**Полівенок Ігор Вікторович. Тромболітична терапія тромбоемболії легеневої артерії: дисертація канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Полівенок І.В. Тромболітична терапія тромбоемболії легеневої артерії. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальностю 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2003.В основу роботи покладене вивчення впливу тромболітичної терапії на перебіг та кінці гострої тромбоемболії легеневої артерії у 184 пацієнтів, досліджені характерні для ТЕЛА зміни центральної гемодинаміки і визначені оптимальні ехокардіографічні показники для діагностики ТЕЛА та контролю за ефективністю терапії. На підставі отриманих результатів було встановлено, що стандартна тромболітична терапія вдвічі знижувала летальність серед пацієнтів з субмасивною ТЕЛА, але вона не мала істотного впливу на кінці захворювання у пацієнтів з немасивною чи масивною ТЕЛА. Найбільш інформативною комбінацією ехокардіографічних ознак гострої дисфункції правого шлуночка внаслідок ТЕЛА є співвідношення діастолічних розмірів правого шлуночка до лівого більш 0,6 у сполученні з підвищенням середнього тиску в легеневій артерії понад 30 мм Hg. Ці ж показники визнані оптимальними для контролю за ефективністю терапії.З метою поліпшення результатів лікування пацієнтів з ТЕЛА розроблений та апробований прискорений режим ТЛТ — системна інфузія 1,5 млн. ОД стрептокінази протягом 60-90 хвилин. Установлено, що прискорений режим ТЛТ у порівнянні зі стандартним режимом дозволяє вірогідно швидше (уже протягом першої доби лікування) зменшити гемодинамічні прояви ТЕЛА. Крім того, прискорений режим ТЛТ є не менш ефективним та безпечним, ніж стандартний, у пацієнтів з ТЕЛА, яка супроводжується дисфункцією правого шлуночка. А у пацієнтів з масивною ТЕЛА прискорений режим ТЛТ дозволяє достовірно знизити госпітальну летальність. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Зміни центральної гемодинаміки при ТЕЛА полягають у гострій дилатації правого шлуночка, яка сполучається зі зниженням серцевого індексу, ударного об’єму та ударного індексу лівого шлуночка. Ці зміни є відображенням перевантаження тиском правого шлуночка у сполученні зі зменшенням переднавантаження лівого шлуночка. Вищевказані аномалії, що зустрічаються у 70% пацієнтів з легеневою емболією, є високоспецифічними для гемодинамічно значущої ТЕЛА і можуть легко виявлятися при трансторакальній ехокардіографії.
2. Найбільш інформативною комбінацією ехокардіографічних ознак гострої дисфункції правого шлуночка внаслідок ТЕЛА є співвідношення діастолічних розмірів правого шлуночка до лівого більше 0,6 у сполученні з підвищенням середнього тиску у легеневій артерії понад 30 мм Hg. Ця комбінація при наявності високої клінічної імовірності ТЕЛА є в більшості випадків достатньою підставою для призначення тромболітичної терапії. Крім того, ці ехокардіографічні ознаки можуть використовуватися для контролю за ефективністю терапії.
3. У відношенні госпітальної летальності, тромболітична терапія не має переваг перед гепаринотерапією у пацієнтів з гемодинамічно стабільною ТЕЛА, в яких відсутні ознаки гострої дисфункції правого шлуночка (немасивна ТЕЛА). Такі пацієнти мають низьку госпітальну летальність при призначенні тільки гепарину.
4. Тромболітична терапія значно знижує летальність у пацієнтів з гемодинамічно стабільною ТЕЛА, але які мають ознаки гострої дисфункції правого шлуночка (субмасивна ТЕЛА). Летальність у цій групі пацієнтів обумовлена в основному фатальним рецидивом тромбоемболії.
5. Стандартний режим тромболітичної терапії не покращує виживаність пацієнтів з масивною ТЕЛА, яка супроводжується системною гіпотонією або шоком. Летальність у цій групі пацієнтів досягає 60% і обумовлена насамперед прогресуючою гострою серцевою недостатністю, причому переважна кількість смертей відбувається у перші години від початку захворювання. Застосування прискореного режиму тромболітичної терапії у цієї категорії пацієнтів є досить патогенетично обґрунтованим.
6. Прискорений режим тромболітичної терапії дозволяє вірогідно швидше (вже протягом першої доби) зменшити гемодинамічні прояви ТЕЛА у порівнянні зі стандартним режимом. Крім того, прискорений режим тромболітичної терапії є не менш ефективним та безпечним, ніж стандартний, у пацієнтів з ТЕЛА, яка супроводжується дисфункцією правого шлуночка. А у хворих на масивну ТЕЛА прискорений режим тромболізісу дозволяє на 42,1% знизити госпітальну летальність
 |

 |