

УДК 616.127-005.8-085.273.55.03

В.Г. Зорин, Р.В. Горбунов, А.Ю. Гуляев

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ЗАО «Эй И Эй Интернэшнл» (Сахалин)

Ключевые слова: инфаркт миокарда, тромболитическая терапия, догоспитальный этап.

Стратегия ведения пациента с острым коронарным синдромом (ОКС), по мнению большинства крупнейших национальных медицинских объединений (Американская кардиологическая ассоциация, Европейский реанимационный совет, Всероссийское научное общество кардиологов и пр.), в настоящее время заключается в эффективном анатомическом восстановлении кровотока в зоне окклюзии коронарной артерии [1–3]. Международные рекомендации по оказанию экстренной кардиологической помощи [2–4] позволяют говорить о применении трех основных методик при развитии ОКС на фоне острого тромбоза коронарных артерий: системная тромболитическая терапия (ТЛТ), баллонная ангиопластика (в том числе со стентированием), аортокоронарное шунтирование. При этом только ТЛТ доступна к применению специалистами догоспитального этапа экстренной медицинской помощи, не требует специализированного оснащения (рентгентехника, операционная и пр.), а следовательно, может быть применена в кратчайшие сроки после возникновения ОКС [1].

Актуальность широкого внедрения программы догоспитальной тромболитической терапии для Сахалинской области особенно подчеркивается значительным удалением пунктов оказания первичной медико-санитарной помощи от крупных городских стационаров, сложностью и длительностью экстренной эвакуации пациента, отсутствием на территории области кардиохирургического центра. Как показывает наш опыт, медицинский персонал, имеющий подготовку в рамках международных алгоритмов

экстренной кардиологической помощи, с успехом может проводить тромболитическую терапию на догоспитальном этапе, способствуя снижению смертности и инвалидизации при ОКС. Приводим собственное наблюдение.

Пациент К., 47 лет, находясь на рабочем месте в городке строителей (проект «Сахалин-2») в 13 часов 00 минут 20 сентября 2006 г. обратился в медицинский пункт с жалобами на выраженные загрудинные боли с иррадиацией, чувство нехватки воздуха. Примечательно, что процесс организации и транспортировки вертолетом в ближайший стационар (Смирныховская центральная районная больница Сахалинской области) мог быть осуществлен в пределах 4–5 часов. Из анамнеза установлено, что в 12 часов 50 мин после выкуривания сигареты появились вышеуказанные жалобы с резким прогрессированием болевого синдрома. Ранее хронических заболеваний, аллергии не было.

На момент осмотра медицинским работником медпункта состояние больного тяжелое, нестабильное, сознание умеренное оглушение; кожа бледная и влажная с серым оттенком, акроцианоз. Тоны сердца ритмичные, глухие, шума нет, пульс ритмичный; дыхание без изменений, хрипов нет. Частота пульса и сердечных сокращений – 61 в мин, артериальное давление – 140/90 мм рт. ст., число дыханий – 22 в мин, сатурация – 98%.

Во время подготовки и выполнения электрокардиографического исследования начато стартовое лечение: ингаляция кислорода через лицевую маску, аспирин (225 мг per os), нитроглицерин (0,5 мг через 5 мин). В связи с развитием брадикардии (54 уд./мин) в 13 часов 10 мин внутривенное введение морфина было отсрочено. Болевой синдром значительно уменьшился. Электрокардиограмма показала развитие зоны ишемии и повреждения миокарда (рис. 1).

Поставлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Крупноочаговый заднедиафрагмальный инфаркт миокарда от 20.09.2006 г. Синусовая брадикардия».

Продолжено стартовое лечение, установлен внутривенный доступ, начаты мониторинг сердечного ритма, сатурации и артериального давления, сбор анамнеза для проведения тромболитической терапии. В 14 часов 45 мин было получено подтверждение диагноза, показаний и возможности применения тромболитика «Альтеплаза» («Актилизе») из центральной клиники International SOS (Южно-Сахалинск), начата подготовка к процессу тромболиза.

На электрокардиограмме, выполненной в 15 часов 08 мин, отчетливо зафиксировано распространение зоны повреждения, формирование зоны некроза (рис. 2). Начато введение альтеплазы по стандартной схеме.

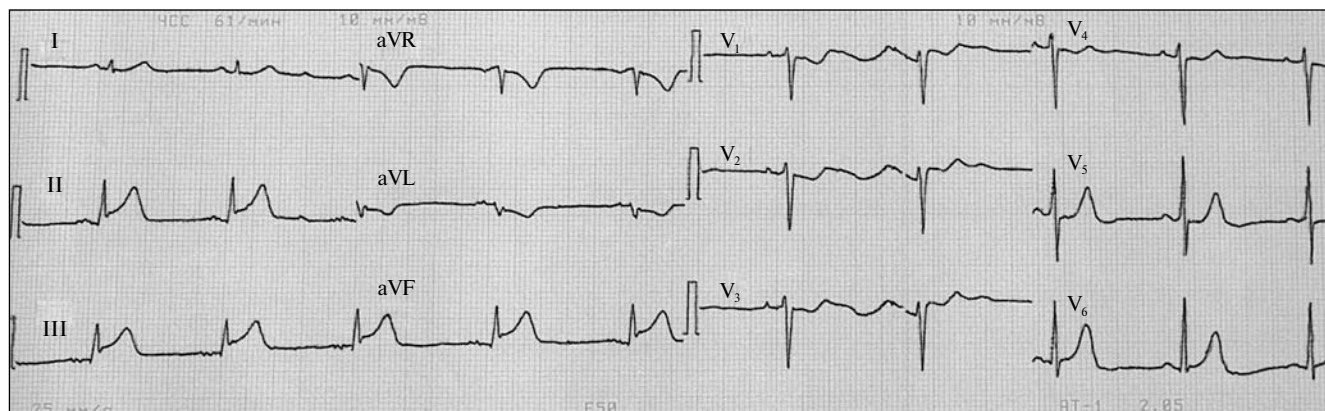


Рис. 1. Электрокардиограмма пациента К., 47 лет: зона ишемии в заднедиафрагмальном отделе.

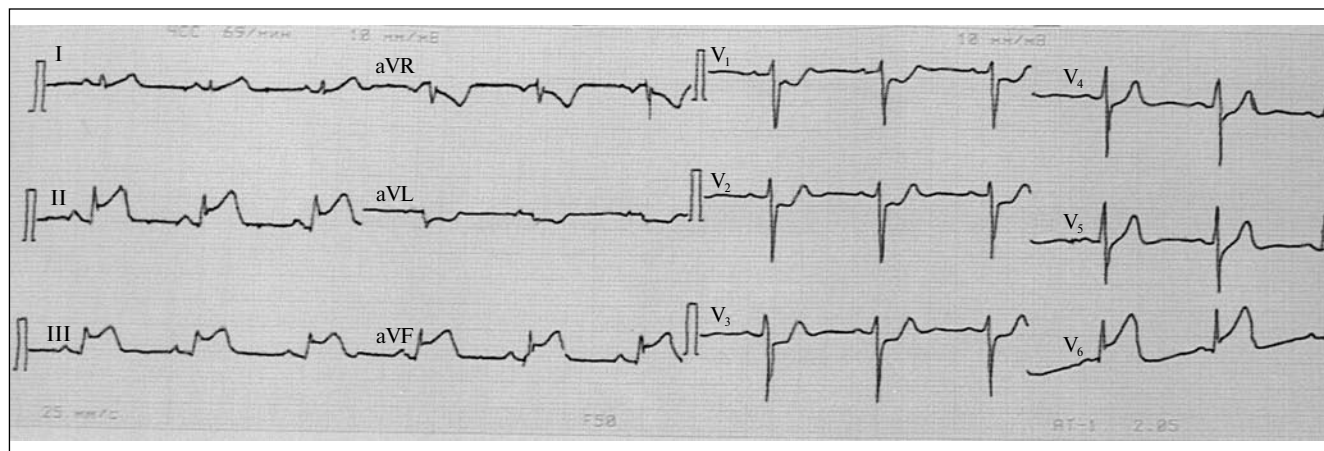


Рис. 2. Электрокардиограмма пациента К., 47 лет: распространение зоны повреждения миокарда.

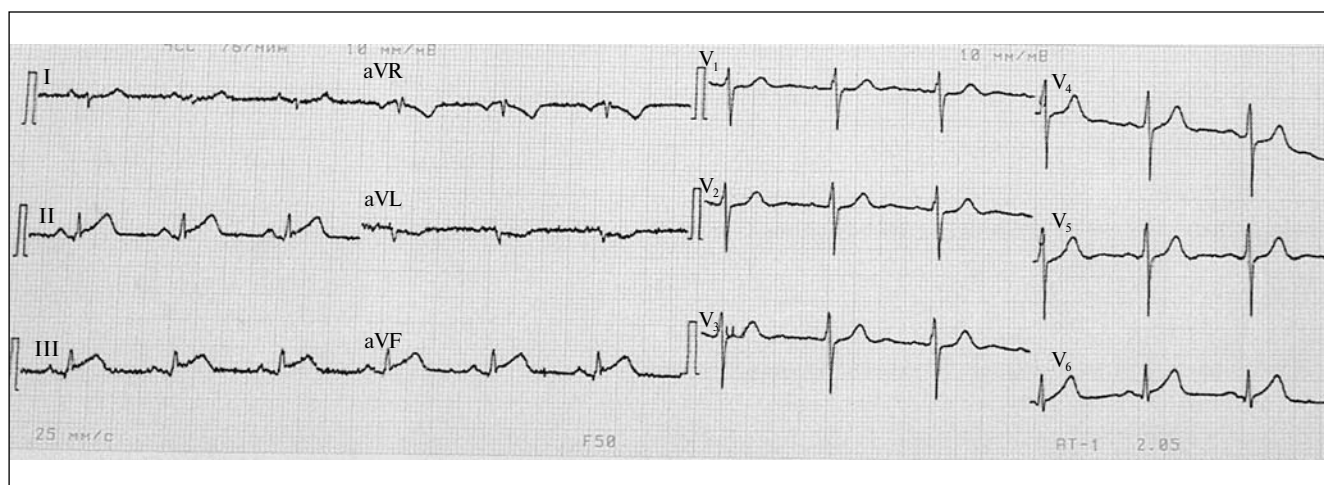


Рис. 3. Электрокардиограмма пациента К., 47 лет, после завершения ТЛТ.

Тромболитическая терапия была завершена в 17 часов 00 мин, продолжена подготовка и организация процесса медицинской эвакуации вертолетом в Смирныховскую ЦРБ. Болевой синдром купирован полностью. Частота пульса – 72 в мин, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., число дыханий – 18 в мин, сатурация – 98%. Через час была зафиксирована электрокардиограмма, свидетельствующая об успешной реканализации участка окклюзии коронарной артерии без формирования зоны некроза (рис. 3).

В пределах трех последующих часов была успешно проведена медицинская эвакуация. За весь период наблюдения не было зафиксировано возобновления болевого синдрома, отрицательной электрокардиографической динамики. Выписан в удовлетворительном состоянии без ограничений к трудовой деятельности.

Данный клинический случай подтверждает необходимость широкого распространения программ догоспитального тромболитизиса, особенно на территориях, удаленных от специализированных кардиохирургических центров. Непрерывность учебно-тренировочных программ для медицинского персонала, а также использование современных протоколов проведения тромболитической терапии позволяют сделать эту методику безопасной и высокоэффективной.

Литература

1. Груздев А.К., Сидоренко Б.А., Максимов В.Р., Яновская З.И. Проведение системной тромболитической терапии у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе. — М.: Главное медицинское управление, Управление делами Президента Российской Федерации, 2005.
2. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 / Ed. by J. Nolan, P. Basskett // Resuscitation. — 2005. — Vol. 67, Supplement 1. — P. 189.
3. Guidelines CPR and ECC 2005. — Dallas: AHA, 2005.
4. International Guidelines 2000 for CPR and ECC (A Consensus on Science). — AHA, 2000.

Поступила в редакцию 8.12.2006.

THE SUCCESSFUL CASE OF PRE-HOSPITAL TROMBOLISYS

V.G. Zorin, R.V. Gorbunov, A.Yu. Gulyaev

International SOS. AEA International (Sakhalin) ZAO

Summary — the paper is devoted to the review of pre-hospital thrombotic therapy case in base camp in Sakhalin. The TLT (Actilyse) during acute myocardial infarction was successfully made in short time after the myocardial ischemia starting. The necessary conditions and indications for a successful pre-hospital thrombolysis also are determined.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 98–99.