

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРА

Авсарагова А.З.,¹ Астахова З.Т.,¹ Женило В.М.²

¹Северо-Осетинская государственная медицинская академия. Россия, г. Владикавказ

²Ростовский государственный медицинский университет. Россия, г. Ростов- на- Дону

CENTRAL HEMODYNAMICS IN MYOCARDIAL INFARCTION WITH CIRCULATORY FAILURE DURING TREATMENT WITH CYTOPROTECTOR

Avsaragova A.Z.,¹ Astahova Z.T.,¹ Zhenilo V.M.²

¹North Ossetian State Medical Academy. Russia, Vladikavkaz

²Rostov State Medical University. Russia, Rostov-on-Don

Инфаркт миокарда, в результате острого частичного или полного прекращения кровообращения, с последующим развитием грубых метаболических расстройств и деструктивных изменений кардиомиоцитов, продолжает оставаться одной из основных проблем в кардиологии, особенно в связи с высокой летальностью. Поэтому быстрое и эффективное восстановление коронарного кровотока с целью снижения или прекращения некротического процесса, остается актуальной задачей, решить которую можно с помощью использования тромболитической, метаболической терапии и уменьшения потребности миокарда в кислороде или увеличение его доставки посредством вазодилатации. И в этом случае новый отечественный препарат «Ремаксол», являющийся метаболотропным антигипоксантом производным янтарной кислоты и N-метилглюкамина, как раз может стать тем уникальным комбинированным цитопротектором полимодального действия, способным оказать положительное действие у больных с патологией сердечно-сосудистой системы, что и было целью нашего исследования.

Исследования проводили на 122-х больных в возрасте 50-70 лет с острым инфарктом миокарда осложненным сердечной недостаточностью II-III степени (Killip). Одна группа больных (58) получала только общепринятое тромболитическое интенсивное лечение (тромболитическая терапия осуществлялась путем применения тенектеплазы в дозе 0,5-0,7 мг/кг массы тела внутривенно, однократно в течение 5-10 сек в соответствии с инструкцией по применению препарата), а другая (65), разработанную нами, метаболическую кардиопротекторную терапию как на догоспитальном этапе (10 мл цитофлавина, разведенного в 200 мл 5% раствора глюкозы), так и в стационаре в течение пяти дней (цитофлавин с 100 мл глюкозы, тенектеплаза в дозе 0,5-0,7 мг/кг и 400 мл ремаксолола). И все под контролем центрального венозного давления, артериального давления и диуреза.

Мониторинг гемодинамики проводили перед лечением, через 30 - 60 минут и 3 часа после начала проведения как стандартной тромболитической, так и метаболической, цитопротекторной интенсивной терапии. Конечно-диастолический и конечно-систолический объемы, фракция выброса левого желудочка оценивались методом эхокардиоскопии в М-режиме (Алоса 1700, Япония) в первые сутки заболевания, на 7-10 сутки, а также накануне выписки из стационара.

Полученные данные статистически обрабатывались с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. Степень достоверности отличий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Анализируя результаты частоты возникновения нарушений ритма следует отметить, что у больных второй группы, введение ремаксолола в объеме 400 мл хоть и являлось дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему, но несмотря на это у них отмечались более положительные результаты в виде снижения желудочковых экстрасистолии, синусовой брадикардии, фибрилляции желудочков, уменьшения идиовентрикулярного ритма, и суммарно у всех больных этой группы частота нарушений работы сердца составляла 14,06%, в то время как у больных первой группы, получавших обычную терапию – 36,84%.

Изучение показателей глобальной сократимости левого желудочка у больных со стандартной интенсивной тромботической терапией выявило, что не удается предотвратить увеличение конечно-систолического и конечно-диастолического объемов, и снижения фракции выброса. При этом все эти нарушения сохранились на все протяжении пребывания в стационаре. В то время, как у пациентов второй группы динамика изменений показателей глобальной сократимости левого желудочка, особенно к моменту выписки из стационара, стала ближе к нормальным величинам. Так, фракция выброса крови у больных первой группы на 7-10 сутки осталась $50,9 \pm 2,16\%$, у пациентов второй группы – $56,9 \pm 3,11\%$ ($57,7 \pm 2,16\%$ норма).

При этом положительная динамика у больных второй группы начала отмечаться уже с первых суток лечения и сохранялась на всем протяжении пребывания в стационаре. Кроме того, в обеих группах выраженный положительный эффект проводимой терапии был у больных II степени тяжести.

Таким образом, разработанный и предложенный нами метод лечения, с включением в интенсивную тромболитическую терапию больных инфарктом миокарда, осложненным недостаточностью кровообращения, внутривенное введения 400 мл ремаксолола, однократно в сутки на протяжении 5 дней, улучшает метаболические процессы миокарда, способствуя более быстрой стабилизации нарушенной системной гемодинамики, сократительной способности миокарда и ритма работы сердца, с ускорением купирования основных симптомов заболевания, то есть является клинически эффективным.