

А.Д. Месьянинов, С.А. Абрамов, Р.В. Водяник, М.В. Елкін, И.И. Кишкинова, О.И. Олейник, Н.И. Пензова,
Н.С. Рубежанский, И.В. Шумий, Северодонецкая многопрофильная больница

Северодонецкая многопрофильная больница:

Возможности, достижения, перспективы

На первый взгляд эта больница ничем не отличается от сотен других украинских лечебных учреждений: здесь так же самоотверженно и неустанно трудятся врачи и медсестры, надеются и верят пациенты, ощущается дефицит ресурсов и оборудования...

Однако среди жителей города и прилегающих населенных пунктов, получающих в стенах учреждения высококвалифицированную медицинскую помощь, Северодонецкая многопрофильная больница, имеющая высшую аккредитационную категорию, пользуется заслуженным уважением и авторитетом.

В составе данного учреждения насчитывается 5 поликлиник (общей мощностью – 2780 посещений в смену), в том числе 4 участка семейной медицины и дневной стационар на 360 коек (терапевтический, неврологический, кардиологический, травматологический, хирургический, гинекологический, психиатрический, патологии беременности, педиатрический). Обеспеченность стационарными койками составляет 640 коек круглосуточного пребывания больных, в том числе в специализированных отделениях: кардиологическом, отоларингологическом, офтальмологическом, интенсивной терапии и реанимации, хирургическом, урологическом, педиатрическом (также патологии новорожденных), неврологическом и др. В составе многопрофильной больницы работают Центр по оказанию психиатрической и наркологической помощи, Центр по оказанию офтальмологической помощи, Перинатальный центр.

Северодонецкая многопрофильная больница соответствует критериям Детского фонда Всемирной организации здравоохранения «ЮНИСЕФ». К такому выводу пришла экспертная комиссия, которая детально ознакомилась с работой городских женских консультаций, детских поликлиник и родильного отделения. Кроме высокой оценки, больнице присвоено престижное звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

Наличие современного оборудования (компьютерного томографа, маммографа, аппарата искусственной почки, эндоскопического аппарата, барокамеры, инкубатора для недоношенных младенцев, монитора пациента МЕС-1000 для контроля сигналов ЭКГ, частоты дыхания, насыщения артериальной крови кислородом, лабораторных анализаторов, современных аппаратов ультразвуковой диагностики с доплеровской системой)

позволяет проводить комплексное обследование больных и способствует улучшению качества диагностики.

Одним из важнейших подразделений многопрофильной больницы и ее гордостью является кардиологическое отделение (рассчитано на 40 коек), в котором получают лечение пациенты с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, аритмиями, сердечной недостаточностью, воспалительными заболеваниями сердца и др. (руководит отделением врач высшей категории Александр Дмитриевич Месьянинов). Для улучшения качества оказания помощи больным, находящимся в тяжелом состоянии и требующим неотложной помощи, в 1994 г. был организован блок интенсивной терапии, в котором круглосуточно работают врачи-кардиологи.

Отделение ориентировано на оказание неотложной помощи прежде всего больным с острым коронарным синдромом – состояниями, вызванными внезапным нарушением проходимости коронарных артерий. К ним относятся нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда (ИМ) и его осложнения, наиболее опасными из которых являются угрожающие жизни аритмии, острая сердечная недостаточность, проявляющаяся отеком легких или кардиогенным шоком.

Медицинская помощь в учреждении оказывается на высоком профессиональном уровне, внедрены в практику современные технологии – методики проведения тромболитической терапии больным

с острым ИМ в первые часы заболевания, суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру, чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца, временная кардиостимуляция до установления постоянного искусственного водителя ритма.

Современные методы лабораторной диагностики, применяемые в отделении, позволяют оценить состояние липидного обмена, системы свертывания крови (МНО, АЧТВ, D-димер), электролитов, щитовидной железы и др. В частности, проводится количественное определение биологических маркеров некроза миокарда – тропонина и миоглобина. Эта методика позволяет практически полностью исключить ошибки при диагностике ИМ.

В ногу со временем идут специалисты и в терапии острого ИМ – в течение нескольких лет как альтернатива оперативному вмешательству в отделении успешно проводится тромболитическая терапия, позволяющая восстановить проходимость коронарной артерии в первые часы от начала заболевания.

Тромболитическая (ТЛ) является эффективным методом реперфузионной терапии при остром ИМ. Проведение ТЛ позволяет снизить летальность в среднем на 25% (Е.М. Ohman et al.) в зависимости от времени начала терапии. Тем не менее в некоторых клинических ситуациях после проведения ТЛ прогрессируют признаки окклюзии инфарктзависимой коронарной артерии или после достижения реперфузии происходит реокклюзия этой артерии.

По мнению некоторых авторов, это связано с высвобождением активированных тромбоцитов, которые продуцируют ингибитор активатора пламиногена-1 и тромбина в результате воздействия тромболитика на фибрин окклюзирующего тромба. Процедура фибринолиза может иметь парадоксальный прокоагулянтный эффект (G.J. Taylor, 2001). Согласно действующим рекомендациям Европейского общества кардиологов (2008) при отсутствии возможности проведения ЧКВ необходимо рассмотреть вариант повторного введения неиммуногенного фибринолитического агента, особенно пациентам с обширным инфарктом и низким риском кровотечения.

В случае отсутствия эффекта после терапии стрептокиназой последующее назначение альтеплазы (Актилизе®) позволяло достичь адекватной реперфузии у 57% больных (Simoons ML et al., 1993).

Мы предлагаем вниманию читателей 3 клинических случая успешного проведения повторного ТЛ в блоке интенсивной терапии кардиологического отделения Северодонецкой многопрофильной больницы. Следует отметить, что во всех 3 случаях клинически значимые осложнения отсутствовали, возможности проведения догоспитального ТЛ также не было.

Учитывая повышение риска геморрагических осложнений, у всех пациентов и их родственников было получено письменное информированное согласие на проведение повторного ТЛ.

Клинический случай № 1

Больной В., 43 года. Госпитализирован службой скорой медицинской помощи 20.07.2005 г. в 6:45. Заболел остро, около 6:00, когда после физической нагрузки появились интенсивные боли



Приемное отделение



Барокамера



Компьютерный томограф

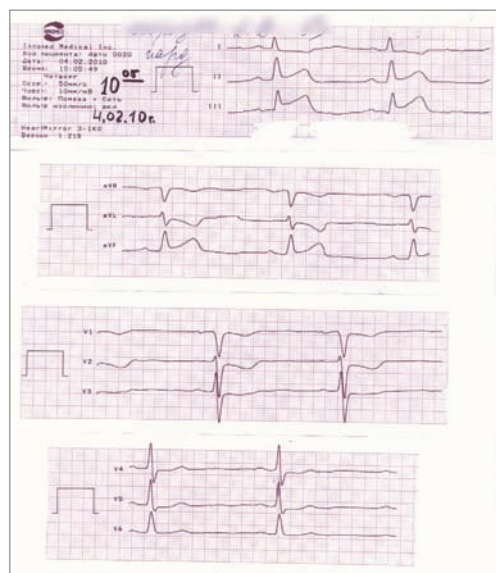


Рис. 1. ЭКГ при поступлении

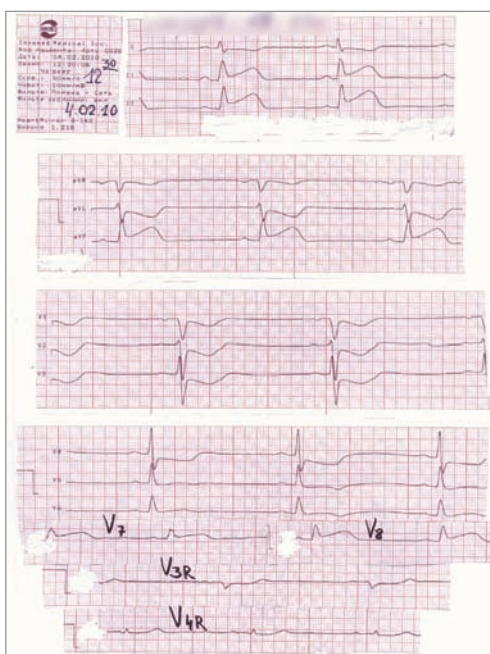


Рис. 2. ЭКГ после проведения тромболитического лечения с использованием фармакиназы

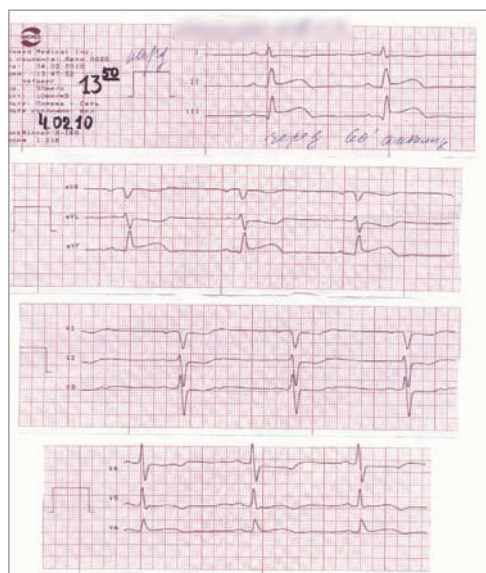


Рис. 3. ЭКГ через 60 мин от начала введения Активлизе

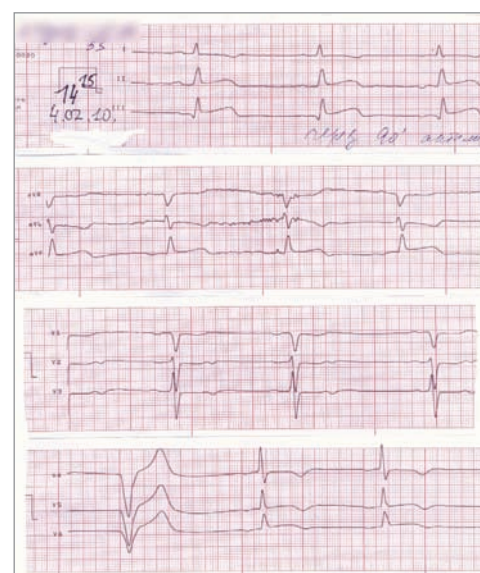


Рис. 4. ЭКГ после окончания введения Активлизе

за грудиной. На догоспитальном этапе пациент получал анальгин, димедрол и омнопон.

ЭКГ при поступлении – монофазная кривая в отведении III, aVF.

Больному был установлен диагноз «Острый инфаркт миокарда задне-нижней локализации, ишемическая стадия».

Динамика симптомов и проведенные лечебные мероприятия:

7:15. Сохраняется интенсивный болевой синдром. Нефракционированный гепарин 5 тыс. ЕД в/в, сибазон 10 мг в/в, фентанил 0,1 мг в/в, аспирин 325 мг внутрь.

7:45. Начало ТЛ урокиназой в дозе 3 млн ЕД (1,5 млн ЕД болюс, 1,5 млн ЕД в/в инфузия за 60 мин). Период времени «дверь–игла» составил 60 мин.

8:15. Сохраняется болевой синдром. Введен фентанил 0,1 мг в/в.

9:00. Сохраняются интенсивные боли за грудиной, гемодинамика стабильная, ЧСС – 55 уд/мин, АД – 130/90 мм рт. ст. Завершено введение урокиназы.

На ЭКГ: ритм синусовый, нарастает элевация ST в отведении III, aVF; появились реципрокные изменения в виде депрессии ST V₂₋₅; элевация ST V_{4R}, V₉ – признаки распространения ИМ на базальные отделы ЛЖ и ПЖ. ЭКГ-динамика и клинические данные были расценены как проявление продолжающейся ишемии и неэффективности ТЛ.

9:55. Начато введение тромболитика Активлизе® 100 мг (15 мл болюс, 50 мг инфузия за 30 мин, 35 мг инфузия за 60 мин).

12:10. Завершен тромболитический Активлизе®. Болевой синдром купирован. На ЭКГ отмечались признаки реперфузии: восстановление ST в грудных отведениях, снижение ST в отведении III, aVF; формирование QIII, aVF.

В дальнейшем заболевание протекало без осложнений. Показатели ЭКГ существенно не изменялись. Геморрагических осложнений ТЛ не отмечалось.

Было назначено следующее лечение: изосорбида динитрат, эноксапарин, аторвастатин, аспирин, метопролол тартрат.

Выписан в удовлетворительном состоянии 10.08.2005 г. До настоящего времени сохраняется стенокардия в пределах II ФК.

Клинический случай № 2

Больной Ш., 50 лет. Госпитализирован службой скорой медицинской помощи 22.10.2009 г. в 13:40 с жалобами на сохраняющиеся интенсивные боли за грудиной.

Данные анамнеза: страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (последнее обострение в 2003 г.), хронических сердечно-сосудистых заболеваний не выявлено.

В течение последних суток беспокоили загрудинные боли; пик боли отмечался около 12:00, тогда же перенес синкопальное состояние.

Помощь на догоспитальном этапе: анальгин.

На ЭКГ в 13:45: монофазная кривая в отведении III, aVF, депрессия ST в отведениях V₂₋₆ – признаки острого ИМ заднеинфарктной локализации, ишемическая стадия. Нефракционированный гепарин 5 тыс. ЕД болюс, морфин 10 мг болюс, аспирин 200 мг.

14:00. Начато проведение ТЛ с помощью препарата Активлизе® по схеме: 15 мг в/в струйно, 0,75 мг/кг (65 мг) в/в инфузия за 30 мин, 20 мг инфузия за 60 мин. Время «дверь–игла» составило 20 мин.

Болевой синдром купирован через 30 мин от начала ТЛ. На ЭКГ отмечаются признаки реперфузии – восстановление ST в отведении III, aVF, V₄₋₆ к изолинии. Предполагалось abortивное течение ИМ.

15:40. Возобновились интенсивные загрудинные боли.

На ЭКГ: ритм синусовый, монофазная кривая в отведениях III, II, aVF; реципрокные изменения V₂₋₄ расценены как проявление реоокклюзии инфаркт-зависимой коронарной артерии. Проведена инфузия изосорбида динитрата 0,2 мг/мин, морфин 10 мг болюс.

16:00. Сибазон 10 мг болюс, болевой синдром сохраняется. Начато повторное введение Активлизе® по прежней схеме.

16:20. Зарегистрирована фибрилляция желудочков, которая была купирована электроимпульсной терапией 6 кВ с восстановлением синусового ритма и стабилизацией гемодинамики. Тромболитическая терапия продолжена.

17:30. Окончание ТЛ. Назначен клопидогрель в дозе 300 мг. На ЭКГ: признаки реперфузии, формирование QF. В дальнейшем наблюдалась динамика, характерная для неосложненного заднеинфарктного (Q) ИМ. Имелись геморрагические осложнения тромболитического лечения: гематомы в области в/м инъекции на плече (выполнена на догоспитальном этапе) и в области большого вертела левого бедра (травма во время синкопы). Данные лабораторных исследований больного: С-реактивный белок 23.10.2009 г. – отр.; 03.11.2009 г. – 90 мг/л; 11.11.2009 г. – 30 мг/л. Международное нормализованное отношение (МНО) – 1,1-1,6.

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 49-65 с. Результаты остальных исследований были в пределах нормальных значений.

Было назначено следующее лечение: аспирин, клопидогрель, аторвастатин, рамиприл, изосорбида динитрат, эноксапарин, фамотидин.

Наблюдалась адекватная реакция на увеличение объема физической нагрузки, ангинозные боли не возобновлялись.

11.11.2009 г. выписан из отделения.

15.01.2010 г. пациенту проведено плановое стентирование критического стеноза правой коронарной артерии в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (г. Донецк).

Клинический случай № 3

Больной М., 53 года. Госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи 04.02.2010 г. в 10.00 с жалобами на интенсивные боли в груди с иррадиацией в обе руки. Боли появились в 9.00. Два дня назад также отмечал загрудинную боль, но меньшей интенсивности; за помощью не обращался.

В анамнезе артериальная гипертензия, по поводу которой получал эналаприл в дозе 10 мг/сут.

Пациент нормостенического телосложения, повышенного питания (масса тела – 100 кг). Курит.

При поступлении: АД – 150/90 мм рт. ст. На ЭКГ (рис. 1): синусовый правильный ритм, ЧСС – 63 уд/мин, элевация ST в II, III, aVF, депрессия ST в реципрокных отведениях (признаки острой стадии заднего ИМ).

Помощь на догоспитальном этапе: анальгин, димедрол, атропин, промедол.

В стационаре пациенту были проведены следующие лечебные мероприятия:

10:00 – морфина гидрохлорид 1% – 1 мл болюсно; нефракционированный гепарин 5 тыс. ЕД в/в струйно; изосорбида динитрат 0,1% 10,0 в/в капельно; аспирин 325 мг.

10:30. Фентанил 0,1 мг болюс.

10:45. Начата инфузия фармакиназы 1,5 млн ЕД в/в капельно в течение 60 мин.

Период времени «дверь–игла» составил 45 мин.

Во время тромболитической терапии отмечалось снижение АД с 110/80 до 80/50 мм рт. ст., сохранялись боли за грудиной.

11:30. Повторное болюсное введение фентанила 0,1 мг.

В 11:45 завершена инфузия фармакиназы. На ЭКГ отмечалась прежняя

элевация ST в отведениях II, III, aVF и депрессия ST в реципрокных отведениях; сохранялись выраженные ангинозные боли.

12:00. 300 мг клопидогреля внутрь. Признаков реперфузии нет.

12:30. На ЭКГ (рис. 2) ускоренный идиовентрикулярный ритм, миграция водителя ритма; сохраняется элевация ST в задних отведениях. Болевой синдром сохранен.

Принято решение о повторном ТЛ Активлизе® 100 мг в/в по схеме в течение 90 мин.

12:45 – начало тромболитического.

С целью гастропротекции назначен фамотидин 20 мг болюс.

Через 60 мин от начала инфузии Активлизе® интенсивность боли значительно уменьшилась, началось снижение ST в отведениях III, aVF (рис. 3). Через 90 мин появились признаки реперфузии: боль полностью купирована, снижение ST в задних отведениях более 50% (рис. 4).

В 17:30 время свертываемости венозной крови составило более 15 мин, в 21:00 – 4 мин. Подкожно введено 0,4 мл эноксапарина.

Результаты коагулограммы, проведенной 05.04.2010 г.: протромбиновое время – 19,4 с; протромбиновый индекс – 66%; МНО – 1,67; АЧТВ – 34,1 с.

С 05.04.2010 г. эноксапарин применяли в дозе 0,8 мл подкожно 2 р/сут.

В дальнейшем динамика ЭКГ соответствовала стадиям ИМ. Постинфарктной стенокардии не отмечалось.

Пациент выписан 23.02.2010 г. в удовлетворительном состоянии.

Учитывая небольшое количество наблюдений, на основании приведенной информации трудно сделать неоспоримые выводы. Однако можно предположить, что проведенный повторный тромболитический с применением альтеплазы (Активлизе®) может быть успешным в случае неэффективности проведения данного метода терапии не только с использованием стрептокиназы, но и других тромболитических препаратов.

Безусловно, в настоящее время мировая медицина развивается столь стремительными темпами, что для кого-то описанные случаи, возможно, и не станут поводом для удивления. Однако с учетом украинских реалий широкое внедрение метода тромболитического, спасение жизни пациентов с ИМ и стремление врачей не останавливаться на достигнутом и покорять новые медицинские вершины поистине заслуживают восхищения.