



**Keуденің ауырсынуы (миокард инфаркті,
кеуде ауырсыну кезінде ауруханаға дейін шұғыл және жедел көмек
көрсету (IV).**

**ЖИА, жүрек ақауына операция жасаған науқастар, ЧКВ, АКШ және
ӨАТЭ кейін гемостаз жүйесіндегі бұзылыстар көрсеткіштерін талдау
(АВР, АЧТВ, плазманың фибриногені, ПТИ, антитромбин ІІІ,
тромбоциттердің адгезивтілігі мен агрегациясы, тромбиндік уақыт,
халықаралық нормадағы қатынасы (IV).**

Қабылдаған : Югай Н.В

Орындаған: Надирбаев М

Топ: ЖТД-730

Неотложная помощь при инфаркте миокарда

- Основная (классическая) симптоматика поражения сердечной мышцы включает в себя:
 - Проявление ИБСВ внезапное появление приступообразной, сжимающей, давящей или жгучей боли за грудиной области с довольно интенсивным характером.
 -
 - При чем – главное отличие инфаркта от обычного приступа стенокардии заключается в невозможности купирования приступа таблеткой нитроглицерина!
 - Появление иррадиирующей боли с волнообразным характером, когда после движения или смены позы боль может распространиться на левую ключицу, лечо, лопатку, начать отдавать в левую нижнюю челюсть.
- Повышение или падение показателей артериального давления.
- Усиление сердцебиения
- Появление вполне характерного для инфаркта панического страха смерти.

Первая помощь:

1. Вызвать скорую помощь (желательно специализированную кардиологическую или реаниматологическую бригаду). Скорую желательно встретить кому-то из родственников или соседей, чтобы уменьшить время до начала оказания квалифицированной медицинской помощи.
2. Снижение нагрузки на сердце - лечь, принять успокоительные препараты.
3. Прием нитроглицерина под язык до купирования болевого приступа.
4. Аспирин 325 мг - разжевать.
5. Попытаться купировать боль (анальгин, нестероидные противовоспалительные препараты).

При подозрении на остановку сердца (отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, артериального давления) следует незамедлительно приступить к реанимационным мероприятиям: Прекордиальный удар (короткий сильный удар кулаком в область грудины). Может оказаться эффективным в первые секунды фибрилляции желудочков. При неэффективности необходимо незамедлительно начать непрямой массаж сердца и вентиляцию легких методом рот-в-рот или рот-в-нос. Эти мероприятия следует продолжать до приезда скорой

Обратите внимание, что если до приезда врачей пострадавший теряет сознание, слабо дышит, а пульс еле прощупывается, — его необходимо безотлагательно реанимировать своими силами.

Первое действие: прекардиальный удар в грудную клетку, который направлен на перезапуск сердечной мышцы. Выполнять так: тыльной стороной ладони нанести короткий и довольно сильный удар в область солнечного сплетения.

Если удар не помог, выполните непрямой массаж сердца по стандартной схеме, как учили ещё в школе: Необходимо провести подряд 15 резких и умеренно сильных (чтобы не сломать рёбра) надавливаний на область груди.

После — сразу же выполнить искусственное дыхание рот в рот. Затем — еще 15 таких же надавливаний.

Важно выполнять действия очень ритмично, имитируя быстрые удары сердца. Выполняйте массаж сердца до тех пор, пока не придет скорая, насколько бы долго это не длилось

Помощь бригады скорой:

Первая помощь при инфаркте со стороны бригады скорой помощи, всегда зависит от общего состояния больного на момент их приезда. Конкретные задачи бригады медиков заключаются в следующем:

- в максимально быстром устранении болевого синдрома (его снижения) для недопущения шока;
- бригада скорой помощь в ликвидации/ограничении проявлений острой сердечной недостаточности;
- обязательном подавлении тахикардии/аритмии, провоцирующих нарушения гемодинамики;
- в срочном, квалифицированном проведении (при такой необходимости) реанимационных мероприятий;
- в максимально ранней, аккуратной, безопасной доставке пострадавших в специализированное инфарктное отделение, для оказания полноценной помощи.

Оказание помощи в стационаре:

1. Оксигенотерапия
2. Морфин – до 1,0 мл в/через каждые 15 минут до купирования болевого приступа ил появления осложнений
3. Нейролептанальгезия: фентанил – 2,0 мл или промедол – 1,0-2,0 мл р-ом дроперидола 0,25% 1,0-2,0 мл, развести в 1-мл изотонического р-ра натрия хлорида в/в медленно

Неотложная помощь при ИБС. Неотложная помощь при стенокардии напряжения. Неотложная помощь при нестабильной стенокардии Принцметала.

- Ее объем зависит от тяжести приступа и выраженности поражения миокарда.



Стенокардия напряжения.

Купирование болевого синдрома

- рекомендуется проводить по следующей схеме:
- • нитроглицерин по 1 табл. через каждые 2—3 мин., но не более 3 шт.; если больной впервые получает данный препарат, его необходимо предупредить о появлении специфических головных болей;
- • одновременно можно рекомендовать наложить на область сердца горчичник или нитромазь;
- • через 10—15 мин. после начала лечения нужно произвести оценку болевого синдрома и, если боли уменьшились, но полностью не купировались (остаточный болевой синдром), в/в или в/м рекомендуется ввести анальгетики, например: 5 мл барал-гина или 2 мл максигана;
- • если через 10—15 мин. после приема нитроглицерина болевой синдром остался без динамики, проводится нейролептанальгезия (НЛА) или используются наркотические вещества (см. ниже).

Нестабильная стенокардия. Купирование болевого синдрома

и все последующее лечение нужно проводить в полном объеме, как при ОИМ.

Цель: сравнение эффективности первичной ангиопластики, фармакоинвазивного метода реперфузии и ТЛТ у больных с острым ИМ с подъемом ST в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материалы и методы: За 2010 г. поступило 880 больных с острым ИМ, 461 (52 %) ИМ с зубцом Q. Средний возраст – 54,2 лет, мужчин было – 583 (66%). Средняя медиана времени поступления – 4,3 ч. Элевация сегмента ST – до 3,5 мм. До 1 ч поступило – 85 (9,6%), до 3-х ч – 370 (42%). В 211 (24%) случаях проводилось ТЛТ, из них в 104 (49%) на СМП, в 243 (28%) – ЧКВ, из них – 113 (13%) ТЛТ с последующей коронароангиографией (КАГ) (фармакоинвазивный подход в сроки от 3 ч до 24 ч). Первичная ангиопластика проводилась в течении 90 мин от поступления и первые 12 ч от ОИМ (на ангиографической установке AXIOM ARTIS фирмы SIMMENS). ТЛТ проводилась путем инфузии 1,5 млн ЕД стрептокиназы или тканевого активатора плазминогена-альтеплазы по схеме.

Актилизе применяли в 28сл. (25%), стрептокиназу в 85(75%). Все пациенты получали аспирин, клопидогрель по показаниям догоспитально. Гепарин применялся в 149(62%) случаях, низкомолекулярный гепарин (НМГ)-клексан в 61 (15,6%), фондапаринукс в 34 (13,2%).

Результаты:

Эффективность ТЛТ через 90 мин признана в 37 (32%) случаях. При ЧКВ инфаркт зависимая артерия (ИЗА)- в 130(53,4%) - ПНА, 89 (37%) - ПКА, в 19 (7,8%) – ОА. Средняя ФВ ЛЖ- 48,1%. Имплантация стента выполнялась в 94,4% случаях, в 2-х сл. - ангиопластика, в 3-х ЧТКА не удалась из-за тромбирования инфаркт зависимой артерии (ИЗА) в последующем проведена ТЛТ, в 2-х сл. рекомендована операция экстренного аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Непосредственные результаты ЧКВ: прерванный ИМ - 39 (19%), в 104 (42,7%) - проведено первичное ЧКВ, в 40 (16,4%) - спасительное ЧКВ, в 73 (30%) - содействующее ЧКВ после проведения ТЛТ. В 3 (1,2%) сл. отмечалась АВ-блокада III степени, разрешилась после ЧКВ, фибрилляции желудочков - 2 (0,8%) сл. , восстановлена дефибрилляцией. Осложнения: Общая летальность от ИМ - 5,9%. Госпитальная смерть - в 21 сл. (9,9%) после ТЛТ и в 7-х (2,8%) после ЧКВ. После ТЛТ: В 9 случаях разрыв миокарда, желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) – 3сл., 3-х сл. прогрессировала острая сердечная недостаточность (СН) несмотря на установку ВАБК, в 3-х сл. из-за диффузного трехсосудистого поражения на фоне кардиогенного шока операцию АКШ и за нешунтабельности артерии провести не удалось, а также в 3-х сл. неэффективность ТЛТ, от спасительной ЧКВ больные отказались.

После ЧКВ: в 2-х сл. после спасительного ЧКВ при исходном кардиогенном шоке (КШ) с поддержкой ВАБК произошел разрыв на 2 сутки, в 1 сл. после ЧКВ на 13 сутки поздняя фибрилляция желудочков, в 1- острый тромбоз ствола левой коронарной артерии, в 2-х сл. подострый стент тромбоз, в обоих случаях ЧКВ проводилась за пределами ОКЦ, из них 1 сл. из-за перерыва приема плавикса, в другом из за резистентности к плавиксу, ЖК кровотечение - 1, ареактивный КШ - 1.

В группе фармакоинвазивного метода госпитальной летальности не было, крупные кровотечения не отмечались, однако следует отметить что по литературным данным в 20% случаях ИЗА после ТЛТ остается окклюзированной, а в 45% остается сниженный кровоток, применяемые ТЛТ первого поколения стрептокиназа уступает по эффективности ТЛТ второго и третьего поколения- альтеплазе (Актилизе) и тенктеплазе (Метализе), которые являются безопасными, позволяют в значительной мере сократить время до эффективного анатомического восстановления кровотока, по данным нашего опыта в 35% случаев ТЛТ оказалась неэффективной(по клиническим и ЭКГ данным), далее подтвержденных на КАГ: сохранялась полная окклюзия ИЗА, потребовавшая проведения спасительного ЧКВ у данной группы.

Обсуждение:

По данным проведенного Регистра острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКС СП ST) в России, выявлена медиана времени от начала симптомов до момента поступления в стационар - 4,33 час, что соответствует нашим показателям, но желает лучшего - необходимо повышать уровень информированности населения о факторах риска, клинических признаках ИМ, обучению порядка действия при неотложных ситуациях. Выявлена низкая частота проведения первичной реперфузионной терапии (ТЛТ или первичная ЧКВ), при ОКС СП ST всего у 18,7% выполнено первичное ЧКВ.

Этот вид является определяющим и значительно влияет на прогноз. По нашим данным: средняя медиана времени поступления - 4,3 ч. 42,7% - проведено первичное ЧКВ, 24% случаях проводилось ТЛТ, из них в 49% на СМП. Можно отметить еще одну закономерность для больных включенных в регистр РЕКОРД – не очень большая частота использования антиагрегантов. Догоспитально аспирин получили чуть больше половины больных, менее половины получили клопидогрель, 85% получали гепарины, доля же НМГ клексана, была очень малой - 13,%, что касается фондопаринукса всего - 1,8%. По результатам введения больных в наших результатах: все пациенты получали аспирин, клопидогрель по показаниям догоспитально. Гепарин применялся в 62% случаях, НМГ - клексан -15,6%, фондапаринукс в 13,2%.

Возможно, подобное недостаточно активное антитромбоцитарное и антикоагулянтное лечение, низкое применение первичной реперфузионной терапии предопределило высокие показатели внутригоспитальной смертности в регистре РЕКОРД, доля умерших больных при ОКС СП ST составило -16,7%, при этом внутригоспитальная смертность при ОКС СП ST в регистре EHS-Registry составило 7,5%, в регистре GRACE-8%. В нашем случае :общая летальность от ИМ - 5,9%. Госпитальная смерть - в 21 (9,9%) случаях после ТЛТ и в 7-х (2,8%) после ЧКВ.

Заключение:

Применение фармакоинвазивного метода позволяет достоверно снизить летальность и осложнения ИМ по сравнению с пациентами, получившими только ТЛТ. В связи с невозможностью своевременного проведения первичной ангиопластики всем пациентам с острым ИМ логичной представляется попытка объединить достоинства обоих методов реперфузии - простоту и доступность тромболизиса и эффективность ангиопластики. Комбинированная фармакоинвазивная реперфузия по сравнению с ТЛТ позволяет достоверно уменьшить госпитальную летальность и не уступает по эффективности первичной ангиопластике.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электркардиограммы. В кн. Оганов Р.Г. Мамедов М.Н. редакторы. Национальные клинические рекомендации. М: Меди ЭКСПО; 2009С 165-277. 2. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Бузиашвили Ю.И., Голухова Е. З., Закарян Н.В. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда – современное состояние вопроса. Москва, «Медицина» 2007. 3. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009. Appropriateness Criteria for Coronary Revascularisation. Journal of American College of Cardiology 2009 Feb 10; 53(6): 530-553. 4. Креативная кардиология журнал No1 2008; 31-35. 5. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Независимый регистр острых коронарных синдромов Рекорд: Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Журнал Атеротромбоз, No1 (2) 2009; 105-119.
- Протоколы: «Тұрақсыз стенокардия» (2013 ж.), «Өкпе артериясының тромбоэмболиясы» (2014 ж.)