

N.K.Quliyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri
Təkmilləşdirmə İnstitutu, daxili xəstəliklər kafedrası,
akademik M.Ə.Mirqasimov adına Respublika Klinik Xəstəxanası

MIOKARD İNFARKTININ KƏSKİN DÖVRÜNDƏ KOMBİNƏ OLUNMUŞ ANTİTROMBOTİK VƏ TROMBOLİTİK TERAPİYANIN EKQ-GÖSTƏRİCİLƏRƏ TƏSİRİ

Nəzərə alsaq ki, ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) nəzərə cərpacaq dərəcədə yayılıb və ölüm halları çoxalıb, bu xəstəliyi müasir kardiologiyamızın ən vacib problemlərindən biri kimi saymaq olar. Hal-hazırda ÜİX-də ölüm hadisələrinin əsas səbəblərindən biri miokardın infarktıdır. Əksər hallarda miokard infarktının əsas səbəbi tromboz və yaxud tromboemboliya olur. Məhz bu səbəbdən də antitrombotik və trombolitik terapiya miokard infarktılı xəstələrin əsas patogenetik müalicəsi sayılır [1-4].

Bir çox müəlliflərin fikrincə miokard infarktının kəskin dövründə müasir dərman terapiyası kompleks olmalıdır və əks göstərişləri olmasa aşağıdakı qrup dərmanlardan istifadə olunmalıdır:

1. Trombolitik dərmanlar (streptokinaza, fibrinolizin, və s.)
2. Aspirin
3. Heparin
4. β -blokatorlar
5. Nitratlar
6. Anqiotenzin çevrilən fermentlərin inhibitorları

Əgər trombolitidlərə və aspirinə münasibətdə olan məsələlər az-çox həll olunubsa, bu gündə gün kəskin miokard infarktı olan xəstələrdə heparinin tətbiqi üçün müxtəlif sxemlər təklif olunur [5-7].

Kəskin miokard infarktının (Mİ) müalicəsində onun hansı sxem üzrə istifadəsi haqqında fikir müxtəlifliyi vardır. Təklif olunmuş antikoagulyant sxemlərin əksəriyyəti ürək əzələsinin zədələnməsinin həcmi nəzərə alınır. Ə.Əliyev adına Az.DHTİ-nin 2-ci daxili xəstəliklər kafedrasının müdürü, əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Hümətov N.B.-nin rəhbərliyi altında akad. Mir-Qasimov adına Respublika Klinik xəstəxanasının kardiologiya şöbəsində Mİ-nin kəskin dövründə zədələnmə ocağının böyüklüyündən asılı olaraq trombolitik və antikoagulyant müalicə sxemi tətbiq olunur. Onun nəticələri bu məqalədə təqdim olunur.

Material və üsullar.

1986-1995-ci il dövründə RKX-nın kardiologiya şöbəsinin intensiv terapiya blokunda Mİ diaqnozu ilə stasionar müalicədə olan 416 şəxsin xəstəlik tarixləri

retrospektiv analiz edilmişdir. Kişi cinsli şəxslər 331 nəfər, qadınlar isə 85 nəfər olmuşdur.

Bunların arasında biz dörd yaş qrupu seçmişik: 1 qrup - 40 yaşa qədər, 2 qrup - 41-50 yaşa qədər, 3 qrup - 51-60 yaşa qədər, 4 qrup - 60 yaşdan yuxarı.

Mİ-nin diaqnozu EKQ-nin dinamikasına, həmçinin əsas fermentlərin (ALAT, ASAT, KFK-nın MB fraksiyası və LDQ) göstəricilərinin artmasına görə də qoyulmuşdur. Həmçinin qanın laxtalanma müddəti, protrombin indeksi, EÇS, kəskin faza reaksiyalar və s. də təyin edilmişdir.

ÜİX-nın klassifikasiyasına əsasən kiçik ocaqlı miokard infarktı (KOMİ) və böyük ocaqlı miokard infarktı (BOMİ) ayırd etmişik. Zədələnmə ocağının böyüklüyündən asılı olaraq antitrombotik və trombolitik müalicə sxemi təyin edilmişdir.

KOMİ zamanı kompleks antitrombotik və trombolitik sxem üzrə müalicə alan şəxslər (1-ci qrup) və ənənəvi müxtəlif sxemlərlə müalicə alanlar (2-ci qrup), uyğun olaraq 230 və 80 nəfər, BOMİ zamanı isə 85 və 21 nəfər olmuşdur.

Əgər miokard infarktı zamanı aritmiyalar, ürək-damar çatnamazlığı və s. kimi ağırlaşmalar olarsa, onda onların korreksiyası aparılırdı.

Yuxarıda göstərilən trombolitik və antikoagulyant müalicə sxemindən əlavə antianginal preparatlar (nitronq forte, sustak forte, nitrosorbit, izoket və s.) təyin olunmuşdur. Həmçinin lazım olduqda antiaritmik, hipertenziv dərmanlar və s. təyin edilmişdir. Retrospektiv analiz zamanı müzakirə olunmuş sxem üzrə antitrombotik və trombolitik müalicə alan və almayan xəstələr arasında EKQ dinamikasını öyrəndik.

Statistik işləmələr parametrik üsulla (Styudent üsulu) aparılmışdır. Statistik dürtürlük (p) hesablamalar əsasında təyin edilmişdir.

Nəticə və müzakirələr.

Alınan nəticələr göstərir ki, BOMİ olan və müzakirə olunan sxem üzrə antitrombotik və trombolitik müalicə alan xəstələrdə müsbət dinamika əsasən müşahidənin 1-ci həftəsində qeyd olunurdu (44,12%), ancaq ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə həmin göstərici həmin müddət ərzində təxminən 3 dəfə az olmuşdur (14,28%, $p<0,05$). Analoji vəziyyət 2-ci həftədə də qeyd olunmuşdur (29,41% və 14,28%, $p<0,001$). Ənənəvi sxemlə müalicə alan xəstələrdə müsbət dinamikanın maksimal göstəricisi ancaq 3-cü həftədə qeyd olunmuşdur (42,85%). IV və V həftələrdə nəticələr təxminən eyni olmuşdur.

Sonra biz müsbət dinamika xəstələrin cinsinin təsirini öyrəndik. Belə ki, kişilərdə əvvəlki deyilənlər uyğun olaraq ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə müzakirə olunan göstəricinin maksimal göstəriciləri ancaq müşahidənin 3-cü həftəsində və 4-cü həftənin əvvəlində qeyd olunurdu.

2 qrupda isə əsasən 3-4-cü həftə ərzində EKQ-nin müsbət dinamikası müşahidə olunurdu.

Təqdim olunan sxem üzrə müalicə alan qadınlarda müsbət dinamikanın maksimal göstəricisi 1-2 həftələrdə və az sayda 3-cü həftədə qeyd olunurdu, 4 və 5-ci həftələrdə müsbət dinamika qeyd olunmurdu. Ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə EKG-nın dinamikasının maksimal göstəriciləri 2-4-ci həftə ərzində qeyd olunmuşdu.

Təqdim olunan sxem üzrə müalicə apardığında yarım kəskin mərhələyə keçid kişilərdə müşahidənin təxminən 14-cü günündə qeyd olunurdu. Ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə yarım kəskin mərhələyə keçid həmçinin müşahidənin 14-cü günündən gec qeyd olunurdu. Kişilərdə qadınlardan təxminən 4 gündən gec (11,5- və 15,77 gün, $p < 0,05$) qeyd olunurdu.

Analoji vəziyyəti bütün yaş qruplarında qeyd olunurdu. Ənənəvi sxem üzrə antitrombotik və trombolitik terapiya alan xəstələrdə yarım kəskin mərhələyə keçid 2 həftənin axırında müşahidə olunurdu. Kişilərdə həmin proses (15,77 gün), qadınlardan təxminən 4 gün gec qeyd olunurdu – (11,50 gün).

KOMİ-dan sağalan və təqdim olunmuş sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə yarım kəskin mərhələyə keçid orta hesabla 13-cü gündə qeyd olunurdu, ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə isə yarım kəskin mərhələyə keçid təxminən müşahidənin 17-ci günündə qeyd olunurdu ($p < 0,05$). Təqdim olunmuş sxem üzrə müalicə alan kişi cinsli xəstələrdə qadınlara nisbətən yarım kəskin mərhələyə keçid 1 gün tez müşahidə olunur ($p < 0,05$). Ənənəvi sxem üzrə müalicə alan xəstələrdə isə müzakirə olunan göstəriciyə görə, kişi və qadın cinsli xəstələrin arasında statistik dürlüklə fərq qeyd olunmamışdır ($p < 0,05$).

Yuxarıda deyilənləri yekunlaşdıraraq belə nəticəyə gəlmək olarki Mİ-nin kəskin dövründə antitrombotik və trombolitik müalicə sxeminin tətbiqi müsbət dinamikaya və yarım kəskin mərhələyə keçid tempini sürətləndirir ki, bu da proqnostik nöqtəyə nəzərdən çox vacib məsələlərdən biridir.

Bu sxemin istifadə olunmasında yüksək kliniki effekt müşahidə olunmuşdur. Demək olar ki, 1,4 dəfə ölüm faizi, 2 dəfə - təhlükəli aqırlaşmaların sayı azalmışdır. Odur ki, biz hal-hazırda bu sxemi geniş tətbiq edirik.

Nəticə.

1. BOMİ olan xəstələrdə təqdim olunan sxem üzrə antitrombotik və trombolitik terapiyanı apardığında EKG-nın müsbət dinamikası həmin sxem üzrə müalicə almayan xəstələr ilə müqayisədə təxminən bir iki həftə tez müşahidə olunurdu.
2. EKG-nın müsbət dinamikası kişi cinsli xəstələrdə qadın cinsli xəstələr ilə müqayisədə 1-2 həftə tez müşahidə olunurdu.
3. Kiçik ocaqlı miokard infarktı olan xəstələrdə isə müzakirə olunan sxem üzrə müalicə lazım olan qədər effektiv olmamışdır.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ПОКАЗАТЕЛИ

Н.К.Гулиева

Азербайджанский Государственный Институт
усовершенствования врачей им. А.Алиева,
кафедра внутренних болезней
Республиканская Клиническая больница
им. академика М.А.Миркасимова

В статье представлены данные ретроспективного анализа применения модифицированной схемы антитромботической и тромболитической терапии в зависимости от объема инфаркта миокарда у больных, находившихся на стационарном лечении в блоке интенсивной терапии РКБ им. акад. М.А.Миркасимова за период с 1985-1995 гг.

Применение данной схемы позволило значительно сократить период перехода в подострую стадию, на основании ЭКГ исследования, как среди мужчин, так и среди женщин, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда.

При наличии мелкоочагового инфаркта миокарда эффект был отмечен, но статистически был недостоверен. В настоящее время применение данной схемы продолжается.

ƏDƏBİYYAT

1. Воскобой И.В., И.В., Семенов А.В., Мазуров А.В., Кравчук В.Ф., Ребров А.П. Активность тромбоцитов и функциональное состояние эндотелия у больных с нестабильной стенокардией, с благоприятным и неблагоприятным исходом (перспективное исследование). Кардиология, 2002, № 9, с. 4-11.
2. Зотова И.В., Затеишиков Д.А., Сидоренко Б.А. Синтез оксида и развитие атеросклероза. Кардиология, 2002, № 4, с. 58-67.
3. Перова Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом. Кардиология, 2004, №1, с. 76-82.
4. Покровская Е.В. Новые антитромботические препараты (по материалам XIX конгресса Международного Общества по тромбозам и гемостазу). Кардиология, 2004, № 3, с. 70-74.
5. Califf R.M., Woodlief L.H., Harell F.E., White H.D., Yuerei A. Selection of thrombolytic therapy for individual patients: development of a clinical model. YUSTO - I Investigators, 1997, v.133, № 6, p. 630-639.

6. Carillo A.M., Valdespino A., Solorio S., Badui E., Enciso R., Lepe L., Lara A. Effectiveness of anticoagulant oral treatment in patients with thrombus in vent ride after acute myocardial infarction. *Archivos del Instituto de Cardiologia de Mexico*, 1997, v.67, № 3, p.217-222.
7. Maggioni A.P., Sessa F., latini R., Tognoni. Treatment of acute myocardial infarction today. *American Heart Journal*, 1997, v.134 (2Pt 2), p. 9-14.