

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Кровотечение у пациентки с острым коронарным синдромом. Клиническое наблюдение.



*ординатор II года кафедры госпитальной
терапии лечебного факультета
Харламов Виктор Евгеньевич*

*Научный руководитель: профессор, д.м.н. Кошелева
Наталья Анатольевна*

**«Неотложные состояния в клинике
внутренних болезней»
Донецк, 4 декабря 2020**



Острый коронарный синдром

Острый коронарный синдром (ОКС) – это любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию¹.

Термин «ОКС» был введен в клиническую практику, когда выяснилось, что вопрос о применении некоторых активных методов лечения, в частности тромболитической терапии или чрескожных коронарных вмешательств, должен решаться до окончательного диагноза наличия или отсутствия инфаркта миокарда (ИМ)².

Наиболее частая причина ОКСпST -окклюзирующий тромбоз атеросклеротически изменённой КА, ведущий к развитию ОИМ²

¹Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST). Евразийский кардиологический журнал. 2020

²Клинические рекомендации «Диагностика и лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST электрокардиограммы»-Москва, 2013г.-151 с

Инфаркт миокарда - основная причина смертности и инвалидизации в мире.

- По данным ВОЗ, 2/3 смертельных исходов от ССЗ в возрасте 45–65 лет приходится на долю ИБС и главным образом на ИМ³
- В РФ смертность от ССЗ – составила 46,3% (от общего числа смертельных исходов), в структуре смертности от болезней сердечно-сосудистой системы на долю ИБС в 2018 году пришлось более половины (52,6%), из них ИМ в 6,5%⁴
- В 2019 ИМ как причина смерти зафиксирован у 54,427 человек в РФ. Ежегодно в России выполняется 172 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) по поводу ОКС с подъёмом сегмента ST на 1 млн. человек в год (25232400 ЧКВ по стране)⁴

³Аванесянц, А. С. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в РСО-Алания за 2015–2017 годы / А. С. Аванесянц, К. В. Гетажеев, Д. А. Карапетян. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 3 (241). — С. 70-72

⁴ Н.В.Хан. Оценка потребностей в объемах оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом- Центр развития долгосрочных программ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Россия

Кровотечения у пациентов с инфарктом миокарда

Современные стандарты помощи при ИМ предусматривают применение антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии в сочетании с реперфузионными методами лечения⁵.

Частота крупных кровотечений в течение 30 дней после ЧКВ достигает 4,9%, малые встречаются чаще – до 28,9% случаев в год⁵.

У 10% больных с острым ИМ и у 54% — с повторным ИМ миокарда, выявляют фатальные желудочно-кишечные кровотечения⁵.

⁵Daugherty S.L., Thompson L.E., Kim S., Rao S.V., Subherwal S., Tsai T.T. et al. Patterns of use and comparative effectiveness of bleeding avoidance strategies in men and women following percutaneous coronary interventions. An observational study from the National Cardiovascular Data Registry. J. Am. Coll. Cardiol. 2013

Клиническое наблюдение

Клиническое наблюдение представлено с целью продемонстрировать тактику врача при развитии кровотечения на фоне сочетания инвазивных и медикаментозных методов лечения инфаркта миокарда.

Пациентка С., 54 лет, поступила 24 сентября 2019 г. с жалобами на интенсивные коронарные боли, длительностью около 30 мин.

Анамнез заболевания :

- Более 20 лет АГ (max до 200 и 100 мм.рт.ст.), лечилась амбулаторно бисопрололом, амлодипином
- С 2013 года беспокоят стенокардитические боли
- В 2016 г. проведена КАГ с балонной ангиопластикой и стентированием ПКА.
- С конца августа 2019 г.- рецидив стенокардии.
- 14.09.20 случился не-Q-передний инфаркт миокарда ЛЖ.
- 24.09.20 пациентка переведена в Областную клиническую больницу г. Саратова для проведения КАГ .

Догоспитальная помощь:

Клопидогрель 600 мг +АСК 250 мг, в/в болюсно НФГ 4000 ЕД, 1 доза нитроспрея, в/в 1 мл морфина.

Анамнез жизни

- Наследственность: брат перенёс инфаркт миокарда в 45 лет.
- Отсутствие сахарного диабета, перенесённых ранее инсультов, наличие в анамнезе язвенной болезни 12-перстной кишки (в данный момент длительная ремиссия).

Объективный осмотр

- Состояние тяжёлое
- Тоны сердца ритмичные, приглушенные
- Акцент II тона на аорте.
- ЧСС 90 уд/мин
- АД на обеих руках 140 и 90 мм.рт.ст.
- Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту
- Живот мягкий, безболезненный
- Отёков нет.

Данные инструментально-лабораторных методов обследования :

- ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС=85 в мин, элевация ST в V1-V3 (до 1 мм), слабо отрицательный з.Т в I, AVL, V1-V6
- ЭХО КГ: ФВ 45-49 %. Гипокинезия верхушки, верхушечных сегментов: переднего, перегородочного ; средних сегментов : переднего, передне-перегородочного, ниже-перегородочного.
- Маркёры некроза-положительные.

Предварительный диагноз

ИБС. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST.

Артериальная гипертензия III ст., риск 4.

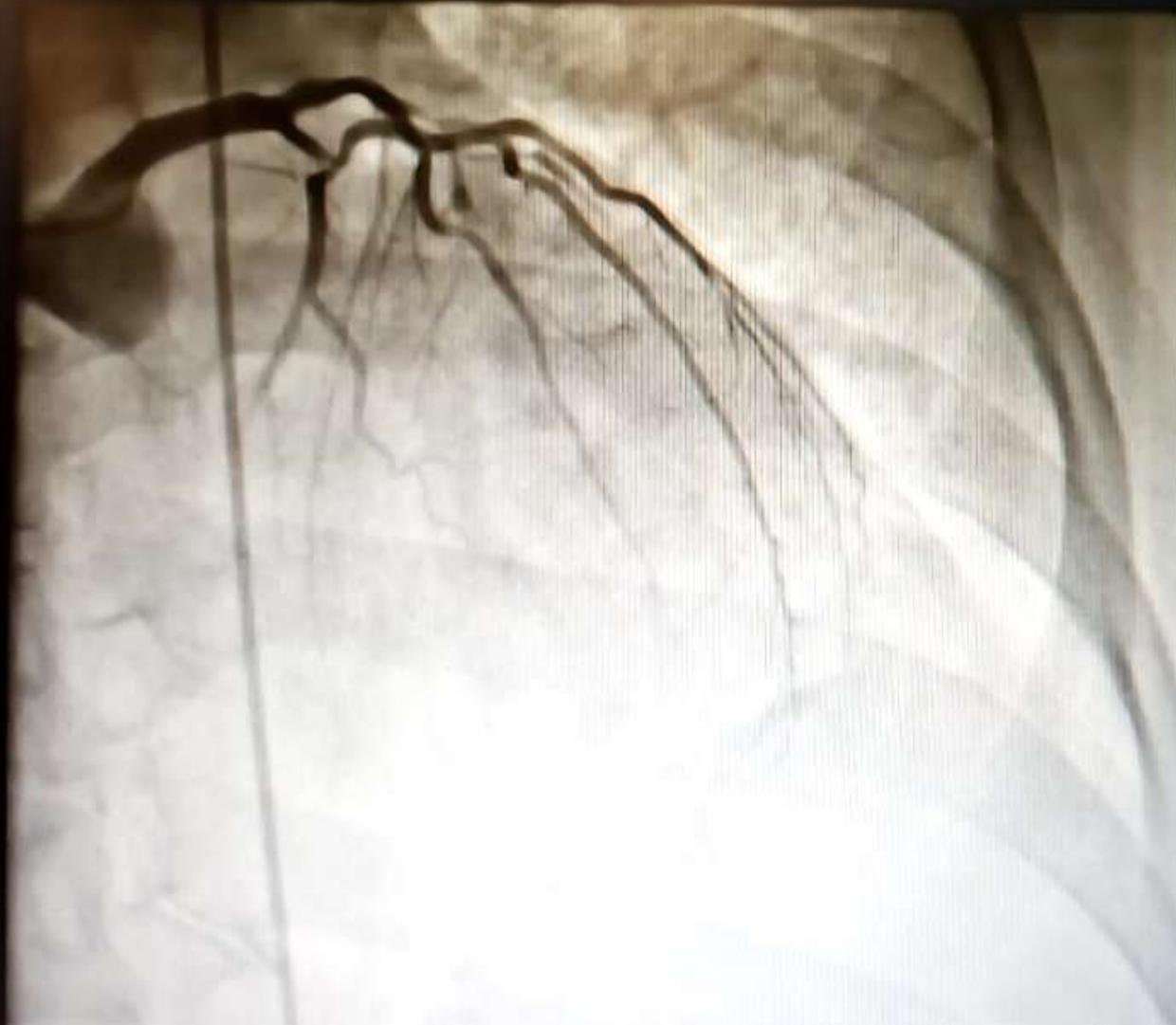
Коронарография

14:40 – 15:25

- Протяжённый стеноз проксимального и среднего сегментов ПНА 98% с выраженной гипоперфузией по среднему и дистальному сегментам до TIMI II
- Стеноз на границе проксимального стента ПКА 90 % (de novo)
- Инфаркт-ответственной артерией признана ПНА
- В зону остаточного стеноза ПНА имплантированы коронарные стенты, после ангиографии-остаточный стеноз ПНА 70 %
- При проведении ангиоконтроля - выраженное замедление кровотока по ПНА до TIMI 0 (синдром no-reflow) .

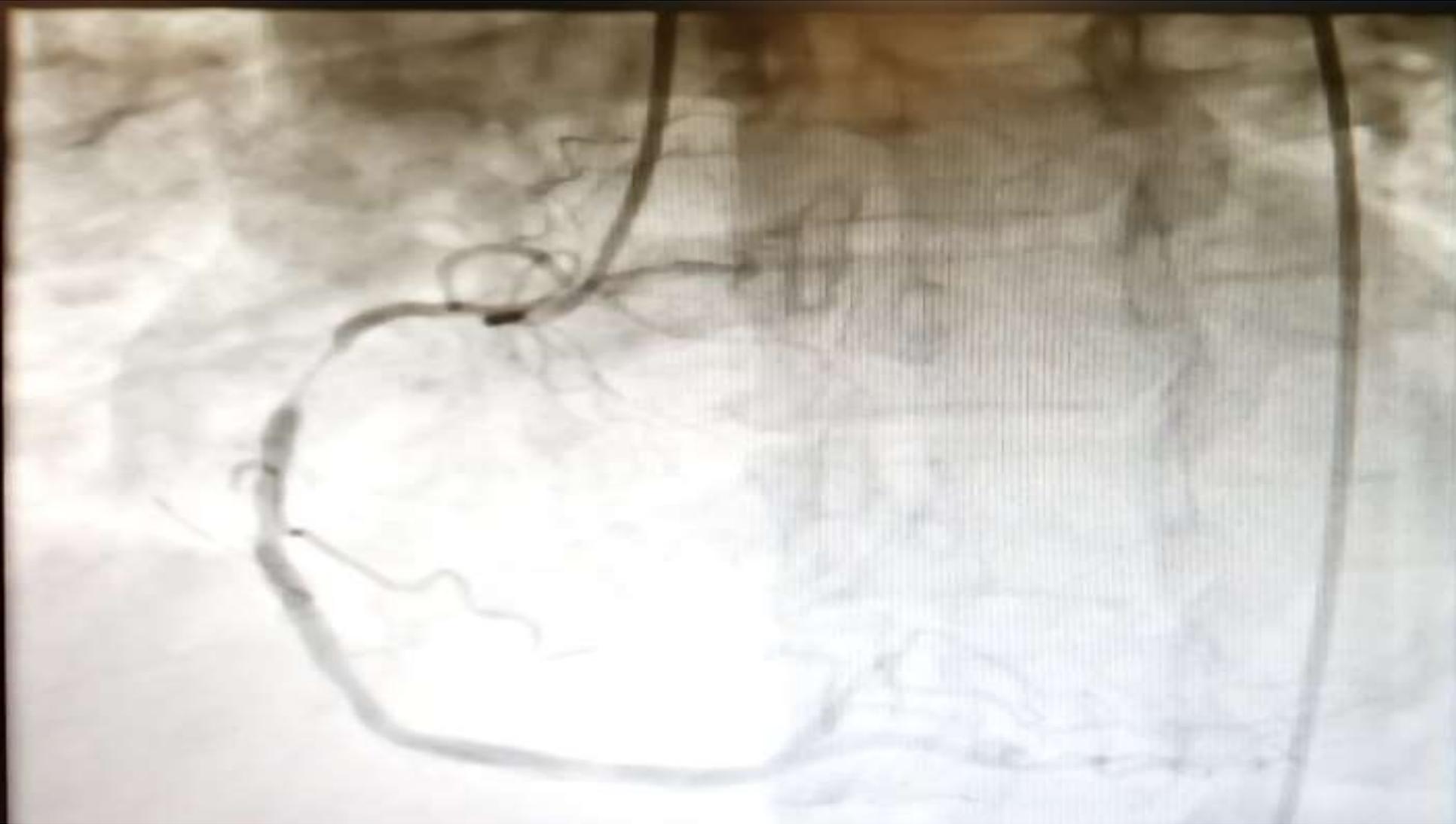


Селективная ангиография ЛКА



На данной ангиограмме наблюдается 98 % стеноз передней нисходящей (ПНА)

Селективная ангиография ПКА



На данном слайде показан стеноз проксимального сегмента 90% (стеноз стенки)

Реканализация ПНА и БАП



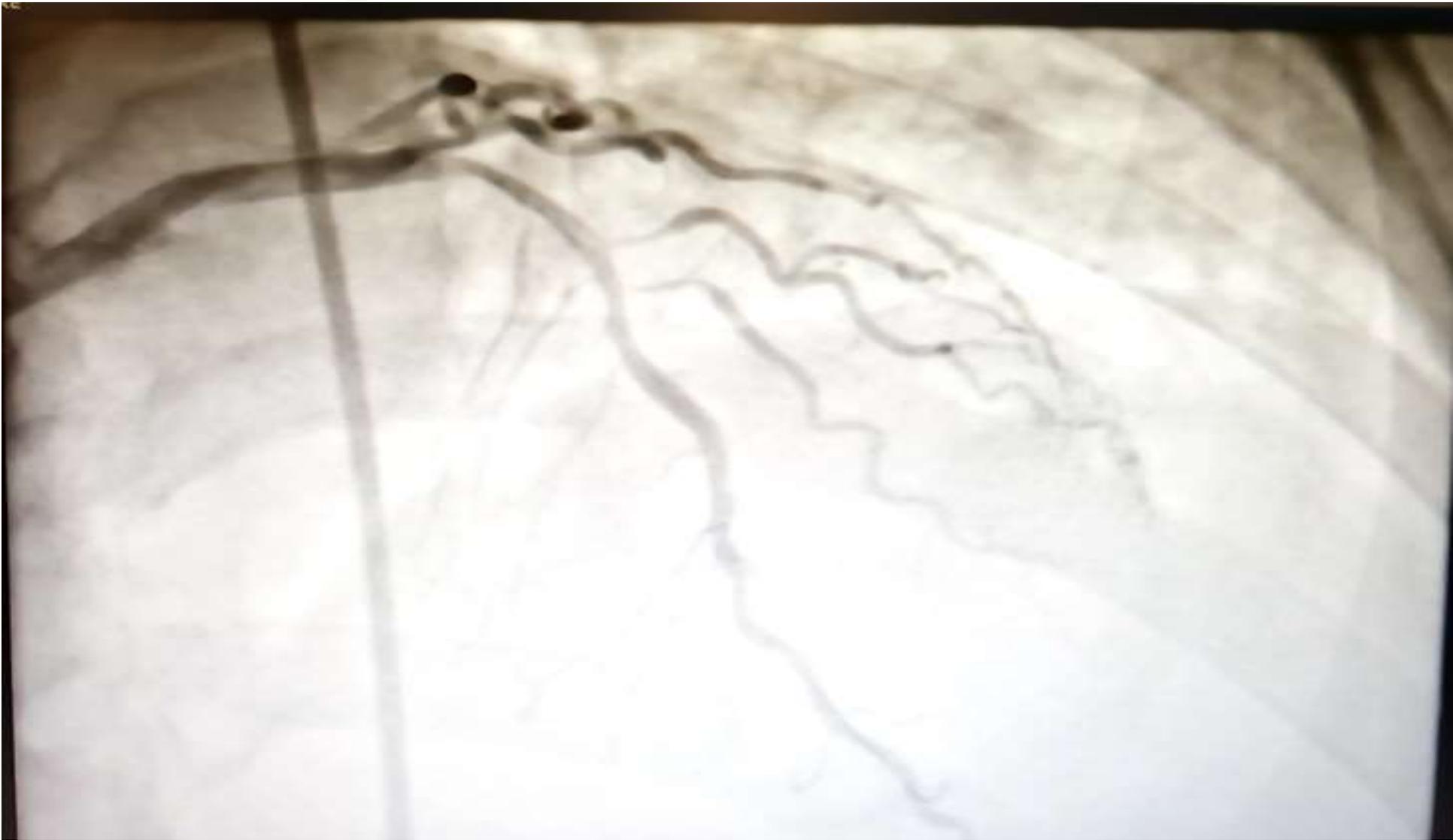
На данном слайде продемонстрирована реканализация ПНА проводником и БАП

Диссекция интимы после БАП



На данной ангиограмме видна диссекция интимы после БАП

Стентирование в области БАП ПНА



Слайд демонстрирует стентирование в области проведенной БАП ПНА

Начальный этап синдрома no-reflow



На данной ангиограмме видно толчкообразное продвижение контрастного вещества, что говорит о начинающейся несостоятельности микроциркуляторного русла (синдром no-reflow) в следствие спазма или эмболизации.

No-reflow в бассейне ПНА



Классический синдром no-reflow по бассейну ПНА. На ангиограмме видно депонирование контрастного вещества в диагональной артерии (ветви ПНА), отсутствия продвижения контраста по ПНА, при хорошем заполнении им ОА. Кровоток TIMI 0.

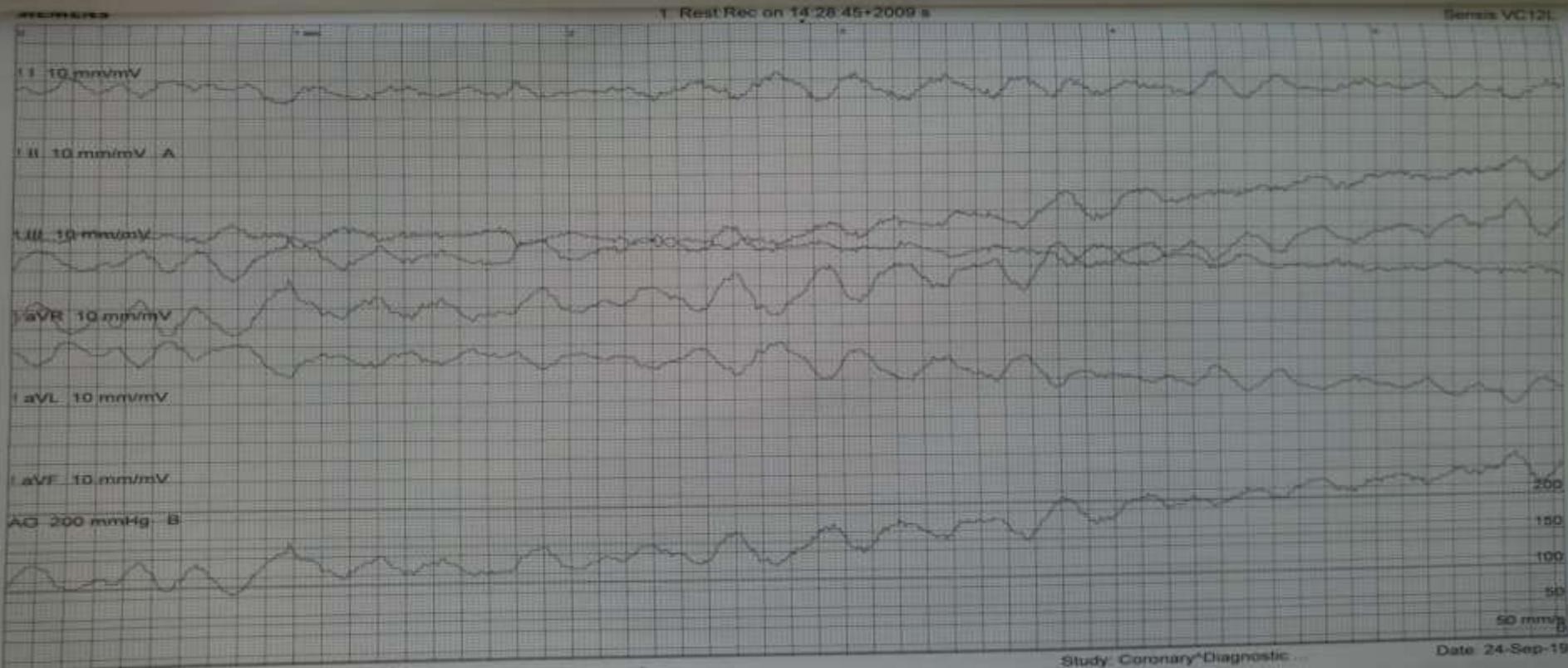
Ход операции

- В 15:00, учитывая синдром no-reflow в ПНА, принято решение о введении в/в болюсно 6,8 мл (180 мкг/кг) селективного блокатора гликопротеиновых ПВ/ША рецепторов – эптифибатида (интегрилина), начата внутривенная инфузия этого препарата со скоростью 12 мл/ч в течение 24 ч.
- В 15:10 введён второй болюс интегрилина в той же дозе



Ход операции

- В 15:11 возникла потеря сознания
- На кардиомониторе- фибрилляция желудочков
- АД 80 и 50 мм рт.ст.



Ход операции

- В 15:13 восстановлена сердечная деятельность путём дефибрилляции с разрядом 150 Дж
- АД 80 и 50 мм рт. ст.
- SaO₂ 60 %
- Инфузия норадреналина со скоростью введения 0,1 мкг/кг/мин
- Проведена полная реваскуляризация- ангиопластика и стентирование в стенозе проксимального сегмента ПКА и в зоне рестеноза стента .
- Кровоток по ПКА, ПНА и её ветвям TIMI III (восстановлен) .

Ранний послеоперационный период

- В 15:30 осуществлён перевод пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии в соответствии с тяжестью состояния.
- ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 120 в мин, блокада правой ножки п.Гиса; элевация сегмента ST в отведениях I, AVL, V4-V6.
- Нестабильная гемодинамика, поддерживаемая инфузией норадреналина 0,1 мг/ч.
- АД 100 и 70 мм рт.ст.
- Пульс 120 уд. в мин, малого наполнения и напряжения.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде

- Гепарин в/в 700 Ед/час
- Эпitifибатид - непрерывная в/в инфузия со скоростью 12 мл/ч в течение 24 ч (под контролем АЧТВ, с учётом осложнённого ЧКВ)
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг /сут
- Клопидогрель 75 мг/сут
- Нитросорбид динитрат 0,1% 10 мл
- Аторвастатин 80 мг/сут
- В/в инфузионная терапия 0,9 % NaCl в объёме 100 мл

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде

- В 16:45 возник эпизод желудочного кровотечения (рвота алой кровью), кровотечение из мест инъекций.
- АД 90 и 60 мм рт. ст.
- ЧСС=ПС= 120 в мин
- ФГДС: признаки геморрагического гастрита (очаги гиперемии, слизисто-подслизистые геморрагии).
- ОАК: эритроциты $4,56 \cdot 10^{12}$, тромбоциты $214 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин 137 г/л
- Коагулограмма: АЧТВ 2 мин 47 сек, ПТВ 12 мин 8 сек.



Лечение

- Прекращено введение всех антитромботических препаратов;
- Введены транексамовая кислота 1 г + 0,9 % NaCl + 250 мл в/в капельно; фамотидин 20 мг в/в струйно;
- Трансфузия одногруппной свежезамороженной плазмы в объёме 600 мл в период с 17:05 по 17:40;
- В 18:00 АЧТВ 1 мин 43 сек, ПТВ 11,8 сек.;
- Доза инфузии норадреналина увеличена до 0,5 мг/ч;
- В 22:00 ОАК: эритроциты $3,99 \cdot 10^{12}$, тромбоциты $244 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин 122 г/л; коагулограмма: АЧТВ 23 мин 7 сек , ПТВ 14 мин 3 сек)
- Клинических данных за продолжающееся желудочное кровотечение нет.

Дальнейшее лечение и наблюдение пациентки

- Через 24 ч. после остановки кровотечения к терапии были добавлены: АСК 100 мг, клопидогрель 75 мг, престариум 4 мг, биспоролол 5 мг, аторвастатин 80 мг.
- На фоне терапии отмечалась положительная динамика, пациентка с 28.09 находилась под наблюдением в кардиологическом отделении, с расширением двигательного режима справлялась удовлетворительно.
- При выписке: показатели ОАК, БХАК, коагулограммы в норме.
- 08.10.19 пациентка была выписана из стационара с улучшением.

Выводы

- Лечение ИМ с подъёмом сегмента ST, наряду с проведением ЧКВ, подразумевает назначение двойной антитромбоцитарной терапии антиагрегантами с применением их нагрузочных доз, антикоагулянта и селективного блокатора гликопротеиновых ПВ/ША рецепторов (антиагреганта), что значительно повышает риск развития кровотечения.
- Т.о. врач должен быть готов к возможному развитию кровотечения, как осложнения необходимой сочетанной терапии инфаркта миокарда инвазивными и медикаментозными методами реперфузии, а при необходимости принять меры по купированию геморрагического синдрома.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

