

РЕГИОНАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Вафин А. Ю., Галявич А. С.

Цель исследования — представить разработанные и внедренные алгоритмы лечения больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) на ЭКГ. Проанализированы данные по оказанию медицинской помощи больным ИМпST на ЭКГ в Республике Татарстан в 2009-2015 гг. Применение анализа с учётом местных особенностей и возможностей позволяет существенно снизить показатели госпитальной летальности при ИМпST.

Российский кардиологический журнал 2016, 3 (131): 64–65
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-3-64-65>

Ключевые слова: инфаркт миокарда, чрескожное коронарное вмешательство.

ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия.

Вафин А. Ю. — к.м.н., зав. кафедрой менеджмента в здравоохранении ФПК и ППС, Галявич А. С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии ФПК и ППС.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
agalyavich@mail.ru

ИМ — инфаркт миокарда, ИМпST — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, КАГ — коронарная ангиография, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ЭКГ — электрокардиограмма.

Рукопись получена 18.02.2016

Рецензия получена 19.02.2016

Принята к публикации 26.02.2016

REGIONAL ALGORITHM OF CARE IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Vafin A. Yu., Galyavich A. S.

The aim of the study — to present the developed and applied algorithms of ST elevation myocardial infarction (STEMI) patients. The data analyzed on the medical care provision for STEMI in Tatarstan Republic in 2009-2015 y. Application of algorithms with considered regional specifics and resources makes to significantly decrease the values of in-hospital mortality in STEMI.

Russ J Cardiol 2016, 3 (131): 64–65
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-3-64-65>

Key words: myocardial infarction, percutaneous coronary intervention.

Kazan State Medical University, Kazan, Russia.

Инфаркт миокарда (ИМ) является одной из проблем кардиологии, пока далёких от решения — сохраняются высокие показатели заболеваемости и госпитальной летальности, несмотря на определённые успехи в оказании помощи пациентам.

В настоящее время существуют ряд рекомендаций по ведению пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМпST) [1-3]. Вместе с тем, вопросы лечения ИМпST на ЭКГ остаются весьма сложными для практического здравоохранения. Это связано в определённой степени с региональными особенностями, часто зависящими от возможностей своевременного и адекватного лечения ИМ, включая круглосуточный режим оказания помощи с использованием экстренной коронарной ангиографии (КАГ) и стентирования.

В Республике Татарстан (РТ) с 2007 г функционирует круглосуточная система оказания помощи пациентам с ИМ, объединяющая сегодня 7 центров (в г. Казани — 4 центра, в районах — 3 центра) экстренной КАГ и стентирования.

Нами разработаны и внедрены различные алгоритмы (а.) оказания медицинской помощи пациентам с ИМпST в зависимости от местных условий, местонахождения пациента и ряда других обстоятельств.

В городах, где доставка пациента после его обращения за медицинской помощью (как правило, это вызов

бригады “скорой помощи”) составляет менее 1 ч, пациент доставляется в один из центров чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (а.№1). При его согласии и отсутствии противопоказаний проводится КАГ, на основании которой принимается решение о дальнейшем лечении — стентирование коронарной артерии (а.1а) или операция коронарного шунтирования (а.1б) или консервативное ведение (а.№3).

В населённых пунктах без возможности быстрого проведения ЧКВ, больным с ИМпST проводится фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний (а.№2). При наличии противопоказаний к фибринолитической терапии, отсутствии фибринолитика, отказе пациента от фибринолитической терапии и отказе пациента ехать в центр ЧКВ — проводится консервативное лечение (а.№3). А.№3 применяется в тех случаях, когда пациент отказывается (крайне редко) от проведения ангиографии, а также при позднем обращении пациента за медицинской помощью (более 12 часов), введение фибринолитика уже не имеет смысла.

А. оказания помощи больным с ИМпST представлен на рисунке 1.

Важнейшей составляющей лечения ИМ является лекарственная терапия, которая также различается в зависимости от применяемого а. ведения пациента.

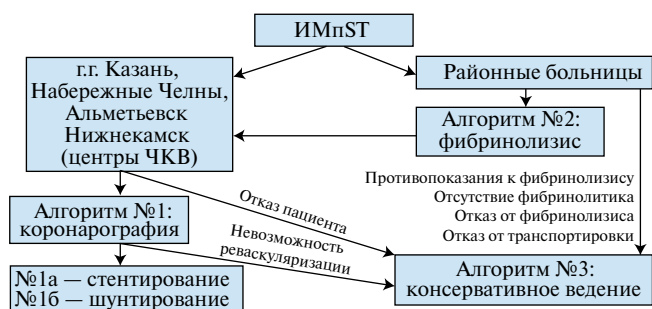


Рис. 1. Оказание кардиологической помощи пациентам с ИМнСТ в Республике Татарстан.

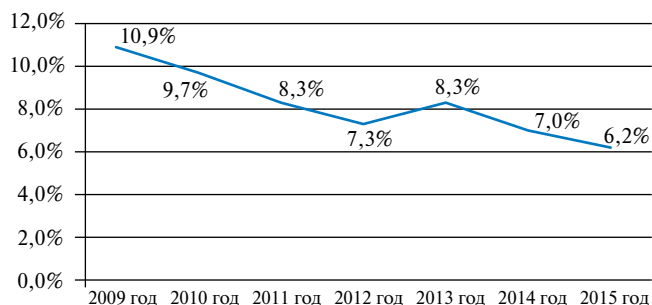


Рис. 3. Госпитальная летальность при ИМ в центрах ЧКВ в РТ в 2009-2015гг.

Лекарственные средства, применяемые при а.№1: на догоспитальном этапе пациенту даётся 600 мг клопидогреля (лицам старше 75 лет — 75 мг), 100 мг ацетилсалициловой кислоты, вводится гепарин, проводится обезболивание наркотическим анальгетиком.

Лекарственные средства, применяемые при а.№2: обезболивание наркотическим анальгетиком, 300 мг клопидогреля (лицам старше 75 лет — 75 мг), 100 мг ацетилсалициловой кислоты, проводится фибринолизис альтеплазой или теноктеплазой при отсутствии противопоказаний, вводится гепарин или эноксапарин. В последующем больной переводится (при его согласии) в медицинский центр для проведения ЧКВ, т.е. осуществляется так называемый фармакоинвазивный подход. Эффективность и целесообразность данного подхода подтверждает госпитальная летальность больных, переведенных из районов в центры с возможностью круглосуточного проведения экстренной КАГ — она составила 4%.

Лекарственные средства, применяемые при а.№3: 300 мг клопидогреля (лицам старше 75 лет — 75 мг), 100 мг ацетилсалициловой кислоты, вводится гепарин, проводится обезболивание наркотическим анальгетиком. Далее лекарственные средства применяются по необходимости.

Литература

1. 2012 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal 2012; 33: 2569-19.
2. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2013; 61: e78-140.

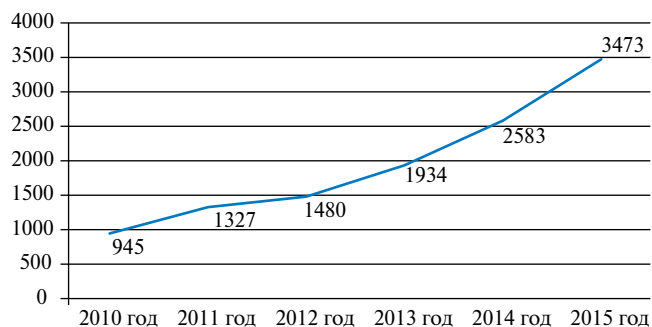


Рис. 2. Динамика стентирований при ИМ в Республике Татарстан в абсолютных числах (число стентированных больных) в 2010-2015гг.

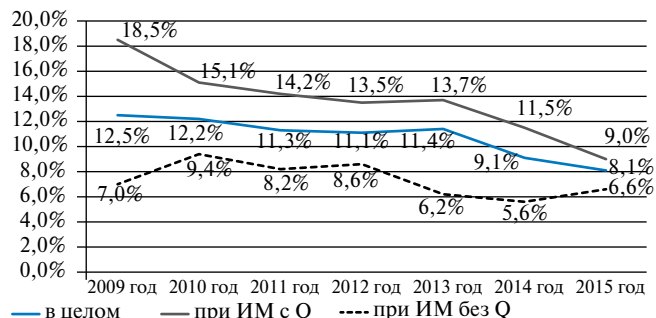


Рис. 4. Госпитальная летальность (%) при ИМ в РТ в 2009-2015гг.

Динамика стентирований при ИМ в РТ в абсолютных числах (число стентированных больных) в 2010-2015гг (рис. 2).

Госпитальная летальность при ИМ в центрах ЧКВ в РТ в 2009-2015гг представлена (рис. 3).

Сравнение двух последних графиков показывает отчетливую противоположную направленность — чем больше стентированных больных, тем ниже показатели госпитальной летальности.

Внедрение приведенных выше а. оказания помощи больным с ИМнСТ в РТ привело к положительной динамике показателей госпитальной летальности не только в центрах круглосуточного оказания помощи, но и в целом по всей республике. Так, в 2015г в сравнении с 2009г госпитальная летальность при ИМ в целом снизилась на 50%, а при ИМнСТ снизилась в 2 раза (рис. 4).

Заключение

Эффективность любого вида оказания медицинской помощи оценивается в конечном итоге по показателям госпитальной летальности. Применение региональных алгоритмов оказания помощи больным ИМ с учётом местных особенностей и возможностей позволяет существенно снизить показатели госпитальной летальности при ИМ, особенно при такой его форме, как подъём сегмента ST.