

Острый коронарный синдром

Подготовил: Юлдашов А.А.

Группа: ТО-609

Приняла: Искандирова Э.Д.

Острый коронарный синдром – определение*

"Острый коронарный синдром (ОКС) – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих *подозревать* острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию (НС)"

Включает в себя ОИМ, ИМ с подъемами ST (ИМП ST),

ИМ без подъемов ST (ИМБП ST),

ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, по биомаркерам, по поздним ЭКГ признакам, и нестабильную стенокардию (НС).

**Термин ОКС используется
для обозначения больных
при первом контакте и
подразумевает необходимость
их лечения (ведения) как больных
с инфарктом миокарда или
нестабильной стенокардией**

- ИМ и НС имеют разные клинические проявления, однако у них одинаковый патофизиологический механизм: разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки с разной степенью тромбоза, вазоконстрикции и дистальной эмболизации коронарных сосудов.

- По современным представлениям, основными факторами, которые приводят к дестабилизации атеросклеротической бляшки, являются системное и местное воспаление. В свою очередь, агенты, способствующие развитию воспаления, весьма разнообразны: инфекции, оксидантный стресс, гемодинамические нарушения (гипертензивный криз), системные иммунные реакции и т. д. Наполненное липидами ядро бляшки, которое раскрывается после ее разрыва, высокотромбогенно. Это приводит к запуску каскада реакций: адгезии тромбоцитов на поврежденной поверхности, активации тромбоцитов и свертывающей системы крови, секреции серотонина и тромбоксана А₂, агрегации тромбоцитов.

- Развитию острого тромбоза в пораженном атеросклеротическим процессом венечном сосуде может способствовать не только разрыв бляшки, но и повышенная свертываемость крови, которая чаще отмечается *у курильщиков, у женщин, пользующихся оральными контрацептивами*, у молодых пациентов, перенесших ИМ.

- Торможение естественной активации плазминогена индуцирует гиперкоагуляцию и может привести к развитию обширного ИМ даже при ангиографически малоизмененных артериях. Активация плазминогена подвержена циркадным ритмам со спадом в ранние утренние часы, когда вероятность ИМ, внезапной смерти и инсульта наибольшая.
- Если тромб не полностью перекрывает просвет сосуда, развивается клиническая картина ИС. В том случае, когда тромб в венечном сосуде вызывает полную его окклюзию, возникает ИМ, особенно при отсутствии развитого коллатерального кровообращения, что чаще имеет место у молодых пациентов. Это может произойти и при гемодинамически незначимом коронарном стенозе.

Диагностика

- ОКС с подъемом сегмента ST
- Диагностика проводится на основании наличия ангинозной боли в грудной клетке в течение 20 минут и более, которая не купируется нитроглицерином и иррадирует в шею, нижнюю челюсть, левую руку. У лиц пожилого возраста в клинической картине может преобладать не болевой синдром, а слабость, одышка, потеря сознания, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, явления острой сердечной недостаточности.

- ОКС без подъема сегмента ST
- стенокардия покоя продолжительностью более 20 минут, впервые возникшая стенокардия напряжения III функционального класса, прогрессирующая стенокардия (учащение приступов, увеличение их длительности, снижение толерантности к физической нагрузке).
- Острый коронарный синдром может иметь атипичное клиническое течение. Атипичные проявления: боль в эпигастрии с тошнотой и рвотой, колющая боль в грудной клетке, болевой синдром с признаками, характерными для поражения плевры, нарастание одышки.

ЭКГ

ОКС с подъемом сегмента ST

- • Элевация сегмента ST $\geq 0,2$ мВ в отведениях V1-V3 или $\geq 0,1$ мВ в других отведениях.
- • Наличие любого зубца Q в отведениях V1-V3 или зубца Q $\geq 0,03$ с в отведениях I, avL, avF, V4-V6.
- • Остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.

ЭКГ

ОКС без подъема сегмента ST

- ЭКГ-признаки этого варианта ОКС – депрессия сегмента ST и изменения зубца T. Вероятность этого синдрома наиболее велика при сочетании клинической картины с депрессией сегмента ST, превышающей 1 мм в двух смежных отведениях с преобладающим зубцом R или более. Нормальная ЭКГ у больных с симптомами, характерными для ОКС, не исключают его наличия. При этом необходимо исключить другие возможные причины жалоб пациента.

Тип инфаркта по локализации	Стандартные отведения					Грудные отведения					
	I	II	III	aVL	AVF	1	2	3	4	5	6
Перегородочный						+	+				
Пердне-перегородочный						+	+	+	+		
Передний								+	+		
Распространенный передний	+			+		+	+	+	+	+	+
Передне-боковой	+			+						+	+
Боковой										+	+
Высокий боковой	+			+							
Задне-боковой		+	+		+				+	+	+
Задне-диафрагмальный		+	+		+						
Задне-базальный						+	+				

Тактика врача

СМП

Типичный диалог с больным

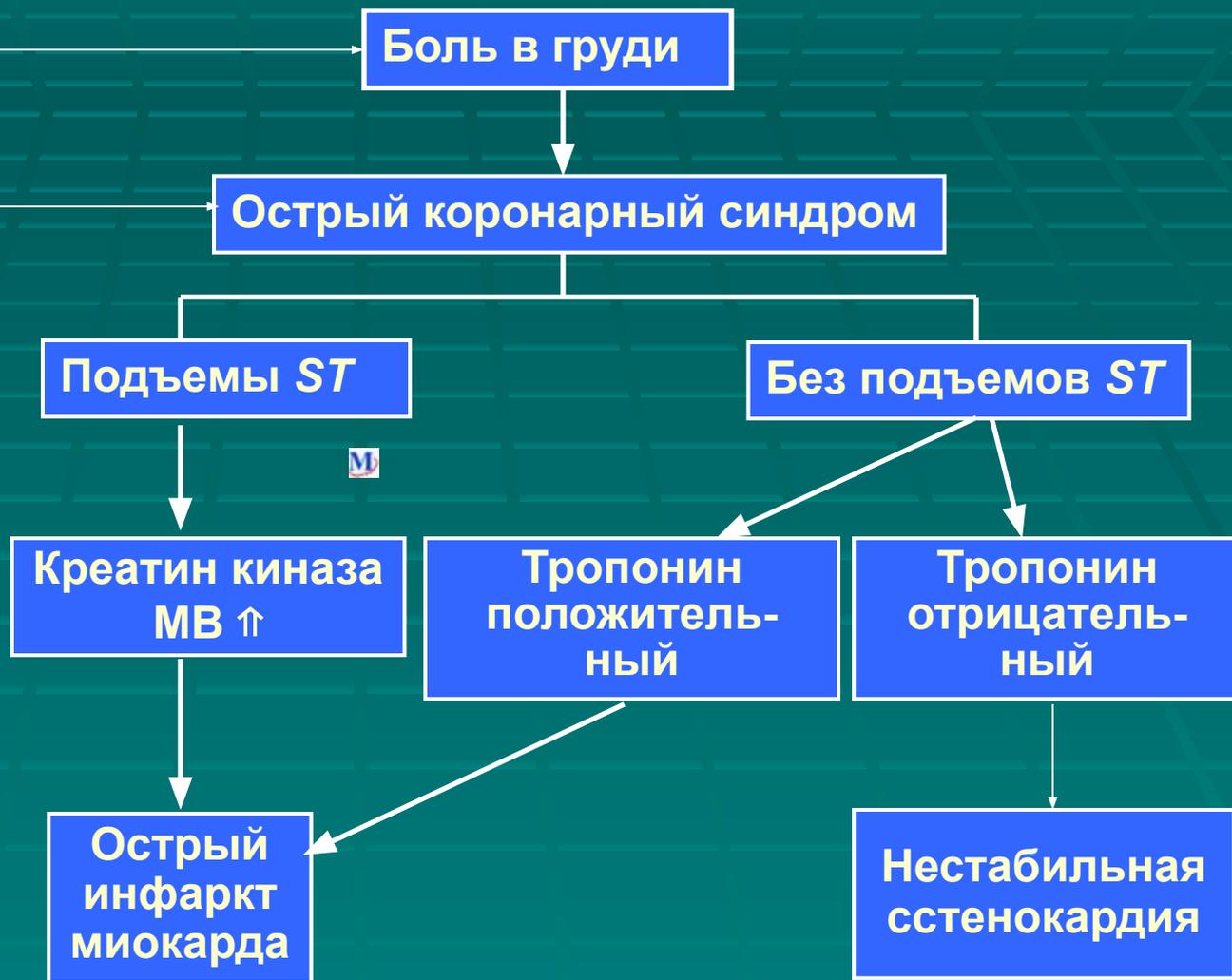
Рабочий диагноз

ЭКГ

Стационар

Биохимия

Окончательный диагноз



■ Ацетилсаліцилова кислота 325-500 мг розжувати або від 0,5 г в/в,
альтернатива: плавекс 150 мг per os.

■ Нітрогліцерин (спрей) 1-2 таблетки (دوزи) з інтервалом в 5 хвилин,
альтернатива: внутрішньовенне крапельне введення розчину нітрогліцерину 1%-1,0 або ізосорбіту динітрату на 200,0 мл фізіологічного розчину.

■ Дати per os або ввести внутрішньовенно (при відсутності протипоказань) бета-адреноблокатор (5-10 мг бисопролла per os).

Одночасно

зарєєструвати ЕКГ !

Налагодити стійкий зв'язок з периферійною веною

альтернатива: з

центральною веною.

Інгаляція кисню через носовий катетер

альтернатива: можлива

інгаляція кисню через

кисневу маску

- При недостатній аналгезії додатково аналгетик (морфін в/в) Вибір препарату та дози залежить від вираженості больового синдрому, віку хворого, призначення сильнодіючих препаратів в минулому.
- При наявності гострого порушення ритму, що викликає зниження артеріального тиску або синдром стенокардії – антиаритмічна терапія перевага надається електроімпульсній терапії, кордарону.
- Госпіталізація на ношах бригадою, яка має можливість провести дефібриляцію в салоні санітарного автомобіля.

Лечебный алгоритм

Task force on the management of chest pain, EНJ, Aug 2002.



«Опасности ТЛТ».

- Может развиваться кровотечение.
 - Частота серьезных кровотечений не более 3%
 - Может быть анафилактическая реакция.
 - Частота развития анафилактического шока при применении ТАП менее 0,1 %.
 - Может случиться нарушение ритма.
 - Реперфузионные нарушения ритма являются «потенциально доброкачественными»
- Время наступления реперфузии больше времени транспортировки пациента в стационар.*

- Абсолютные противопоказания к проведению ТЛТ
- • Любое внутричерепное кровоотечение в анамнезе.
- • Ишемический инсульт в течение последних трех месяцев.
- • Структурные поражения сосудов мозга.
- • Злокачественное новообразование головного мозга.
- • Закрытая черепно-мозговая травма или травма лица в последние три месяца.
- • Расслаивающаяся аневризма аорты.
- • Желудочно-кишечное кровоотечение на протяжении последнего месяца.
- • Патология системы свертывания крови со склонностью к кровоотечению.

- Относительные противопоказания к проведению ТЛТ
- • Рефрактерная артериальная гипертензия (систолическое АД более 180 мм рт. ст.).
- • Ишемический инсульт в анамнезе (давность более трех месяцев).
- • Травматичная или длительная (более 10 минут) сердечно-легочная реанимация.
- • Большая хирургическая операция (до трех недель).
- • Пункция сосуда, который нельзя прижать.
- • Пептическая язва в стадии обострения.
- • Терапия антикоагулянтами.