

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Ачылова Насиба Ахмедовна

студент, Мордовский государственный университет, РФ, г. Саранск

Струлькова Светлана Юрьевна

научный руководитель, старший преподаватель, Мордовский государственный университет, РФ, г. Саранск

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это окклюзия просвета ствола и/или ветвей легочной артерии тромбом, первично образовавшимся в венах системы нижней или верхней поллой вены, в правых полостях сердца, мигрировавшим с током крови в легочные артерии, и приводящая к внезапному уменьшению кровотока легких [3]. ТЭЛА в начале XXI века остается главной значимой социальной и медицинской проблемой, не смотря на существенный эффект от внедрения в повседневную практику современных рекомендаций по профилактике и лечению венозных тромбоэмболических осложнений, использование лечение современных терапевтических и хирургических методов, значительного расширения арсенала используемых лекарственных препаратов [2]. ТЭЛА является осложнением заболеваний различного профиля: до 90% она развивается после больших и малых оперативных вмешательств и травм, при беременности и послеродовом периоде, при онкологических процессах, острых и хронических заболеваниях. Основной целью лечения массивной ТЭЛА является спасения жизни пациентов с помощью восстановления перфузии легких, предотвращение развития хронической постэмболической легочной гипертензии и рецидива ТЭЛА. Восстановление проходимости легочных артерий осуществляется консервативным (тромболитическая терапия) или хирургическим методом (хирургическая эмболектomia, катетерная эмболектomia или фрагментация тромба) [5]. Основным и наиболее доступным для большинства стационаров, методом профилактики жизнеугрожающих осложнений у пациентов с массивной ТЭЛА является своевременно назначенная тромболитическая терапия, что закономерно улучшает легочный кровоток, разгружает малый круг кровообращения, увеличивает насыщение крови кислородом [1]. В настоящее время применение тромболитической терапии у пациентов с массивной ТЭЛА считается показанном в следующих случаях: 1) доказательства наличия или прогрессивного течения циркуляторной и респираторной недостаточности – обструктивный шок в любых его фазах; 2) доказательства средней степени тяжести- тяжелой степени дисфункции правого желудочка (ПЖ).

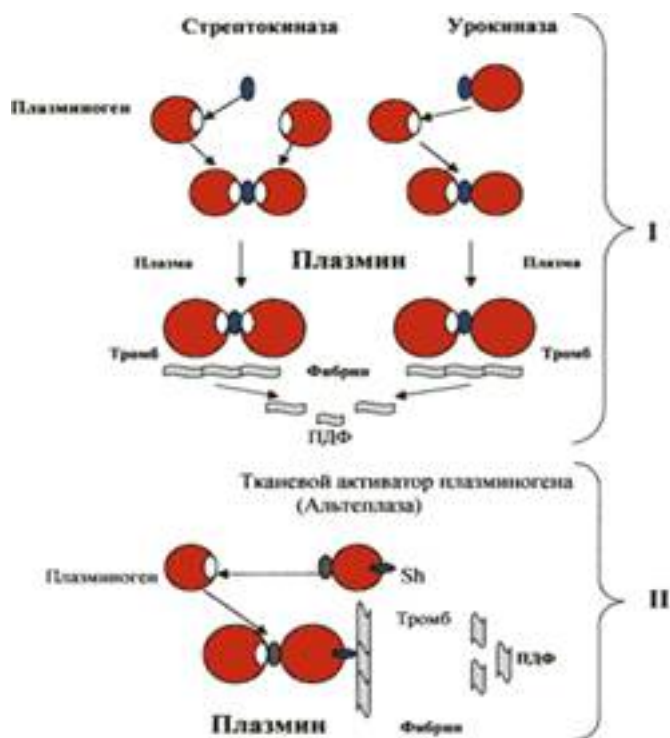


Рисунок 1. Схема действия различных классов тромболитиков:

I. Не обладающие сродством к фибрину (стрептокиназа, урокиназа)

II. Обладающие сродством к фибрину (альтеплаза)

Несмотря на значительное число лекарственных средств обладающих тромболитическими свойствами, в международных рекомендациях закрепилось лишь несколько препаратов, подразделяющихся на не прямые активаторы плазминогена (фибриннеспецифические активаторы): стрептокиназа и урокиназа и прямые, которые активирует плазминоген непосредственно (фибринспецифические): альтеплаза, тенектеплаза, ретеплаза, проурокиназа рекомбинантная [1]. Суть тромболитической терапии заключается в растворении (разрушение, лизис) тромба с помощью лекарственных средств и восстановление кровотока по перекрытому тромбом кровеносному сосуду. Именно медикаментозный тромболизис позволяет в кратчайшее время произвести растворение тромба, поскольку он наиболее прост и доступен в использовании [6].

Список литературы:

1. Ардашев, В.Н. Фибринолитическая терапия больных с тромбоэмболией легочной артерии тканевым активатором плазминогена и препаратами стрептокиназы / В.Н. Ардашев, Н.В. Соколянский, В.В. Быстров // Клиническая медицина. –2000.–Т.78,№12.–С.28–30.
2. Бокарев, И.Н. Венозный тромбоэмболизм/тромбоэмболия легочной артерии/И.Н.Бокарев, Л.В.Попова. –2-е изд.–Москва: МИА,2013.–512с.
3. Затейщиков, Д.А. Тромболизис: современные аспекты / Д.А. Затейщиков // Кардиология. – 2014. – Т. 54, №11. –С.39–44.
4. Карпенко, А.А. Отдаленные результаты хирургического лечения массивной тромбоэмболии легочных артерий / А.А.Карпенко, М.В.Старосоцкая, М.А.Чернявский [и др.] // Флебология.–2012.–Т.6,№ 1.–С.52–55.

5. In-hospital and long-term outcome after sub-massive and massive pulmonary embolism submitted to thrombolytic therapy / N. Meneveau, L.P. Ming, M. Séronde [et al.] // Eur. Heart J.- 2003. - Vol. 24. - P. 1447-1454.
6. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke / W. Hacke, M. Kaste, C. Fieschi [et al.] // JAMA. - 1995. - Vol. 274. - P. 1017-1025.
7. Intracerebral Hemorrhage with Thrombolytic Therapy for Acute Pulmonary Embolism /P.D. Stein, F. Matta, D. Steinberger, D. Keyes // Am. J. Med.- 2012.- Vol. 125, N 1. - P. 50-56.