

Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе Борисова Е.М., Зияев Ю.Н., Кенжаев М.А., Хаитов С.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Современная тактика ведения больных с острым ишемическим повреждением миокарда основана на особенностях патогенеза и морфологии ишемической болезни сердца (ИБС). В первые часы (а иногда и сутки) от начала заболевания бывает сложно дифференцировать острый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию, поэтому для обозначения периода обострения ИБС в последнее время пользуются термином «острый коронарный синдром» (ОКС). Он диагностируется на основании болевого синдрома (затяжной ангинозный приступ, впервые возникшая, прогрессирующая стенокардия) и изменений ЭКГ, особенно подходит для догоспитального этапа диагностики и лечения дестабилизации ИБС.

На основании изменений на ЭКГ различают две основные формы ОКС: с подъемом и без подъема сегмента ST.

Выделение двух форм ОКС связано также с различным прогнозом и лечебной тактикой у этих пациентов.

ОКС диагностируется при наличии ангинозной боли в грудной клетке в течение 20 минут и более, которая не купируется нитроглицерином и иррадирует в шею, нижнюю челюсть, левую руку. У лиц пожилого возраста в клинической картине может преобладать не болевой синдром, а слабость, одышка, потеря сознания, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, явления острой сердечной недостаточности, снижение толерантности к физической нагрузке.

ЭКГ – основной метод оценки больных с ОКС, на основании которого строится прогноз и выбирается лечебная тактика.

Изменения на ЭКГ при ОКС с подъемом сегмента ST:

- элевация сегмента ST $\geq 0,2$ мВ в отведениях V1-V3 или $\geq 0,1$ мВ в других отведениях;

- наличие любого зубца Q в отведениях V1-V3 или зубца Q $\geq 0,03$ с в отведениях I, avL, avF, V4-V6;

- остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.

Изменения на ЭКГ при ОКС без подъема сегмента ST:

ЭКГ-признаки этого варианта ОКС – депрессия сегмента ST и изменения зубца T. Вероятность этого синдрома наиболее велика при сочетании клинической картины с депрессией сегмента ST, превышающей 1 мм в двух смежных отведениях с преобладающим зубцом R или более. Нормальная ЭКГ у больных с симптомами, характерными для ОКС, не исключают его наличия. При этом необходимо исключить другие возможные причины жалоб пациента.

Результаты лечения ОКС во многом зависят от действий врача на догоспитальном этапе. Главная задача врача скорой помощи – эффективное купирование болевого синдрома и возможно раннее проведение реперфузионной терапии.

Алгоритм лечения больных с ОКС (см. схему)

- нитроглицерин сублингвально (0,4 мг) или аэрозоль нитроглицерина каждые пять минут. После приема трех доз при сохраняющейся боли в грудной клетке и систолическом АД не ниже 90 мм рт. ст. необходимо решить вопрос о назначении нитроглицерина внутривенно в виде инфузии;

- препаратом выбора для купирования болевого синдрома является морфин сульфат по 10 мг внутривенно струйно на физиологическом растворе натрия хлорида;

- раннее назначение ацетилсалициловой кислоты в дозе 160-325 мг (разжевать). Больным, принимавшим ранее аспи-

рин, можно назначить клопидогрель по 300 мг с последующим применением в дозе 75 мг/сут;

- незамедлительное назначение β -блокаторов рекомендовано всем больным, если нет противопоказаний к их применению. Лечение необходимо начинать с короткодействующих препаратов: пропранолол в дозе 20-40 мг или метопролол (эгилок) по 25-50 мг внутрь или сублингвально;

- устранение факторов, которые повышают нагрузку на миокард и способствуют усилению ишемии: АГ, нарушения ритма сердца.

Дальнейшая тактика оказания помощи больным с ОКС, как уже говорилось, определяется особенностями ЭКГ-картины.

Пациентам с клиническими признаками ОКС со стойкой элевацией сегмента ST или острой блокадой левой ножки пучка Гиса при отсутствии противопоказаний необходимо восстановить проходимость коронарной артерии с помощью тромболитической терапии (ТЛТ).

Если ТЛТ удастся выполнить в первые 2 часа после возникновения симптомов заболевания (особенно в течение первого часа), это может остановить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшить летальность. ТЛТ не проводят, если от момента ангинозного приступа прошло более 12 часов, за исключением, когда приступы ишемии продолжают. При отсутствии условий для проведения ТЛТ, а также у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ показано назначение антикоагулянтов: гепарин 10000 Ед. внутривенно струйно с последующим продолжением лечения в условиях стационара.

Таким образом, объем и адекватность неотложной помощи в первые минуты и часы заболевания, т.е. на догоспитальном этапе, в значительной степени определяют прогноз заболевания. В успехе ТЛТ при ОКС с подъемом сегмента ST важнейшую роль играет ее раннее начало – оптимально в течение 1-го часа после развития болевого синдрома проведение догоспитального тромболитизиса позволяет добиться снижения летальности, частоты развития постинфарктной стенокардии без существенного влияния на частоту развития рецидивов инфаркта миокарда и появления признаков сердечной недостаточности.

Алгоритм ведения больного при ОКС на догоспитальном этапе.

