

ДОСЛІДЖЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ДІАГНОСТОВАНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ

Подколзіна М. В., Куриленко Ю. Є., Чорнорук В. В.

Національний фармацевтичний університет,

м. Харків, Україна.

economica@nuph.edu.ua

Гострий інфаркт міокарда (ІМ) вирізняється серед серцево-судинних хвороб особливою вагомістю що пов'язано із значним його поширенням серед людей працездатного віку та високим рівнем летальності. Щорічно в Україні реєструється близько 50 тисяч випадків інфаркту міокарда. При цьому статистика смертності від цієї хвороби залишається високою – від гострого інфаркту міокарда вмирають 30% пацієнтів, у той час як у країнах Європи 5%.

Рекомендована домедична допомога при підозрі на інфаркт міокарда:

- Викликати бригаду екстреної медичної допомоги. При відсутності такої можливості звернутися до оточуючих вас людей. Якщо поблизу знаходиться патрульна поліцейська або пожежна машини, зверніться до них, вони також можуть доставити хворого в лікарню. Це ж стосується і надання першої допомоги при інфаркті міокарда іншим людям.

- Забезпечити хворому повний спокій. Посадіть або покладіть його на спину так, щоб верхня частина тулуба була трохи вища за нижню, ноги зігнуті в колінах. У такому положенні серцю легше буде здійснювати кровопостачання.

- Відкрити вікна, включити вентилятор для припливу свіжого повітря.

- Зняти тісний одяг, ослабити пасок на брюках, розстебнути верхній гудзик.

- Дати хворому нітрогліцерин, попередити, що його треба повністю розсмоктати. Наступну таблетку дати через 5 хвилин (повторити це не більше 3 разів). Якщо немає нітрогліцерину, дати валідол, виміряти артеріальний тиск, тому що він може різко знизитися. Якщо це сталося, нітрогліцерин і валідол давати не можна.

- Накапати 30-40 крапель валокордину або корвалолу на шматок цукру і дати розсмоктати (для заспокоєння хворого).

- Дати 1 таблетку аспірину (300 мг) для зниження процесу тромбоутворення. Таблетку потрібно розжувати і запити водою.

- Можна дати 2 таблетки анальгін (для зменшення болю).

За результатами аналізу уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації з інфаркту міокарду було виявлено 2 етапи надання допомоги: 1) Догоспітальний етап – бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; 2) Госпітальний етап – заклади, що надають вторинну та третинну медичну допомогу.

На першому етапі застосовують стандартну схему до якої входять такі ЛЗ як: Нітрогліцерин, табл. 0,5 мг № 40; Кислота ацетилсаліцилова (АСК), табл. 500 мг №10; Клопідогрель, табл. 75 мг №10; морфіну гідрохлорид, розчин д/ін 1% № 5.

Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв. У випадку важкого больового синдрому 2,0 мл 1% розчину нітрогліцерину розводять в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози *ex tempore* (концентрація 100 мг/мл) та вводять внутрішньовенно крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС. При використанні автоматичного дозатора початкова швидкість введення складає 10-20 мкг/хв.; при відсутності дозатора – початкова швидкість 2-4 краплі за хвилину, яка може бути поступово збільшена до максимальної швидкості 30 крапель за хвилину (або 3 мл/хв.). Інфузію припиняють при зниженні САТ менше ніж 90 мм рт. ст. (або середнього АТ на 10-25% від початкового). Подальше зниження АТ призводить до погіршення коронарного кровообігу та збільшення зони некрозу ІМ, викликає сильний головний біль. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 160-325 мг. Для лікарських бригад можливе введення ацелізіну 1,0.

При наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.

Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

Лікарські засоби, що застосовуються на госпітальному етапі, ми можемо поділити на 2 підгрупи:

- Основна (застосовуються у більшості випадків): Нітрогліцерин розчин д/ін 2 мл в ампулах № 10; Кислота ацетилсаліцилова, табл. 500 мг №10; Клопідогрель, табл. 75 мг №10; Еноксапарин, розч д/ін. 0.4 мл №1; Пропранололу гідрохлориду, 40 мг; Валсартан, табл. 80 мг №30.

-Додаткова (застосовуються вибірково, в залежності від стану пацієнта): морфіну гідрохлорид, розчин д/ін 1% № 5; Аторвастатин-Тева табл. 20 мг №10; Спіронолактон-Дарниця, табл. 25 мг №30.

Оптимізація алгоритму лікування відповідно до конкретної клінічної ситуації у пацієнтів з ознаками ГКС у спеціалізованих ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, прискорює реабілітацію. Всі лікувальні заходи фіксуються в історії хвороби (форма 003/о). Заповнення Форми має обов'язково включати опис призначених лікарських засобів лікування із наданням детальної інформації про покази до проведення кожного з лікувальних заходів. З метою прискорення відновлення прохідності інфаркт-залежної коронарної артерії, витратні матеріали (діагностичні та провідникові катетери, балонкатетери, стенти, контрастна речовина і т.д.), необхідні для проведення механічної реперфузії, повинні бути абсолютно доступні для використання протягом 15-20 хв (зберігатися в безпосередній близькості

і не потребувати складної системи видачі для використання) для персоналу клініки, де проводяться первинні втручання, у період проведення рятувальних ургентних невідкладних процедур хворим із ГКС.

Інтенсивна медикаментозна терапія (проводиться із урахуванням терапії на догоспітальному етапі).

Нітрати (за умов наявності больового синдрому та клінічних проявів серцевої недостатності): Для внутрішньовенного введення нітрогліцерину використовують інфузійний розчин з концентрацією 100 мкг/мл: концентрований розчин розводять 0,9% розчином NaCl або 5% розчином глюкози (не слід використовувати інші розчинники). Розчин вводять в/в крапельно з початковою швидкістю 5 мкг/хв. Для посилення терапевтичного ефекту швидкість введення можна збільшувати кожні 3-5 хв на 5 мкг/хв (з урахуванням реакції ЧСС, центрального венозного тиску та систолічного артеріального тиску, який може бути знижено на 10-25% від вихідного, але не повинно бути нижче 90 мм рт.ст.). Якщо при швидкості введення 20 мкг/хв не отримано терапевтичного ефекту, подальший приріст швидкості введення повинен становити 10-20 мкг/хв.

При появі відповідної реакції (зокрема, зниження артеріального тиску) подальше збільшення швидкості інфузії не проводиться або проводиться через більш тривалі інтервали часу. Зазвичай для досягнення терапевтичного ефекту швидкість введення нітрогліцерину не перевищує 100 мкг/хв.

Наркотичні анальгетики: перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). В разі значного пригнічення дихання на тлі введення опіоїдів показане введення налоксону (0,1-0,2 мг внутрішньовенно через кожні 15 хвилин за показаннями). Ненаркотичні анальгетики протипоказані!

Клопідогрель: всім хворим з ГІМ клопідогрель призначається в дозі 300 мг. Прасугрель за умов відсутності інсульту/ТІА в анамнезі, у пацієнтів < 75 років (60 мг перорально).

Еноксапарин: 0,5 мг/кг в/в болюсно

Бета-блокатори (д2) призначаються якомога раніше усім пацієнтам з ГКС, які не мають протипоказів. Перевага надається неселективним блокаторам бета-адренорецепторів: всередину або сублінгвально пропранолол до 20 мг або метопролол до 25 мг. В/в введення бета-блокаторів – тільки у випадку гіпертензії та/або тахікардії (метопролол або есмолол).

Статини: рекомендується призначити або продовжити їх прийом у високих дозах одразу ж після госпіталізації усім пацієнтам з ГІМ з елевацією ST без протипоказів або непереносимості в анамнезі, незалежно 35 від початкових показників холестерину (перевагу надавати аторвастатину \geq 40 мг або еквівалентні дози інших).

В цілому за результатами дослідження протоколів лікування ІМ було виявлено 4 ЛЗ які застосовуються на догоспітальному етапі терапії гострого інфаркту міокарда. На госпітальному етапі переважно застосовують 6 ЛЗ (основна група), та у випадку необхідності ще 3 ЛЗ (додаткова група).