

Оказание медицинской помощи больным с ОКС и ОНМК на догоспитальном этапе

Згинник Н.Д.- главный
специалист МЗ СК по
СМП

01.10.08г.

- Важным элементом системы оказания помощи больным с ОКС и ОНМК является скорая медицинская помощь.



Все территории, участвующие в Программе, оснащены оборудованными машинами скорой помощи класса «В», которые были поставлены в рамках Национального проекта «Здоровье».

Кадры.

Дефицит врачебных кадров. Укомплектованность врачами по краю составляет 57,8%.

В составе станций и отделений СМП:

свыше половины – 54,2% составляют фельдшерские бригады.

Уровень подготовки специалистов.

Отсутствие опыта проведения ТЛТ

Отсутствие повсеместного соблюдения стандартов оказания помощи на ДГЭ

Отсутствие подготовки фельдшеров по ЭКГ-диагностике ОКС

Взаимодействие со скорой помощью



ПАЦИЕНТ

ВЫЗОВ СМП

(диагностика ОКС или ОНМК)

**Соответствие больного
стоп - листу**

**Несоответствие больного
стоп - листу**

**Тромболизис
при ОКС**

**Транспортировка в сосудистый
центр по зоне прикрепления,
неотложная терапия**

**Дежурный профильный
стационар**

Оказание помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе

ТАКТИКА ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) ПРИ ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- Первоначальная оценка больных с болью в грудной клетке.
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение ОКС на догоспитальном этапе
- Показания к госпитализации в ПСО, РСЦ и транспортировка.

**Больной с подозрением на
ОКС должен лечиться так же,
как больной с ОКС**



Проявления ишемии миокарда



- Сильная боль за грудиной сжимающая, давящая
- Испарина, липкий холодный пот
- Тошнота, рвота
- Одышка
- Слабость, коллапс

Клинические варианты ИМ

		%	
<i>status anginosus</i>	89		65,6
<i>status asthmaticus</i>	7		10,5
<i>status gastralgicus</i>	1		6,7
аритмический	2		14,3
церебральный	1		-
бессимптомный	-		2,9
	<hr/>		<hr/>
	616 чел		105 чел



Организация работы СМП при ОКС

Лечение больного ОКСпST представляет собой единый процесс, начинающийся на догоспитальном этапе и продолжающийся в стационаре.

Для этого бригады СМП и стационары, куда поступают больные с ОКС, должны работать по единому алгоритму, основанному на единых принципах диагностики, лечения и единому пониманию тактических вопросов

- Двухступенная система, когда при подозрении на ИМ линейная бригада СМП вызывает на себя «специализированную», которая собственно начинает лечение и транспортирует больного в стационар, ведет к неоправданной потере времени
- Каждая бригада СМП (в том числе и фельдшерская) должна быть готова к проведению активного лечения больного ОКСпST



Линейная бригада СМП должна быть оснащена необходимым оборудованием

1. Портативный ЭКГ с автономным питанием;
2. Портативный аппарат для ЭИТ с автономным питанием с контролем за ритмом сердца;
3. Набор для проведения сердечно-легочной реанимации, включая аппарат для проведения ручной ИВЛ;
4. Оборудование для инфузионной терапии;
5. Набор для установки в/в катетера;
6. Кардиоскоп;
7. Кардиостимулятор;
8. Система для дистанционной передачи ЭКГ;
9. Система мобильной связи;
10. Отсос;
11. Лекарства, необходимые для базовой терапии ОКС, ОИМ



Практические подходы при лечении ОКС

В ближайшие 10 мин

- ЧДД, ЧСС, АД, насыщение O_2
- Готовность к дефибриляции и СЛР
- Обеспечение в/в доступа
- ЭКГ в 12-ти отведениях
- Короткий прицельный анамнез, физикальное обследование
- Кровь на маркеры некроза,

Неотложное лечение

- Устранить болевой синдром (нитроглицерин, морфин 2-4 мг в/в)
- аспирин (если не дали ранее):
разжевать 500 мг
- O_2 4-8 л/мин для насыщения $O_2 >90\%$
- β -блокаторы
- гепарин 5 тыс. ЕД в/в болюсно
- клопидогрел 300 мг, возраст более 75 лет 75 мг



Восстановление коронарной перфузии

Основой лечения острого ИМ является восстановление коронарного кровотока – коронарная реперфузия.

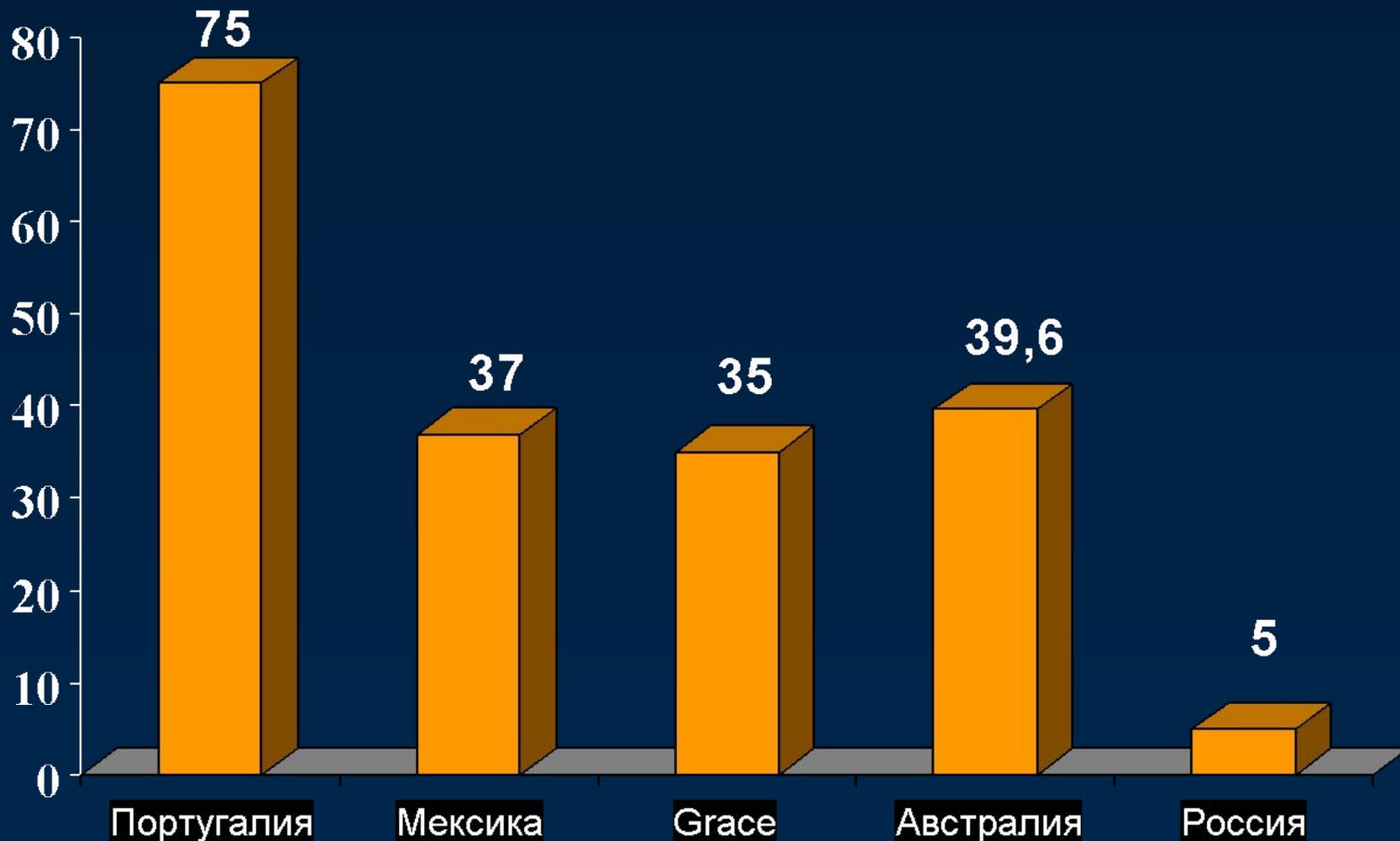
Разрушение тромба и восстановление перфузии миокарда приводят к ограничению размеров его повреждения и, в конечном итоге, к улучшению ближайшего и отдаленного прогноза.

Поэтому все больные ОКСпST должны быть безотлагательно обследованы для уточнения показаний и противопоказаний к восстановлению коронарного кровотока.

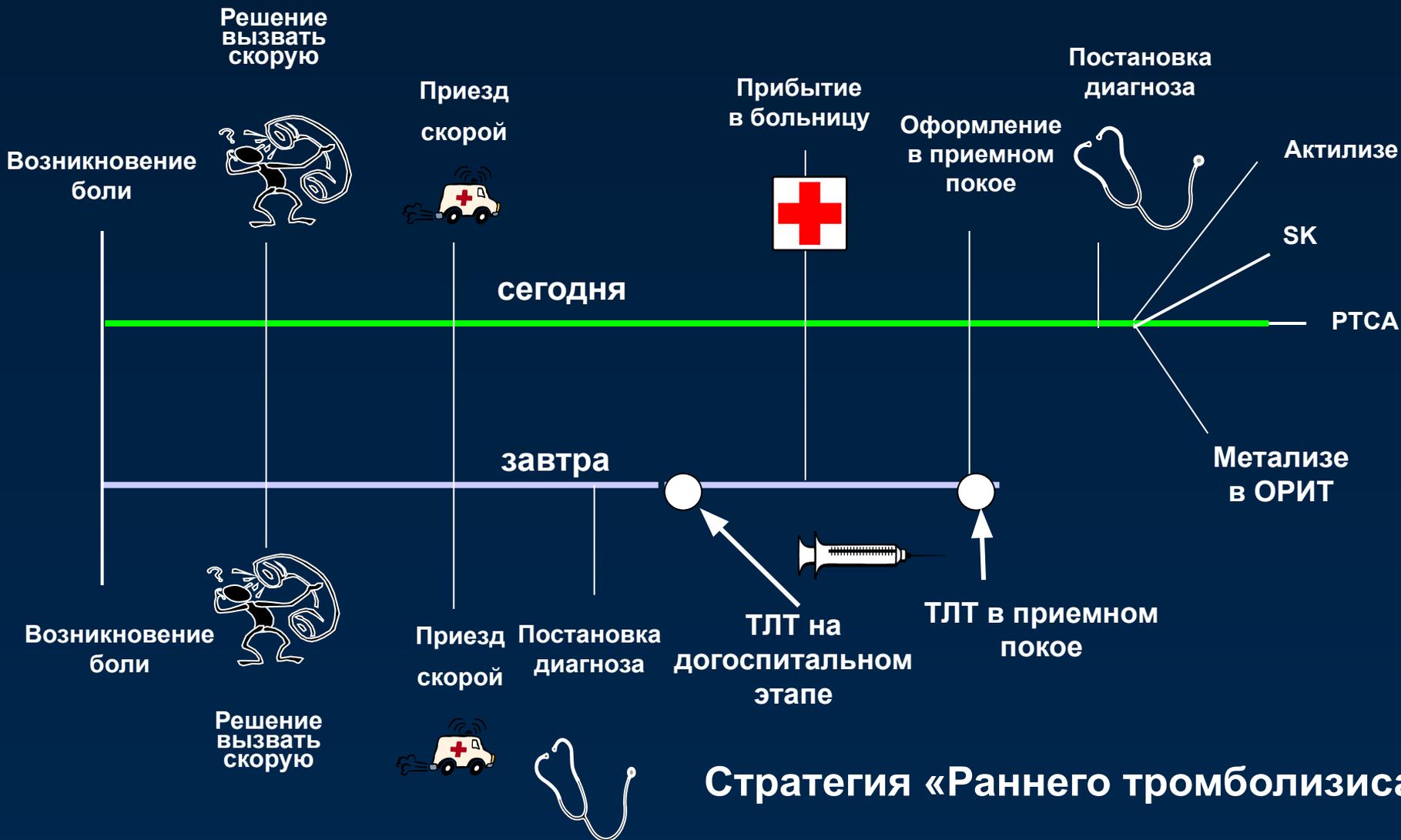


ТЛТ у больных с ОИМ

по данным национальных регистров



Догоспитальный тромболизис: выигрыш во времени = спасение миокарда



Стратегия «Раннего тромболизиса»

- В начальном периоде организации процесса если время доставки больного менее 0,5-1 часа проще, безопаснее (особенно для фельдшерских бригад) и незначительно менее эффективно проводить ТЛТ в стационаре
- Фельдшерская бригада скорой медицинской помощи, прошедшая необходимую дополнительную подготовку (тематическое усовершенствование в течение 72-144 часов), при наличии в машине электрокардиографа, дефибриллятора и при возможности консультации по телефону **может и обязана выполнять тромболитическую терапию при ИМ**



Показания для проведения ТЛТ

1. Болевой приступ более 30 мин, несмотря на приём нитроглицерина, но не превышающий 12 часов
2. На ЭКГ подъем ST более 0,1 мВ, по крайней мере, в двух стандартных отведениях и более 0,2 мВ в двух смежных грудных отведениях, либо остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса, маскирующая очаговые изменения на ЭКГ.



Противопоказания для проведения ТЛТ

Абсолютные противопоказания к ТЛТ

- ранее перенесенный геморрагический инсульт или НМК неизвестной этиологии;
- ишемический инсульт, перенесенный в течение последних 3-х месяцев;
- опухоль мозга, первичная и метастатическая;
- подозрение на расслоение аорты;
- наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации);
- существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца;



Противопоказания для проведения ТЛТ

Относительные противопоказания:

- устойчивая, высокая, плохо контролируемая АГ в анамнезе;
- АГ - в момент госпитализации – АД сис. >180 мм рт.ст., диаст. >110 мм рт.ст);
- ишемический инсульт давностью более 3 месяцев;
- деменция или внутричерепная патология, не указанная в «Абсолютных противопоказаниях»;
- травматичная или длительная (более 10 мин), сердечно-легочная реанимация или оперативное вмешательство, перенесенное в течение последних 3-х недель;
- недавнее (в течение предыдущих 2-4-х недель) внутреннее кровотечение;
- пункция сосуда, не поддающегося прижатию;
- для стрептокиназы – введение стрептокиназы более 5 суток назад или известная аллергия на нее;
- беременность;

Контрольный лист

принятия решения врачебно-фельдшерской бригадой СМП о проведении больному с острым коронарным синдромом (ОКС) ТЛТ

Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице. Если отмечены все квадратики в столбце «Да» и ни одного в столбце «Нет» то проведение тромболитической терапии больному показано.

При наличии даже одного не отмеченного квадратика в столбце «Да» ТЛТ терапию проводить не следует и заполнение контрольного листа можно прекратить.

	«Да»	«Нет»
Больной ориентирован, может общаться	<input type="checkbox"/>	
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты продолжающиеся не менее 15-20 мин., но не более 12 часов	<input type="checkbox"/>	
После исчезновения характерного для ОКС болевого синдрома и/или его эквивалентов прошло не более 3 ч	<input type="checkbox"/>	
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях	<input type="checkbox"/>	
У врача/фельдшера СМП есть опыт оценки изменений сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса на ЭКГ (тест только при отсутствии дистанционной оценки ЭКГ специалистом)	<input type="checkbox"/>	
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было	<input type="checkbox"/>	
У врача/фельдшера СМП есть опыт проведения ТЛТ	<input type="checkbox"/>	
Транспортировка больного в стационар займет более 30 мин	<input type="checkbox"/>	
Имеется возможность получать медицинские рекомендации врача кардиореаниматолога стационара в режиме реального времени	<input type="checkbox"/>	

Возраст более 35 лет для мужчин и более 40 лет для женщин		
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст. Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.	<input type="checkbox"/>	
Разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке не превышает 15 мм рт. ст.	<input type="checkbox"/>	
В анамнезе отсутствуют указания на перенесенный инсульт или наличие другой органической (структурной) патологии мозга	<input type="checkbox"/>	
Отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации (в том числе желудочно-кишечные и урогенитальные) или проявления геморрагического синдрома	<input type="checkbox"/>	
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о проведении больному длительной (более 10 мин) сердечно-легочной реанимации или о наличии у него за последние 2 недели внутреннего кровотечения; больной и его близкие это подтверждают	<input type="checkbox"/>	
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о перенесенной за последние 3 мес. хирургической операции (в т.ч. на глазах с использованием лазера) или серьезной травме с гематомами и/или кровотечением, больной подтверждает это	<input type="checkbox"/>	
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии беременности или терминальной стадии какого-либо заболевания и данные опроса и осмотра подтверждают это	<input type="checkbox"/>	
В представленных медицинских документах отсутствуют данные о наличии у больного желтухи, гепатита, почечной недостаточности и данные опроса и осмотра больного подтверждают это	<input type="checkbox"/>	

ВЫВОД: ГЛР больному _____ (ФИО) ПОКАЗАНА ПРОТИВОПОКАЗАНА
(нужное обвести, ненужное зачеркнуть)

Лист заполнил: Врач / фельдшер (нужное обвести) _____ (ФИО)

Дата _____ Время _____ Подпись _____

Контрольный лист передается с больным в стационар и подшивается в историю болезни

Ведение больных с ОНМК на догоспитальном этапе

Диагностика ОНМК

- Своевременная диагностика ОНМК на догоспитальном этапе, экстренная госпитализация и правильная лечебная тактика являются чрезвычайно важными в процессе оказания медицинской помощи больным с инсультом.
- Определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) возможно только в стационаре после нейровизуализирующего исследования.

Клиника ОНМК

- Клиническая картина ОНМК характеризуется внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой и менингеальной в случае субарахноидального кровоизлияния) симптоматики, которая является основным критерием диагностики инсульта.
- Для правильной диагностики ОНМК исследуются **очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы.**

Дифдиагностика

- Первоочередной задачей на догоспитальном этапе является правильная диагностика ОНМК и дифференциальный диагноз инсульта с другими неотложными состояниями. Патологические состояния, наиболее часто требующие проведения дифференциальной диагностики с ОНМК следующие:

Дифдиагностика

- Гипогликемия
- Эпилептический припадок
- Осложнённый приступ мигрени
- Черепно-мозговая травма (ЧМТ)
- Менингит
- Энцефалит
- Опухоль мозга
- Истерия.

Тактика ведения больных с ОНМК

- **Всех пациентов с подозрением на ОНМК необходимо госпитализировать** в специализированное отделение для лечения больных с инсультом, пациентов с давностью заболевания менее 6 часов – в блок интенсивной терапии (нейрореанимации) отделения для больных с инсультом. Больные с субарахноидальным кровоизлиянием должны быть госпитализированы в специализированный нейрохирургический стационар.

Тактика ведения больных с ОНМК

Относительные противопоказания для госпитализации:

- Терминальная кома;
- Деменция с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;
- Терминальная стадия онкологических заболеваний.

!!! Необходимо обеспечить максимально быструю транспортировку больных с инсультом в первые **3 часа от начала развития заболевания**, поскольку в это время в стационаре возможно применение наиболее эффективного метода лечения ишемического инсульта – **тромболитической терапии.**

**Приказ Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации от
5 сентября 2006 года №643**

*Стандарт медицинской помощи
больным с инсультом,
неуточненным как кровоизлияние
или инфаркт*

Лечение ОНМК

Лечение больных с ОНМК включает два основных направления *базисную* и *специфическую* терапию.

Базисная терапия инсульта направлена на коррекцию жизненно-важных функций организма:

- поддержание дыхания,
- гемодинамики,
- водно-электролитного обмена
- обмена глюкозы,
- коррекцию отёка мозга и повышенного внутричерепного давления,
- профилактику и борьбу с осложнениями.

Лечение ОНМК

2 основные задачи:

- 1. Стабилизация нарушенных жизненно-важных функций с целью скорейшей доставки в стационар с «наименьшими потерями»**
- 2. Поддержание жизненно-важных функций для создания прочной основы проведения дифференцированной терапии в стационаре**

Коррекция АД

- **Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо!**
- Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте допустимо только при цифрах, превышающих **200/110 мм рт. ст.**
- Целевой уровень снижения АД до цифр, превышающих обычное АД на 15-20 мм рт. ст.
- **Следует избегать любого резкого падения АД**, в связи с чем недопустимым является назначение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено.

Купирование судорожного синдрома

- *Для купирования генерализованных судорожных припадков и фокальных судорожных припадков используют **диазепам** 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/в через 3-4 мин.*

Нейропротективная терапия

- Нейропротективная терапия возможна на догоспитальном этапе, до выяснения характера нарушений мозгового кровообращения.
- В настоящее время могут быть рекомендованы к использованию в остром периоде инсульта следующие препараты: **серноокислая магнезия, глицин, семакс, мексидол и церебролизин.**

Часто встречающиеся ошибки

1. Применение хлористого кальция, викасола, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кислоты
2. Применение гипотензивных препаратов, резко снижающих АД.
3. Назначение ацетилсалициловой кислоты
4. Применение фуросемида
5. Отказ от госпитализации больных с ТИА
6. Ноотропы в остром периоде инсульта

Препараты, применение которых при
инсульте *не рекомендуется:*

1. Фуросемид
2. Пирацетам
3. Эуфиллин
4. Дексаметазон
5. Преднизолон
6. Нифедипин