

**Лыска А. И.**, врач неотложных состояний

КУОЗ «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина

## Атипичный случай развития инфаркта миокарда

На горячую линию 103 в 16 ч 28 мин поступил звонок о том, что мужчина 62 лет теряет сознание в квартире. В 16 ч 35 мин линейная бригада прибыла на место вызова и начала оказывать помощь.

Вызов к больному кардиологическая бригада получила в 17 ч 00 мин от врача линейной бригады. Поводом к вызову был шок, без уточнения причины. По прибытию кардиологической бригады врач линейной бригады доложил, что больного беспокоит общая слабость, развившаяся внезапно около 2 ч назад (позже выяснилось – около 4 ч). Объективно: АД – 40/0 мм рт. ст., на ЭКГ зарегистрирована синусовая брадикардия, ЧСС – 40 за 1 мин, без признаков инфаркта миокарда, при ректальном исследовании признаков острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) не обнаружено, температура тела – 35,7 °С. Врачом линейной бригады был поставлен диагноз: «Шок неясного генеза». Кардиологическую бригаду вызвали для уточнения диагноза и транспортировки больного в стационар.

Сам пациент объясняет свое состояние тем, что продолжительное время находился под прямыми солнечными лучами без головного убора. В результате этого больной потерял сознание, очнулся лежащим лицом к земле. При попытке встать испытал необычайную слабость, поэтому вынужден был какое-то время оставаться в лежачем положении. Затем ползком добрался до своей машины и с трудом доехал домой. По прибытию домой около 1 ч отдыхал, надеясь, что все пройдет само. Однако при попытке встать опять развивалась сильнейшая слабость, головокружение, ощущение потери сознания, что сопровождалось обильным холодным потоотделением. После этого жена вызвала скорую помощь. Необычным было то, что слабость появлялась только при попытке подвигаться. В состоянии покоя слабости не было.

В анамнезе жизни: без особенностей. Алкоголем не злоупотребляет, курит около 1 пачки в сутки.

При осмотре отмечался анемичный воскообразный цвет кожных покровов. В легких – жесткое дыхание, масса сухих хрипов диффузно. Тоны сердца глухие, практически не выслушивались. Живот мягкий, безболезненный, на пальпацию не реагирует. Мочеиспускание безболезненно, не учащено. На периферии PS нитевидный, АД – 40/0 мм рт. ст. Отклонений в деятельности нервной системы не было выявлено.

Фельдшеры двух бригад делали попытки обеспечить венозный доступ с целью проведения симптоматической коррекции гемодинамики, так как диагноз был неясен. Клиническая картина была размыта, что с определенными оговорками подходило и под описание раннего периода ОЖКК, и под описание теплового удара (но присутствовала брадикардия), и под задний инфаркт миокарда (но на кардиограмме не было признаков инфаркта). Был установлен катетер VENFLON в подкожную вену свода стопы, но

---

провести интенсивную инфузионную терапию не удавалось, так как при начальной скорости инфузии 60 капель/мин через 1–2 мин инфузии скорость резко замедлялась вплоть до полной остановки инфузии. Промывание катетера изотоническим раствором натрия хлорида под давлением с помощью шприца давало очень кратковременный эффект и инфузия опять останавливалась. Все описанные мероприятия заняли около 20 мин, после чего было принято решение повторить ЭКГ и посмотреть в динамике. На снятой кардиологической бригадой ЭКГ было выявлено острейшую фазу заднедиафрагмального инфаркта миокарда. В катетер ввели 2,5 мг фондапаринукса, который нивелировал явления гиперкоагуляции и скорость инфузии больше не изменялась, больной получил нагрузочную дозу 300 мг клопидогреля и 250 мг аспирина. Догоспитальный тромболизис был показан, но не проведен, так как на оснащении бригады в тот момент времени отсутствовал тромболитик.

Больного госпитализировали в инфарктное отделение, где ему был выполнен госпитальный тромболизис препаратом «Актилизе». После проведенного стационарного лечения был выписан для реабилитации домой.

Стаття надійшла в редакцію 25.10.2016 р.