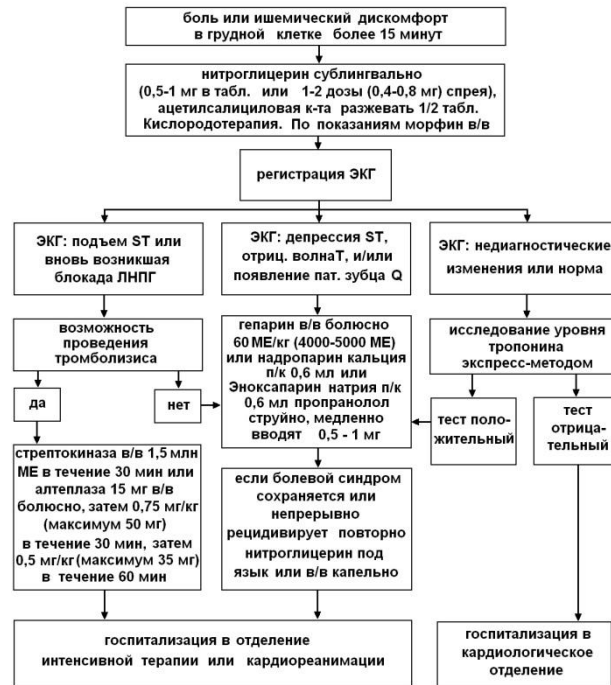



Оказание медицинской помощи при ОКС

Врач-терапевт Рахматуллин А. А.

Алгоритм при ОКС





Инфаркт миокарда — неотложное клиническое состояние, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы в результате нарушения её кровоснабжения. Острый коронарный синдром — собирательное понятие, включающее состояния, вызванные острой прогрессирующей ишемией миокарда:

- нестабильную стенокардию;
- инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST, дифференциальную диагностику между этими двумя состояниями на СМП не проводят, поэтому их объединяют термином «острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST»;
- инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в первые часы заболевания и формированием в последующем зубца Q, который рассматривают отдельно.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины острого снижения коронарной перфузии:

- тромботический процесс на фоне стенозирующего склероза коронарных артерий и повреждения атеросклеротической бляшки (в 90% случаев);
- кровоизлияние в бляшку, отслойка интимы;
- длительный спазм коронарных сосудов;
- резкое повышение потребности в кислороде.

Патогенез

- Окклюзия коронарного сосуда.
- Недостаточное обеспечение миокарда кислородом.
- Некроз сердечной мышцы. Через 4—6 ч начала ишемии миокарда зона некроза сердечной мышцы соответствует зоне кровоснабжения поражённого сосуда.

Из больных, умирающих от инфаркта миокарда в течение первых 24 ч:

- около 50% умирают в течение первых 15 мин;
- около 30% — в течение 15-60 мин;
- около 20% — в течение 1—24 ч.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению различают следующие варианты:

- болевой,
- абдоминальный,
- атипичный болевой,
- астматический,
- аритмический,
- цереброваскулярный,
- малосимптомный (бессимптомный).

По локализации зоны некроза:

- инфаркт левого желудочка (передний, перегородочный, задний и др.);
- инфаркт правого желудочка (не является самостоятельным диагнозом, сопутствует нижнему инфаркту миокарда).

По глубине поражения сердечной мышцы (на основе данных ЭКГ в динамике):

- Q-образующий (трансмуральный или крупноочаговый) инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в первые часы заболевания и формированием зубца Q в последующем.
- Не-Q-образующий (нетрансмуральный, или мелкоочаговый) инфаркт миокарда, не сопровождающийся формированием зубца Q, а проявляющийся отрицательными зубцами T.

По наличию осложнений:

- неосложненный,
- осложнённый.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Интенсивная боль за грудиной и в области сердца давящего или сжимающего характера (интенсивность выражена более, чем при обычном приступе стенокардии).
- Приступ необычно длительный, сохраняющийся более 15 мин.
- Возможна иррадиация в левую или правую руку, шею, нижнюю челюсть, под левую лопатку, в эпигастральную область.
- Больной возбуждён, беспокоен, отмечает страх смерти.
- Сублингвальный приём нитратов неэффективен или устраняет боль не полностью, либо боль возобновляется в течение короткого времени клинические варианты инфаркта миокарда и особенности их течения представлены в таблице. Для любого варианта также характерны следующие симптомы:
 - бледность кожных покровов,
 - гипергидроз (иногда «холодный пот» на лбу),
 - резкая общая слабость,
 - чувство нехватки воздуха.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Нарушения сердечного ритма и проводимости.

- Острая сердечная недостаточность.
- Кардиогенный шок.
- Механические осложнения: разрывы (межжелудочковой перегородки, свободной стенки левого желудочка), отрыв хорд митрального клапана, отрыв или дисфункция сосочковых мышц).
- Перикардит (эпистенокардитический и при синдроме Дресслера).
- Затянувшийся или рецидивирующий болевой приступ, постинфарктная стенокардия.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Регистрация ЭКГ в 12 отведениях. ЭКГ-критерии инфаркта миокарда:
 - Острое повреждение: дугообразный подъём сегмента ST выпуклостью вверх, сливающийся с положительным зубцом Т или переходящий в отрицательный зубец Т (возможна дугообразная депрессия сегмента ST-выпуклостью вниз).
 - Мелкоочаговый некроз: появление в динамике отрицательного симметричного зубца Т.
 - Крупноочаговый или трансмуральный некроз: появление патологического зубца Q и уменьшение амплитуды зубца R или исчезновение зубца R и формирование QS.
 - Косвенным признаком инфаркта миокарда, не позволяющим определить фазу и глубину процесса, служит остро возникшая блокада ножек пучка Гиса (чаще левой).

- * При остром коронарном синдроме проводят исследование уровня биомаркёров инфаркта миокарда (тропонина, МВ-креатинфосфокиназы, миоглобина). В условиях СМП возможно использование наборов для экспресс-диагностики повышения уровня тропонина в крови.
- * Тропонин — сократительный белок кардиомиоцитов, в норме в крови не определяется. Положительный результат исследования уровня тропонина экспресс-методом подтверждает инфаркт миокарда, но следует помнить, что уровень тропонина может повышаться и при других состояниях (например, ТЭЛА). Отрицательный результат не исключает данный диагноз, потому что тропонин регистрируется в крови только через несколько часов от начала ишемии. Следовательно, исследование тропонина следует повторить через 6—8 часов в стационаре, и если его уровень снова нормальный, то имеет место нестабильная стенокардия.
- * В сомнительных случаях не теряйте время на подтверждение диагноза и проводите терапию острого коронарного синдрома.

МЕТОДИКА ТРОМБОЛИЗИСА

- Тромболитические препараты вводятся только через периферические вены, попытки катетеризации центральных вен недопустимы; исключить в/м инъекции.
- **Стрептокиназа** — 1,5 млн МЕ вводится в/в в течение 30—60 мин. Гепарин натрия не вводят, достаточно приёма ацетилсалициловой кислоты.
- **Алтеплаза** — 15 мг в/в болюсно, затем 0,75 мг/кг (максимум 50 мг) в течение 30 мин, затем 0,5 мг/кг (максимум 35 мг) в течение 60 мин. Необходимо дополнительно к ацетилсалициловой кислоте в/в болюсно ввести гепарин натрия 60 мг/кг (максимум 4000 ЕД). Эффективность алтеплазы сопоставима со streptokinase. Применение алтеплазы целесообразно у пациентов, у которых применяли в прошлом streptokinase.