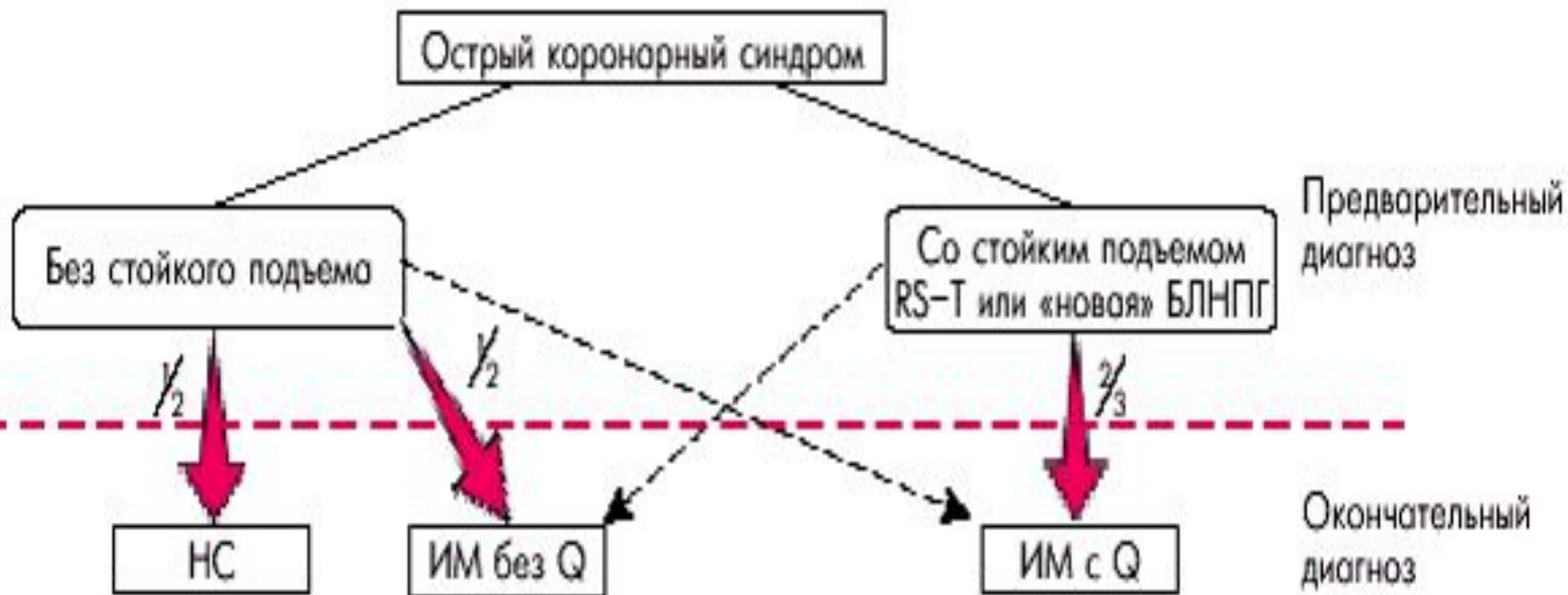


**СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ  
КОРОНАРНЫМ  
СИНДРОМОМ  
(ОКС)**

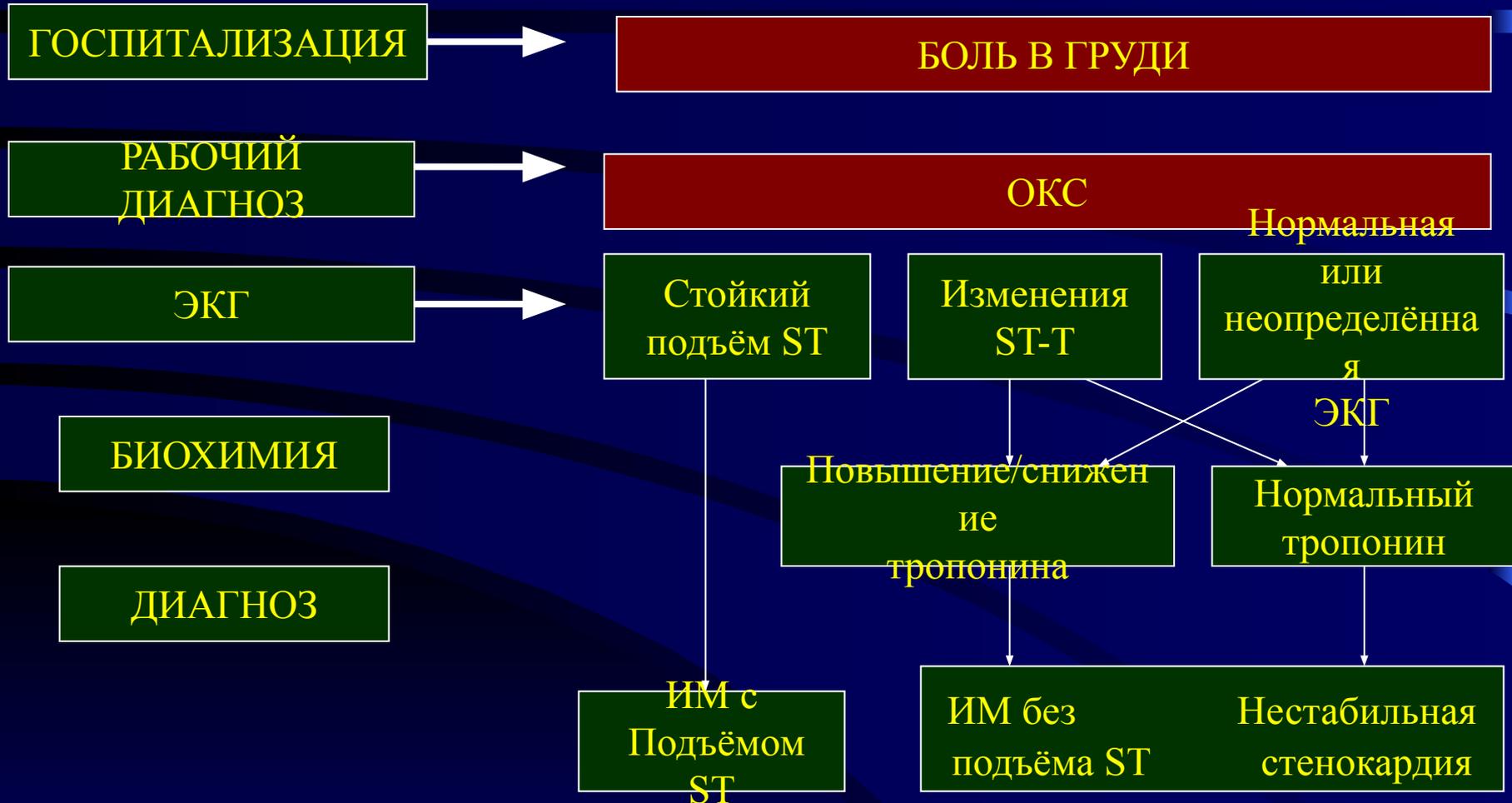
**ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ -  
любая группа клинических  
признаков или симптомов,  
позволяющих подозревать  
острый инфаркт миокарда  
(ОИМ) или нестабильную  
стенокардию (НС)**

# Виды и исходы ОКС



По E. Braunwald в модификации. НС-нестабильная стенокардия; ИМ без Q – Q не образующий инфаркт миокарда; ИМ с Q – Q образующий инфаркт миокарда; БЛНПГ — блокада левой ножки пучка Гиса.

# Спектр ОКС (ESC)



# Этапы ведения пациентов с ОКС

## (Рекомендации ESC)

1. Исключение ОКС с подъёмом ST (ЭКГ) и клиническая оценка вероятности ОКС без подъёма ST (клиническая картина и анамнез) на доклиническом этапе.
2. Объективная диагностика ОКС без подъёма ST в стационаре (анализ крови должен быть проведён в течении 60 мин. от поступления в клинику) (ответ на антиангинальную терапию, уровень тропонинов, если возможно, высокочувствительный метод анализа тропонинов с протоколом быстрого исключения ОКС (3 ч.), мониторинг сегмента ST, другие биохимические маркеры)

# Этапы ведения пациентов с ОКС

## (Рекомендации ESC)

3. Этап выбора инвазивной стратегии.

а. инвазивная стратегия (<72 ч)

б. неотложная (<120 мин)

в. ранняя (<24 ч)

4. Выбор метода реваскуляризации.

5. Выписка из стационара и наблюдение после выписки.

# ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВГО ЭТАПА (Рекомендации ESC)

- Сублингвальный приём нитроглицерина.
- Обезболивание наркотическими анальгетиками.
- Аспирин 150-300 мг.
- Клопидогрель в нагрузочной дозе (300-600 мг).
- В случае если предполагаемый интервал (первый контакт-кат.лаб.)  $> 3$  часов у пациентов с подъёмом ST – тромболизис.

# ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВТОРОГО ЭТАПА КОГДА ОКС ВЕРОЯТЕН

(Рекомендации ESC)

- Дифференциальная лабораторная диагностика
- НФГ 5000 ЕД болюсом в/в
- НФГ 1000 ЕД в час в/в (Контроль АЧТВ)
- Если время до возможного ЧКВ >3 часов у пациентов с подъёмом ST –  
тромболизис

# Алгоритм быстрого исключения ОКС с помощью высокочувствительного метода определения тропонина



# Виды чрезкожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при ОИМ

<b>Ангиопластика</b>	<b>ТЛТ до ЧКВ</b>	<b>Успех ТЛТ</b>	<b>Временной интервал выполнения ЧКВ</b>
<b>Первичная</b>	—	—	При поступлении в стационар
<b>Немедленная</b>	+	+	При поступлении в стационар
<b>Спасительная</b>	+	—	1,5-12 ч.
<b>Отсроченная</b>	+	+	12-48 ч.
<b>Избирательная</b>	+	+	Более 48 ч.

# Инвазивная стратегия

(Рекомендации ESC)

У пациентов с более низким риском, у которых не рецидивируют симптомы, ангиография может быть проведена в течение 72 ч. Таким образом, им следует провести плановое инвазивное обследование при первой возможности с учетом локальных условий.

# Неотложная инвазивная стратегия (Рекомендации ESC)

- Рефрактерная стенокардия (включая формирующийся ИМ без отклонений сегмента ST).
- Рецидивирующая стенокардия, несмотря на антиангинальную терапию, в сочетании с депрессией сегмента ST (2 мм) или глубокими отрицательными зубцами T.
- Клинические симптомы сердечной недостаточности или нестабильная гемодинамика (шок).
- Угрожающие жизни аритмии (желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков).

# Ранняя инвазивная стратегия (Рекомендации ESC)

Большинство пациентов первоначально отвечают на антиангинальную терапию, однако у них отмечается повышенный риск и необходима ангиография с реваскуляризацией.

Пациентам с высоким риском инвазивное обследование следует провести в течение 24 ч.

# ВЫБОР МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ (Рекомендации ESC)

- При ОКС с подъёмом ST метод выбора – ангиопластика симптомсвязанной артерии независимо от распространённости поражения коронарного русла.
- При ОКС без подъёма ST показано выполнение наименее трудоёмкого объёма эндоваскулярного вмешательства аналогично плановому с последующим решением вопроса об отсроченном коронарном шунтировании в зависимости от распространённости поражения коронарных артерий.

# Применение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

- Часть инвазивной неотложной стратегии, в т.ч. при повышенном уровне тропонинов.
- Прямая визуализация массивного тромбообразования в коронарном русле при коронарографии.

# Сравнение ЧКВ и ТЛТ у пациентов с ОИМ

Исследование	Дизайн	Частота неблагоприятных исходов ЧКВ	Частота неблагоприятных исходов при тромболизисе
<i>DANAMI-2</i> (тканевой активатор плазминогена)	Рандомезированное, многоцентровое	8,5%	14,2%
<i>PRAGUE-2</i> (стрептокиназа)	Рандомезированное, многоцентровое	8,4%	15,2%

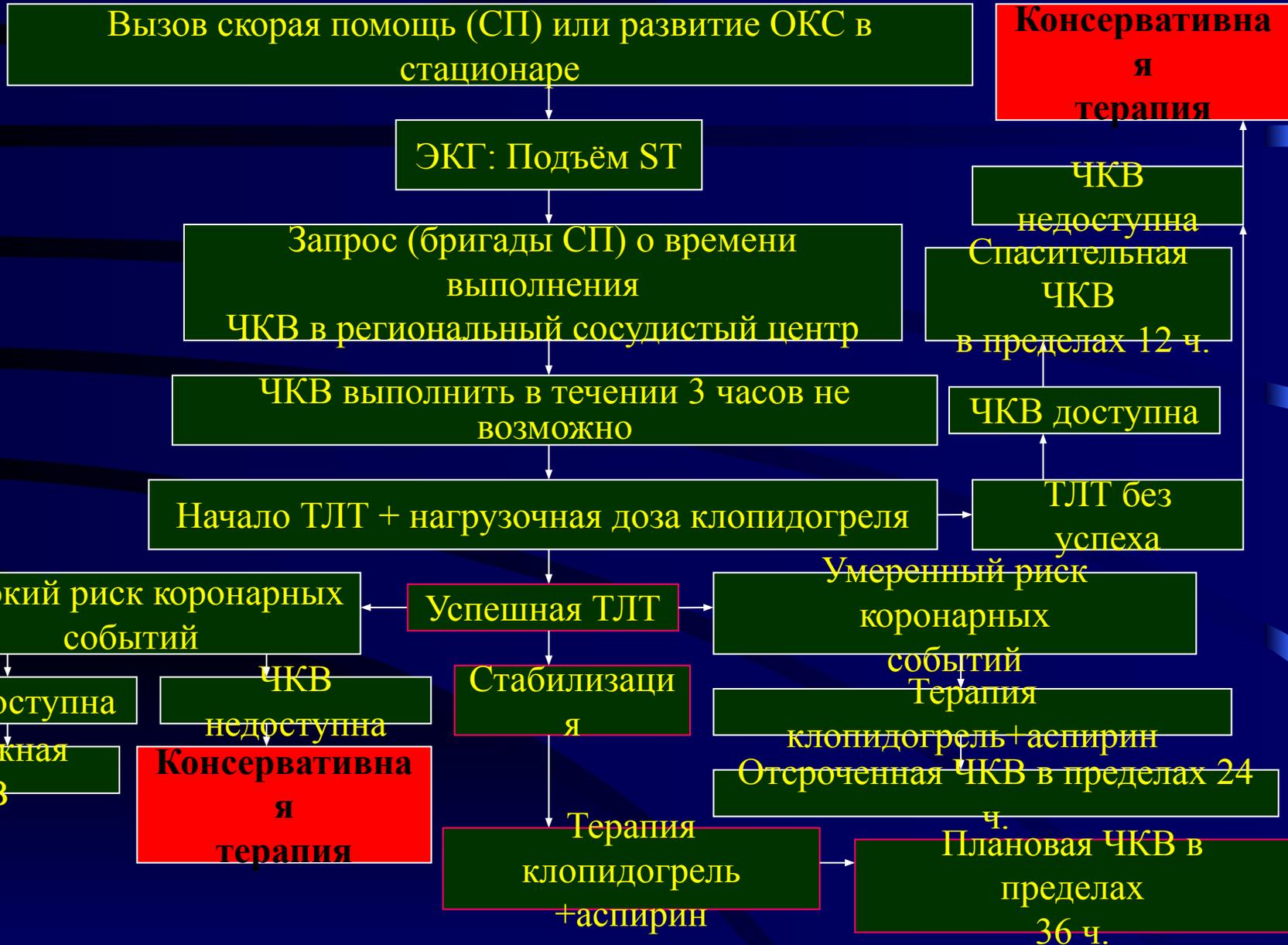
# Стратегии терапии ОКС с подъёмом ST в условиях регионального медицинского центра Московской области

I. Стратегия ТЛТ+ЧКВ.

II. Стратегия первичная ЧКВ.

Выбор стратегии зависит от  
временного интервала “первый  
контакт с врачом - начало  
выполнения ЧКВ”

# Стратегия I



# Стратегия II

Вызов скорая помощь (СП) или развитие ОКС в стационаре

ЭКГ: Подъем ST

Запрос (бригады СП) о времени выполнения ЧКВ в региональный сосудистый центр

ЧКВ возможно выполнить в пределах 3 ч.

Нагрузочная доза клопидогреля+аспирин

Транспортировка в Кат.лаб.

Первичная ЧКВ

# Оценка риска ишемических исходов в ближайшие и средние сроки

1. Индекс GRACE (Global Registry of Acute  
Coronary Events)

<http://www.outcomes.org/grace>

2. Индекс TIMI 11 b

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192996>

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- Стенокардия, сопровождающаяся нарушением трудоспособности.
- Нестабильная стенокардия.
- Повторный инфаркт миокарда, развившийся через короткий промежуток времени у молодых пациентов.
- Осложнения ишемической болезни сердца (аневризма сердца; митральная регургитация; дефект межжелудочковой перегородки, как следствие инфаркта миокарда; остановка сердца, как следствие ишемической болезни сердца).

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- Оценка реваскуляризации миокарда после коронарного шунтирования или коронарной ангиопластики.
- Заболевания клапанов сердца (в основном стеноз аортального клапана), сопровождающиеся стенокардией в результате гипертрофии миокарда.
- Подозрение на врождённую аномалию коронарного русла (артериовенозная фистула, аномальное отхождение коронарной артерии).
- Плохо управляемые желудочковые аритмии.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- Стенокардия с изменениями на ЭКГ в покое и при физической нагрузке и/или при проведении теста с дозированной физической нагрузкой.
- Асимптоматичное течение болезни с изменениями на ЭКГ.
- Атипичная боль в груди в случае не установления её причины.
- Вариантная стенокардия Принцметала.
- Эпизод остановки сердца в анамнезе без установленной причины.

# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Лихорадка неясного генеза.
- Инфекционное заболевание.
- Анемия (гемоглобин ниже 8 мг/дл).
- Тяжёлые электролитные нарушения.
- Интоксикация сердечными гликозидами.
- Инсульт.
- Кровотечения.

## ОСЛОЖНЕНИЯ

СМЕРТЬ	0,11%
ИНФАРКТ МИОКАРДА	0,05%
ИНСУЛЬТ	0,07%
БОЛЬШИЕ СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	0,43%

**ПЕРЕД КАЖ БОЛЬНОЙ  
ПОДПИСЫВАЕТ  
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА  
ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ В  
КОТОРОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫ ВОЗМОЖНЫЕ  
ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ЧАСТОТА.**