинг учун улар биринчи авлод дориларига қараганда афзалроқдир [5].

Прегоспитал тромбозисни қўллаш орқали даволаш вақтини сезиларли даражада қисқартирилиши ва даволаш натижаларини яхшилаш мумкин. Прегоспитал ТЛТ концепцияси European Myocardial Infarction Project Group, MITI, GREAT ва бошқа тадқиқотларда ўрганилган [6, 7, 8]. Тромболитик дориларни шифохонагача ва шифохонада юборилиши таққосланганда,

шифохонагача қўлланилиши симптомлар пайдо бўлишидан реперфузиягача бўлган вақтни сезиларли даражада қисқартиришига ва ўлимнинг сезиларли даражада пасайишига сабаб бўлган. 6 та рандомизацияланган тадқиқотларнинг мета-таҳлилида ТЛТ бошланиш вақтини бир соат қисқариши, барча сабаблар ичида ўлим даражаси 17% камайганлигини кўрсатди [9, 15, 16, 17]. Шундай қилиб, шифохонагача ТЛТ коронар қон оқимини тиклашнинг юқори самарали усули ҳисобланади. Шунинг таъкидлаш кераки, шифохонагача ТЛТни махсус тайёргарликка эга шифокорлар томонидан махсус шароитларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши лозим. ТЛТни тайинлаш тўғрисидаги қарорга келишдан олдин у келтириб чиқарадиган жиддий асоратлар, биринчи навбатда, хавфли реперфузия аритмиялари пайдо бўлиши ҳисобга олинган ҳолда шифохонагача ТЛТни қўллаш учун қуйидаги бир қатор шартлар бажарилиши шарт [10, 18].

1. ТЛТни тайинлаш тўғрисида қарор қабул қилиш учун масъул бўлган ходимлар Мининг клиник ва ЭКГ диагностикасини, ТЛТ кўрсаткичлари ва қарши кўрсатмаларини яхши билишлари, кўкрак қафасидаги оғриқларнинг дифференциал диагностикасини яхши билишлари керак.

2. Шифокорлар юрак-ўпка реанимациясининг барча усуллари, шу жумладан қоринча фибрилляциясини тўхтатиш (дефибрилляция), юрак хавфли аритмияларида электрик кардиоверсия, трахея интубацияси ва бошқаларни амалий кўникмаларни яхши ўзлаштирган бўлишлари лозим.

3. Тез ёрдам бригадаси электрокардиография, дефибрилятор, сунъий нафас ускунаси, кислород билан таъминловчи ускуналар ва реанимация учун зарур бўлган барча нарсалар билан жиҳозланган бўлиши керак.

4. Амалиётларни мувофиқлаштириш, инвазив даволанишга тайёргарлик кўриш ва ҳоказолар учун тез ёрдам бригадаси ва шифохонада қабул қилувчи шифокорлар ўртасида алоқани сақлаб туриш зарур.

Охириги йилларда шифохонагача тромбозис қилиш, бирламчи перкутант коронар аралашув (БПКА) каби СТЭМИ да касаллик асоратлари камайишига, миокард реперфузион шикастланиши жараёнларига ва ўлим кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатиши ҳақида маълумотлар пайдо бўлди [12, 13, 14]. СТЭМИ билан оғриган беморларда, шифохонагача реперфузион терапиянинг миокард дисфункциясига қаратилган таъсирини баҳолаш, шифохонагача тромбозис даволаш чора-тадбирларини такомиллаштириш ҳозирги кунда долзарб масалалардан бири

ҳисобланади. STэМИ ни даволашнинг замонавий тамойиллари ўткир ёпилган коронар артерияларни турли йўллар билан (тромболизис, коронарангиопластика) реканализациялашга асосланган. Самарали реканализация ҳар доим реперфузия синдроми билан кечади, бу STэМИ билан касалланганларни даволашда долзарб муаммо ҳисобланади. Миокарднинг реперфузион шикастланиши кўпинча чап қоринча (ЧҚ) систолик дисфункциясининг оғир шаклларига олиб келади.[2, 11,15].

Ушбу ишнинг мақсади ST элевацияли ўткир коронар синдромида шифохонагача тромболизис ўтказилган беморларда чап қоринча миокардининг систолик дисфункциясига таъсирини ўрганиш.

Материал ва услублар

Биз 35 ёшдан 67 ёшгача ST элевацияли ўткир МИ билан касалланган 70 та беморни текширдик. Ўртача ёши $44,2 \pm 1,3$ ни ташкил этди. Беморлар касалликнинг клиникаси намоён бўлгандан дастлабки 6 соат ичида РШТЭИМ Бухоро филиали кардиотерапевтик реанимация бўлими ва тез ёрдам кардиобригадаси ёрдамида уй шароитида ва реанимобилда стрептокиназа ёрдамида фармакологик реперфузия (шифохонагача тромболизис) ўтказилган. Беморларда ЭКГнинг I, AVL, V1-V6 тармоқларида изолиниядан 2 мм дан 12 мм гача ST сегментининг элевацияси кузатилган. Барча беморларга стандарт терапия ўтказилди (антикоагулянтлар, антиагрегантлар, статинлар, АПФ ингибиторлари, бета блокаторлар, нитратлар), шунингдек муваффақиятли миокард реваскуляризацияси; тромболитик терапия (ТЛТ) ва кейинчалик ТОКА ўтказилди.

Беморлар тасодифий икки гуруҳга бўлинган:

Назорат (А гуруҳи) 35 та беморни, стандарт терапия ва шифохонада ТЛТ олганлар.

Асосий гуруҳ (В гуруҳи) эса стандарт терапия ва шифохонагача тромболитик терапия амалга оширилган 35 нафар бемор киритилди. Шифохонагача тромболизис 26 таси реанимобилда ва 9 таси уйида барча тиббий анжомлар (кардиомонитор, ЭКГ, дефибрилятор, сунъий нафас бериш ускунаси) ташкиллаштирилган кардиобригада жамоаси билан, ТЛТ ўтказишга аниқ қарор ҳосил қилиб, кўрсатма, қарши кўрсатмаларни инобатга олиб ўтказилди. 70 та беморларнинг барчасига ЭхоКГ (1-кун миокард реваскуляризациясидан сўнг ва 3 ойдан сўнг) амалга оширилди. Юракнинг регионар қисқарувчанлиги функциясини баҳолаш учун Америка эхокардиография жамияти томонидан таклиф қилинган ЧҚ сегментар бўлиниш таснифидан фойдаланилди. ЧҚ миокарднинг 16 сегментида маҳаллий қисқарувчанлиги бузилишларини 4-балли шкала бўйича олиб борилди: гиперкинез-0 балл, нормокинез - 1 балл, гипокинез - 2 балл, акинез -3 балл ва дискинез-4 балл [9]. Бундан ташқари, қисқарувчанликни регионар бузилиши индекси (ҚРБИ) таҳлил қилинган сегментлар баллари йиғиндисининг уларнинг умумий сонига нисбати сифатида ҳисоблаб чиқилган. Статистик маълумотларни қайта ишлаш STATISTICA-5.0 дастури ёрдамида амалга оширилди. Материални таҳлил қилишда ўртача қийматлар, уларнинг ўртача стандарт хатолари ва 95% ишонч оралиғи ҳисоблаб чиқилган. Ўртача тенглик гипотезаси Student t-тести билан баҳоланди. Намуналар орасида статистик фарқлар $p < 0,05$ да ўрнатилди.

Натижалар ва муҳокама

Шифохонагача тромболизис тез ёрдам кардиобригадаси ёрдамида реанимобилда стрептокиназа препаратини вена ичига юборилиши

1-жадвал. STэМИ бўлган беморларда ҳар икки гуруҳда ҳам миокард реваскуляризациясидан сўнг ЭхоКГ кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	А гуруҳи, шифохонада ТЛТ	В гуруҳи, шифохонагача ТЛТ
ЧҚ ССЎ, см	$4,48 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,1$
ЧҚ СДЎ, см	$6,1 \pm 0,5$	$5,9 \pm 0,4$
ЧҚ ССХ, мл	$96,5 \pm 4,1$	$90,1 \pm 3,1$
ЧҚ СДХ, мл	$166,8 \pm 4,3$	$159,5 \pm 5,9$
ҚАТҚ, %	$24,3 \pm 1,7$	$29,5 \pm 1,9^*$
ЧҚОДҚ, %	$36,9 \pm 1,7$	$37,2 \pm 1,5$
ЧҚ ҚФ, %	$22,5 \pm 0,6$	$24,5 \pm 0,7^*$
ЧҚ ХФ, %	$44,2 \pm 0,9$	$47,2 \pm 1,0^*$

А ва В гуруҳлари ўртасидаги фарқларнинг ишончилиги, $*p < 0,05$;

билан амалга оширилди. Тромбозис вақтида витал кўрсаткичлар мониторинг қилинди.

Эхокардиографик текширувга кўра тинч ҳолатда, реперфузион терапиядан сўнг ҳар иккала гуруҳда ҳам ЧҚ ҳажмининг ўртача кенгайиши қайд этилди. Иккала гуруҳнинг эхокардиографик кўрсаткичлари 1- жадвалда кўрсатилган.

Тақдим этилган 1- жадвалдан кўриниб турибдики, В гуруҳида қоринчалараро тўсиқ қисқарувчанлиги (ҚАТҚ) кўрсаткичи А гуруҳига қараганда анча юқори, чап қоринча орқа девори қисқарувчанлиги (ЧҚОДҚ) бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ эди, аммо уларнинг барчасида камайган. В гуруҳидаги беморларнинг ЧҚ ўлчамлари А гуруҳига қараганда анча кичик эди. Шифохонагача ТЛТ ўтказилган беморлар гуруҳида юқори ҚФ ва ЧҚХФ кузатилган. ЧҚ сегментар қисқарувчанлигини таҳлил қилинганда барча деворларда диффуз гипокинез мавжудлигини кўрсатди. Реваскуляризациядан сўнг иккала гуруҳдаги сегментар ЧҚ ХФ барча беморларда камайганлиги кузатилди (1-жадвал). Ён ва пастки сегментларга қараганда олдинги оралиқ сегментларида ҚХФ пастроқ эди. Чап қоринчанинг сегментар ХФ юқори ҳамма сегментларига қараганда ўрта ва пастки сегментларда пастроқ эди.

Олинган тадқиқот натижаларига кўра чап қоринчанинг ХФ кўрсаткичи В гуруҳидаги беморларда А гуруҳига нисбатан анча юқори. Сегментар ЧҚ қисқарувчанлигини батафсил баҳолаш А гуруҳида сезиларли даражада паст кўрсаткичлар мавжудлигини кўрсатди. Сегментар қисқарувчанликнинг энг юқори кўрсаткичи В гуруҳида қайд этилди. МИ зонасидан ташқарида ҳам сегментар қисқарувчанлик камайганлиги кузатилди.

Шифохонагача ТЛТ ўтказилган беморлар гуруҳида, муваффақиятли ревакуляризациядан сўнг эхокардиография бўйича глобал ва минтақавий ЧҚ систолик функциясининг юқори

кўрсаткичлари кузатилди. Кўриниб турибдики, бу эрта томирларни реканализация қилиш миокард ишемик/реперфузион шикастланишининг намоён бўлишини камайитиришга ёрдам беради.

ЧҚ сегментар қисқарувчанлигини сифатли таҳлил қилиш учун 1120 та сегмент ўрганилди, улардан 851 таси нормокинетик (76%), 201 таси гипокинетик (18%), 45 таси акинетик (4,0%) ва 22 дискинетик (2%). ҚРБИ ўртача $1,31 \pm 0,037$ ни ташкил қилди.

Шундай қилиб, СТЭМИ билан оғриган беморларда ревакуляризациядан сўнг ЧҚ бўшлигини кенгайиши, систолик девор қалинлашуви, миокард қисқариш фракцияси ва умумий қон ҳайдаш фракцияси пасайиши аниқланди. Маҳаллий ЧҚ қисқарувчанлиги бузилиши нафақат миокард инфаркти соҳасида, балки унинг ташқарисида ҳам содир бўлди. В гуруҳи беморлари А гуруҳидаги беморларга қараганда кўпроқ нормокинетик сегментларга эга. Госпитал миокард ревакуляризацияси ўтказилган беморлар гуруҳида кўпроқ гипо ва акинетик сегментлар мавжуд эди. ҚРБИ кўрсаткичи А гуруҳида В гуруҳига нисбатан анча юқори эди.

Тақдим этилган 2-жадвал шуни кўрсатдики, реперфузия қилинган иккала гуруҳда систолик кўрсаткичлар 3 ойдан сўнг яхшиланди, аммо шифохонагача ТЛТ ўтказилган гуруҳида ЧҚ систолик функцияси кўрсаткичлари сезиларли даражада яхшиланди.

Эрта шифохонагача миокард реперфузиясини СТЭМИ беморларда қўллаш бу марказий гемодинамикага ижобий таъсир кўрсатди, ЧҚ ҳажмининг кенгайиши ривожланишини камайтирди, натижада 3 ойлик кузатув давомида диастолик ва охириги систолик кўрсаткичлар ўзгармади. ЧҚ ХФ динамикада иккала гуруҳда ҳам ўсиб борди, унинг ўсиши В гуруҳида кўпроқ кузатилди (мос равишда $47,8 \pm 0,8$ ва $51,2 \pm 1,0\%$ ни ташкил этди).

2-жадвал. Иккала гуруҳда реканализациядан 3 ойдан сўнг эхокардиография кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	А гуруҳ, госпитал ТЛТ	В гуруҳ, шифохонагача ТЛТ
ЧҚ ССЎ, см	$4,9 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,1^*$
ЧҚ СДЎ, см	$5,9 \pm 0,5$	$5,5 \pm 0,4$
ЧҚ ССХ, мл	$69,4 \pm 2,1$	$58,9 \pm 3,1^*$
ЧҚ СДХ, мл	$145,8 \pm 4,5$	$131,5 \pm 5,9$
ҚАТҚ, %	$24,3 \pm 1,7$	$29,5 \pm 1,9^*$
ЧҚОДҚ, %	$36,9 \pm 1,7$	$37,2 \pm 1,5$
ҚХФ, %	$47,8 \pm 0,8$	$51,2 \pm 1,0$

А ва В гуруҳлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги* $p < 0.05$; *

Хулоса

Эрта шифохонагача тромболизис ёрдамида реперфузия миокард шикастланиш даражаси оғирлигини пасайтиради ва шу билан ЧҚ миокардининг оғир систолик дисфункцияси ривожланишига йўл қўймайди. Шифохонагача ТЛТни СТЭМИ билан оғриган беморларда қўллаш миокарднинг қайтарилмас ўзгаришлар (миокард некрози) ривожланишини олдини олади ва қайталанадиган миокард дисфункциясининг зоналарини кўпайтиради, бунда қисқарувчанлик функцияси маълум вақтдан кейин потенциал равишда тикланади. Шундай қилиб, СТЭМИ беморларда шифохонагача ТЛТ қўллаш ижобий таъсир кўрсатади, ЧҚ систолик дисфункциясини олдини олади.

АДАБИЁТЛАР / REFERENCES

1. Клинические рекомендации по острому инфаркту миокарда с elevацией сегмента ST на электрокардиограммы. РФ. 2020:28-33. [Klinicheskie rekomendatsii po ostromu infarktu miokarda s elevatsiey segmenta ST na elektrokardiogrammy. RF. 2020:28-33. In Russ.]
2. Аляви А.Л., Кенжаев М.Л. и др. Выбор метода ревааскуляризации у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Вестн экстр помощи. 2013;1:67-71. [Alyavi A.L., Kenzhaev M.L. i dr. Vybor metoda revaskulyarizatsii u bol'nykh s ostrym koronarnym sindromom s pod'emom segmenta ST. Vestn ekstr pomoshchi. 2013;1:67-71. In Russ.]
3. Амосова Е.Н., Дыкун Я.В., Мишалов В.Г. Руководство по тромболитической терапии. К.: IT-studio. 1998:168. [Amosova E.N., Dykun Ya.V., Mishalov V.G. Rukovodstvo po tromboliticheskoy terapii. K.: IT-studio. 1998:168. In Russ.]
4. Дзяк Г.В., Коваль Е.А. Тромболитическая терапия при остром коронарном синдроме с elevацией сегмента ST: необходимо ли изменить стандарт реперфузионной терапии? Укр кардіол журн. 2004;1:15-21. [Dzyak G.V., Koval' E.A. Tromboliticheskaya terapiya pri ostrom koronarnom sindrome s elevatsiey segmenta ST: neobkhodimo li izmenit' standart reperfuzionnoy terapii? Ukr kardiolog zhurn. 2004;1:15-21. In Russ.]
5. Дядык А.И., Багрий А.Э., Приколота О.А., Вишневецкий И.В. и др. Желудочковые нарушения ритма при остром инфаркте миокарда. Часть 2. Патогенез желудочковых нарушений ритма при остром инфаркте миокарда Укр кардіол журн. 2001;4:104-109. [Dyadyk A.I., Bagriy A.E., Prikolota O.A., Vishnevetskiy I.V. i dr. Zheludochkovyye narusheniya ritma pri ostrom infarkte miokarda. Chast' 2. Patogenez zheludochkovykh narusheniya ritma pri ostrom infarkte miokarda Ukr kardiolog zhurn. 2001;4:104-109. In Russ.]
6. Литвицкий П.Ф., Сандриков В.А., Демуров Е.А. Адаптивные и патогенные эффекты реперфузии и реоксигенации миокарда. М Медицина. 1994:230. [Litvitskiy P.F., Sandrikov V.A., Demurov E.A. Adaptivnye i patogennyye efekty reperfuzii i reoksigenatsii miokarda. M Meditsina. 1994:230. In Russ.]
7. Скрипкин С.А., Лоленко А.В., Радионов В.В., Манько М.В., Булак А.Е. Догоспитальный тромболизис в красноярске: результаты ретроспективного сравнительного исследования. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2011;7(5):609-612. [Skripkin S.A., Lolenko A.V., Radionov V.V., Man'ko M.V., Bulak A.E. Dogospital'nyy trombolizis v krasnoyarske: rezul'taty retrospektivnogo sravnitel'nogo issledovaniya. Ratsional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii. 2011;7(5):609-612. In Russ.]
8. Чазов Е.И., Матвеева Л.С., Мазаев А.В. и др. Внутрикоронарное введение фибринолизина при остром инфаркте миокарда Тер арх 1976;4:8-19. [Chazov E.I., Matveeva L.S., Mazaev A.V. i dr. Vnutrikoronarnoe vvedenie fibrinolizina pri ostrom infarkte miokarda Ter arkh. 1976;4:8-19. Russ.]
9. Braunwald E. The open-artery theory is alive and well-again. N Engl. J Med. 1993;329:1650-1652.
10. Braunwald E. Myocardial reperfusion limitation of infarct size, reduction of left ventricular dysfunction and improved survival. Should the paradigm be expanded? Circulation. 1989;79:441-444.
11. Califf R.M., Topol E.J., Stack R.S. et al. Evaluation of combination thrombolytic therapy and timing of cardiac catheterization in acute myocardial infarction: results of Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction phase 5 randomized trial. Circulation. 1991;83:1543-1546.
12. The GUSTO Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. N Engl J Med. 1993;329:673-682.
13. Grunewald M., Seifried E. Meta-analysis of all available published clinical trials (1958-1990)

- on thrombolytic therapy for AMI: Relative efficacy of different therapeutic strategies. *Fibrinolysis*. 1994;8:67-86.
14. Cannon C.P., Gibson C.M., Lambrew C.T. et al. Longer Thrombolysis Door-to-Needle Times are Associated With Increased Mortality in Acute Myocardial Infarction: An Analysis of 85,589 Patients in the National Registry of Myocardial Infarction 2 + 3. *Suppl. to J of the Am College of Cardiol*. 2000;35(2): 376.
15. Weaver W.D., Cerqueira M., Hallstrom A.P. et al. Prehospital-initiated vs hospital-initiated thrombolytic therapy the Myocardial Infarction. Triage and Interv Trial *JAMA*. 1993;270:1211-1216.
16. Clemmensen P., Grande P., Nielsen W.B. et al. Evolving non-Q-wave vs. Q-wave myocardial infarction after thrombolysis: a high risk population benefitting from early revascularization. Results from the DANAMI study. *Eur Heart J*. 2000;21:504.
17. Goldstein P. Pre-hospital triage (How to organize and conduct) International Experts Workshop on early treatment strategies for MI. Mallorca; April 16TH – 18TH, 2005.
18. Van de Werf F. Combination therapy of any of the above. Facilitated PCI: Combination Therapy. *Int Experts Workshop on early treatment strategies for MI*. Mallorca; April 16TH – 18TH, 2005.

ВЛИЯНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

А.Л. Аляви, С.Р. Кенжаев, И.И. Кахаров

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель: Изучить влияние догоспитального тромболизиса на систолическую дисфункцию миокарда левого желудочка у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Материал и методы: В исследование включено 70 пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Пациенты были рандомизированы на две группы: контрольная (группа А) – 35 пациентов, получавших стандартную терапию, и госпитальная ТЛТ. В группе Б вошли 35 пациентов, которым проводилась стандартная терапия и догоспитальная ТЛТ. Всем 70 пациентам была проведена ЭХОКГ (через 1 день после реваскуляризации миокарда и через 3 месяца).

Результаты: применение ранней реперфузии миокарда у больных с ОКСПST оказало положительное влияние на центральную гемодинамику, снизило развитие объемной перегрузки ЛЖ, в результате чего в течение 3 месяцев наблюдения диастолические и конечные систолические объемы не изменились. ФВЛЖ росла в обеих группах, ее рост в большей степени наблюдался в группе Б.

Заключение: своевременная догоспитальная реперфузия снижает выраженность повреждения миокарда и тем самым предупреждает развитие тяжелой систолической дисфункции миокарда ЛЖ.

Ключевые слова: ОКСПST, дисфункция левого желудочка, догоспитальная тромболитическая терапия.

Авторлар тўғрисида маълумот:

Аляви Анис Лютфуллаевич –
тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон
Республикаси Фанлар академияси академиги.

Кенжаев Сухроб Рашидович –
Абу Али Ибн Сино номли Бухоро давлат тиббиёт
институтини кардиология йўналиши бўйича
таянч докторанти, РШТЕИМ Бухоро филиали
кардиореанимация бўлими шифокори.

Кахаров Исмаилло –
Тошкент Тиббиёт академияси кардиология
йўналиши бўйича 3-курс магистри.

Поступила в редакцию 19.02.2021

Information about the authors:

Alyavi Anis Lyutfullaevich -
Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of
the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan.

Kenzhaev Sukhrob Rashidovich -
basic doctoral student in the direction of cardiology of
the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali
Ibn Sina, doctor of the cardiac resuscitation department
of the Bukhara branch of RSHEIM.

Kakharov Ismatillo -
Master of the 3rd course of the Tashkent Medical
Academy in the direction of cardiology.

Received 19.02.2021