

SINDROAMELE CORONARIENE ACUTE – OPORTUNITĂȚI ȘI DIFICULTĂȚI LA ETAPA DE PRESPITAL

**Gheorghe Ciobanu – prof. univ., dr. hab. în șt. med.,
Serghei Moșneguțu – colab. șt.,
Clinica Urgențe Medicale USMF „Nicolae Testemițanu”,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă
E-mail: mosnegutu78@gmail.com, GSM: +373 79584244**

Rezumat

Bolile cardiovasculare reprezintă cauza a 42% dintre decesele înregistrate în rândul populației masculine și respectiv 55% din decesele din rândul femeilor din Uniunea Europeană. În cadrul acestor afecțiuni, boala coronariană se situează pe locul I ca și număr de decese de cauză cardiovasculară fiind urmată de accidentul vascular cerebral. Moartea subită cardiacă constituie o complicație frecventă a sindromului coronarian acut (SCA) iar 2/3 dintre pacienți decedază imediat după instalarea semnelor clinice, până la sosirea echipelor de urgență prespitalicești și până la spitalizare. Prin posibilitățile tehnico-materiale de intervenție operativă, prin adaptarea optimă a sistemelor de asistență medicală urgentă la necesitățile comunităților, prin implementarea tehnologiilor moderne de stabilizare și menținere a funcțiilor vitale, puse în valoare grație competenței cadrelor medico-sanitare, serviciul de urgență influențează substanțial statisticile mortalității, morbidității și invalidității. Anterior dezvoltării și implementării terapiilor moderne și strategiilor de reperfuzie, mortalitatea spitalicească constituia 30-40%.

Cuvinte-cheie: sindromul coronarian acut, perspective

Summary. Acute Coronary Syndromes-opportunity and difficulty at the Pre-Hospital stage

Cardiovascular diseases represent the cause of death in 42% cases amongst the menfolks and 55% of deaths respectively amongst the female population of European Union. The coronarian disease ranks first among these diseases, as well as the number of deaths caused by cardiovascular diseases followed by cerebral vascular accident. Sudden cardiac death represents a frequent complication of acute coronary syndrome (ACS) and the 2/3 of patients die immediately after the determination of clinical manifestations before the arrival of prehospital emergency teams and before hospitalization. Through the material-and-technical possibilities of operative intervention, through the optimal adaptation of systems of emergency medical service to social necessities, through implementation of modern technologies of stabilization and sustaining of vital signs, put in the forefront thanks to competence of healthcare staff, emergency aid substantially influences over the mortality, morbidity, and disablement statistics. Before the development and implementation of advanced modern therapy and strategies of reperfusion, hospital mortality constituted 30-40%.

Key words: acute Coronary Syndrome, perspectives

Резюме. Острый коронарный синдром - возможности и трудности на догоспитальном этапе

Сердечно-сосудистые заболевания в 42% случаев являются причиной смерти среди мужского населения и в 55% случаев смертей среди женщин Европейского союза. Среди этих заболеваний коронарное заболевание сердца занимает I место, равно как и число смертей из-за сердечно-сосудистых заболеваний, сопровождаемых инсультом. Внезапная сердечная смерть представляет собой часто встречающееся осложнение острого коронарного синдрома (ОКС), а 2/3 пациентов умирают сразу же после установления клинических признаков до приезда догоспитальных бригад скорой помощи и до госпитализации. Благодаря возможностям материально-технического оперативного вмешательства, путем оптимальной адаптации систем неотложной медицинской помощи к нуждам общества, путем внедрения современных технологий стабилизации и поддержания жизненно важных функций, выдвинутых на первый план благодаря компетенции медицинского персонала, неотложная помощь существенно влияет на статистику смертности, заболеваемости и инвалидности. До развития и внедрения современных терапий и стратегий реперфузии госпитальная летальность составляла 30-40%.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, перспективы

Introducere

Sindroamele coronariene acute (SCA) sunt definite prin apariția ischemiei miocardice instalate brutal, cauzată de ruptura plăcii de aterom sau prin eroziune endotelială, asociate cu tromboză intracoronariană, determinând un grad variabil de ischemie și necroză miocardică și de risc de moarte subită cardiacă. SCA include trei entități nozologice definite de prezența sau absența schimbărilor caracteristice ECG și a creșterii markerilor biochimici:

A. Angina pectorală instabilă (API);

B. Infarctul miocardic fără supradenivelare de segment ST (NSTEMI);

C. Infarctul miocardic cu supradenivelare de segment ST (STEMI).

Schimbările substanțiale în statusul socio-economic și modul de viață, creșterea prevalenței factorilor de risc major ca obezitatea, diabetul, hipertensiunea arterială și a duratei medii de viață au condus la o creștere a prevalenței bolilor cardiovasculare care conform estimărilor vor constitui cauza principală de deces și de invaliditate către anul 2020.

Se estimează o spitalizare pe motiv de NSTEMI și angină pectorală instabilă de 3/1000 locuitori. În comparație cu pacienții cu STEMI pacienții cu API și NSTEMI sunt mai în vârstă, prezintă o prevalență mai înaltă a factorilor de risc cardiovasculari și a comorbidităților și o probabilitate mai mare de a avea o afectare coronariană difuză, cu leziuni multiple și deseori ca-

racter instabil. Dintre pacienții care vor ajunge la spital cu NSTEMI 13% vor deceda, 8% vor fi externați cu API, 1,5%-3% vor da un AVC și 17-20% din ei vor fi spitalizați cu un episod de API în următoarele 6 luni. Riscul major de deces este în primele 15-30 zile de la instalarea simptomelor. Infarctul miocardic acut este principala cauză de deces a pacienților cu cardiopatie ischemică. Riscul de deces este maxim în primele 2 ore de debut a IMA, inclusiv 52% dintre decese se produc înainte ca pacientul să ajungă la spital, 19% decedază în primele 24 ore de spitalizare și 8% decedază a doua zi, iar 21% din decese se înregistrează ulterior până la 30 de zile. Etapa de prespital înregistrează cel mai mare risc de deces al pacientului în primele 3-4 ore prin aritmii maligne: fibrilație ventriculară, tahicardie ventriculară fără puls, asistolă.

Această situație este influențată de 3 factori:

- Lipsa de pregătire a populației generale, pentru recunoașterea precoce a debutului SCA și apelarea tardivă la serviciile de urgență.
- Pregătirea insuficientă a populației în recunoașterea și intervenția promptă în stopul cardiac cauzat de aritmii maligne.
- Gradul de dotare tehnică și performanțele profesionale ale echipelor de urgență.

Este important de menționat caracterul evolutiv al leziunilor din API către IMA. Se estimează că 10% din API evoluează către IMA sau moarte subită și 40% din IMA sunt precedate de API.

Material și metode

Scopul studiului este studierea incidenței SCA cu elevarea segmentului ST în structura generală a mortalității și morbidității populației R. Moldova. Studiul a fost efectuat pe baza examinării fișelor de solicitare a IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească pe anul 2015. Nivelul mortalității populației RM prin cardiopatie ischemică a constituit în anul 2015-348,6 cazuri la 100 mii populație, determinând 26,83% din mortalitatea generală, deținând primul loc în structura mortalității.

Rezultate

În anul 2015 serviciul prespitalicesc de urgență a deservit 10196 pacienți cu SCA (**Fig. 1**):

- 2224 pacienți (21,81%) cu SCA cu elevație a segmentului ST
- 7972 (78,19%) pacienți fără elevație a segmentului ST.

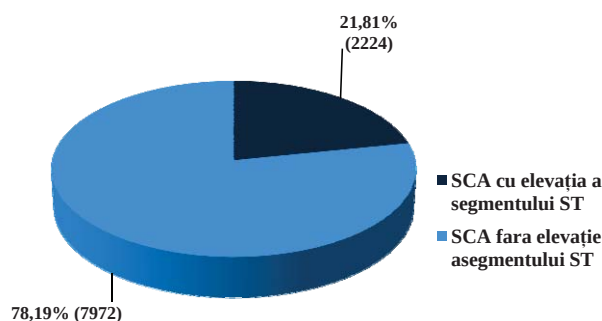


Fig. 1. Pacienți deserviți de serviciul prespitalicesc de urgență cu SCA pe anul 2015

Repartizarea pe categorii de vârste a SCA cu elevație de segment ST ne atestă că până la 60 ani au fost înregistrate:

- 710 cazuri (31,92%) cazuri la bărbați
- 160 cazuri (7,19%) la femei

Total au fost înregistrate 870 cazuri (39,11%) de SCA cu elevația segmentului ST.

Din totalul 2224 pacienți cu SCA cu elevarea ST, bărbați au fost 1379 (62%), femei 845 (38%). Repartizarea pe categorii de vârstă ne atestă că până la 60 ani bărbați au fost 710 (51,48%), iar 669 (48,52%) peste 60 ani. La femei până la 60 ani au fost 160 cazuri (18,93%), iar peste 60 ani 685 cazuri (81,06%).

Din totalul de 7972 pacienții cu SCA fără elevație de segment ST, bărbații au constituit 49,38% (3937) și femeile 50,61% (4035). Până la vârsta de 60 ani au fost înregistrate 1147 de cazuri (14,88%) inclusiv bărbații au constituit 782 (68,17%) cazuri și femeile 442 (38,53%) cazuri. În categoria de vârstă 60-70 ani au fost înregistrate 2582 (32,38%) cazuri și peste vârsta de 70 ani 4163 (52,22%) cazuri (**Fig. 2, 3**).

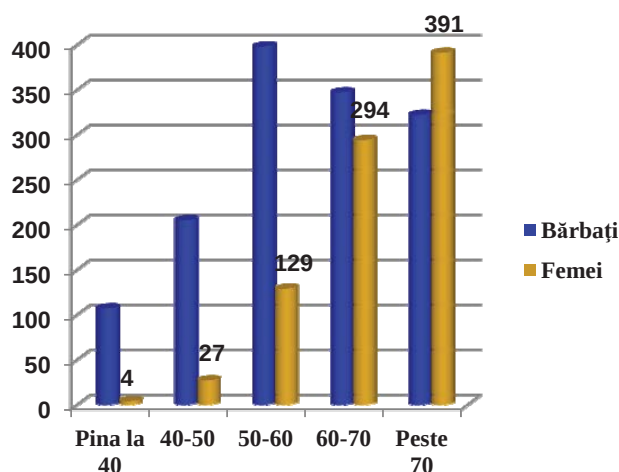


Fig. 2. Repartizarea pacienților deserviți de serviciul AMU cu SCA cu elevație a segmentului ST pe categorii de vârste anul 2015

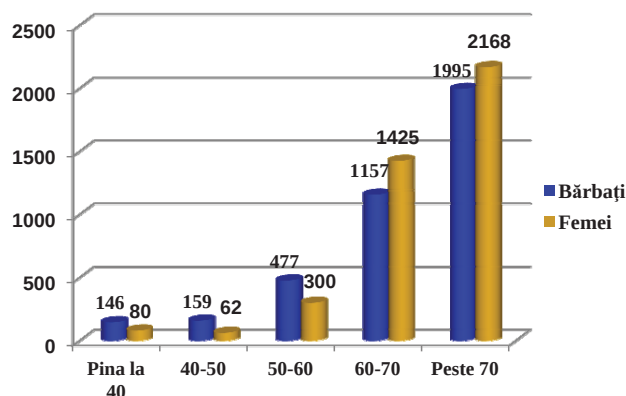


Fig. 3. Repartizarea pacienților cu SCA fără elevația segmentului ST pe categorii de vârste anul 2015

Serviciul prespitalicesc AMU a spitalizat în anul 2015 2032 pacienți cu SCA cu elevație a segmentului ST, ceea ce constituie 91,36%. Spitalizarea pacienților cu SCA cu elevația segmentului ST până la 6 ore a fost înregistrată în 1049 cazuri, ceea ce constituie 51,62%, până la 12 ore au fost spitalizați 639 pacienți (31,44%) și până la 24 ore 344 pacienți (16,92%) (**Fig. 4**).

În prezența echipelor de AMU au fost înregistrate 54 cazuri de decese (**Fig. 5**) sau 2,24% și 138 de pacienți (6,2%) au refuzat categoric spitalizarea, care au fost transmiși pentru supraveghere și tratament serviciului AMP.

SCA cu elevația segmentului ST în 17,08% cazuri (380 pacienți), inclusiv cu șoc cardiogen în 137 cazuri (6,2%), cu edem pulmonar acut cardiogen în 62 cazuri (2,8%) și aritmii cardiace în 181 cazuri (8,1%).

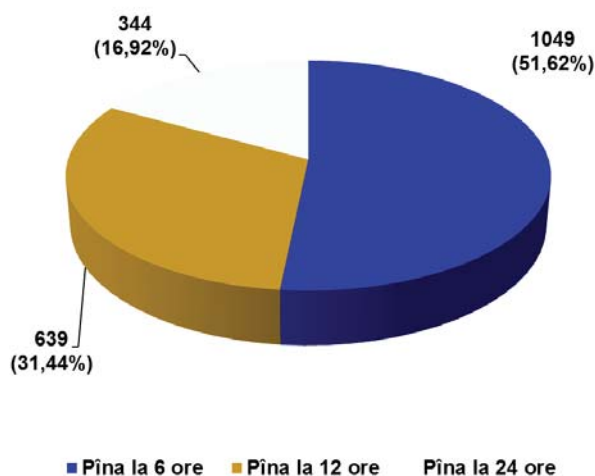


Fig. 4. Spitalizarea pacienților cu SCA cu elevația segmentului ST

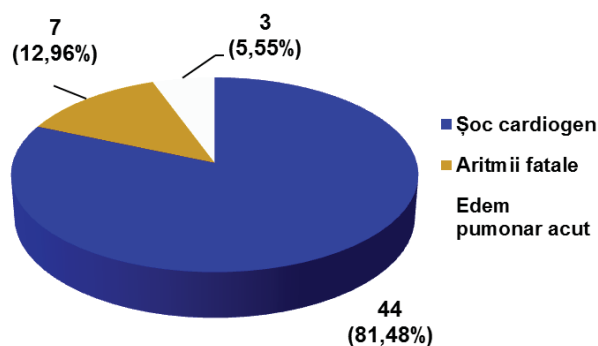


Fig. 5. Deces în prezența echipei în SCA cu elevația segmentului ST



Fig. 6. Lanțul supraviețuirii

În prezența echipelor de asistență medicală urgentă au decedat 54 pacienți cu SCA cu elevație a segmentului ST, inclusiv în 44 de cazuri cauza decesului a servit șocul cardiogen, ceea ce constituie 81,48%, în 7 cazuri decesul a fost cauzat de aritmiile fatale (12,96%) și în 3 cazuri edemul pulmonar acut, constituind 5,55%.

Acțiunile care pot lega victima unui stop cardiac subit de supraviețuire sunt denumite 'Lanțul supraviețuirii' (Fig. 6).

Concluzii

➤ Combaterea bolilor cardiovasculare reprezintă pentru R.M. o problemă stringentă atât medicală, cât și socioeconomică, întrucât acestea se plasează constant pe primul loc printre cauzele de deces ale populației.

➤ Morbiditatea cardiovasculară înaltă în Republica Moldova se asociază cu adresabilitatea redusă pentru asistență la etapele precoce ale maladii, ceea ce conduce la depistarea tardivă, pierderea capacității de muncă și apariția frecventă a complicațiilor cu risc vital.

➤ La nivel de AMP sunt rezerve neutilizate, fiind

influențate de carența capacităților, cât și de situația economico-financiară, care influențează motivația populației pentru un mod sănătos de viață cât și eficiența nesatisfăcătoare a programelor de prevenție vizând patologia cardiovasculară.

➤ Sporirea calității asistenței medicale de urgență persoanelor cu boli cardiovasculare impune, în mod obligatoriu, implementarea pe scară largă a metodelor și tehnologiilor moderne de diagnostic și tratament de reperfuzie farmacologică sau intervențională.

➤ Pe lângă măsurile de prevenire, tratament conservativ și de recuperare a patologiilor cardiovasculare, un rol important în reducerea mortalității și invalidizării populației prin boli cardiovasculare le revine implementării noilor strategii organizatorice și de chirurgie cardiovasculară.

➤ Regionalizarea și dezvoltarea cardiologiei intervenționale este o parte componentă a asistenței medicale de urgență înalt specializate, care va aduce beneficii importante în reducerea mortalității cardiovasculare.

➤ Asigurarea accesului populației la metodele intervenționale de diagnostic și tratament, implimen-

tarea tratamentului trombolitic la etapa de prespital şi clinică vor diminua impactul SCA şi AVC în ponderea morbidităţii şi mortalităţii populaţiei Republicii Moldova.

➤ Departamentele de urgenţă nu dispun de capacităţile necesare şi nu sunt implicate în volum deplin în acordarea asistenţei medicale de urgenţă populaţiei, influenţând negativ continuitatea asistenţei medicale de urgenţă populaţiei.

➤ Este necesară crearea unităţilor de terapie intensivă cardiacă şi de terapie intensivă stroke la nivel

regional întru asigurarea accesului populaţiei la servicii de asistenţă medicală urgentă specializată.

Bibliografie

1. Ciobanu Gh. Resuscitarea cardiorespiratorie şi cerebrală VI Chişinău, 2014: 555-746.
2. Hinds C., Watson D. Intensive Care, Saunders, 2008: 600 p.
3. Bigatello L.M. Critical Care Handbook of the Massachusetts General Hospital, V-ed, 2011: 752 p.
4. Marini J.J., Wheeler A.P. Critical Care Medicine IV-ed, Wolters Kluwer, 2010: 720 p.