

## **4.2. Анализ безопасности тромболитической терапии.**

Тромболитическую терапию, которая является довольно агрессивным методом лечения, стараются реже использовать у пожилых, главным образом, из-за возможных осложнений [30, 121, 185].

Нами был всесторонне изучен ряд осложнений ТЛТ. Хочется сразу отметить, что ни один случай с потенциально опасным осложнением, таким как ФЖ, ЖТ, большие кровотечения и т.п., не завершился летальным исходом.

Наиболее пристальное внимание обращено на способность ТЛТ вызывать кровотечения, особенно внутримозговые. С одной стороны, геморрагический инсульт прогностически чрезвычайно неблагоприятен, а по данным GUSTO-1 30-ти дневная смертность у этих больных составляет 60%, 27% становятся инвалидами. Относительная частота развития геморрагического инсульта у больных моложе 65 лет – 5 на 1000, а у больных 75-85 лет – уже 17 на 1000 [132]. С другой стороны, значительная кровопотеря усугубляет ишемию миокарда, тогда как при ИМ последняя уже выражена. В нашем исследовании не было зафиксировано ни одного случая геморрагического инсульта.

Оценку кровотечений мы проводили в сравнении с группой контроля. Чаще всего источником кровотечения было место пункции бедренной артерии при проведении экстренной КАГ. Если же принять во внимание, что КАГ выполнялась только у больных с ТЛТ, то с этим частично можно связать более частые кровотечения в основной группе. О том же говорят исследователи, предпринявшие PATENT, где практически все наблюдаемые кровотечения были из места пункции бедренной артерии [186].

В группе с ТЛТ геморрагии развивались чаще – 37 больных (24,3% больных с осложнениями ТЛТ и 13,3% всех больных с ТЛТ) против 6(3,9%) больных группы контроля. Из числа всех геморрагий основной группы большие кровотечения произошли у 6 человек (3,9% больных с осложнениями ТЛТ и 2,2% всех больных с ТЛТ), но ни одно из них не привело к летальному исходу. Для сравнения, по данным многоцентрового исследования ASSENT-2, большие кровотечения произошли в 1,6-5,49% случаев [52]. Однако в этих исследованиях возраст больных не превышал 61 года. По немногим же имеющимся данным относительно кровотечений у пожилых больных ОИМ при ТЛТ, исключая геморрагические инсульты, малые составляют порядка 6-10,2%, а большие – 0,43% [39, 109]. Таким образом, наши данные показали несколько большую частоту больших кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста, в то же время это не влияло на прогноз жизни этих больных. В число предикторов госпитальной летальности кровотечения также не вошли (табл.15).

Первое место среди осложнений ТЛТ держится за гипотонией. Некоторые авторы [27, 86, 119] считают, что гипотония снижает степень открытия ИСКА в случае ее стойкого характера. Мы обнаружили, что, несмотря на то, что гипотония развивается практически у каждого 3-го больного с ТЛТ, она носит преходящий характер и при необходимости легко купируется симпатомиметиками. Кроме того, при определении предикторов госпитальной летальности гипотония не вошла в их перечень (табл.15).

Реперфузия ИСКА как цель ТЛТ часто сопровождается реперфузионными нарушениями ритма и проводимости [30, 32], которые с одной стороны являются неинвазивными критериями проходимости ИСКА, но с другой – могут значительно ухудшать прогноз [53, 76, 101, 141, 174].

По нашим данным реперфузионные НРС и проводимости стоят на 2-ом месте по частоте осложнений ТЛТ и наблюдаются у 68 (44,7% больных с осложненной ТЛТ и 24,5% всех больных с ТЛТ), причем в изолированном виде – у 24 (15,8% и 8,6% соответственно). Эти данные совпадают с результатами, полученными у больных более молодых возрастных групп [32]. С помощью логистической регрессии нами обнаружено, что реперфузионные нарушения проводимости вошли в число предикторов госпитальной летальности (табл. 15). Однако, следует заметить, что этот признак вошел на последнем шаге и добавил всего 1,6% для верного предсказания (табл. 16). Кроме того, одним из предикторов летального исхода является передний ИМ и, по всей видимости, именно такое сочетание наиболее неблагоприятно [2, 6].

Фибрилляция желудочков как следствие реперфузии ИСКА наблюдалась нами у 4(1,4%) больных с ТЛТ; полная АВ блокада – у 1(0,4%) больного. Таким образом, опасения авторов [76, 141] по поводу резкого увеличения числа жизнеопасных аритмий под влиянием ТЛТ у пожилых больных ОИМ не подтвердились.

Аллергические реакции на введение стрептокиназы и ее аналогов были представлены, в основном ,ознобом, крапивницей, кожным зудом и в единичных случаях сопровождалась тяжестью в области поясницы; они наблюдались у 27 больных (17,8% больных с осложнениями ТЛТ и 9,7% всех больных с ТЛТ). Эти цифры гораздо ниже приводимых отечественными кардиологами [18]. Все эти явления были легко купированы антигистаминными препаратами и глюкокортикоидами, введенными внутривенно струйно. При определении предикторов госпитальной летальности аллергические реакции не вошли в их перечень (табл.15).

Не было зафиксировано ни одного случая анафилактического шока; в то же время по имеющимся данным [32] это грозное осложнение развивается у 0,05-0,1% больных, получивших ТЛТ.

В последнее время опять появились сообщения об отрицательном влиянии ТЛТ на миокард и росте числа РМ, особенно выраженном у пожилых больных ОИМ [57, 121].

В нашем исследовании не было обнаружено статистически значимого различия ни при сравнении одновозрастных когорт, ни при сравнении групп с открытой и закрытой ИСКА. Хотя, было обнаружено некоторое, статистически незначимое, увеличение числа РМ у больных 60-74 лет при ТЛТ по сравнению с 75-летними и старше (соответственно у 25,8% против 20%).

Данные о том, что ТЛТ предупреждает РМ [28, 146], не нашли нашего подтверждения у пожилых и старых больных.

Таким образом, осложнения ТЛТ у больных пожилого и старческого возраста не представляются опасными, а польза этого лечения превосходит риск.