ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИММУНОГЕННОЙ СТАФИЛОКИНАЗЫ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ватулин Н. Т.^{1,2}, Костокрыз В. Б.¹, Костокрыз А. И.³, Полякова О. А.¹, Рябко Е. А.¹, Столика О. И.¹, Загоруйко А. Н.²

Российский кардиологический журнал 2016, 10 (138): 105–106
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-10-105-106>

Ключевые слова: кардиология, инфаркт миокарда, реперфузия.

¹Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака, Донецк;

²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк;

³Городская больница № 4, Донецк, Украина.

Ватулин Н. Т. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии, зав. отделом кардиологии и кардиохирургии, Костокрыз В. Б. — врач-кардиолог высшей категории, Костокрыз А. И. — врач-кардиолог высшей категории, Полякова О. А. — врач-кардиолог высшей категории, Рябко Е. А. — врач-кардиолог высшей категории, заместитель главного врача по поликлинике, Столика О. И. — к.м.н., врач-кардиолог высшей категории, зав. отделением

неотложной кардиологии и тромболизиса, Загоруйко А. Н.* — врач-терапевт, магистр кафедры госпитальной терапии.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
anna_zagoruyko@mail.ru

АД — артериальное давление, ИМпСТ — инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, КАГ — коронароангиография, ТЛТ — тромболитическая терапия, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиограмма.

Рукопись получена 02.04.2016

Рецензия получена 08.05.2016

Принята к публикации 18.05.2016

EFFECTIVENESS OF THROMBOLYSIS BY NON-IMMUNOGENIC STAPHYLOKINASE IN PATIENT WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Vatutin N. T.^{1,2}, Kostogryz V. B.¹, Kostogryz A. I.³, Polyakova O. A.¹, Ryabko E. A.¹, Stolika O. I.¹, Zagoruyko A. N.²

Russ J Cardiol 2016, 10 (138): 105–106
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-10-105-106>

Key words: cardiology, myocardial infarction, reperfusion.

¹V. K. Gusak Institute of Urgent and Recovery Surgery, Donetsk; ²M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk; ³City Hospital №4, Donetsk, Ukraine.

Несмотря на широкое использование методов чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпСТ), в ряде ситуаций фармакологическая реперфузия у таких пациентов остаётся методом выбора своевременного восстановления коронарного кровотока [1]. Среди множества существующих в настоящее время тромболитических препаратов всё больший интерес своим удачным сочетанием качества и цены привлекает недавно созданный российский фибринселективный препарат неиммуногенной стафилокиназы [2–5].

Больной А., 59 лет, был доставлен в отделение неотложной кардиологии и тромболизиса Института неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака г. Донецка бригадой скорой медицинской помощи 01.03.16 в 02.00 спустя 3,5 часа после начала интенсивного приступа давящей боли за грудиной, сопровождавшегося тошнотой, рвотой и общей слабостью с диагнозом “острый коронарный синдром”. При поступлении, несмотря на неоднократный сублингвальный приём таблеток нитроглицерина, ацетилсалициловой кислоты внутрь (500 мг), внутривенное введение гепарина (5000 ЕД) и фентанила (0,5 мг), болевой синдром сохранялся, а на запи-

санной электрокардиограмме (ЭКГ) была картина (рис. 1А) острого переднего распространённого ИМпСТ (элевация сегмента ST-T в I, AVL до 1,5 мм, в V1-V6 до 3 мм, реципрокные изменения в виде депрессии сегмента ST-T во II, III, AVF до 3 мм, патологический зубец Q в I, AVL, V1-V3). Артериальное давление (АД) 140/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 78 уд./мин.

Учитывая клиническую картину, давность заболевания, изменения ЭКГ, было принято решение, что больному показано проведение экстренного реперфузионного лечения. В связи с невозможностью проведения ургентного ЧКВ в ночное время в условиях нашей клиники и отсутствие противопоказаний к тромболитической терапии (ТЛТ), начато незамедлительное введение препарата неиммуногенной стафилокиназы внутривенно двумя болюсами 10 мг и (через 30 мин) 5 мг. Через 15 мин от начала ТЛТ болевой синдром был полностью купирован, АД снизилось до 120/70 мм рт.ст., на ЭКГ (рис. 2, запись прикроватного монитора) зафиксированы реперфузионные аритмии — частые желудочковые экстрасистолы, эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма, не сопровождавшиеся нарушениями гемодинамики.

Рис. 1 (А, Б). Электрокардиограмма больного до (А) и после (Б) тромболиза.

Рис. 2. ЭКГ (запись прикроватного монитора) через 15 мин после начала тромболитической терапии.

Рис. 3 (А, Б). Коронароангиография: кровоток ТІМІ 3 в инфарктзависимой передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии после ТЛТ (А) и после стентирования (Б) (стрелками указана зона стеноза и установки стента).

На ЭКГ через 90 мин от начала ТЛТ (рис. 1Б) отмечена резолуция сегмента ST-T в V1-V6, I, AVL до изолинии, реципрокные изменения в отведениях II, III, AVF также регрессировали, что указывало на эффективность фармакологической реперфузии. Осложнений ТЛТ не было.

Спустя 12 ч (при появлении возможности) пациенту, согласно рекомендациям, была выполнена коронароангиография (КАГ), выявлен критический стеноз инфаркт-ответственной передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии с нор-

мальным антеградным кровотоком дистальнее места окклюзии (кровоток ТІМІ 3 по классификации кровотока по шкале ТІМІ) и выполнено стентирование инфаркт-ответственной передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (рис. 3).

Вмешательство прошло без осложнений, результат признан удовлетворительным, болевой синдром не рецидивировал. При эхокардиографии выявлена зона нарушения локальной сократимости в виде акинезии среднего переднеперегородочного и среднего переднего сегментов левого желудочка, его систолическая функция была сохранена (фракция выброса — 68%). Спустя двое суток больной самостоятельно покинул клинику.

Известно, что наилучшие результаты при лечении острого ИМпСТ достигаются тогда, когда успешная реперфузия осуществляется в первые 2-3 ч с момента начала его проявлений. При невозможности проведения ЧКВ в этот период, вполне оправданно осуществление стартового фармакологического реперфузионного лечения, что особенно актуально в современных условиях оказания медицинской помощи больным с острым ИМпСТ в г. Донецке. И с этой целью, как показал наш опыт, можно использовать новый российский препарат неиммуногенной стафилокиназы.

Литература

1. Myocardial revascularization guidelines 2014. Russ J Cardiol 2015; 118:5-81. Russian (Рекомендации по реваскуляризации миокарда 2014. Российский кардиологический журнал 2015; 118:5-81).
2. Markov VA, Vyshlov EV. Fortelizin® in the treatment of myocardial infarction with elevation ST. Questions of import substitution. Int Med J. Cardiology 2015; 15:34-8. Russian (Марков В. А., Вышлов Е. В. Фортелизин® в лечении больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Вопросы импортозамещения. Журнал Международной Медицины. Кардиология 2015; 15:34-8).
3. Markov VA, Vyshlov EV, Karpov RS. Coronary reperfusion in myocardial infarction with elevation ST: problems and solutions. Russ J Cardiol 2015; 1:53-57. Russian (Марков В. А., Вышлов Е. В., Карпов Р. С. Коронарная реперфузия при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST: проблемы и решения. Российский кардиологический журнал 2015; 1:53-57).
4. Kireev KA, Krasnopeev AV, Utkina SV. Clinical case of using Russian thrombolytic drug Fortelizin® in acute coronary syndrome. Rational pharmacotherapy in cardiology 2015; 11:40-4. Russian (Киреев К. А., Краснопеев А. В., Уткина С. В.. Клинический пример применения Российского тромболитического препарата Фортелизин® при остром коронарном синдроме. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015; 11:40-4).
5. Markin SS, Semyonov AM, Markov VA. New native thrombolytic drug Fortelizin study® in patients with acute myocardial infarction. Sib med J 2012; 27:5-9. Russian (Маркин С. С., Семенов А. М., Марков В. А. и др. Исследование нового отечественного тромболитического препарата Фортелизин® у больных с острым инфарктом миокарда. Сибирский медицинский журнал 2012; 27:5-9).