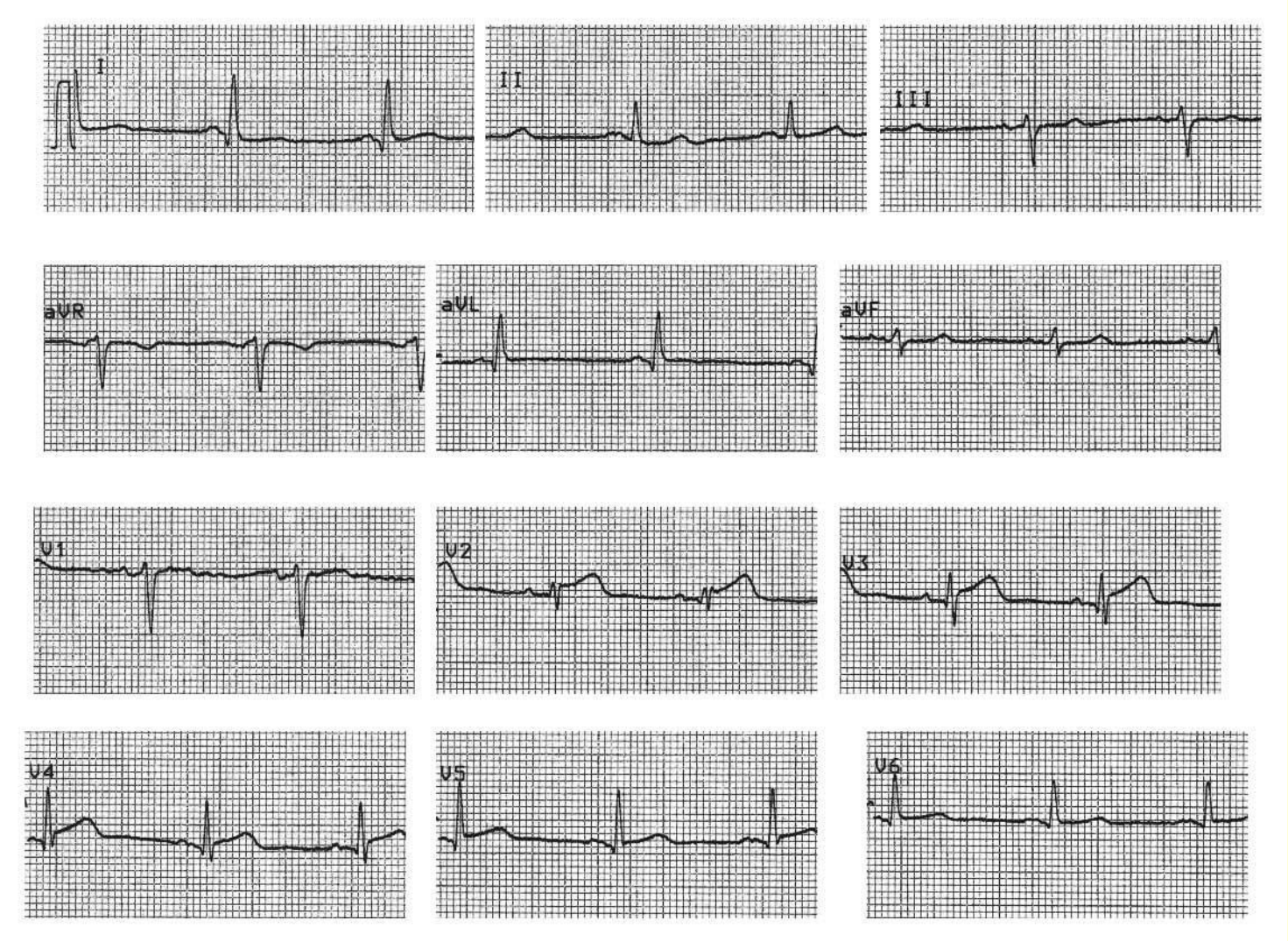
Опыт применения Метализе в клиниках Российской Федерации

Ассистент А.В. Розанов
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

Анамнез

- Пациентка К., 65 лет
- В 16-00 появились интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левое плечо, лопатку
- В 16-40 прибывшей бригадой СМП снята ЭКГ, собран анамнез, принято решение о выполнении ТЛТ стрептокиназой.

ЭКГ перед ТЛТ стрептокиназой



В стационаре

- Доставлена бригадой СПМ в 17-40
- Введено:
  - Sol. Morphini hydrochloridi 1%-1,0 в/в
  - Sol. Streptokinase 1,5 млн ЕД
  - Sol. Heparini 4000 ЕД в/в

В стационаре

- Состояние при поступлении:
  - Болевой синдром купирован
  - На ЭКГ – уменьшение элевации ST на 50%
  - Признаков ЛЖН нет
  - Показатели гемодинамики стабильные: АД 140/90, ЧСС 78 уд/мин.

Терапия

- Аспирин 125 мг/сутки
- Беталок-Зок 50 мг/сутки
- Энап 5 мг/сутки
- Нитросорбид 80 мг/сутки
- Вазилип 40 мг/сутки

Лабораторные анализы

- AST – 124 Ед/л
- ALT – 43 Ед/л
- КФК – 1285 Ед/л
- КФК МБ – 585 Ед/л

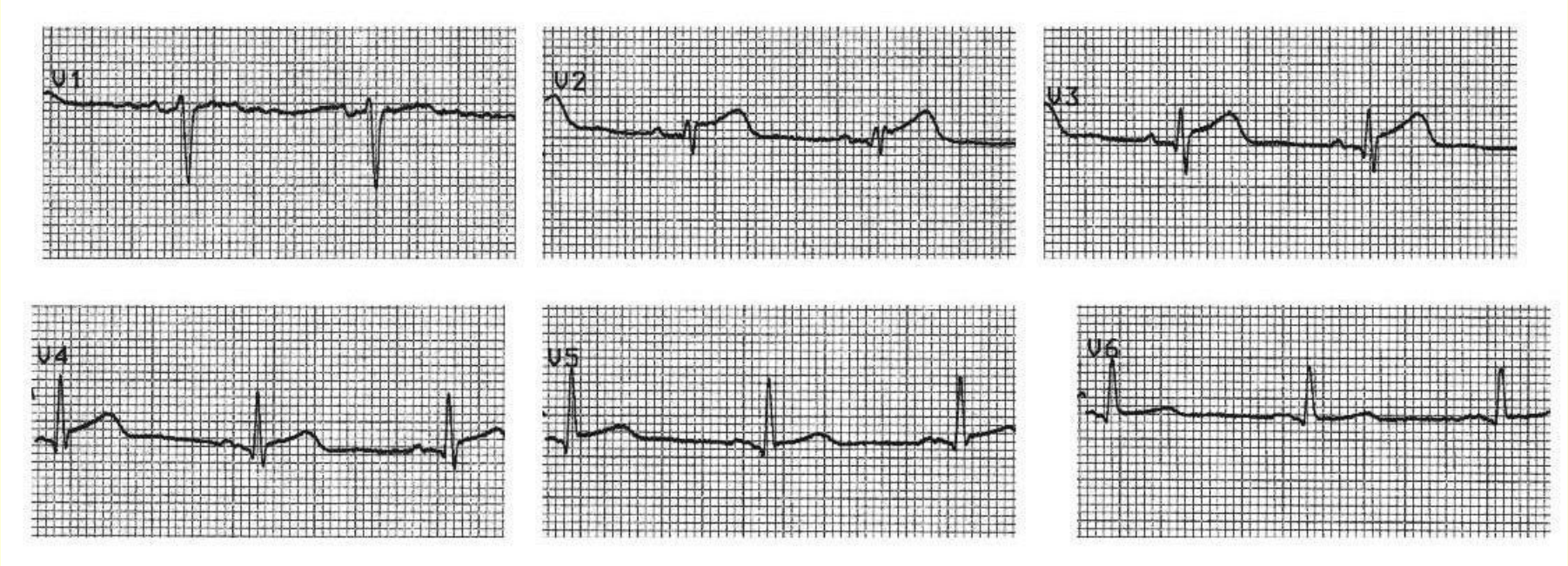
ЭхоКГ

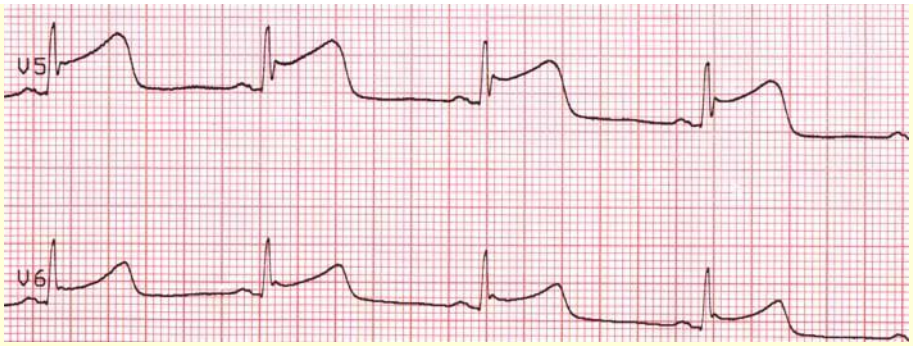
- Аорта уплотнена, 3,19 см, раскрытие клапана – 1,9 см
- Левое предсердие – 4,0 см
- КДР ЛЖ 5,6 см, КСР ЛЖ 4,3 см, ФВ ЛЖ 48%
- ТМЖП – 0,96 см, ТЗС ЛЖ – 0,9 см
- Гипокинезия передних и передне-перегородочных сегментов на среднем и апикальном уровнях

Рецидив ИМ

- На 68 часе пребывания в стационаре у пациентки развивается интенсивнейший болевой синдром.
- Появляется одышка
- Появляются влажные звонкие хрипы в легких, нарастает ЛЖН, отек легких.

ЭКГ





Стратегия дальнейшего ведения

- Необходима реперфузионная терапия
- ПКВ недоступно
- Необходима ТЛТ, но
  - Стрептокиназа нежелательна
  - Время с момента появления симптомов менее часа
  - Признаки ЛЖН, отека легких
  - 70 часов с момента первой ТЛТ
  - Риск развития разрыва миокарда, гемотампонады

Следовательно,

- Необходима быстрая реперфузия
- Препарат выбора - метализе

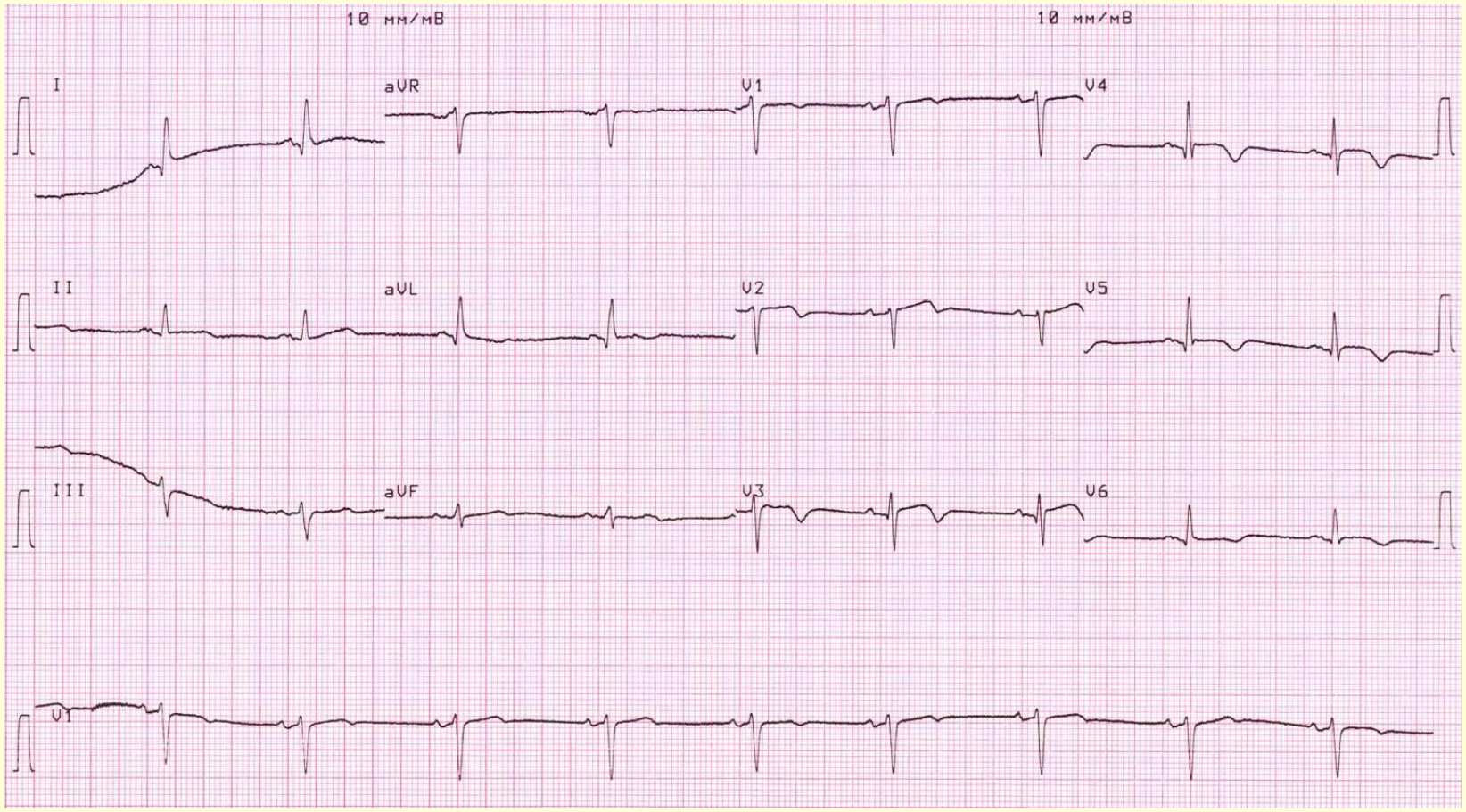
Терапия

- Метализе – 40 мг в/в болюсом
- Гепарин 960 Ед/час в течение 48 часов
- Нитроглицерин 20 мкг/кг инфузия
- Беталок-Зок – 50 мг/сутки
- Энап 10 мг/сутки
- Аспирин 125 мг/сутки

Восстановление кровотока

- Через 40 минут
  - Болевой с-м купирован
  - Явления ЛЖН регрессируют
  - При мониторинговом наблюдении – реперфузионные аритмии
  - Сегмент ST на изолинии
  - Формирование отрицательного Т.

ЭКГ 1 час



Биохимический анализ крови

Тест:	Результат	Замечания	Низкий	Высокий
Профиль: БКР				
AST	317.5 ед/л	ВЫШЕ НОРМЫ	0.0	37.0
ALT	64.4 ед/л	ВЫШЕ НОРМЫ	0.0	41.0
Билирубин общий	11.3 мкмол/л		0.0	17.0
мочевина	9.4 ммоль/л	ВЫШЕ НОРМЫ	3.0	9.2
Холестерин	5.65 ммоль/л	ВЫШЕ НОРМЫ	0.00	5.00
Креатинин	125.1 мкмол/л	ВЫШЕ НОРМЫ	44.0	97.0
Глюкоза	6.0 ммол/л		4.2	6.4
LDH	1098. ед/л	ВЫШЕ НОРМЫ	225.	450.
КФК MB	158. ед/л	ВЫШЕ НОРМЫ	0.	24.
CK NAC	2432. ед/л	ВЫШЕ НОРМЫ	0.	190.

Терапия после 48 часов

- Аспирин – 125 мг/сутки
- Беталок-Зок – 100 мг/сутки
- Вазилип 20 мг/сутки
- Энап 10 мг/сутки
- Фрагмин 7500 ЕД/2 раза в сутки

ЭхоКГ

- Аорта уплотнена, 3,2 см, раскрытие клапана – 2,0 см
- Левое предсердие – 4,0 см
- КДР ЛЖ 5,6 см, КСР ЛЖ 4,4 см, ФВ ЛЖ 47%
- ТМЖП – 0,9 см, ТЗС ЛЖ – 0,9 см
- Гипокинезия передних и передне-перегородочных сегментов на среднем и апикальном уровнях

Выписка

- Лечение
  - Аспирин – 125 мг/сутки
  - Беталок-Зок – 100 мг/сутки
  - Энап 10 мг/сутки
  - Вазилип – 40 мг/сутки

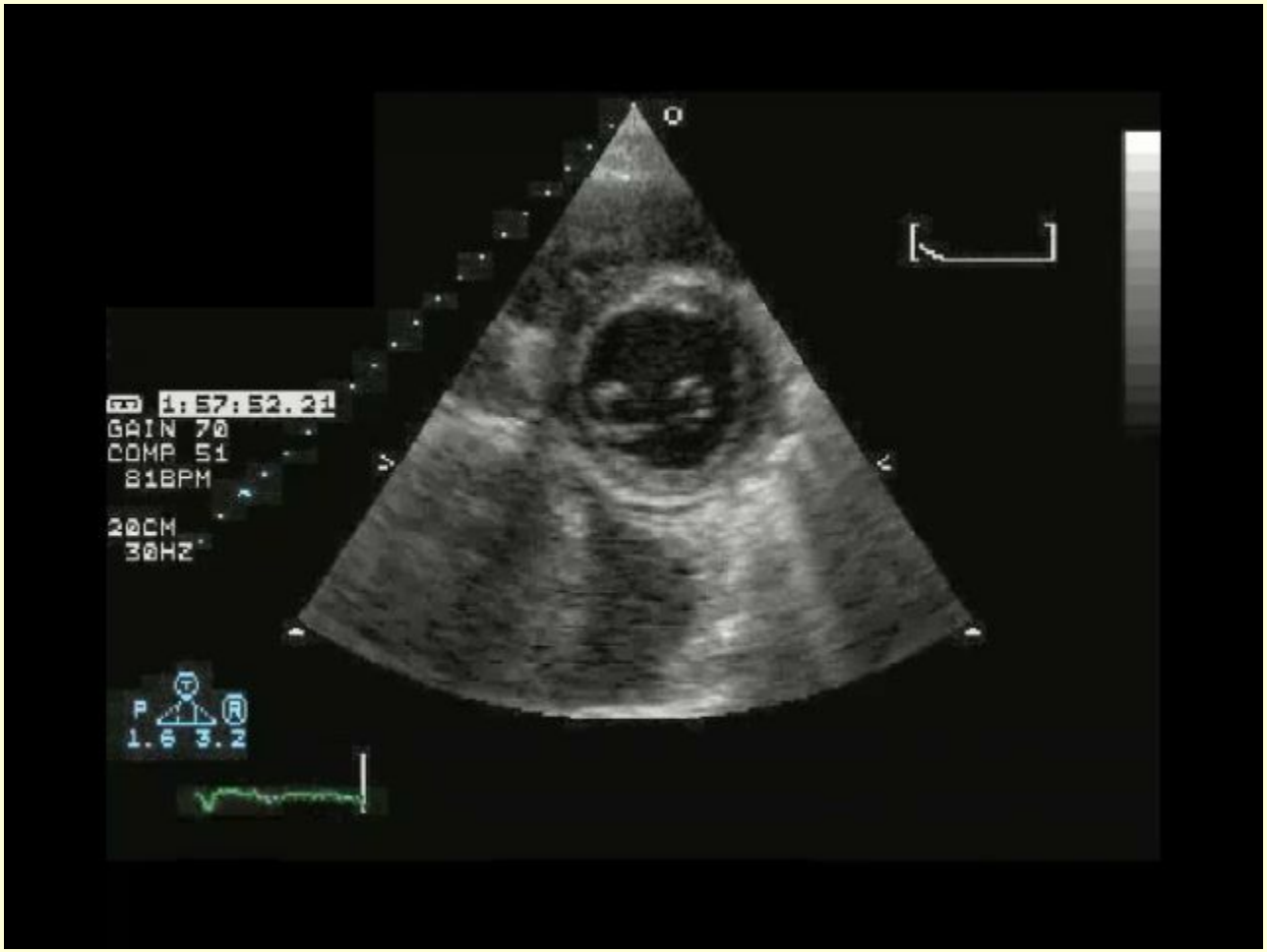
90 дней

- Клиническая картина
  - Ангинозные боли не беспокоят
  - Ежедневная активность – прогулки до 40 минут в день
  - Признаков застойной СН нет

Велоэргометрия

- Возраст – 65 лет
- Вид нагрузки – ступенчато возрастающая
- Субмаксимальная возрастная ЧСС – 135 уд/мин
- Длительность ступени – 3 минуты
- Стартовая мощность нагрузки – 25 Вт
- Увеличение нагрузки – 25 Вт
- Заключение: Максимальная достигнутая нагрузка – 100 Вт. Проба и ИБС сомнительна. Прекращена при достижении субмаксимальной возрастной ЧСС. На ЭКГ в динамике – косонисходящая депрессия ST на 0,1 mV в грудных отведениях

Эхокардиография



Коронаро-ангиография

Заключение

- Применение ТНК-ТАП позволяет
  - Сократить время проведения ТЛТ
  - Сохранить возможность повторного введения препарата
  - Снизить риск развития таких осложнений ТЛТ, как разрыв миокарда, гемотампонада
  - Максимально сохранить функциональные возможности миокарда ЛЖ