|  |  |
| --- | --- |
| «Облыстық жедел медициналық көмек орталығы» ШЖҚ КМК |  |
| СОП атауы | **Жедел медициналық жәрдем сатысында ST сегментін көтерумен ЖКС бар науқастарды басқару тактикасы** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Әзірлеушілер:** | **Бекітілген:** | М.Ш.Байгулов |
|  | **Бекітілген күні** | 20.02.2015 |
| 1. С.А.Кашемирова - бас дәрігердің медициналық бөлім бойынша орынбасары | **Келісілді** | С.А.Кашемирова |
| 2. С.А.Самойленко - қосалқы станция меңгерушісі | **Келісу күні** | 20.02.2015 |
| 3. В.И.Вовк - сарапшы дәрігер | **Орындауға жауапты** |  |
|  | **Қолданысқа енгізілді** | 20.02.2015 |
|  | **Процедураны орындауға жауапты қызметкер** |  |

**1.Анықтама**

**Жедел коронарлық синдром (ЖКС)** – бұл жедел миокард инфарктісін немесе тұрақсыз стенокардияны көрсететін клиникалық белгілердің немесе белгілердің кез келген жиынтығы. Бұл термин дәрігер мен пациенттің алғашқы байланысында жарамды, өйткені ол қажетті жедел жәрдем көлемін бағалауға және пациентті басқарудың тиісті тактикасын таңдауға мүмкіндік береді (ауруханаға дейінгі кезеңде тромболизді қоса).

ST сегментінің ЭКГ-ға тұрақты көтерілуі бар ЖKS - бұл кеуде қуысында ангиналық ауырсыну немесе ыңғайсыздық және ST сегментінің тұрақты ( 20 минуттан астам) көтерілуі немесе ЭКГ-дағы ГИС шоғырының сол аяғының «жаңа» (бірінші рет пайда болған) блокадасы бар пациенттер тобы.

**2.Ресурстар**

1. адами ресурстар

2. дәрілік препараттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар

**3.Құжаттау**

1. «Денсаулық сақтау субъектілері үшін аккредиттеу стандарттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығы

2. «Санитариялық авиация нысанындағы жедел медициналық көмек және медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 5 желтоқсандағы № 1463 Қаулысы;

3. Денсаулық сақтау министрлігінің 2013 жылғы 26 маусымдағы № 365 «Санитариялық авиация нысанындағы жедел медициналық көмек пен медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын бекіту туралы» бұйрығы.

4 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Денсаулық сақтауды дамыту мәселелері жөніндегі сараптама комиссиясының 2013 жылғы 8 қаңтардағы №1 хаттамасы

**4.Рәсімдер**

ST сегментінің көтерілуі бар ЖКС кеуде қуысында ангиналық ауырсыну немесе басқа ыңғайсыздық (ыңғайсыздық) және ST сегментінің тұрақты көтерілуі немесе бірінші рет /мүмкін бірінші рет пайда болған сол жақ Фасцикуланың блокадасы болған кезде қабылдануы керек.

**Шағымдар мен тарих:** қысқа мерзімді (бірнеше минутқа созылатын) немесе тұрақты болуы мүмкін сол қолға, мойынға немесе жаққа таралатын кеуде қуысының қысымы немесе қысу ауруы (әр түрлі қарқындылық дәрежесі). Бұл шағымдар терлеудің жоғарылауы, жүрек айнуы, іштің ауыруы, тыныс алудың қиындауы және естен тану сияқты басқа белгілермен бірге жүруі мүмкін.  
Атиптік көріністер жиі кездеседі. Оларға эпигастрий аймағындағы ауырсыну, ас қорыту жүйесінің бұзылуы, кенеттен өткір кеуде ауыруы, плевраның зақымдалуына тән белгілері бар кеуде ауыруы, ентігудің жоғарылауы жатады. Атипті көріністер егде жастағы науқастарда (>75 жаста), созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі немесе деменциясы бар әйелдер мен қант диабетімен ауыратын науқастарда жиі кездеседі

Кеуде қуысының ауыруы және OKS күдігі бар науқасты дереу білікті дәрігер тексеруі керек. Ең алдымен, науқасқа дереу жұмыс диагнозы қойылады, оған емдеу стратегиясы негізделеді. Бағалау үшін келесі критерийлер қолданылады:  
- кеудедегі ыңғайсыздық/ауырсыну сапасы және симптомдарды анықтауға бағытталған физикалық тексеру;

- АЖЖ ықтималдығын бағалау (жасы, қауіп факторлары, ПКЖ, АКШ;

- 12 стандартты қорғасындағы ЭКГ (ST сегментінің ауытқуын немесе басқа бұзылуларды анықтау үшін).

**Физикалық тексерудің мақсаты-**кеуде қуысының ауырсынуының жүректен тыс себептерін және ишемиялық емес жүрек ауруларын (мысалы, өкпе эмболиясы, қолқа диссекциясы, перикардит, жүрек қақпақшаларының зақымдануы) немесе жедел өкпе аурулары (мысалы, пневмоторакс, пневмония немесе плевра эффузиясы)сияқты жүректен тыс себептерді болдырмау. Сонымен қатар, жоғарғы және төменгі аяқтар арасындағы қан қысымының айырмашылығы, тұрақты емес импульс, жүрек шуы, үйкеліс шуы, пальпация кезіндегі ауырсыну және іштің массасы физикалық деректер болып табылады, олар ЖКС БП ST-ден басқа диагнозды қамтуы мүмкін. Бозару, шамадан тыс терлеу немесе тремор сияқты басқа физикалық деректер анемия және тиреотоксикоз сияқты бейімділік жағдайларының болуын көрсетуі мүмкін.

Диагноз алғашқы медициналық байланыстан кейін 10 минут ішінде қойылады. Тропонинге қан алу және бастапқы сынақтардың міндетті минимумы(қандағы қант, оттегінің қанықтылығы)жүргізіледі.

**Емдеу мақсаты:** St сегментін ЭКГ-ға көтеру арқылы ЖКС миокардтың жылдам, тұрақты және толық реперфузиясына қол жеткізу және өлімнің алдын алу болып табылады. Нәтиже негізінен екі асқынудың – аритмия мен жүрек жеткіліксіздігінің болуымен немесе болмауымен анықталады.

12 бөлімдегі ЭКГ медициналық персоналмен (I В) алғашқы байланыста болған сәттен бастап 10 минут шегінде орындалуы тиіс.

Өмірге қауіп төндіретін аритмияны(ID)уақтылы диагностикалау үшін миокард инфарктісіне күдікті барлық науқастарда ЭКГ мен жүрек ритағының 12 арналы мониторингін мүмкіндігінше ертерек бастау керек.

 ЖМК кез келген бригадасы сегментін көтере отырып, ЖКС диагнозын анықтаған кезде пациентті кардиореанимация бөлімшесін міндетті түрде хабардар ете отырып ("103" диспетчері арқылы немесе тел. арқылы) бастапқы ПИК - облыстық кардиологиялық орталығын орындау үшін мамандандырылған клиникаға шұғыл түрде жеткізуі тиіс. 33-07-17)

*Науқас ауруханаға жатқызудан үзілді – кесілді бас тартқан жағдайда-ауысымның аға дәрігеріне міндетті түрде хабарлау, науқасты динамикалық бақылауды қамтамасыз ету(ЭКГ тіркеумен ЖМК бригадасының міндетті түрде белсенді келуі).*

**Дифференциалды диагноз**  
   
**1-кесте-басқа жүрек және жүрек емес аурулармен ЖКС дифференциалды диагностикасы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Жүрек** | **Өкпе** | **Гематологиялық** |
| Миокардит  Перикардит  Кардиомиопатия  Жүрек қақпақшасының ақауы  Жүрек ұшының апикальды кеңеюі (Такоцубо синдромы) | Өкпе эмболиясы  Өкпе инфарктісі  Пневмония  Плеврит  Пневмоторакс | Орақ жасушалы анемия |
| **Тамырлы** | **Асқазан-ішек жолдары** | **Ортопедиялық** |
| Қолқа диссекциясы  Қолқа аневризмасы  Қолқа коарктациясы  Цереброваскулярлық аурулар | Өңештің құрысуы  Асқазан мен он екі елі ішектің жарасы  Панкреатит  Холецистит | Жатыр мойны дископатиясы  Қабырғалардың сынуы  Зақымдану бұлшықеттің қабынуы  Костальды хондрит |

**2-кесте-жедел жүрек жеткіліксіздігінің Киллип бойынша жіктелуі (Killip T, Kimball J. 1967)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Санат | Сипаттамасы | Өлім |
| I | Жүрек жеткіліксіздігі жоқ. | 6-8% |
| II | Ылғалды сырылдар < 50% өкпе өрістері, III тон, өкпе гипертензиясы. | 30% |
| III | Ылғал сырылдар > өкпе өрістерінің 50%. Өкпе ісінуі | 40% |
| IV | Шок | >50% |

**Кесте 2. Бастапқы терапиялық шаралар**

|  |  |
| --- | --- |
| **Кислород** | 4-8 л/мин. көкнәр немесе мұрын катетерлері арқылы, Егер оттегімен қанықтыру < 95% болса, тұншығу, гипоксия немесе жүрек жеткіліксіздігі болса. |
| **Морфина гидрохлорид** | 3-5 мг в\в немесе п\к. ауырсыну синдромының ауырлығына байланысты-ауырсынуды тоқтатқанға дейін\ немесе морфиннің жанама әсерлерінің пайда болуына дейін (тыныс алу орталығының депрессиясы. брадикардия, А-В блокадасының күшеюі, әсіресе төменгі жағында). Тыныс алу функциясы басылған кезде - әр 15 минут сайын 0,1-0,2 мг в\в налоксон. құсуға қарсы препараттарды (метоклопрамид 5-10 мг в\в) жүрек айнуын азайту үшін опиоидтармен бір мезгілде беруге болады. |
| **Аспирин** | Қышқылға төзімді қабықпен жабылмаған таблеткалардағы бастапқы доза 162-325 мг-шайнау, содан кейін тәулігіне 75-100 мг. Қарсы көрсеткіштер: үздіксіз қан кету, аспиринге дәлелденген аллергия. |
| **Клопидогрел**  **немесе Тикагрелор** | Жүктеме дозасы 300 мг – 75 жасқа дейінгі пациенттерге, егер пациенттің жасы 75 жастан асқан болса - 75 мг, егер ЧКВ болжанса - 600 мг; келесі қабылдау-күн сайын 75 мг. Қарсы көрсеткіштер: үздіксіз қан кету  -бұрын клопидогрел қабылдаған пациенттерді қоса алғанда, 180 мг жүктеме дозасында (егер пациент тикагрелор қабылдауды бастаса, қабылдауды тоқтату керек). Қарсы көрсеткіштер: үздіксіз қан кету |
| **Антикоагулянттар** | Әр түрлі нұсқаларды таңдау стратегияға байланысты:  Болюс түріндегі фракцияланбаған в\в гепарині 60-70 бірл\кг (максимум 5000 бірл), одан кейін сағатына 12-15 бірл\кг (максимум 1000 бірл\сағ) инфузиямен 1,5-2,5 бақылау уақытына дейін титрлеумен  Фондапаринукс натрий п \ к тәулігіне 2,5 мг дозада.  Натрий эноксапарині п\к тәулігіне 2 рет 1 мг \ кг дозада.  Бивалирудин болюсно 0,1 мг\кг дозада, содан кейін сағатына 0,25 мг\кг дозада |
| **Нитроглицерин** | жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік болған кезде көктамыр ішіне тамшылатып |
| **Метопролол сукцинат** | Тахикардия немесе артериялық гипертензия кезінде (CH белгілері жоқ) 5 мг-да 2-3 рет, кем дегенде 2 мин аралықпен.жалпы дозаға дейін 15 мг, АҚ және жүрек соғу жиілігінің бақылауымен. 15 минуттан кейін. препаратты енгізгеннен кейін әр 6 сағат сайын ішке 50 мг Метопролол тартратын тағайындау керек.  B-адреноблокаторларды тағайындауға қарсы көрсеткіштер: жүрекше-қарыншалық өткізгіштіктің ауыр бұзылыстары (PQ интервалы> 0,24 сек.), АВ-блокада 2-3 ас қасық, бронх демікпесі, ӨСОА, жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік, брадикардия (жүрек соғу жиілігі 50 уд/мин аз), тұрақты гипотензия, төмен жүрек шығару синдромы, кардиогендік шоктың даму қаупі. |
| **Атропин** | Брадикардия болған жағдайда 0,5 -1 мг в / в дозада. |
| **Блокаторы кальциевых каналов недигидропиридинового ряда(дилтиазем, верапамил)** | Вазоспастикалық стенокардия үшін таңдау препараттары;  Қарсы көрсеткіштер: сол жақ қарыншаның систолалық дисфункциясы қан айналымының кіші шеңберіндегі тоқырау белгілері, А-өткізгіштіктің ауыр бұзылыстары. |
| **Ингибиторы АПФ** | Жүрек жеткіліксіздігі болған кезде көрсетілген |

Жүрек ритағының бұзылуымен-кордарон 300 мг көктамыр ішіне тамшылатып

Тұрақсыз гемодимикамен-100 мл 0.9% тұзды ерітіндіге 40 мг тамшылатып в\в допамині

***Фибринолитикалық реперфузия-****бұл бастапқы ЧКВ қол жетімді емес немесе орындалмайтын жағдайларда st сегментін көтеретін ЖKС пациенттерін емдеудің маңызды стратегиясы.*

\* Төменгі қабырға инфарктісі бар емделушілерде оң жақ қарыншаны анықтау үшін v3r v4r (ST > 0,1 mV) оң жақ прекардиальды сымдарды тіркеу ұсынылады. Шынайы артқы ЭКГ белгілері жоғары болуы мүмкін

V1-V2 оң жақ прекардиальды сымдардағы R толқындары, V1 - V3(V4) сымдарындағы ST сегментінің төмендеуі, әсіресе оң т толқынында (st жоғарылауының баламасы) және V7 - V9 сымдарындағы ST >0,1 mV бір мезгілде жоғарылауымен расталады.

\* ГАЖ шоғырының сол жақ аяғының жаңа блокадасы, әсіресе st конкордантты жоғарылауының болуымен (яғни QRS оң ауытқулары бар сымдарда ), оның өткір белгілерінің бірі болып табылады.

**5.** **Ескерту**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Өзгеріс енгізілген стандарт бөлімінің, тармағының №** | **Өзгеріс енгізілген күн** | **Өзгеріс енгізген тұлғаның аты-жөні** |
| 1 | анықтама | 20.02.2015 | С.А.Кашемирова |
| 2 | ресурстар | 20.02.2015 | С.А.Кашемирова |
| 3 | құжаттау | 20.02.2015 | С.А.Кашемирова |
| 4 | рәсімдер | 20.02.2015 | С.А.Кашемирова |