

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье на основании результатов изучения 106 карт вызовов к больным острым коронарным синдромом проанализирована клиническая картина, частота изменений электрокардиограммы, тактика лечения.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, догоспитальный этап, лечение.

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) как хроническое заболевание имеет периоды стабильного течения и обострения, последний обозначают как «острый коронарный синдром». ОКС – термин, объединяющий остро возникшие клинические проявления различной выраженности (нестабильная стенокардия (НС), острый инфаркт миокарда (ОИМ)), единого патофизиологического процесса – тромбоза различной степени выраженности над нестабильной атеросклеротической бляшкой или эрозией эндотелия коронарной артерии. ОКС по клиническому течению и динамике изменений на ЭКГ подразделяется на два подтипа: ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ (ОКСбпST) и ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ОКСпST). Тромбообразование играет ключевую роль в развитии различных сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Клинические проявления ОКС (НС, ИМ, ишемический некроз сердечной мышцы) в 95% случаев развиваются в результате формирования тромба в коронарной артерии, что подтверждается данными аутопсии среди умерших в первые три часа от начала развития болевого синдрома и результатами коронарографического исследования у больных, поступивших в стационар в первые часы развития коронарной катастрофы.

Материал и методы. Проведен анализ 149 карт вызовов к больным с диагнозом «острый коронарный синдром». Подъем сегмента ST на ЭКГ был выявлен у 43 (28,9%) больных. Диагноз ОКС без подъема ST на ЭКГ установлен у 106 (71,1%) больных. Среди больных с ОКС мужчин было 87 (58,3%), женщин 62 (41,7%). Возраст больных колебался в пределах от 39 до 76 лет. Среди больных ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ преобладали мужчины 29 (67,4%, у больных без подъема сегмента ST мужчин было 57 (53,8%), женщин – 49 (46,2%).

Результаты и обсуждение. Основной задачей догоспитального этапа у больных ОКС является быстрая диагностика с обязательной регистрацией и интерпретацией электрокардиограммы в течении 10 минут от момента первого контакта с пациентом. Проведение неотложной терапии в зависимости от типа ОКС. Если состояние пациента заставило вызвать скорую помощь по поводу боли/дискомфорта в грудной клетке, то вероятность наличия острого коронарного синдрома чрезвычайно высока.

Диагноз ОКС ставился на основании клинической картины – боли или дискомфорт в грудной клетке связанный с физической или психоэмоциональной нагрузкой, сопровождающийся чувством страха, слабостью, сердцебиением, потливостью, изменением характера ангинозного приступа, снижением эффективности нитратов. Всем больным с подозрением на развитие ОКС обязательно проводится регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях которая позволяет уточнить тип ОКС и провести дифференцированное лечение. Диагноз ОКС без подъема сегмента ST ставился при выявлении на ЭКГ депрессии сегмента ST – 44 (41,5%), инверсия зубца T – 25 (23,6%), изменения со стороны сегмента ST и зубца T – 37 (34,9%). У больных ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ регистрировался подъем ST над изолинией более 1,5 мм. Без патологического зубца Q.

Лечение больных проводится индивидуально для каждого пациента с учетом риска последующих событий, которые следует оценить как можно раньше при первичном контакте.

Лечение больных ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Цель лечения в данном случае заключается в достижении быстрой, полной и стойкой реперфузии посредством первичной ангиопластики или фибринолитической терапии. Всем больным проводилась ингаляция кислорода 4-8 л/мин через маску, назначались нитраты в виде спрея при систолическом артериальном давлении более 90 мм.рт.ст., аспирин 325 мг при отсутствии противопоказаний, клопидогрел 300 мг. внутрь. При наличии болевого синдрома морфин - 4-8 мг в/в с дополнительным введением 2 мг через каждые 5-15 мин в зависимости от интенсивности болевых ощущений до купирования боли или появления побочных эффектов. Фибринолитическая терапия проводилась при наличии подъема сегмента ST не менее чем в 2 смежных отведениях более чем на 2 мм. и если время от начала ангинозного приступа 4-6 часов, по крайней мере не более 12 часов. Противопоказаниями для ТЛТ являются: ранее перенесенный геморрагический инсульт или НМК неизвестного происхождения; ишемический инсульт перенесенный в течении последних 6 месяцев; недавняя обширная травма/операция повреждения головы – последние 3 недели; повреждение или новообразования ЦНС или порок развития; подозрение на расслаивающую аневризму аорты; Ж-К кровотечение в течении последнего месяца; наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации); пункция в местах не поддающихся сдавлению за последние 24 часа; транзиторный ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев; пероральная антикоагулянтная терапия; беременность или в течении 1 недели после родов; рефрактерная АГ (САД \geq 180 мм.рт.ст. и/или ДАД \geq 110 мм.рт.ст); заболевание печени в прогрессирующей стадии; обострение язвенной болезни или 12- перстной кишки; инфекционный миокардит; травматичная или длительная (\square 10 мин.) сердечно-легочная реанимация. Тромболитическая терапия проводилась альтеплазой в дозе 1мг/кг массы тела, но не более 100 мг, вводилась в/в по схеме болюс + инфузия. Общая продолжительность инфузии 90 минут.

Лечение больных ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ.

Ингаляция кислорода через маску, нитраты в виде спрея назначались всем больным. Проводилась антиагрегантная терапия аспирином (при отсутствии противопоказаний) 325мг и клопидогрелем 300 мг внутрь. Обеспечение доступа к вене с медленной инфузией 250 мл физиологического раствора. Для купирования болевого синдрома применялся морфин (1% 1,0 мл в 0,9% 9,0 мл физиологического раствора) по 3 - 5 мг в/в в зависимости от интенсивности болевых ощущений до купирования боли или появления побочных эффектов. Антикоагулянты прямого действия: Фондапаринукс – 2,5 мг п/к рекомендуется как препарат с наиболее оптимальным профилем безопасности/эффективности. Эноксапарин – 1 мг/кг п/к рекомендуется, если фондапаринукс недоступен Нефракционированный гепарин – показано применение внутривенно болюс не более 5000 ЕД. При наличии тахикардии или артериальной гипертензии проводилась их коррекция назначением бета-адреноблокатора – метопролола тартрат в/в 5 мг 2-3 раза до общей дозы 15 мг, под контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Госпитализация. Больной с ОКС с подъемом сегмента ST доставляется в ближайшую больницу выполняющую ЧКВ с информацией об ожидаемом времени прибытия пациента Больной с ОКС без подъема сегмента ST транспортируется кардиореанимацию, минуя приемное отделение.

Выводы. Развитие острого коронарного синдрома свидетельствует о прогрессировании ИБС и возможности трансформации его в инфаркт миокарда. Ранняя диагностика и лечение могут предотвратить развитие ИМ и значительно улучшают прогноз заболевания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство Европейского общества кардиологов по лечению острого инфаркта миокарда с повышением сегмента, 2012. – 53 с.
- 2 Абсеитова С.Р. Алгоритм диагностики и лечения острого коронарного синдрома. Методические рекомендации. Астана, 2012. -43 с.
- 3 С.Ф. Багненко, А.Л. Верткин, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия. Руководство по скорой медицинской помощи. – «ГЭОТАР –Медиа», 2007. – 786 с.
- 4 Сумин С.А. Неотложные состояния. -5-ое издание переработанное и дополненное. - Москва.:000. «Медицинское информационное агентство»2005г.-752 с.
- 5 Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей./Под редакцией Верткина А.Л. Астана: РГКП «Дирекция административных зданий Администрации Президента и Правительства Республики Казахстан» УДП РК, 2004.- 392с.

Түйін: Мақалада жіті коронарлы синдром бойынша 106 шақырту картасын зерттеу арқылы, оның клиникалық көріністері, электрокардиограммадағы өзгерістер жиілігі, емдеу тактикасы сарапталды.

Түйінді сөздер: жіті коронарлы синдром, ауруханаға дейінгі кезең, емі.

Resume: The paper based on the results of the study call 106 cards to patients with acute coronary syndrome analyzed the clinical picture, the frequency changes elektrokardiogrammy, the tactics of treatment.

Keywords: acute coronary syndrome, pre-hospital, treatment