

УДК 616.12/24:616-089.5

DOI: 10.22141/2224-0586.3.90.2018.129498

Солошенко С.В., Белецкий А.В., Рудный А.А., Иевлева В.И.

КУЗ «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова», г. Харьков, Украина

Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда после проведения сердечно-легочной реанимации

Резюме. В статье представлено описание клинического случая инфаркта миокарда с положительным исходом после проведения тромболитической терапии при наличии как минимум двух относительных противопоказаний.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; тромболитическая терапия; противопоказания

Введение

Инфаркт миокарда (ИМ) — это ишемический некроз сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения вследствие атеротромбоза (значительно реже вследствие других причин). Тромболитическая терапия в настоящее время является одним из наиболее эффективных патогенетически обоснованных методов лечения ИМ [1].

Показаниями к проведению тромболитической терапии являются: наличие на ЭКГ подъема интервала ST более 1 мм в двух и более смежных отведениях (при подозрении на передний ИМ) или в 2 из 3 отведений от конечностей II, III, aVF (при подозрении на задний ИМ), наличие остро возникшей блокады левой ножки пучка Гиса, идиовентрикулярный ритм [2]. И чем раньше проводится тромболитическая терапия, тем лучше результаты лечения ИМ. Особенно эффективно проведение тромболитической терапии в первые 3 часа от предполагаемого начала ИМ. Когда ИМ диагностирован позже, больному целесообразно назначить тромболитическую терапию в ближайшие 6 часов от начала, так как ИМ любого типа в большинстве случаев обусловлен развитием тромбоза. Однако если сохраняется болевой синдром, а на ЭКГ при сохраняющемся подъеме сегмента ST отсутствует патологический зубец Q, имеются достаточные основания для положительного прогноза

относительно результата тромболитической терапии. Проведение тромболитической терапии в первые 24 часа от начала ИМ оказывает положительное влияние на течение заболевания [2–4].

Основные изменения, внесенные в новые рекомендации по лечению ИМ с подъемом сегмента ST Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC) 2017 г., указывают на то, что чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) более предпочтительно, чем тромболитическая терапия (если предполагаемое время доставки пациента в центр ЧКВ от момента установления диагноза STEMI составляет менее 120 мин), минимальное время от установления диагноза до проведения тромболитической терапии — 10 мин. Тромболитическая терапия является важной реперфузионной стратегией при отсутствии возможности проведения ЧКВ, максимальная эффективность будет достигнута, если она проведена в первые 2 часа от начала симптомов. Тромболитическая терапия рекомендуется проводить в первые 12 часов от начала симптомов и только в том случае, если отсутствует возможность проведения ЧКВ в течение 120 мин от установления диагноза STEMI [5].

Абсолютными противопоказаниями к проведению тромболитической терапии являются: активное кровотечение, в том числе кровотечение из желудочно-кишечного тракта, на протяжении последнего месяца, предшествующий свежий (не более 6 месяцев) ге-

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina neotložnyh sostojanij»), 2018

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для корреспонденции: Солошенко С.В., КУЗ «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова», пер. Балакирева, 3а, г. Харьков, 61018, Украина; e-mail: redact@i.ua

For correspondence: S. Soloshenko, Kharkiv Prof. O.I. Meshchaninov Municipal Clinical Emergency Hospital, Balakireva lane, 1, Kharkiv, 61018, Ukraine; e-mail: redact@i.ua

моррагический инсульт, крупные хирургические вмешательства, роды, серьезные травмы (например, тяжелая черепно-мозговая травма) в последние 3 недели перед ИМ.

Относительными противопоказаниями считают: предполагаемое расслоение аорты, внутримозговую патологию, не относящуюся к абсолютным противопоказаниям (нарушения мозгового кровообращения, случившиеся в течение предыдущих 2 месяцев, даже при полном восстановлении всех функций к настоящему моменту), свежую травму, крупную операцию давностью менее 3 недель, множественные повторные ИМ с тяжелым постинфарктным кардиосклерозом, язвенную болезнь в фазе обострения, тяжелые болезни печени (цирроз печени), геморрагический диатез, гломерулонефриты, болезни крови с кровоточивостью, тяжелую, плохо корригируемую артериальную гипертензию с показателями АД более 180/110 мм рт.ст., сахарный диабет с тяжелой ангиоретинопатией, беременность, лечение оральными антикоагулянтами в терапевтических дозах, пункцию сосудов, не поддающихся прижатию, недавнее лечение сетчатки глаза лазером, травматическую или длительную реанимацию (более 10 мин), сведения об аллергических реакциях на введение тромболитических препаратов [2–4].

Мы представляем информацию о клиническом случае с положительным исходом после проведения тромболитической терапии при наличии как минимум 2 относительных противопоказаний.

Описание клинического случая

В 5:10 врачебной бригадой ЭМП доставлена в реанимационное отделение женщина 48 лет с предварительным диагнозом: ИБС. Острый задний инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Кардиогенный шок. Постреанимационная болезнь. Из

анамнеза известно, что у женщины накануне вечером на фоне физической нагрузки, которую больная ранее переносила безболезненно, появилось чувство тяжести за грудиной и под левой лопаткой, которое проходило в покое. Больная не придавала этому значения и за медпомощью не обращалась. Ночью, около 2:00, болевой синдром возник вновь уже в покое, что не давало больной уснуть. Будучи медработником, больная заподозрила у себя острый коронарный синдром и вызвала бригаду экстренной медицинской помощи (ЭМП) (3:30). На момент прибытия состояние больной тяжелое, находится в сознании, отмечается психомоторное возбуждение, выраженный болевой синдром, частота дыхания (ЧД) 22 в 1 мин, частота сердечных сокращений (ЧСС) 80 в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст. ЭКГ демонстрируется на рис. 1.

Помощь бригады ЭМП: морфин 10 мг в/в, кордарон 300 мг в/в, сибазон 10 мг в/в, дофамин в/в, фленокс 0,8 в/в, плавикс 300 мг.

Во время транспортировки у больной в 4:15 произошла остановка эффективного кровообращения. На ЭКГ-мониторе фибрилляция желудочков сердца. Проведена реанимационная акция в течение 30 мин, во время которой сделано 9 дефибрилляций бифазным дефибриллятором с рекомендуемой мощностью 220 Дж. В 4:45 сердечная деятельность восстановлена. Для поддержания эффективного кровообращения начата инфузия дофамина со скоростью 6 мкг/кг/мин. Больная госпитализирована в КУЗ «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова».

При доставке в реанимационный зал объективно: состояние больной крайне тяжелое, уровень нарушения сознания — глубокая кома (оценка по GCS — 3 балла). Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводится мешком Амбу через ларин-

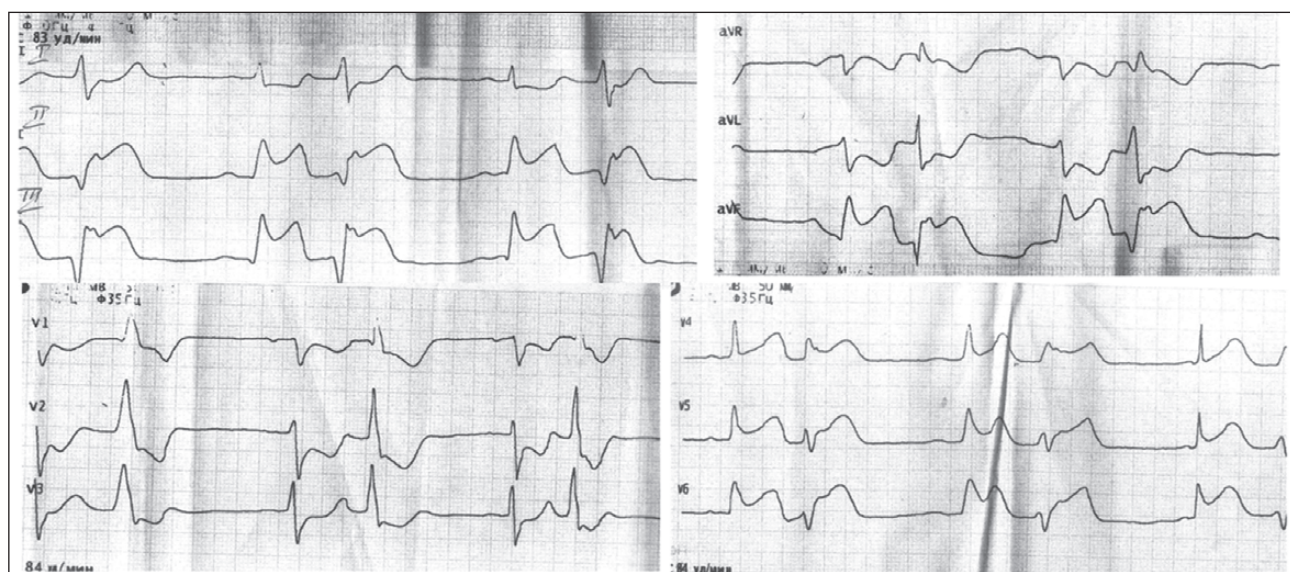


Рисунок 1. ЭКГ пациентки, доставленной в реанимационный зал. Диагноз: ИБС. Острый задний инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Кардиогенный шок. Постреанимационная болезнь. Сахарный диабет 1-го типа

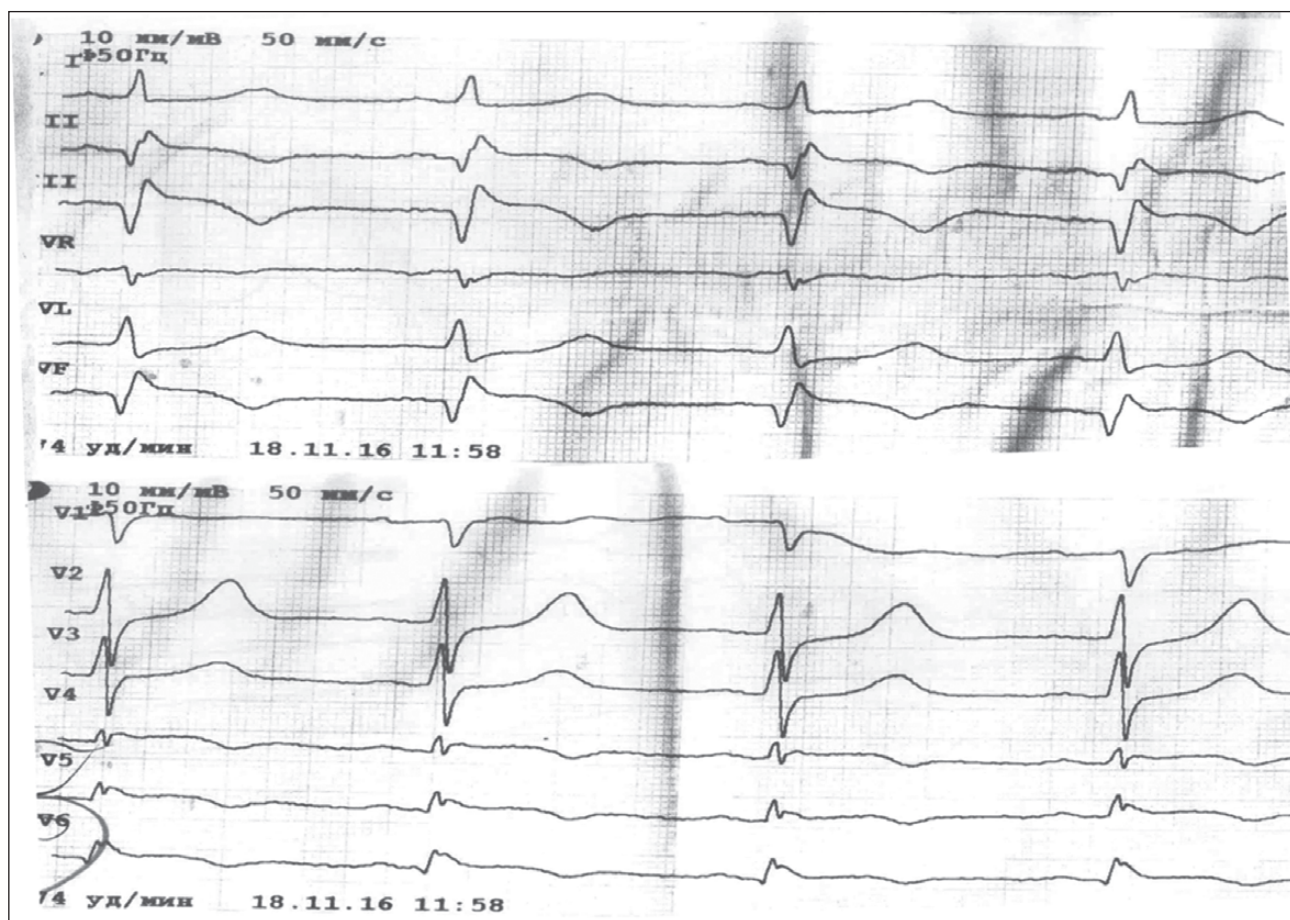


Рисунок 2. ЭКГ пациентки после проведения тромболитической терапии

геальную маску, ЧСС — 52 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. на фоне инфузии дофамина со скоростью 6 мкг/кг/мин. Сахар крови 19,0 ммоль/л.

Немедленно произведена интубация трахеи, продолжена ИВЛ аппаратом «Бриз». Наркоз, защита мозга: натрия оксибутират 8000 мг болюсно. Коррекция гликемии: инсулин 6 ЕД в/в. После повторного снятия ЭКГ (на фоне нарушения ритма — элевация сегмента ST в II, III, aVF, V4-V6, S1-S4) проведена ургентная рентгенография органов грудной клетки с целью исключения торакальной травмы. Заключение: нет признаков переломов ребер и грудины, гемопневмоторакса; имеется правосторонняя пневмония, вероятно аспирационная.

Консилиумом принято решение о том, что в связи с невозможностью проведения ангиографии больной показана тромболитическая терапия. Был введен препарат актилизе (альтеплаза) 90 мг в течение часа на фоне инфузии дофамина 8 мкг/кг/мин.

После проведения тромболитической терапии состояние больной с положительной динамикой и признаками значительного улучшения сократительной способности миокарда. Признаки: стабилизация центральной гемодинамики с появлением тенденции к артериальной гипертензии, снижение потребности в дофамине, постепенное

снижение скорости его введения. В 9:00 прекращена инфузия дофамина. В 10:00 уровень нарушения сознания — оглушение: все глазные рефлексы присутствуют и не нарушены, реагирует на болевую стимуляцию, восстановился мышечный тонус, выполняет команды, восстановилось адекватное самостоятельное дыхание. После получения показателей центральной гемодинамики и процентного насыщения капиллярной крови кислородом произведена экстубация трахеи. Болевой синдром отсутствует, ритм синусовый. ЭКГ в 10:00 со значительной положительной динамикой демонстрируется на рис. 2.

После проведения курса лечения в стационаре больная выписана с рекомендацией в плановом порядке выполнить коронарографию и ЧКВ.

Выводы

Предшествующая сердечно-легочная реанимация не является противопоказанием для проведения тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда, если исключены травматические повреждения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Марков В.А. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда / В.А. Марков, Е.В. Вышков — Томск: НИИ кардиологии СО РАМН, 2011. — 148 с. — Access mode: <http://www.cardio-tomsk.ru/attachments/article/160/22-Book.pdf>
2. Тромболитизис — показания, противопоказания [электронный ресурс] / Meduniver Кардиология. — Access mode: <http://meduniver.com/Medical/Cardiologia/290.html>
3. Rivera-Bou W.L. Thrombolytic Therapy [электронный ресурс] / W.L. Rivera-Bou / Medscape: Drugs & Diseases [Updated: Dec 31, 2017] — Access mode: <https://emedicine.medscape.com/article/811234-overview>
4. Gibson C.M. Fibrinolysis for acute ST elevation myocardial infarction: Initiation of therapy [электронный ресурс] / C.M. Gibson, R. Corbalan / UpToDate [updated: Aug 21, 2017] — Access mode: <https://www.uptodate.com/contents/fibrinolysis-for-acute-st-elevation-myocardial-infarction-initiation-of-therapy>
5. Колесник М. Острый инфаркт миокарда: что нового? [электронный ресурс] / М. Колесник // Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики ONLINE [2017-10-12] — Access mode: <https://www.umj.com.ua/article/115273/ostryj-infarkt-miokarda-cho-novogo>

Получено 17.01.2018 ■

Солошенко С.В., Білецький О.В., Рудний А.А., Ієвлева В.І.
КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги
ім. проф. О.І. Мещанінова», м. Харків, Україна

Тромболітична терапія при гострому інфаркті міокарда після проведення серцево-легеневої реанімації

Резюме. У статті наведено опис клінічного випадку інфаркту міокарда з позитивним результатом після проведення тромболітичної терапії при наявності як мінімум двох відносних протипоказань.

Ключові слова: інфаркт міокарда; тромболітична терапія; протипоказання

S.V. Soloshenko, O.V. Biletskyi, A.A. Rudnyi, V.I. Iievleva
Kharkiv Prof. O.I. Meshchaninov
Municipal Clinical Emergency Hospital,
Kharkiv, Ukraine

Thrombolytic therapy for acute myocardial infarction after cardiopulmonary resuscitation

Abstract. The article describes a clinical case of myocardial infarction with a positive outcome after thrombolytic therapy with at least two relative contraindications.

Keywords: myocardial infarction; thrombolytic therapy; contraindications