

Догоспитальный тромболитический:

когда использован шанс на жизнь

Сегодня уже нет необходимости убеждать украинских врачей в целесообразности осуществления тромболитической терапии (ТЛТ) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ). В том, что польза при проведении этой процедуры при условии правильного отбора пациентов значительно превышает риск, отечественные специалисты уже имели возможность убедиться на практике.



Огромные преимущества, которые предоставляет своевременное использование ТЛТ при ИМ (уменьшение объема поражения миокарда, предотвращение инвалидизации пациентов и снижение смертности), явились лучшим стимулом для приобретения врачами новых знаний и освоения этой достаточно несложной процедуры, спасающей жизни пациентам. Гораздо медленнее, чем освоение методики госпитальной ТЛТ, происходит внедрение процедуры на догоспитальном этапе. Сегодня даже в некоторых крупных городах Украины догоспитальный тромболитический остается в списке нерешенных задач местного здравоохранения.

Можно назвать множество различных причин медленного внедрения догоспитальной ТЛТ, но всегда интереснее узнать о способах решения любой проблемы, чем о ее существовании. Поэтому, когда в редакцию газеты поступила информация о том, что в г. Кривом Роге Днепропетровской области на протяжении непродолжительного времени врачами специализированных бригад скорой медицинской помощи проведены 3 процедуры тромболитического на догоспитальном этапе, мы сразу отреагировали. Наш корреспондент получил возможность оценить ситуацию на месте, посетив коммунальное управление (КУ) «Городская станция скорой медицинской помощи», и пообщаться с людьми, которые оказались первопроходцами в столь непростом деле.



Первым, к кому мы отправились с визитом, стал начальник Управления здравоохранения городской администрации Криворожского городского совета Александр Арсентьевич Светловский. Несмотря на свой напряженный график, он нашел время, чтобы поделиться своим мнением относительно проведения ТЛТ.

— Как правило, руководители местных управлений здравоохранения в первую очередь рассказывают об особенностях их родного города или области, которые в той или иной степени определяют специфику оказания медицинской помощи населению. Кривой Рог, скорее всего, не является исключением и тоже имеет свои особенности...

— Кривой Рог является вторым по значимости городом Днепропетровской области. Это индустриальный город, основная часть населения которого всегда была занята на промышленных предприятиях. Вредные условия работы в цехах большинства предприятий и неблагоприятная экологическая ситуация в городе, безусловно, являются

серьезными факторами, способствующими широкой распространенности пульмонологических, аллергических и других заболеваний, связанных с воздействием вредных агентов. Не меньшую проблему для города представляет высокий



уровень сердечно-сосудистой заболеваемости, который неуклонно растет в последние годы. Наблюдается увеличение заболеваемости ИМ и смертности от этой патологии. Уровень сердечно-сосудистой заболеваемости в городе в 2008 г. составил 538,1 на 10 тыс. населения, заболеваемости и смертности от ИМ — 14,6 на 10 тыс. и 23,6 на 100 тыс. населения соответственно. Актуальной остается и проблема высокой смертности от инсультов: этот показатель в 2008 г. достиг 90,9 на 100 тыс. населения.

Пути влияния на сложившуюся ситуацию в области сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности неоднократно обсуждались на заседаниях службы здравоохранения города. В перечень мероприятий, включенных в городскую комплексную программу, вошли и мероприятия по внедрению ТЛТ на госпитальном и догоспитальном этапах у пациентов с ИМ и инсультом. Таким образом, было запланировано подключать к этой работе не только специализированные отделения стационаров, но и службу скорой медицинской помощи.

Необходимо отметить еще одну особенность нашего города. Кривой Рог — один из самых длинных городов Европы и даже мира: его протяженность составляет около 120 км. В связи с этим уровень оказания догоспитальной медицинской помощи населению играет очень большую роль в системе медицинского обслуживания в целом. Отлаженная и эффективная работа бригад скорой медицинской помощи имеет большое значение, особенно в тех случаях, когда больного, нуждающегося в проведении экстренных лечебных мероприятий, необходимо доставить в стационар, находящийся на другом конце города. Если обсуждать эту проблему применительно к проведению ТЛТ, то становится очевидным, что время,

затрачиваемое на транспортировку пациентов в стационар для осуществления этой процедуры, часто исключает возможность ее проведения в рамках терапевтического окна. Оптимальным выходом в этом случае может являться проведение ТЛТ на догоспитальном этапе, что и было предусмотрено городской программой.

В июле 2009 г. на средства городского бюджета для проведения догоспитальной ТЛТ было закуплено 10 доз тенектеплазы (Метализе, «Берингер Ингельхайм»). Однако потребовалось проведение большой организационной и образовательной работы, прежде чем врачи службы скорой медицинской помощи стали применять этот препарат на практике.

О том, какие проблемы возникают на пути внедрения догоспитальной ТЛТ, и о путях их решения рассказали руководитель и ведущие специалисты КУ «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Кривого Рога.

Как отметила в ходе своеобразного круглого стола главный врач КУ «Городская станция скорой медицинской помощи» Наталья Юрьевна Малышко, специализированную скорую медицинскую помощь взрослому населению города (в том числе и кардиологическую) оказывают 7 специализированных бригад интенсивной терапии и реанимации. Бригады работают в очень напряженном режиме, и большую роль в обеспечении их эффективной работы играет оснащение современной реанимационной аппаратурой и обеспечение необходимыми препаратами.



В составе специализированных бригад скорой медицинской помощи работают высококвалифицированные специалисты с большим (несколько десятков лет) стажем работы. Вероятно, именно возраст является тем фактором, который предопределяет некоторый консерватизм врачей в вопросах внедрения современных методов лечения ИМ. Кроме того, большинство специалистов, столкнувшихся с необходимостью применять этот метод терапии в своей практике, высказывают опасения в отношении развития серьезных побочных эффектов ТЛТ. Именно эти опасения и неумение оценить соотношение польза/риск при проведении ТЛТ и являются частой причиной отказа от использования тромболитиков.

С целью повышения уровня образованности специалистов бригад скорой медицинской помощи и улучшения их профессиональных навыков были организованы лекции и семинары, посвященные

различным аспектам проведения ТЛТ на догоспитальном этапе. Кроме того, взяты на контроль все случаи диагностированного ИМ (вплоть до проведения клинических разборов) с целью выяснения причин отказа от ТЛТ. Такая тактика обеспечила определенные результаты: уже в октябре и ноябре были проведены 3 догоспитальных тромболитических.



Заведующий оперативным отделом КУ «Городская станция скорой медицинской помощи» Анатолий Михайлович Биевский помнит историю болезни каждого из 3 пациентов, которым ТЛТ была проведена на догоспитальном этапе. Для каждого из них процедура сыграла свою роль.

В первом случае введение тенектеплазы в течение часа после развития болевого приступа у 39-летнего пациента позволило значительно сократить сроки как пребывания в стационаре, так и восстановления после перенесенного ИМ. У второго, более тяжелого в клиническом плане, пациента 56 лет с недиагностированной ранее ИБС и более выраженной окклюзией коронарных сосудов проведение ТЛТ способствовало быстрой локализации ишемического процесса и предотвращению развития возможных осложнений после обширного поражения миокарда. Третьему больному 54 лет с развившимся кардиогенным шоком, по мнению специалистов, процедура спасла жизнь.

Сегодня, когда преодолен барьер, долгое время сдерживавший внедрение ТЛТ на догоспитальном этапе, ближайшей задачей является разработка четкого алгоритма действия для каждого специалиста

(включая кардиологов-реаниматологов и фельдшеров обычной бригады скорой помощи), заподозрившего или диагностировавшего у пациента ИМ. Кроме того, для планирования дальнейшей работы по осуществлению специализированной помощи пациентам с ИМ и определения потребностей в тромболитических препаратах необходимо провести тщательный анализ всех случаев ИМ, зафиксированных в городе за последние несколько лет.



Заместитель главного врача по медицинской части КУ «Городская станция скорой медицинской помощи» Наталья Григорьевна Калянникова — одна из трех врачей, успешно осуществивших тромболитическую терапию. Она обратила внимание на то, что для внедрения догоспитальной ТЛТ необходимо работать во многих направлениях, в частности, нельзя недооценивать работу с медицинским персоналом обычных бригад скорой медицинской помощи.

Эти специалисты нередко первыми сталкиваются с больными, у которых развился ИМ, и именно они могут сориентировать специализированную бригаду на проведение ТЛТ.

На сегодня весь врачебный и фельдшерский состав бригад скорой медицинской помощи проинформирован о тех критериях, в соответствии с которыми следует отбирать пациентов для осуществления тромболитической терапии на догоспитальном этапе. Кроме того, все специалисты нацелены на тщательный сбор анамнеза и проявление настороженности в плане возможности развития ИМ

с нетипичной клинической картиной. Обсуждаются способы оптимизации процесса регистрации вызовов с целью быстрого отбора пациентов, нуждающихся в проведении ТЛТ, а также вопросы усовершенствования юридического обеспечения ТЛТ.

Очень важным является тесное сотрудничество администрации КУ «Городская станция скорой медицинской помощи» с руководителями специализированных отделений стационаров. В частности, уже существует договоренность со специалистами городского кардиологического центра, которые готовы оказывать помощь на первых этапах внедрения догоспитального тромболитического. Необходимо также продолжать программу по усовершенствованию знаний специалистов бригад скорой медицинской помощи в области проведения ТЛТ. Результатом этой рутинной, но важной работы станет развитие здравоохранения города.

■ Если учесть, что ИМ сегодня все чаще развивается у достаточно молодых трудоспособных пациентов, то становится понятным, насколько важно сделать все возможное для повышения шансов больного на жизнь. И все же современная стратегия лечения ИМ внедряется в повседневную практику непросто и часто неоправданно медленно. Непросто — потому что теряем жизни, которые могли бы спасти. Непросто — потому что, даже имея в руках инструмент для спасения, не решаемся его использовать. В то же время верить в свои силы и знания, реализовывать их, совершенствуя свое профессиональное мастерство и помогая людям, — это самое важное, что сегодня можно сделать, это посильный вклад в укрепление будущего отечественной медицины.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



Клинический случай

О.Е. Дудник, А.И. Покрамович, Е.Ю. Прошкуратов, Е.Л. Селянина, В.А. Симец, Алчевская центральная городская больница

Успешная тромболитическая терапия при инфаркте миокарда и остановке кровообращения

Принятие решения о проведении тромболитической терапии больным с инфарктом миокарда (ИМ) после реанимационных мероприятий, учитывая отношение данной клинической ситуации к относительным противопоказаниям, требует четкого взвешивания соотношения риска и пользы реперфузии. Коллектив Алчевской центральной городской больницы представляет пример реализации данной концепции на клиническом случае.

Больной 67 лет, пенсионер. Находился на лечении в терапевтическом отделении медико-санитарной части в течение 14 дней с диагнозом «Негоспитальная пневмония». У больного был фактор сердечно-сосудистого риска — абдоминальное ожирение. Во время подъема на 3-й этаж почувствовал интенсивную боль за грудиной. На электрокардиограмме (ЭКГ) — депрессия сегмента ST в отведениях V₂-V₅ (рис. 1).

После оказания неотложной помощи в объеме морфин 1 мл внутривенно и аспирин 100 мг внутрь с диагнозом «Острый коронарный синдром» направлен в отделение интенсивной терапии и анестезиологии Алчевской центральной городской больницы. Через 2 мин от момента поступления в отделение у больного зафиксирована остановка кровообращения. Начаты реанимационные мероприятия: искусственная вентиляция легких методом «тугой

маски», непрямой массаж сердца в течение 5 мин; внутривенно введено 1 мл атропина и 1 мл адреналина. После проведения электроимпульсной

терапии 250, а затем 300 Дж у больного восстановилось спонтанное дыхание и кровообращение.

Заведующим отделением и лечащим врачом принято решение о необходимости проведения тромболитической терапии. После получения информированного согласия от супруги больному спустя 30 мин от развития симптомов проведена тромболитическая терапия препаратом Актилизе внутривенно

по схеме: 15 мг струйно, 50 мг в течение 30 мин, затем 35 мг в течение часа. На ЭКГ через 3 ч от начала введения наблюдалась положительная динамика: сегмент ST в отведениях II, III, aVF, исчезла депрессия сегмента ST в отведениях aVL, V₁-V₃. Через 7 дней больной переведен в кардиологическое отделение в состоянии средней тяжести. Пациент получал следующую терапию: нитраты, аспирин, клопидогрель, β-блокаторы, аторвастатин, ингибиторы АПФ, Инспру. На ЭхоКГ — гипокинезия задней стенки левого желудочка.

На 21-е сутки больной выписан из стационара в относительно удовлетворительном состоянии (рис. 2). Диагноз при выписке: ИБС. Крупноочаговый ИМ задней стенки левого желудочка от 16.08.09, СН I ст. Остановка кровообращения, эффективная реанимация 16.08.09.

Представленный клинический случай отражает оперативность и слаженность работы подразделений больницы, что обеспечивает положительный результат при проведении тромболитической терапии даже в сложных клинических ситуациях.

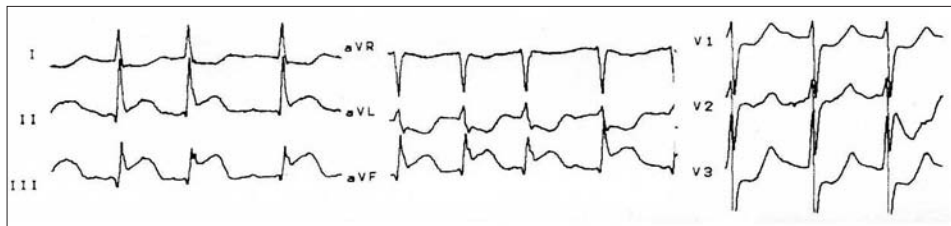


Рис. 1. ЭКГ до начала тромболитической терапии

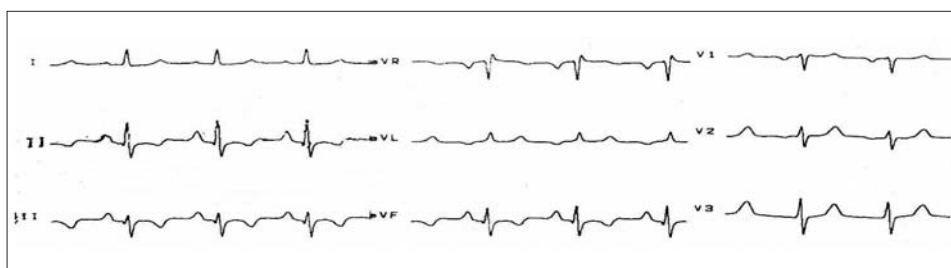


Рис. 2. ЭКГ перед выпиской из стационара