

Кузнецов Д.А., Бова А.А., Рудой А.С.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» кафедра военно-полевой терапии

Резюме: Острый коронарный синдром (ОКС) является жизнеугрожающим вариантом течения ишемической болезни сердца (ИБС). Опасность ситуации состоит в том, что ОКС, в отличие от хронической ИБС, характеризуется быстрым (часы), а иногда стремительным (минуты) течением болезни, высоким риском неблагоприятных исходов (внезапная коронарная смерть, инфаркт миокарда) и требует безотлагательных мер по спасению жизни больных.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, тромболитическая терапия, антикоагулянты.

Актуальность: Острый коронарный синдром (ОКС) является жизнеугрожающим вариантом течения ишемической болезни сердца (ИБС). Опасность ситуации состоит в том, что ОКС, в отличие от хронической ИБС, характеризуется быстрым (часы), а иногда стремительным (минуты) течением болезни, высоким риском неблагоприятных исходов (внезапная коронарная смерть, инфаркт миокарда) и требует безотлагательных мер по спасению жизни больных.

Диагностические критерии:

- Наличие боли/дискомфорта в грудной клетке (более 15 минут);
- Повышение и/или закономерная динамика снижения тропонина, КФК, КФК-МВ;
- Стандартная ЭКГ в 12-ти отведениях (подъем сегмента ST, изменение зубца Т, блокада левой ножки пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса);

Причины развития ОКС:

- Сужение просвета сосуда (атеросклероз);
- Образование бляшки;
- Воспаление стенки сосуда;
- Спазм сосуда;
- Закупорка сосуда тромбом;
- Повышенная потребность в кислороде;
- Недостаток кислорода в крови;
- Следует отметить, что у большинства пациентов наблюдается комбинация нескольких из вышеперечисленных механизмов.

Требования рекомендаций ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (2017 г.):

- Время первого медицинского контакта до постановки диагноза ИМпST менее либо равно 10 минутам (ПМК - время первичного осмотра пациента

врачом, фельдшером, медицинской сестрой или сотрудниками СМП, которые могут провести регистрацию ЭКГ и его расшифровку и выполнить первичные манипуляции (например, дефибриляция)).

- Выбор ЧКВ, а не тромболитика, когда временный интервал с момента постановки диагноза ИМпСТ и до открытия инфаркт-связанной артерии менее или равно 120 минут;

- Максимальное время задержки с момента постановки диагноза ИМпСТ до введения тромболитика – 10 минут;

- БЛНПГ и БПНПГ рассматриваются как показания к проведению КАГ при наличии симптомов ишемии;

- Время до КАГ после тромболитика составляет 2-4 часа;

Целью работы являлось проанализировать качество оказанной медицинской помощи в условиях клиники, оказывающей специализированную помощь пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST.

Было проанализировано 40 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в 432 ГВКМЦ в период с ноября по март 2018 года. Распределение пациентов происходило по следующим параметрам:

- время поступления;

- полнота диагностики;

- время назначения тромболитика и ЧКВ;

- назначение антиагрегантов и антикоагулянтов;

- варианты клинических исходов и их частота;

- варианты осложнений и их частота;

- сроки перевода с отделения интенсивной терапии и реанимации в отделение кардиологии;

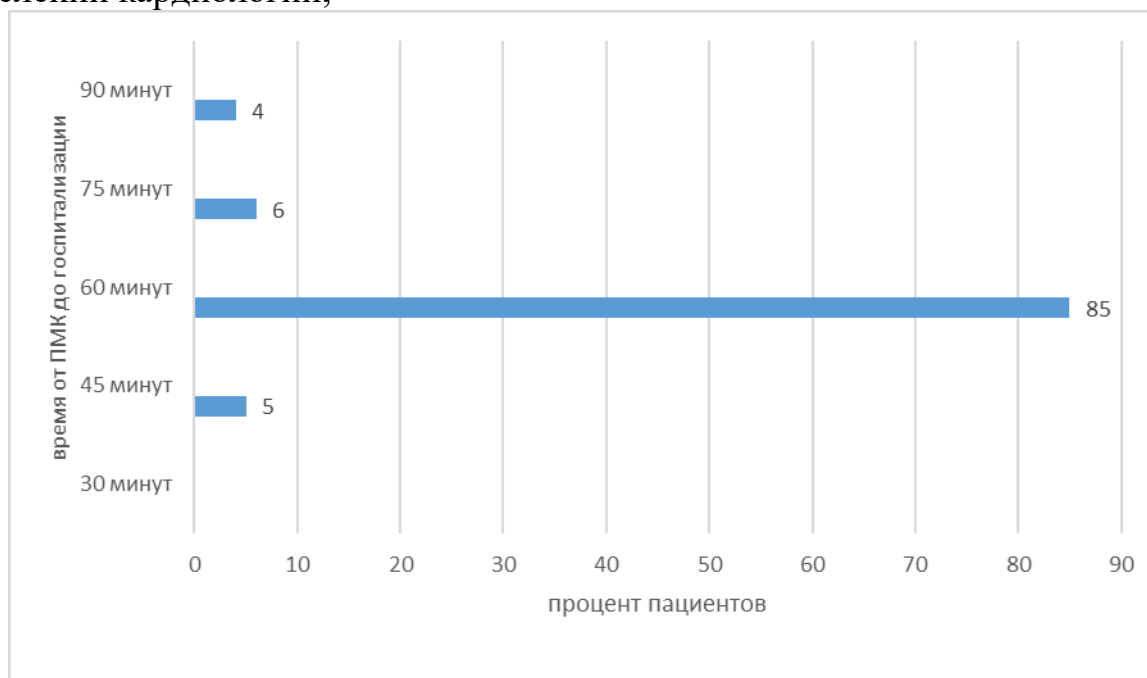


Рис 1- Время поступления пациента с момента ПМК до госпитализации в клинику

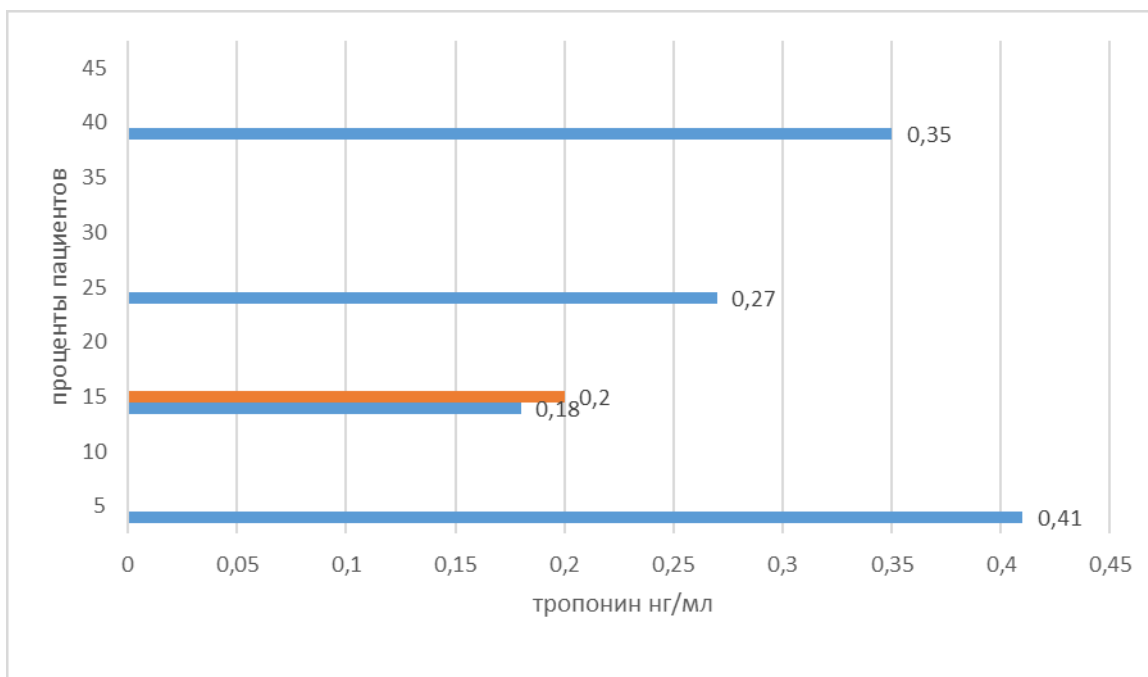


Рис 2- Показание уровня тропонина при поступлении в клинику

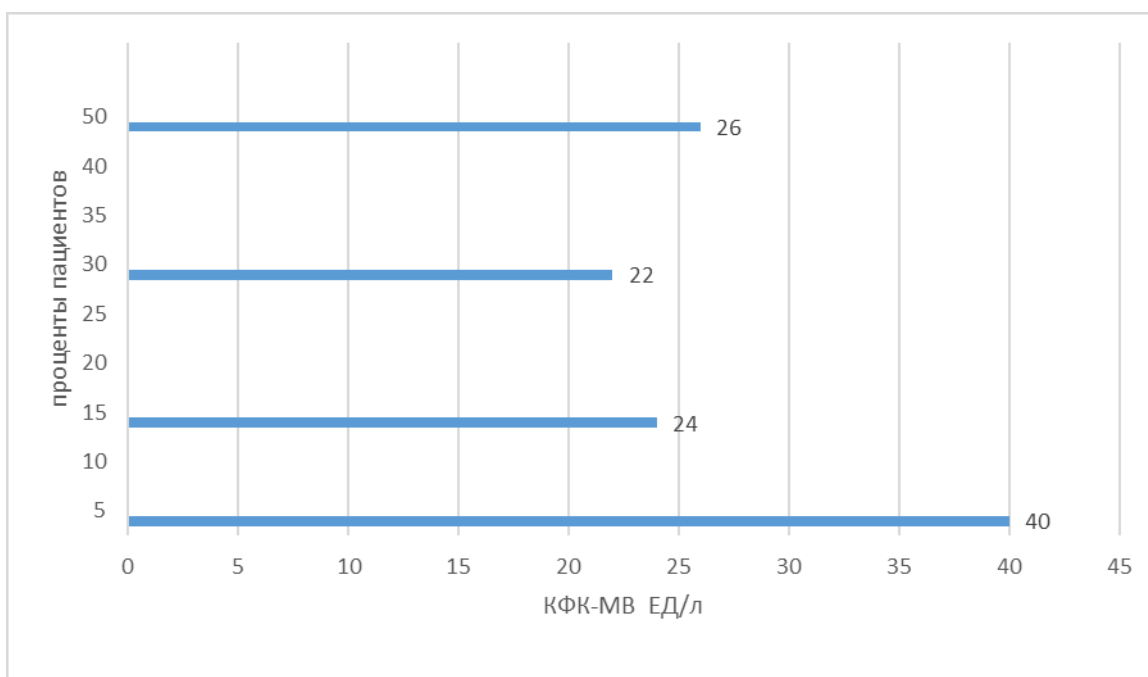


Рис 3- Показание КФК-МВ при поступлении в клинику

Тромболитическая терапия. 90% (36 человек) пациентов была проведена ТЛТ через 90 минут после ПМК в клинику по следующей схеме, с применением альтеплазы внутривенно болюсно (медленно) 15 мг за 1-2 минуты, затем внутривенная инфузия 50 мг в течение 30 минут, затем внутривенная инфузия 35 мг в течение 60 минут. Общая доза 100 мг.

Таблица 1

Антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия

Антитромбоцитарная терапия	ТЛТ	ЧКВ	КАГ
Аспирин	100%(36 чел.)-75 мг.	Среди 4 чел.-100%-75 мг.	100%(40 чел.)-75 мг.
Клопидогрель	60%(22 чел.)-300 мг. 40%(14 чел.)-75 мг.	Перед ЧКВ 100%(4 чел.)-300 мг. Во время ЧКВ 100%-300мг. После ЧКВ 100%-75 мг/сут.	100%(36 чел.)-300 мг.
Антикоагулянтная терапия	ТЛТ	ЧКВ	КАГ
НФГ	60-70 ед./кг в/в болюсно и далее 12-15 Ед./кг под контролем АЧТВ-100%(36 чел.)	Перед ЧКВ-60-70 Ед./кг в/в болюсно и далее 12-15 Ед/кг под контролем АЧТВ. Вовремя ЧКВ-12-15 Ед/кг После ЧКВ-12-15 Ед/кг не более 24 часа -100%(4 чел.)	

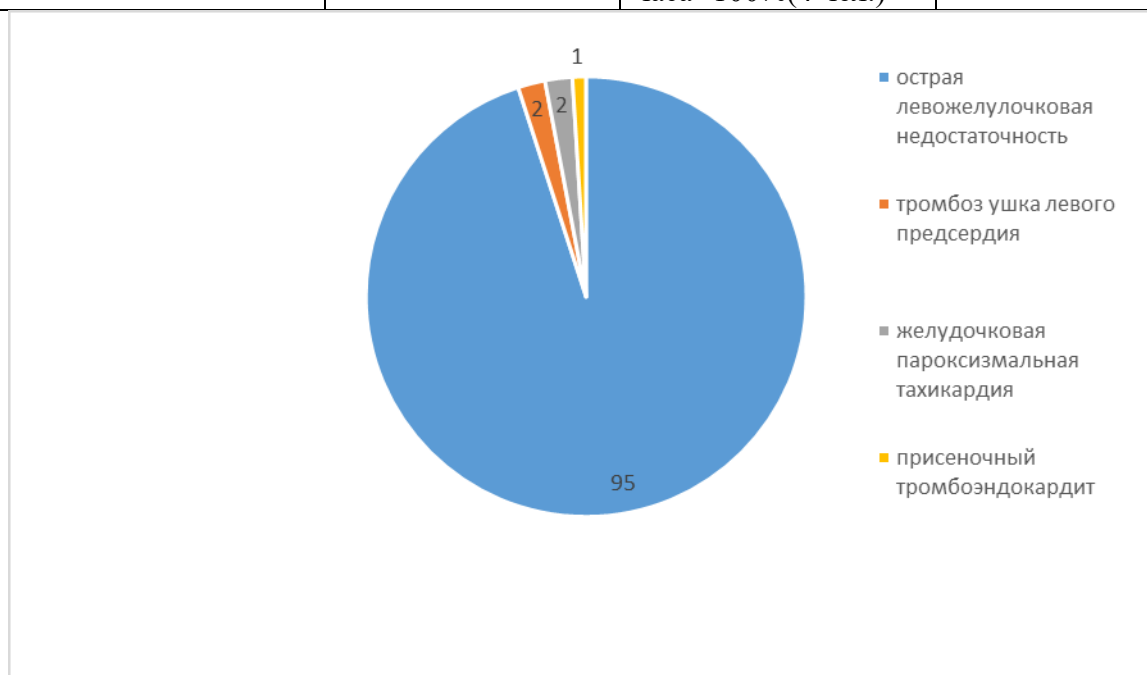


Рис 4- Процент осложнений ОКС с подъемом сегмента ST

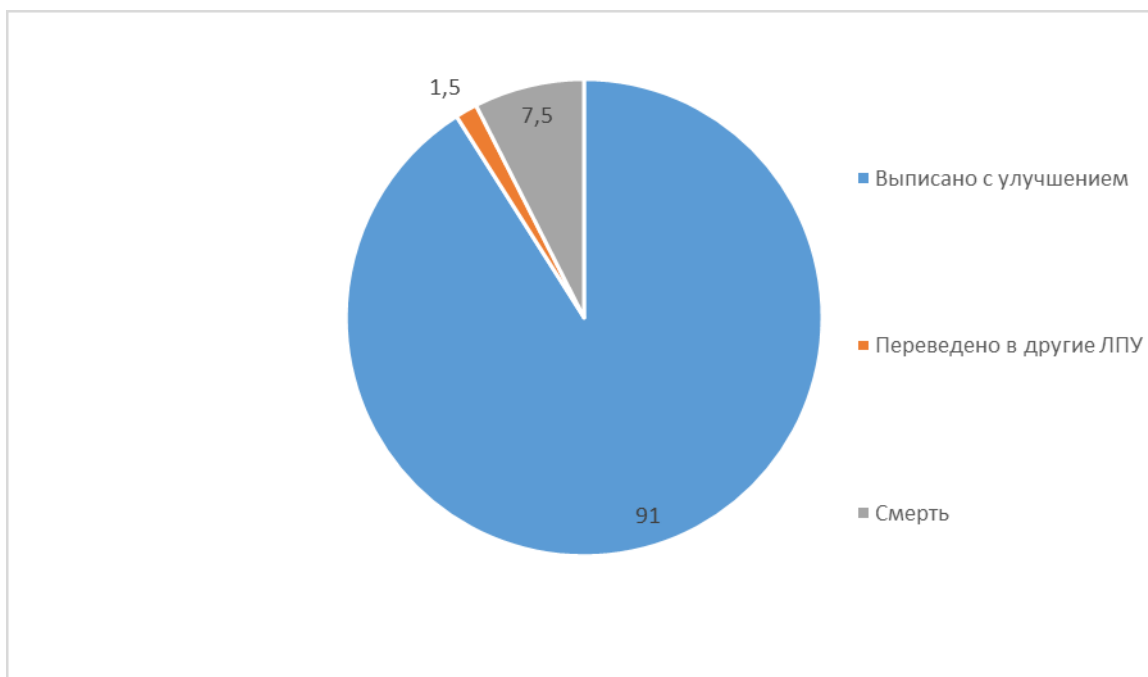


Рис 5- Процент клинических исходов ОКС с подъемом сегмента ST

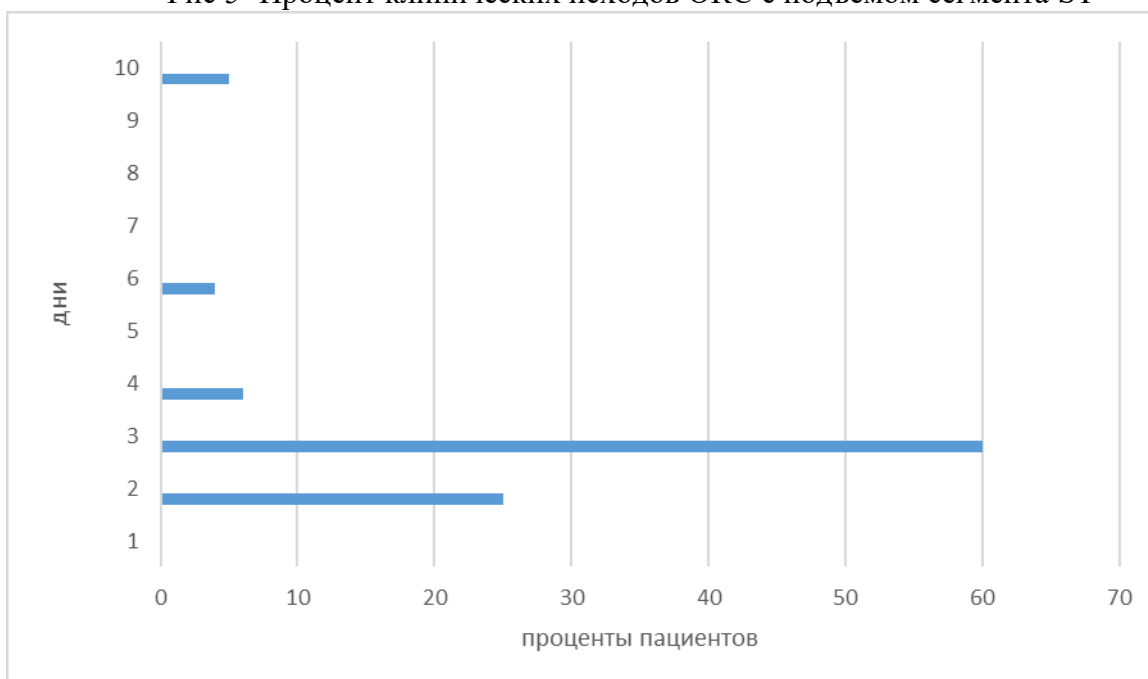


Рис 6- Сроки перевода с ОИТ и Р в отделение кардиологии

В целом, лечение и диагностика пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST соответствует клиническим протоколам Министерства Здравоохранения Республики Беларусь и протоколам 432 ГВКМЦ. Основное внимание хотелось бы уделить соблюдению времени от первичного медицинского контакта до проведения ЧКВ. Данный промежуток времени необходимо начинать со времени диагностики на ЭКГ, и он будет равен менее 120 минут. Первичное ЧКВ - предпочтительный метод реперфузии при ОКС с подъемом ST, но он проводится в данном случае только в 10%, в связи с некруглосуточной работой рентгенокардиоваскулярного отделения в 432 ГВКМЦ. Тактика ведения с использованием антитромботических лекарств у больных, имеющих ОКС и мерцательную аритмию, требует последовательного учета всех обстоятельств,

включающих соотношение риска развития инфаркта миокарда, инсульта и возможных осложнений лечения.

Литература

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 06.06. 2017 № 59.
2. Порядок организационной и лечебно- диагностической тактики оказания специализированной помощи пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в 432 ГВКМЦ.
3. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017.