

М.М. Потяженко¹, К.Є. Вакулєнко², Н.О. Люлька¹, Т.В. Дубровінська², Ю.А. Остапчук²

¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

²Полтавський обласний клінічний кардіологічний диспансер

Сучасні методи лікування STEMI у хворі старечого віку

У статті наведено клінічний випадок гострого інфаркту міокарда у хворі старечого віку. Продемонстровано результати застосування сучасних діагностичних і лікувальних методів (коронарорентрикулографія, стентування, тромболітична терапія), а також оцінено функціонування уражених коронарних судин, незважаючи на велику кількість ускладнень у найгострійшій та гострій періоді і старечий вік пацієнтки.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, коронарорентрикулографія, стентування, тромболітична терапія.

Вступ

Хвороби системи кровообігу займають провідне місце у структурі захворюваності й загальної смертності населення у більшості країн світу, в тому числі в Україні. Так, захворюваність на ішемічну хворобу серця (ІХС) має сьогодні глобальний характер. Щороку мільйони людей у світі поступають у відділення та центри інтенсивної кардіології з гострим коронарним синдромом (ГКС), який у близько 20% випадків завершується розвитком гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Одним із основних факторів, які визначають прогноз пацієнтів із ГКС, є адекватність надання медичної допомоги в перші години захворювання, оскільки саме в цей період спостерігають найвищу летальність (МОЗ України, 2014; 2016).

ГІМ — основна причина смертності та інвалідності в суспільстві. В останні десятиріччя ця патологія стала фокусом багатьох клінічних досліджень із залученням великої кількості пацієнтів, в результаті яких підтверджено ефективність проведення стентування і тромболітичної терапії при ГІМ (Rogers W.J., 1995). Коронарографія — єдиний метод дослідження, який дозволяє оцінити наявність і ступінь вираженості ураження вільцевих артерій у цих пацієнтів (Пархоменко О.М. та співавт., 2013; МОЗ України, 2014; 2016).

У статті наведено клінічний випадок застосування сучасних діагностичних і лікувальних методів (коронарорентрикулографія (КВГ), стентування, тромболітична терапія) у хворі старечого віку із ГІМ.

Клінічний випадок (пацієнтка Д., 1922 р.н.)

03.12.2016 р., 15:30

З'явився сильний стискаючий біль за грудиною. Застосовувала коронарорентричні та заспокійливі засоби — без покращення.

03.12.2016 р., 18:30

Біль став нестерпним, тривалим, супроводжувався вираженою загальною слабкістю, запамороченням.

Викликана бригада швидкої медичної допомоги. На електрокардіограмі (ЕКГ) — ознаки Q-позитивного переднього розповсюдженого ГІМ.

Стан хворі тяжкий: шкірні покриви вологі, бліді, акроціаноз, пульс 110 уд./хв., ритмічний, слабого наповнення. Артеріальний тиск (АТ) — 80/40 мм рт. ст., сатурація киснем — 96%.

Діагноз: «ІХС: ГКС з елевацією сегмента ST. Кардіогенний шок II ст. (IV клас за класифікацією Killip). Серцева недостатність ІІА ст.».

Надана допомога (Коваленко В.Н. (ред.), 2008; Нетяженко В.З., 2009; МОЗ України, 2014):

- ацетилсаліцилова кислота 325 мг *per os* (розжовування);
- клопідогрел 75 мг *per os*;
- гепарин 0,6 мл у 10 мл 0,9% фізіологічного розчину внутрішньовенно;
- 0,1% морфін 1 мл підшкірно;
- допамін 2 мл у 200 мл 0,9% фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно.

Пацієнтка доставлена в палату інтенсивної терапії Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру.

З анамнезу життя: підвищення АТ протягом 10 років, виразка дванадцятипалої кишки протягом 20 років, сечокам'яна хвороба (літотомія лівої нирки у 2013 р.).

Об'єктивно при госпіталізації: загальний стан хворі тяжкий, свідомість загальмована, шкіра бліда, акроціаноз, підвищене потовиділення. Частота дихальних рухів — 24/хв. При аускультатії легень дихання ослаблене везикулярне, хрипи не вислуховуються. Пульс 96 уд./хв, аритмічний, слабого наповнення та напруження. АТ — 90/50 мм рт. ст. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1,5 см зовні від середньоключичної лінії в VI міжребер'ї. Тони серця аритмічні, ослаблені. Живіт м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. При постукуванні в ділянці нирок болючості немає.

ЕКГ при госпіталізації: ритм синусовий, неправильний, частота серцевих рухів (ЧСС) — 96 уд./хв, часта суправентрикулярна екстрасистолія, елевація сегмента ST на 10 мм у V₂-V₅.

03.12.2016 р., 20:10

Хворі проведена ургентна КВГ (рис. 1, 2) (Коваленко В.Н. (ред.), 2008; Амосова К.М. та співавт., 2012; МОЗ України, 2014), а також стентування передньої міжшлункової гілки лівої коронарної артерії (ПМШГ ЛКА) та головного стовбура (ГС) ЛКА (рис. 3).

Після проведення стентування пацієнтка переведена до палати інтенсивної терапії. На моніторі: фібриляція передсердь (ФП) із ЧСС 140 уд./хв, АТ — 100/60 мм рт. ст.

Застосовано (Пархоменко О.М. та співавт., 2009; МОЗ України, 2014):

- 10 мл 4% розчину допаміну у 40 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно за допомогою інфузомату зі швидкістю 5 мг/кг/год;
- аміодарон 300 мг у 100 мл 5% розчину глюкози зі швидкістю 50 мг/год;
- інгаляція зволеним киснем.

03.12.2016 р., 23:20

На моніторі — відновлення синусового ритму. ЧСС — 62 уд./хв, АТ — 70/40 мм рт. ст.

Застосовано (Пархоменко О.М. та співавт., 2009; МОЗ України, 2014):

- мезатон 1% 0,5 мл у 20 мл 0,9% фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно;
- швидкість введення допаміну за допомогою інфузомату збільшена до 8 мг/кг/год (через 10 хв АТ — 80/50 мм рт. ст.), швидкість введення допаміну за допомогою інфузомату збільшена до 10 мг/кг/год (через 10 хв АТ — 95/60 мм рт. ст.);
- інгаляція зволеним киснем зі швидкістю 3 л/год.

04.12.2016 р., 07:10

Скарги на нудоту. АТ — 110/70 мм рт. ст., ЧСС — 80 уд./хв. Швидкість введення допаміну знижено до 8 мг/кг/год. Інгаляцію зволеним киснем продовжено. Застосовано метоклопрамід 2 мл внутрішньовенно струминно.

04.12.2016 р., 12:20

АТ — 110/70 мм рт. ст., швидкість введення допаміну знижено до 6 мг/кг/год, триває інгаляція зволеним киснем.

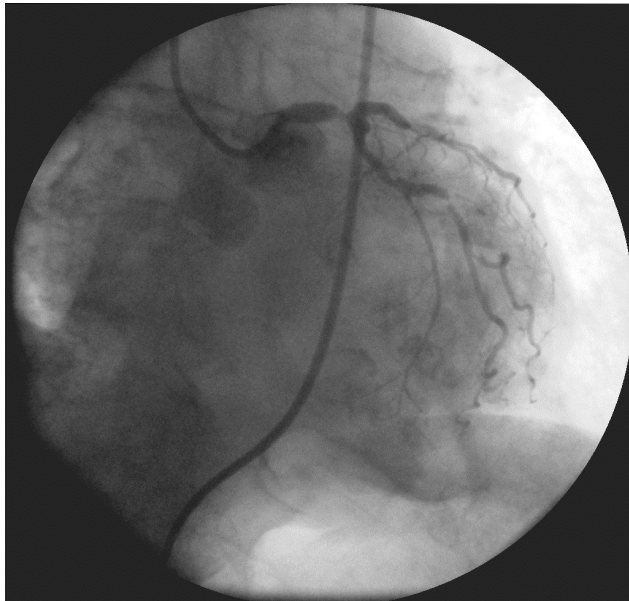


Рис. 1. КВГ: оклюзія середньої 1/3 ПМШГ ЛКА – 100%, стенози стовбура ЛКА – до 90%, 1-ї діагональної гілки – 70–90%, 2-ї діагональної гілки – 70%, проксимальної 1/3 огинаючої гілки – 70%, в середній 1/3 огинаючої гілки – функціонуюча субоклюзія 98%

04.12.2016 р., 17:00

АТ — 110/70 мм рт. ст.

Швидкість введення допаміну знижено до 4 мкг/кг/год, триває інгаляція зволоженим киснем.

04.12.2016 р., 22:00

АТ — 120/80 мм рт. ст.

Введення допаміну припинено (Пархоменко О.М. та співавт., 2009; МОЗ України, 2014).

05.12.2016 р.

Хвора збуджена, дезорієнтована в часі, намагається встати. Консультація психіатра, діагноз: «Деліріозний синдром, соматогенно зумовлений».

Застосовано:

- 2 мл 0,5% розчину діазепаму внутрішньом'язово;
- при збудженні — тіорідазин 10 мг по 1/2 таблетки 2 рази на добу. Консультація невролога, діагноз: «Дисциркуляторна енцефалопатія II ст., змішаного генезу. Гострої неврологічної патології не виявлено».

06.12.2016 р., 07:45

Напад кардіальної астми.

Застосовано:

- оксигенотерапія зволоженим киснем;
- ізосорбід дінітрат у формі спрею — 3 дози сублінгвально;
- фуросемід 4 мл внутрішньовенно струминно, еплеренон 25 мг вранці планово.

Через 20 хв стан покращився. Сатурація киснем — 99%. Оксигенотерапію продовжено.

06.12.2016 р., 19:45

ЕКГ: пароксизм ФП, тахісistolічна форма з ЧСС 160 уд./хв, часта шлуночкова екстрасистолія. Збільшення елевації сегмента ST у V₂–V₅.

Застосовано аміодарон 300 мг у 100 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно краплинно повільно (зі швидкістю 50 мг/год) (Пархоменко О.М. та співавт., 2009; МОЗ України, 2014).

Враховуючи клінічну картину, порушення серцевого ритму (пароксизм ФП, зміни сегмента ST), зроблено висновок, що у хворої мав місце рецидив інфаркту міокарда по передній стінці від 06.12.2016 р.

Проведено тромболітичну терапію: альтеплаза 15 мг внутрішньовенно струминно, альтеплаза 50 мг внутрішньовенно краплинно за допомогою інфузомату зі швидкістю 50 мг/30 хв, альтеплаза 35 мг внутрішньовенно за допомогою інфузомату зі швидкістю 35 мг/год на фоні внутрішньовенного краплинного введення пантопрозолу 40 мг (Rogers W.J., 1995; Пархоменко О.М. та співавт., 2013; МОЗ України, 2014).

06.12.2016 р., 21:10

ЕКГ: пароксизм ФП з ЧСС 90–110 уд./хв. АТ — 90/60 мм рт. ст. Кардіогенний шок II ст.

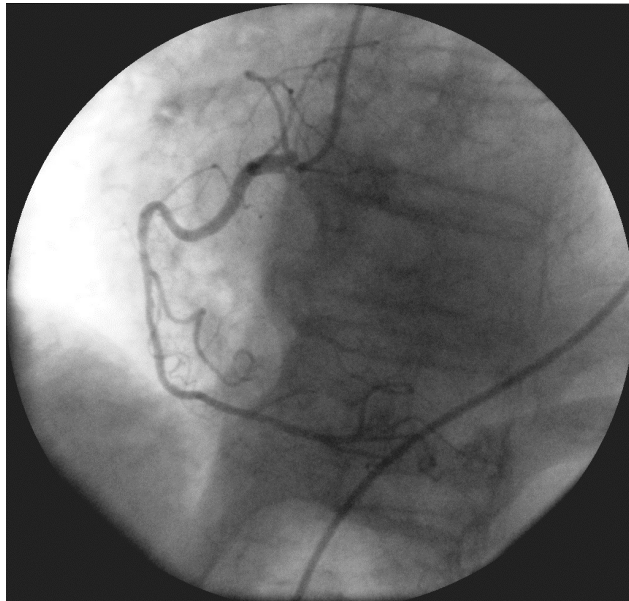


Рис. 2. КВГ: стенози стовбура правої коронарної артерії – 70–90%, середньої 1/3 правої коронарної артерії – 50%

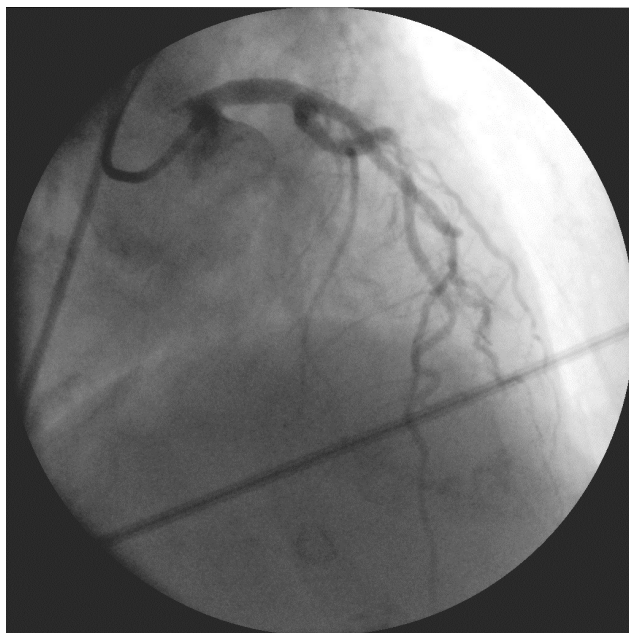


Рис. 3. КВГ: відновлення кровотоку в середній 1/3 ПМШГ ЛКА – 1 DES, ГС ЛКА – 1 BMS

Терапія: допамін 10 мл 4% розчину у 40,0 мл 5% розчину глюкози внутрішньовенно краплинно за допомогою інфузомату зі швидкістю 3 мкг/кг/год. Інгаляція зволоженим киснем зі швидкістю 3 л/год. Через 15 хв АТ — 100/60 мм рт. ст. Сатурація киснем — 96%. Проведено ЕКГ-моніторинг (Пархоменко О.М. та співавт., 2009; МОЗ України, 2014).

07.12.2016 р., 04:10

Відновлення синусового ритму з ЧСС 90 уд./хв. Інфузію допаміну припинено.

09.12.2016 р.

ЕКГ: динаміка гострого рецидивуючого з зубцем Q передньо-перетинково-верхівково-бокового інфаркту міокарда лівого шлуночка, часта суправентрикулярна екстрасистолія.

АТ — 110/70 мм рт. ст., ЧСС — 78 уд./хв.

15.12.2016 р.

Аускультативно над легеньми в нижніх відділах вологі дрібно-пухирцеві хрипи. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені.

На рентгенограмі органів грудної клітки (в лежачому положенні хворої) легеневий малюнок фібрознозмінений, справа — інфіль-

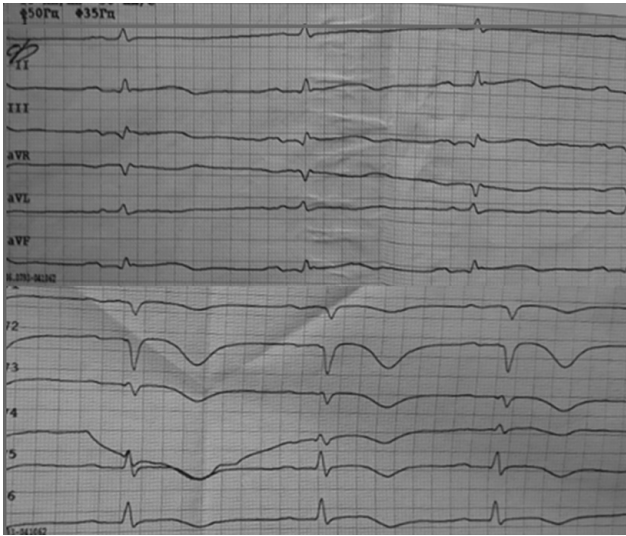


Рис. 4. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, синусова брадикардія, зберігається елевація сегмента ST 1–2 мм у V_2 – V_6 з негативізацією зубця T

трований. Аорта ущільнена, склерозована. Правобічна гіпостатична пневмонія.

Застосовано:

- левофлоксацин 500 мг внутрішньовенно краплинно через кожні 12 год № 5;
- торасемід 10 мг вранці;
- комбінацію про- і пребіотиків по 1 капсулі 1 раз на добу.

17.12.2016 р.

Хвора переведена на II руховий режим.

Проведена ехокардіоскопія (Швед М.І., Левицька Л.В., 2013): гостра аневризма міжшлуночкової перетинки, фракція викиду лівого шлуночка — 36%.

20.12.2016 р.

На контрольній рентгенограмі органів грудної клітки: інфільтрація в легенях зменшилася.

Переведена в інфарктне відділення на III руховому режимі для подальшої реабілітації.

23.12.2016 р.

Пацієнтка виписана з покращенням стану з руховим режимом в межах самообслуговування.

ЕКГ на момент виписки представлено на рис. 4.

Заключний діагноз: «ІХС: гострий (03.12.2016 р.) із зубцем Q передньо-перетинково-верхівково-боковий інфаркт міокарда лівого шлуночка. Часта суправентрикулярна екстрасистолія, часта шлуночкова екстрасистолія (03.12.2016 р.), пароксизм ФП, тахісistolічна форма (03.12.2016 р.); відновлення синусового ритму (03.12.2016 р.). Кардіогенний шок II ст. (03.12.2016 р.). КВГ (03.12.2016 р.), стентування середньої 1/3 ПМШГ ЛКА (1 DES), ГС ЛКА (1 BMS). Деліріозний синдром, соматогенно зумовлений (05–06.12.2016 р.). Кардіальна астма (06.12.2016 р.). Рецидив ГІМ (06.12.2016 р.) у тій самій ділянці. Тромболітична терапія: альтеплаза (06.12.2016 р.). Пароксизм ФП, тахісistolічна форма (06–08.12.2016 р.), оцінка за шкалою CHA₂DS₂-VASc — 6 балів, за шкалою HAS-BLED — 2 бали; відновлення синусового ритму (07–08.12.2016 р.). Кардіогенний шок II ст. (07–08.12.2016 р.). Гостра аневризма міжшлуночкової перетинки (ехокардіоскопія 17.12.2016 р.). Дифузний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст., 2 ст., ризик 4. Серцева недостатність ІІА ст. зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (фракція викиду 36%, ехокардіоскопія 17.12.2016 р.). Правобічна гіпостатична пневмонія, стадія розрешення. Дисциркуляторна енцефалопатія II ст., змішаного генезу. Виразка дванадцятипалої кишки, стадія ремісії. Сечокам'яна хвороба. Літотомія лівої нирки (2013 р.).»

Рекомендації при виписці: диспансерний нагляд кардіолога за місцем проживання. Дієта з обмеженням жирів, вуглеводів, солі, ацетилсаліцилова кислота 100 мг вранці, пантопрозол 40 мг вранці, еплеренон 25 мг вранці, бісопролол 1,25 в обід (під контролем ЧСС, АТ), клопідогрел 75 мг ввечері протягом 12 міс, розувастатин 10 мг ввечері (під контролем рівня ліпопротеїдів низької щільності) (Коваленко В.Н. (ред.), 2008; Швед М.І., Левицька Л.В., 2013; МОЗ України, 2014).

Висновки

Наведений клінічний випадок ГІМ у хворі старшого віку продемонстрував можливість застосування сучасних діагностичних і лікувальних методів (КВГ, стентування, тромболітична терапія), незважаючи на велику кількість ускладнень в найгостріший та гострий період, а також дав змогу оцінити функціонування уражених коронарних судин, незважаючи на вік.

Список використаної літератури

- Амосова К.М., Сиченко Ю.О., Руденко Ю.В. та ін.** (2012) Ефективність методів реперфузійної терапії у різних категорій хворих із гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST. Серце і судини, 1: 54–60.
- Коваленко В.Н. (ред.)** (2008) Руководство по кардиологии. МОРИОН, Киев, 1424 с.
- МОЗ України** (2014) Наказ МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST» (http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140702_0455.html).
- МОЗ України** (2016) Наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. № 164 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST» (http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160303_0164.html).
- Нетяженко В.З.** (2009) Гострий коронарний синдром. Діагностичні заходи та алгоритми лікування. Київ, 191 с.
- Пархоменко О.М., Амосова К.М., Дзяк Г.В. та ін.** (2013) Рекомендації Асоціації кардіологів України щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST. Укр. кардіол. журн., 2: 51 с.
- Пархоменко О.М., Кожухов С.М., Іркін О.І., Лутай Я.М.** (2009) Гостра лівошлуночкова недостатність у хворих на гострий інфаркт міокарда: взаємозв'язок клінічного перебігу та прогнозу з тривалістю синдрому. Рац. фармаколог., 3(12): 51–54.
- Швед М.І., Левицька Л.В.** (2013) Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда. Медкнига, Киев, 144 с.
- Rogers W.J.** (1995) Contemporary management of acute myocardial infarction. Am. J. Med., 99(2): 195–206.

Современные методы лечения STEMI у больной старческого возраста

М.М. Потяженко, К.Е. Вакулєнко, Н.А. Люлька, Т.В. Дубровинская, Ю.А. Остапчук

Резюме. В статье приведен клинический случай острого инфаркта миокарда у больной старческого возраста. Продемонстрирована возможность применения современных диагностических и лечебных методов (коронарвентрикулография, стентирование, тромболитическая терапия), а также проведена оценка функционирования пораженных коронарных сосудов, несмотря на большое количество осложнений в острейший и острый период и старческий возраст пациентки.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, коронарвентрикулография, стентирование, тромболитическая терапия.

Modern methods of STEMI treatment in patient of senile age

M.M. Potyazhenko, K.E. Vakulenko, N.O. Lyulka, T.V. Dubrovinskaya, Yu.A. Ostapchuk

Summary. A clinical case of acute myocardial infarction in patient of senile age was demonstrated in the article. The possibility of using the modern methods of diagnostics and treatment (cardiac ventriculography, stenting, thrombolytic therapy) was shown and also the function of damaged coronary vessels was evaluated, despite of a high number of complications in extremely acute and acute periods and senile age of the patient.

Key words: acute myocardial infarction, cardiac ventriculography, stenting, thrombolytic therapy.

Адреса для листування:

Потяженко Максим Макарович
36024, Україна, Полтава, вул. Тараса Шевченка, 23
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»,
кафедра внутрішніх хвороб та медицини
невідкладних станів із шкірними та венеричними хворобами

Одержано 12.05.2017