

ТЕРАПИЯ ПЕРВОГО ПОРЯДКА У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА

Прокофьева Анастасия Александровна

студент, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Болдина Наталья Владимировна

научный руководитель, канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры фармакологии, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Аннотация. Лечение пациентов с тромбоэмболией лёгочной артерии (ТЭЛА) необходимо проводить, исходя из клинического статуса больного, учитывая объём эмболизированного участка, присутствием той или иной сердечно-сосудистой патологии, а также принимая во внимание наличие в результатах анализов тропонина, являющегося маркером некроза миокардиальных клеток. Если риск летального исхода пациента высок, то необходимо проведение терапии фибринолитиками или эмболэктомии для восстановления проходимости магистральных легочных артерий на фоне введения гепарина для профилактики повторной эмболизации. При низком уровне риска пациенты нуждаются только в проведении адекватной антикоагулянтной терапии.

Ключевые слова: фибринолитические препараты, альтеплаза, стрептокиназа, урокиназа, варфарин, синкумар, тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

На фоне тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) в совокупности кардиогенного шока пациента помогает спасти терапия фибринолитическими препаратами. При такой терапии происходит физическое растворение тромба, который закрывал просвет магистральных лёгочных артерий. Таким образом, врачи могут предотвратить довольно-таки быстро прогрессирующее развитие правожелудочковой недостаточности, дополнительно уменьшается активация и высвобождение серотонина, а также других нейрогуморальных факторов, способствующих дополнительному усилению гипертензии на уровне лёгочных артерий [1, с.145].

Отмечено, что у 30% больных с легочной гипертензией и потенциально низким сердечным выбросом на фоне случившейся ТЭЛА снижается среднее давление в лёгочной артерии, а также спустя 2 часа от начала лечения происходит достоверное повышение сердечного индекса на 15%, а на третьи сутки данный показатель повышается до 80%. Применение гепарина к изменению вышеуказанных параметров не приводит, не способствует снижению риска развития осложнений ТЭЛА. Намереваясь воздействовать на лёгочную артерию фибринолитиками, врачи также способствует ликвидации тромбообразования и уже готовых тромбов в малом тазу и глубоких венах нижних конечностей, которые могут являться источниками рецидивирования тромбоэмболии лёгочной артерии. В клинических исследованиях для лечения ТЭЛА приняло участие несколько препаратов, таких как: альтеплаза, стрепто- и урокиназа. Несмотря на некоторую разницу в действии, а также в дозировках и способе применения препараты не показали достоверной разницы между собой по влиянию на летальность. По данным последних исследований, введение альтеплазы (100 мг в течение 2 часов) позволяет быстрее достигнуть фибринолитического и гемодинамического эффекта, чем введение урокиназы (4400 МЕ г/кг/час в течение 12–24 часов), стрептокиназы

(1,5 млн МЕ в течение 2 часов) или альтеплазы (0,6 мг/кг в течение 15 мин). При этом различия между режимами достоверны только в течение первого часа от начала терапии [1, с. 139].

В последние 40 лет в основе лечения тромбоэмболии ЛА лежит применение антикоагулянтов. Нефракционированный гепарин связывается с антитромбином III и повышает активность последнего, что предотвращает тромбообразование и способствует растворению уже сформировавшихся тромбов путем активации эндогенных фибринолитических механизмов. Важно то, что при гепаринотерапии в ТЭЛА процессы направлены на причину образования тромба, а не на сам образовавшийся тромбоэмбол в ЛА. Именно поэтому данный подход наиболее эффективен для профилактики повторных тромбозов и, таким образом, повторной эмболизации. При отсутствии антикоагулянтной терапии у больных, перенесших эпизод ТЭЛА, вероятность повторной эмболии с летальным исходом колеблется от 18 до 30 % [2, с. 35]. Современное лечение ТЭЛА подразумевает использование низкомолекулярных гепаринов (НМГ). В совокупности с ними рекомендуется назначать непрямые антикоагулянты механизм действия которых заключается в нарушении нормального метаболизма витамина К в печени. В Российской Федерации зарегистрированы и получили наиболее положительные отзывы следующие препараты: варфарин, синкумар и фениндион. Чаще всего пациентам назначается препарат варфарин, длительность действия которого позволяет назначить пациенту приём лекарства один раз в сутки, обеспечивая при этом наименьшее его суточной концентрации в крови, а также его антикоагулянтного эффекта. Поэтому именно варфарин получил наиболее широкое распространение в мировой клинической практике и успешно используется на протяжении уже более 50 лет. На протяжении всего периода клинического применения непрямым антикоагулянтам основным методом контроля является определение протромбинового времени (ПВ). Единый показатель результатов определения ПВ получил название «Международное нормализующее отношение» (МНО) [2, с. 40].

Список литературы:

1. Кеннет, М. Тромбоэмболия легочной артерии / М. Кеннет // Внутренние болезни. Перевод с англ. - М.: 2015. - С. 132-145.
2. Яковлев, В.Б. Тромбоэмболия легочной артерии в многопрофильном клиническом стационаре (распространенность, диагностика, лечение, организация специализированной медицинской помощи). Дисс. на докт. мед. наук / В.Б. Яковлев. - М.: 2018. - 47 с.