

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В УСЛОВИЯХ НЕСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Л. Х. Сафаргалиева

Клинический госпиталь МСЧ МВД по Республике Татарстан, Казань

Реферат. Представлен клинический случай пациента, страдающего ожирением, артериальной гипертензией с последующим развитием инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка. Диагноз нижнего инфаркта миокарда верифицирован с помощью ЭКГ и клинической симптоматики: острая боль в прекардиальной области, в левой половине грудной клетки.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, тромболитизис, реперфузия.

CASE OF SUCCESSFUL THROMBOLYSIS IN THE PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OF THE LEFT VENTRICLE LOWER WALL IN SETTINGS OF A NON-SPECIALIZED HOSPITAL

L. H. Safargaliyeva

Clinical Hospital of MCU of MIA in the Republic of Tatarstan, Kazan

Abstract. Clinical case of the patient with obesity, arterial hypertension with the subsequent development of myocardial infarction of the left ventricle lower wall. The diagnosis of inferior myocardial infarction was verified with the help of ECG and clinical symptoms: acute pain in pericardial area, in the left part of thoracic cage.

Keywords: myocardial infarction, arterial hypertension, thrombolysis, reperfusion.

Как известно, инфаркт миокарда происходит из-за разрыва или надрыва атеросклеротической бляшки в коронарной артерии. При разрыве фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки субэндотелиальная соединительная ткань соприкасается с форменными элементами крови, что ведет к активации тромбоцитов, образованию тромбина и тромбозу. Тромботическая окклюзия коронарной артерии обычно приводит к инфаркту миокарда с подъемом сегмента ST или без него. Выделение инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST очень важно для определения тактики лечения, поскольку в этом случае обычно показана экстренная реперфузия (тромболитизис или коронарная ангиопластика).

Диагноз инфаркта миокарда доказателен при наличии у больного по меньшей мере двух клинических признаков: характерный ангинозный приступ, гиперферментемия в типичные сроки, характерные изменения на ЭКГ. Типичная клиническая картина болевого приступа с появлением в характерной последовательности лейкоцитоза, гипертермии, увеличенной СОЭ, признаков перикардита заставляет предполагать инфаркт миокарда и проводить соответствующее лечение больного даже в том случае, если на ЭКГ отсутствуют доказательные для инфаркта изменения.

Представляем клинический случай успешного тромболитизиса у больного с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST.

Больной Ш. 1966 года рождения поступил в клинический госпиталь МСЧ МВД 02.01.2009 г. Заболел днем, находясь на рыбалке, появилось кратковременное жжение за грудиной с иррадиацией в левую руку, принял валидол под язык, 6 таблеток глицина, «отпустило» через 30 мин. Повторное ухудшение состояния

почувствовал приблизительно в 19 ч, вновь появились боли и «жжение» за грудиной с иррадиацией в левую руку. При ингаляции нитроглицерином боли не купировались, после чего больной вызвал бригаду скорой помощи. Скорая помощь снизила АД с 200/150 мм рт.ст. до 170/100 мм рт.ст. Была предложена госпитализация, но больной отказался, так как состояние немного улучшилось. Дома пациент снова почувствовал себя хуже и повторно вызвал скорую помощь, которая доставила его в больницу МВД.

В анамнезе — артериальная гипертензия с 2006 г. Находился на госпитализации в 2006 г. и в 2008 г. с диагнозом: гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. Гипертрофия миокарда левого желудочка, гиперлипидемия, ожирение 3-й степени.

Со слов больного «жжение» за грудиной с иррадиацией в левую руку появилось год назад. Больной был обследован: проведено холтеровское мониторирование ЭКГ, при котором изменений сегмента ST и зубца T независимо от физических нагрузок и субъективных ощущений не было выявлено. Принимал в течение года тромбо АСС 100 мг, эналаприл.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, нижние конечности пастозные. Питание избыточное. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное. Частота дыхания 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие, акцент второго тона на аорте. Частота сердечбиения 80 уд/мин. АД 140/85 мм рт.ст. Язык обложен густым белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. На ЭКГ: синусовая тахикардия 109 уд/мин. Отклонения ЭОС влево, депрессия сегмента ST на 0,5 мм в I, AVL-отведениях, зубец Rv5 > Rv4.

Выставлен предварительный диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФК II. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени. ХСН I, ФК II. Метаболический синдром.

Назначено лечение: кардикет 20 мг 3 раза в день, КСI с MgSO₄ капельно, нитроглицерин при болях под язык, метформин 850 мг 2 раза в день, метопролол 25 мг 2 раза в день. Боли были купированы, АД стабилизировано.

Самочувствие ухудшилось 05.01.2009 г. в 5.45 ч утра, появились сильные боли в прекардиальной области с иррадиацией в левую руку, челюсть. На ЭКГ замедленный синусовый ритм 57 уд/мин, увеличилась депрессия сегмента ST на 1 мм в I, AVL-отведениях. Появился подъем сегмента ST на 2 мм в III, AVF-отведениях с переходом в положительный зубец T. Больному было проведено обезболивание морфином внутривенно, анальгином, димедролом внутримышечно, дано 500 мг аспирина, сделан гепарин 10 тыс. ЕД внутривенно, начата внутривенная инфузия нитроглицерина. В 9.00 проведен тромболизис с альтеплазой по схеме: 15 мг внутривенно, струйно болюсом, остальное 50+35 мг капельно, дробно. На ЭКГ: 05.01.09 в 14.25 ч синусовый ритм 75 уд/мин, сегмент ST в III, AVF-отведениях на изолинии, зубец T отрицательный.

Динамика общего анализа крови у больного Ш.

	5 января	8 января	19 января
СОЭ	20	20	11
НВ	13,7	17,3	12,4
Эг	4,67	5,73	4,29
L	8,2	8,1	5,9
Лимфоциты	18,7	26,1	29,6
Моноциты	9,2	5,1	8,4
Гран.	72,1	68,8	62,0
П.	1	1	
Э.	4	4	
С.	61	64	

Динамика лабораторно-биохимических показателей у больного Ш.

	5 января	20 января
Общий билирубин	16	
Прямой	1,5	
Глюкоза	5,9	
AST	0,24	32
ALT	0,32	76
Креатинин	94,7	41
Холестерин	5,89	5,51
ЛДГ	18	148
К+		4,62
Фибр. А	3,5	3,9
Фибр. В	отр	отр
АЧТВ	34 с	45 с

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес — 1030, pH — 5,0, белок отр., сахар отр., L ед., RW отр., ВИЧ отр.

ЭхоКС: аорта уплотнена, камера сердца и размеры соответствуют антропометрическим данным. Фракция выброса удовлетворительная. Зон акинезии, гипокинезии не выявлены.

ИБС: острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST от 05.01.09. Состояние реперфузии после успешно проведенного тромболизиса.

Гипертоническая болезнь III стадии, II степени, риск 4. Гиперхолестеринемия. ХСН I, ФК II. Ожирение 2-й степени.

Получал лечение: эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, бисопролол 2,5 мг 2 раза в день, плавикс 75 мг на ночь, аспирин кардио 150 мг на ночь, зокор 10 мг на ночь, сонапакс 20 мг на ночь, сиофор 850 по одной таблетке два раза в день.

На фоне лечения 24.01.09 больной был выписан без ангинозных приступов, со стабильной гемодинамикой и без отрицательной динамики по ЭКГ.

Выводы: больному проведен успешный тромболизис с клиническими признаками восстановления кровотока: прекратились ангинозные боли через 30—60 мин после введения тромболитика, стабилизировалась гемодинамика, отмечалась быстрая динамика ЭКГ с приближением сегмента ST к изолинии, появлением глубокого отрицательного зубца T без формирования патологического зубца Q.

Таким образом, раннее проведение мероприятий по восстановлению перфузии миокарда является неотъемлемой составной частью эффективного лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Наиболее доступный в данном случае метод — контроль динамики комплекса QRST. При восстановлении коронарного кровотока обычно наблюдается быстрое снижение сегмента ST в отведениях, в которых он был повышен и формирование отрицательных («коронарных») зубцов T. Согласно рекомендациям «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, ВНОК» (2007) более полному и раннему восстановлению коронарного кровотока соответствует большее снижение ST. О динамике сегмента ST судят через 90 и 180 мин от начала тромболизиса. При раннем наступлении полноценной реперфузии вольтаж зубцов R может остаться сохранным, поражение локальной и глобальной сократительной функции ЛЖ минимальными, а увеличение биохимических маркеров некроза миокарда незначительными. Быстрое снижение ST до начала реперфузионной терапии — свидетельство спонтанного разрушения тромба и восстановления коронарного кровотока.

Использованы рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. Основаны на рекомендациях Европейского кардиологического общества с учетом рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца.