

**АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра клинической фармакологии интернатуры**

Самостоятельная работа студента

**На тему: Поиск клинико-практического руководства по ИБС
(стабильная стенокардия) по базам электронных ресурсов.**

Выполнила: Идрисова Д.Н.

Группа: 696. ВБ.

Проверил: Иванов Дмитрий Андреевич

г. Астана, 2017 год.

Содержание:

- ИБС. Стабильная стенокардия.
 - Определение
 - Классификация
 - Диагностика
 - Лечение
- ОКС
 - Определение
 - Классификация
 - Диагностический алгоритм
 - Лечение на этапе скорой неотложной помощи
- Список литературы. Ссылки.

ИБС- заболевание, обусловленное расстройством коронарного кровообращения, приводящим к дисбалансу между потребностью миокарда в кислороде и возможностями его фактического поступления через коронарное русло.

Выделяют следующие формы течения ИБС:

- стабильная стенокардия;
- безболевая ишемия миокарда;
- вариантная стенокардия (Принцметала);
- стенокардия, обусловленная дисфункцией или спазмом микрососудов;
- нестабильная стенокардия;
- инфаркт миокарда (ИМ);
- сердечная недостаточность (СН);
- нарушения ритма сердца;
- внезапная смерть.

- Стенокардия — это клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область. Единственным проявлением может быть одышка/нарушение ритма сердца.
- Стабильной считается стенокардия в том случае, если ее симптомы имеют неизменный характер на протяжении, как минимум 2 месяцев.

Основные факторы, провоцирующие боль в груди:

- • физическая нагрузка (ФН): быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перенос тяжестей;
- • повышение артериального давления (АД);
- • холод;
- • обильный прием пищи;
- • эмоциональный стресс.

Этиология и патогенез.

Причины несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и уровнем его поступления с коронарным кровотоком включают:

- морфологические изменения стенок коронарных сосудов вследствие атеросклероза (у подавляющего большинства больных) или воспалительного процесса различного происхождения (инфекционного, аллергического, токсического);
- недостаточность коллатеральных связей и их компенсаторных возможностей у пациентов с гемодинамически значимым сужением коронарных артерий;
- нейрогуморальные нарушения (повышение активности симпатико-адреналовой системы, содержания эндотелина-1, уменьшение содержания оксида азота, нарушение функции рецепторного аппарата сердца);
- значительное увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) независимо от причины;
- нарушение микроциркуляции в миокарде, обычно за счет повышения агрегации тромбоцитов, изменения коагулирующих свойств крови;
- недостаточное поступление кислорода в миокард вследствие анемии и нарушения функции гемоглобина;
- метаболические нарушения в миокарде, приводящие к повышенному потреблению кислорода;
- генетические факторы (аномалии развития коронарных сосудов, их рецепции, генетически обусловленные нарушения активности ферментов, участвующих в регуляции метаболизма миокарда и коронарного кровообращения).

Симптомокомплекс стенокардии

Признаки	Характеристика
Локализация боли/дискомфорта	наиболее типичная за грудиной, чаще в верхней части, симптом «сжатого кулака».
Иррадиация	в шею, плечи, руки, нижнюю челюсть чаще слева, эпигастрий и спину, иногда может быть только иррадиирующая боль, без загрудинной.
Характер	неприятные ощущения, чувство сжатия, стеснения, жжения, удушья, тяжести.
Продолжительность (длительность)	чаще 3-5 мин
Приступообразность	имеет начало и конец, нарастает постепенно, прекращается быстро, не оставляя неприятных ощущений.
Интенсивность (выраженность)	от умеренной до нестерпимой.
Условия возникновения приступа/боли	физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, на холоде, при обильной еде или курении.
Условия (обстоятельства) вызывающие прекращение боли	прекращение или уменьшение нагрузки, приемом нитроглицерина.
Однотипность (стереотипность)	характерен для каждого пациента свой стереотип болей
Сопутствующие симптомы и поведение больного	положение больного застывшее или возбужден, одышка, слабость, усталость, головокружение, тошнота, потливость, тревога, м. б. спутанность сознания.
Давность и характер течения заболевания, динамика симптомов	выяснить течение заболевания у каждого пациента.

Типичная стенокардия (определенно)	Отвечает трем из представленных критериев: - загрудинный дискомфорт с типичными характеристиками - спровоцированный физическим напряжением или эмоциональным стрессом - купирующийся после отдыха или приема нитроглицерина
Атипичная стенокардия (вероятно)	Отвечает двум из представленных критериев
Некардиальная боль	Отвечает одному или ни одному из представленных критериев

Классификация тяжести стабильной стенокардии согласно классификации Канадского кардиоваскулярного общества

ФК	Признаки
I	Обычная повседневная физическая активность (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной физической нагрузки
II	Небольшое ограничение обычной физической активности, что означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, на холоде или в ветреную погоду, после еды, при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние более двух кварталов (>200 м) по ровной местности или во время подъема по лестнице более, чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.
III	Значительное ограничение обычной физической активности – стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100-200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.
IV	Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без появления дискомфорта, или стенокардия может возникнуть в покое, при незначительных физических нагрузках.

Диагностика

Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- - ОАК;
- - ОАМ;
- - биохимический анализ крови (определение креатинина и клиренса креатинина, АЛТ, глюкозы, липидного спектра (определение общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов);
- - Электрокардиограмма (ЭКГ) в покое;
- - Эхокардиография (ЭхоКГ) в покое;
- - Рентгенография органов грудной клетки у отдельных пациентов

Для выявления роли функциональных факторов в возникновении и течении ИБС проводят психологическое тестирование и оценку нервно-вегетативного статуса.

Для этого используют:

- опросник МИЛ, который характеризует особенности личности и ее психическое состояние;
- шкалу самооценки Ч. Спилберга и Ю.Л. Ханина — способ самооценки уровня тревожности;
- тест Бэка — шкала самооценки депрессивных и близких к депрессии состояний;
- анализ variability ритма сердца — способ оценки активности вегетативной нервной системы.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Гликированный гемоглобин
- ИФА гормонов щитовидной железы
- Определение кратининкиназы
- Определение NT-proBNP/BNP сердечная недостаточность
- Определение высокочувствительный тропонин количественный метод (дестабилизация)
- Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру при аритмии
- Стресс ЭКГ (велозергометрия/тредмил)
- Стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой/добутамином
- УЗДГ сонных артерий
- Сцинтиграфия миокарда (однофотонная эмиссионная компьютерная томография)
- Магнитно-резонансная томография (МРТ)
- Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)
- Компьютерная томография коронарных артерий
- Коронарная ангиография (КАГ)
- УЗИ щитовидной железы.

Общие принципы лечения

При выборе терапии учитывают:

- результаты оценки ведущего и дополнительных механизмов возникновения ИБС у конкретного больного с учетом:
 - морфологического фактора (состояния коронарного русла);
 - функционального фактора (характера нервно-вегетативной и гуморальной регуляции, наличия и выраженности дисфункции эндотелия);
 - состояния коагулирующей системы крови и микроциркуляции в миокарде;
- результаты оценки степени нарушений коронарного кровотока и резервов его компенсации;
- клиническую картину заболевания;
- осложнения основного патологического процесса и наличие сопутствующих заболеваний (артериальная гипертония — АГ, нарушения ритма сердца, ХСН, сахарный диабет, метаболический синдром и др.).

В зависимости от степени и характера морфологических изменений в коронарных сосудах лечение ИБС может быть консервативным и оперативным (инвазивные вмешательства).

Консервативная терапия направлена на:

- устранение ишемии миокарда (за счет снижения потребности в кислороде, увеличения его доставки);
- профилактику прогрессирования атеросклероза, максимально возможное устранение факторов риска:
 - нормализация массы тела;
 - прекращение курения;
 - нормализация АД;
 - устранение нарушений липидного обмена;
 - поддержание нормогликемии;
 - устранение гормональных нарушений (например, при кардиологическом синдроме X).

1. Содержание насыщенных жирных кислот менее 10% от общего потребления энергии, замена их на полиненасыщенные жирные кислоты
2. Транс-ненасыщенные жирные кислоты менее 1% от общего потребления энергии
3. Менее 5 грамм соли в сутки
4. 30-45 грамма клетчатки в сутки, содержащейся в цельнозерновых продуктах, овощах и фруктах
5. 200 грамм фруктов в день (2-3 порции)
6. 200 грамм овощей в день (2-3 порции)
7. Рыба как минимум два раза в неделю, 1 раз в неделю жирные сорта рыбы
8. Употребление алкоголя должно быть ограничено до двух бокалов в день (20 грамм/день алкоголя) для мужчин и до 1 бокала (10 грамм/день алкоголя) для небеременных женщин.

Стратегия медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией

Эта общая стратегия может быть скорректирована для пациента в зависимости от сопутствующих заболеваний, противопоказаний, личных предпочтений и стоимости препаратов. Лечение состоит:

- в комбинации антиангинальных препаратов и препаратов, улучшающих прогноз,
- сублингвальный прием нитроглицерина для купирования загрузинных болей.

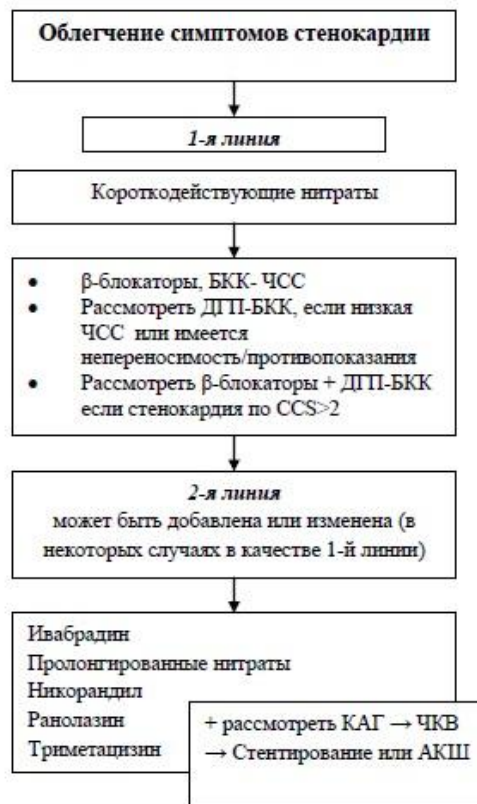
- Рекомендовано назначение β -блокаторов или БКК с добавлением короткодействующих нитратов, как терапия первой линии для контроля частоты сердечного ритма и симптомов стенокардии.

- В случаях, когда не удается контролировать симптомы, рекомендовано изменить терапию (БКК или β -блокаторы) или комбинировать назначение β -блокаторов с дигидропиридиновыми БКК. Комбинация β -блокаторов и недигидропиридиновых БКК не рекомендована. Другие антиангинальные препараты показаны, как препараты второй линии, когда симптомы недостаточно контролируемы.

- У отдельных пациентов, у которых имеются непереносимость или противопоказания к назначению β -блокаторов и БКК, препараты второй линии могут быть рассмотрены в качестве терапии первой линии.

- Профилактика кардиоваскулярных событий может достигаться назначением антиагрегантов и статинов.

- У определенной группы пациентов должно быть рассмотрено назначение ингибиторов АПФ и БРА.



Медикаментозная терапия пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца

Показания	Класс	Уровень
Общие положения		
Оптимальная медикаментозная терапия включает, по крайней мере, один препарат облегчающий стенокардию/ишемию и препараты для профилактики осложнений (событий)	I	C
Рекомендовано информировать пациентов о заболевании, факторах риска и терапевтической стратегии	I	C
Необходима оценка реакции пациента вскоре после начала терапии	I	C
Облегчение симптомов стенокардии/ишемии		
Рекомендованы короткодействующие нитраты	I	B
Препаратами первой линии являются β-блокаторы и/или блокаторы кальциевых каналов для контроля ритма сердца и симптомов	I	A
В качестве препаратов второй линии рекомендованы пролонгированные нитраты или ивабрадин, или ранолазин, в зависимости от частоты ритма сердца, уровня АД и переносимости.	IIa	B
В качестве препарата второй линии может быть использован триметазидин	IIb	B
В зависимости от сопутствующих заболеваний/переносимости выборочно у некоторых пациентов препараты второй линии могут быть использованы в качестве терапии первой линии	I	C
Пациентам с бессимптомным течением заболевания и большой площадью ишемии (более 10%) должны быть назначены β-блокаторы	IIa	C
Пациентам с вазоспастической стенокардией должны быть назначены блокаторы кальциевых каналов и нитраты, необходимо избегать назначения β-блокаторов	IIa	B
Профилактика событий		
Низкие дозы аспирина рекомендованы всем пациентам со стабильной ИБС	I	A
Клопидогрель рекомендован в качестве альтернативы при непереносимости аспирина	I	B
Статины рекомендованы всем пациентам со стабильной ИБС	I	A
Ингибиторы АПФ (или БРА) рекомендованы при сопутствующих состояниях (например, сердечная недостаточность, гипертония или диабете)	I	A

Основные побочны эффекты, противопоказания, взаимодействие антиишемических препаратов

Препарат	Побочные эффекты	Противопоказания	Взаимодействие с другими препаратами	С осторожностью
Коротко- и длительно действующие нитраты	головная боль, покраснение лица, гипотония, синкопе и ортостатическая гипотония, рефлекторная тахикардия, метгемоглобинемия	Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия	Ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (силденафил и др.) БКК	
β-блокаторы	усталость, депрессия ³⁰² , брадикардия, блокады сердца, бронхоспазм, периферическая вазоконстрикция, ортостатическая гипотензия, импотенция, гипогликемия/ признаки гипогликемии	Урежение сердечного ритма или нарушения проводимости, кардиогенный шок, астма, ХОБЛ (с соторожностью): возможно назначение селективных β-блокаторов при условии терапии ингаляционными стероидами и длительно действующими β-агостами ³³⁰ ; тяжелые заболевания периферических сосудов, декомпенсация сердечной недостаточности, вазоспастическая стенокардия	БКК, урежающие ЧСС Препараты нарушающие проводимость в синусовом и атриовентрикулярном узлах	Диабет, ХОБЛ

ББК, урежающие ЧСС	брадикардия, нарушения проводимости сердца, снижение фракции выброса, запор, гиперплазия десен	урежение сердечного ритма или нарушение ритма, синдром слабости синусового узла, застойная сердечная недостаточность, низкое АД	Кардиодепрессанты (β-блокаторы, флекаинид) Производные цитохрома P3A4	
Дигидропиридиновые ББК	головная боль, отек в области лодыжек, усталость, покраснение лица, рефлекторная тахикардия.	Кардиогенный шок, тяжелый аортальный стеноз, обструктивная кардиомиопатия	Производные цитохрома P3A4	
Ивабрадин	нарушения зрения, головная боль, головокружение, брадикардия, фибрилляция предсердий, блокады сердца	урежение или нарушения сердечного ритма аллергия тяжелые заболевания сердца	Препараты, удлиняющие интервал QT, Макролидные антибиотики, Препараты против ВИЧ-инфекции, Противогрибковые	Возраст старше 75 лет, тяжелые заболевания печени

Никорандил	головная боль, покраснение лица, головокружение, общая слабость, тошнота, гипотония, образования оральных, анальных, гастротестинальных язв.	Кардиогенный шок, сердечная недостаточность, низкое АД	Ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (силденафил и др.)	
Триметазиди	диспепсия, тошнота, головная боль, двигательные расстройства	аллергия, болезнь Паркинсона, тремор и двигательные расстройства, тяжелые почечные повреждения	Не установлено	Умеренное почечное повреждение, пожилые люди
Ранолазин	головокружение, запор, тошнота, удлинение QT	цирроз печени	производные цитохрома P450 (дигоксин, симвастатин, циклоспорин) препараты, удлиняющие интервал QT	
Аллопуринол	Сыпь, желудочная диспепсия	гиперчувствительность	Меркаптопурин/ азатиоприн	Тяжелая почечная недостаточность

Медикаментозное лечение

№п/п	название МНН	доза	кратность	способ введения	продолжительность лечения	примечание
Уменьшение симптомов стенокардии						
1-я линия						
1	Нитролицерин (УД- IВ)	0.5мг	По необходимости	сублингвально		Применяется для купирования ангинозного приступа
2	Изосорбиддинитрат, аэроз доза (УД- IВ)		По необходимости	сублингвально		Применяется для купирования ангинозного приступа
3	Метопролол (УД- IА)	25 мг	2 раза в день	внутри	длительно	
4	Бисопролол, (УД- IА)	5-10 мг	1 раз в день	внутри	длительно	
5	Небиволол (УД- IА)	5 мг	1 раз в день	внутри	длительно	
6	Карведилол, (УД- IА)	25 мг	2 раза в день	внутри	длительно	
7	Амлодипин, (УД- IА)	2,5-10 мг	1 раз в день	внутри	длительно	
8	Дилтиазем, (УД- IА)	90-180 мг	2 раза в день	внутри	длительно	
9	Верапамил (УД- IА)	40 мг	2 раза в день	внутри	длительно	
10	Нифедипин (УД- IА)	20 мг	2-3 раза в день	внутри	длительно	

2-я линия						
11	Ивабрадин (УД-IIaB)	5-7,5 мг	2 раза в день	внутри	длительно	
12	Триметазидин (УД-IIbB)	35 мг	2 раза в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	
13	Ранолазин (УД-IIaB)	500 мг	2 раза в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	
14	Никорандил (УД-IIbB)	10-20 мг	1-3 раза в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	Могут быть рассмотрены у пациентов с рефрактерными симптомами
15	Изосорбид мононитрат, ретардная форма (УД-IIaB)	40 мг	1 раз в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	
16	Изосорбид мононитрат (УД-IIaB)	20-40 мг	2 раза в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	
17	Изосорбид динитрат (УД-IIaB)	20 мг	3 раза в день	внутри	до облегчения симптомов стенокардии	

Резюме

Антиангинальная терапия

Устранение ишемии миокарда показано при всех формах течения ИБС. Для этого применяют:

- нитраты и нитратоподобные ЛС (молсидомин);
- β -блокаторы;
- антагонисты кальция;
- цитопротективные ЛС (триметазидин);
- реваскуляризацию миокарда.

Необходимо также выявить и по возможности устранить различные факторы, способствующие появлению или усугублению ишемии миокарда (гипертермия, гипертиреоз, АГ, тахиаритмии, анемия, гипоксемия, лейкопения, тромбоцитоз, гипергаммаглобулинемия, использование симпатомиметиков).

Антитромботическая терапия

Одним из тяжелейших осложнений ИБС является тромбоз коронарных сосудов с развитием острого коронарного синдрома (ОКС) — НС или ИМ. Для его предупреждения у всех больных с хронической ИБС (как симптомной, так и бессимптомной), не имеющих противопоказаний, рекомендуют использовать ацетилсалициловую кислоту:

Ацетилсалициловая кислота внутрь 75—150 мг 1 р/сут, неопределенно долго.

При невозможности (противопоказания, непереносимость) использовать ацетилсалициловую кислоту рекомендуется назначить клопидогрел:

Клопидогрел внутрь 75 мг 1 р/сут, неопределенно долго.

Антиатеросклеротическая терапия

Важное место в процессе развития атеросклероза занимает нарушение липидного обмена, проявляющееся гиперхолестеринемией. Снижение уровня ХС в крови позволяет не только замедлить прогрессирование атеросклероза, но и, возможно, привести к его обратному развитию.

Коррекцию липидного обмена проводят в случае, когда его показатели превышают нормальные значения. Лечение (особенно при нерациональном питании больного и ожирении) начинают с курса диетотерапии. Основные требования, предъявляемые к диете:

- энергетическая ценность 2000 ккал/сут;
- содержание ХС менее 300 мг/сут;
- обеспечение за счет жиров не более 30% энергетической ценности пищи.

После 12 нед соблюдения диеты определяют содержания липидов в крови. В случае эффективности диетотерапии ее следует продолжать. В отсутствие эффекта решают вопрос о начале фармакотерапии. Наиболее эффективными гиполипидемическими (гиполипидемическими) средствами являются статины, прием которых следует сочетать с диетой.

Острый коронарный синдром (ОКС) – клиническое состояние, отражающее период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), ведущим симптомом которого является боль в грудной клетке, инициирующая определенный диагностический и терапевтический каскад, начиная с регистрации ЭКГ на основании изменений которой дифференцируются 2 группы пациентов: с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.

Классификация

В итоге в исходе ОКСбпСТ дифференцируются две клинические формы:

1. **Нестабильная стенокардия** - острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для развития некроза миокарда (нет диагностически значимых повышений уровней тропонина).
2. **Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST** – острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой приводит к некрозу миокарда.

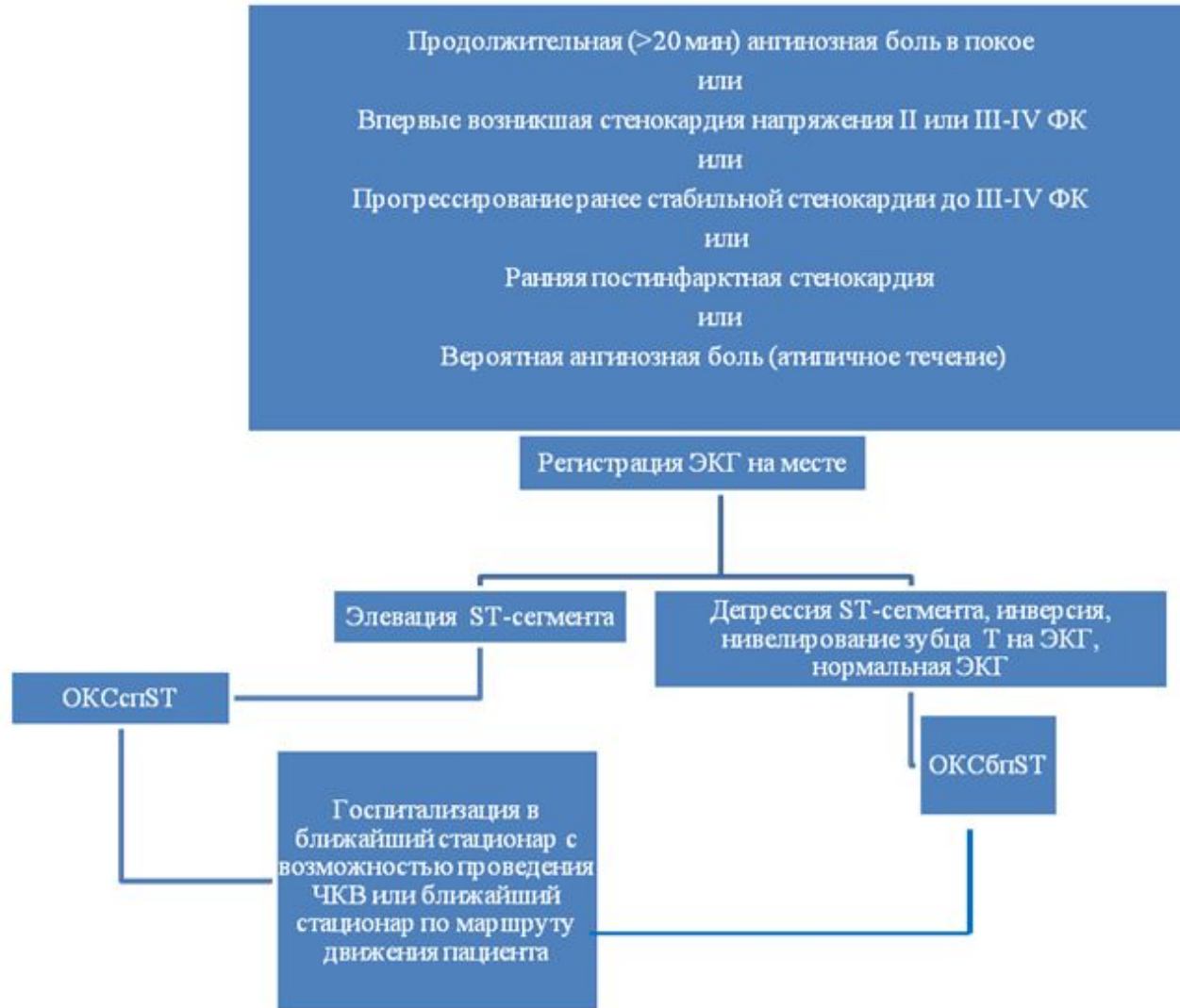
Классификация нестабильной стенокардии (ESC/ACCF/ANA/WHF, 2007)

- Впервые возникшая стенокардия (впервые возникшая стенокардия II-III функционального класса по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества, длительностью не более 2 месяцев)
- Прогрессирующая (прогрессирование ранее стабильной стенокардии, по крайней мере до III функционального класса, возникшее в последние 2 месяца)
- Ранняя постинфарктная стенокардия (до 2 недель от развития ИМ)
- Вазоспастическая стенокардия Принцметала

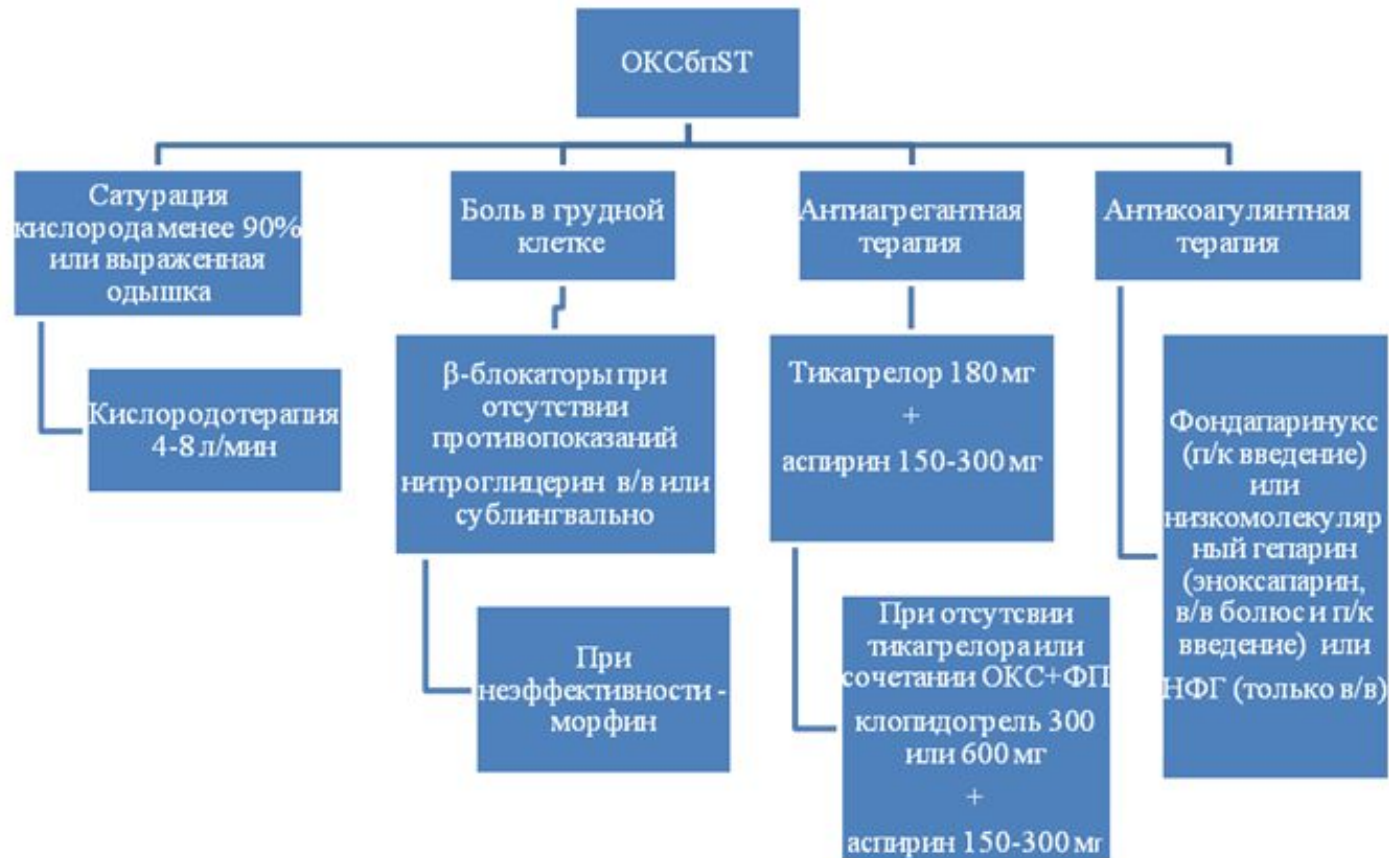
Класс	Характеристика
I	Нет сердечной недостаточности.
II	Влажные хрипы <50% легочных полей, III тон, легочная гипертензия.
III	Влажные хрипы >50% легочных полей. Отек легких
IV	Кардиогенный шок

ности по Killip

Диагностический алгоритм:



Алгоритм действий при неотложных ситуациях:



ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

1. **Оксигенотерапия** при сатурации кислорода менее 90% или выраженной одышке(I A).
2. **β-блокаторы.** Раннее назначение β-блокаторов рекомендуется пациентам с симптомами ишемии при отсутствии противопоказаний. β-адреноблокаторы назначаются максимально рано при симптомах ишемии у пациентов без противопоказаний (острая СН III–IV классов по Killip). β-блокаторы конкурентно ингибируют миокардиальные эффекты циркулирующих катехоламинов и снижают потребление кислорода миокардом за счет снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда(I,B). Следует избегать раннего назначения β-блокаторов у больных, если не известна сократимость миокарда. β-блокаторы не следует назначать пациентам с симптомами, возможно, связанными с коронарным спазмом или приемом кокаина, так как они могут способствовать спазму, способствуя α-опосредованной вазоконстрикции, противопоставляемой β-опосредованной вазодилатации.
3. **Нитраты** при ОКСбпСТприменяются только при наличии болевого синдрома. Внутривенное введение нитратов более эффективно, чем сублингвальный прием, в отношении уменьшения симптомов ангинозной боли и регрессии депрессии сегмента ST. Доза нитратов должна увеличиваться под тщательным контролем АД до тех пор, пока симптомы стенокардии не исчезнут, а у пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью - до нормализации АД или пока не появятся побочные эффекты (в частности, головная боль или гипотензия). Для в/в введения 10 мг нитроглицерина разводят в 100 мл физиологического раствора, начинают введение с начальной скоростью 6-8 капель в минуту до 30 в минуту под контролем АД до купирования симптомов или появления побочных эффектов(I C).

При отсутствии нитратов для внутривенного введения используются формы нитроглицерина в таблетках 0,5 мг или в аэрозоле 0,4 мг (1доза), с повторным использованием через 3-5 мин при неэффективности и при отсутствии противопоказаний (САД<90 мм.рт.ст). Противопоказания к применению нитратов при ОКСбпСТ, из-за риска развития тяжелой гипотензии, следующие:

1. ИМ правого желудочка
2. САД <90 мм.рт.ст. или снижение АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, ЧСС <50 в мин или ЧСС> 100 мм.рт.ст.
3. Предшествующий прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (т. е. в течение 24 ч для

4. **Наркотические анальгетики.** При интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно применение морфина (в/в или п/к)(I A).

5. **Блокаторы кальциевых каналов.** У больных с предполагаемой/подтвержденной вазоспастической стенокардией назначаются блокаторы кальциевых каналов и нитраты, назначения β -блокаторов в этом случае нужно избегать (IIa B).

6. **Ацетилсалициловая кислота.** АСК при первичном осмотре пациента с подозрением на ОКС назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг не с «кишечнорастворимым» покрытием(I A).

7. **Ингибиторы P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов.** Назначение второго антиагреганта в дополнение к АСК:

Тикагрелор в нагрузочной дозировке 180 мг рекомендуется к назначению при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКСбпСТ среднего и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) (I A)

или

Клопидогрел в нагрузочной дозировке 300 мг (если предполагается консервативная стратегия) или 600 мг (если предполагается инвазивная стратегия) рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении непрямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий)(I B).

8. Антикоагулянтная терапия назначается всем пациентам при установлении диагноза ОКС. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ОКСбпСТ допустимо применение следующих препаратов:

- фондапаринукс (п/к введение)(I B);
- низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, в/в болюс и п/к введение)(I B);
- НФГ (должен вводиться только в/в) (I B);

Фондапаринукс (2,5 мг/сут п/к) рекомендуется как препарат, имеющий оптимальный профиль эффективности/безопасность у пациентов с ОКСбпСТ вне зависимости от выбранной тактики лечения. При невозможности назначения фондапаринукса альтернативой для проведения антикоагулянтной терапии являются эноксапарин или НФГ. Не допускается смена одного назначенного вида гепарина на другой, поскольку это повышает риск развития кровотечений.

Индикаторы эффективности лечения

1. Соблюдение временных интервалов при диагностике ОКС (регистрация и интерпретация ЭКГ в течение <10 мин).
2. Проведение первичных терапевтических мероприятий.
3. Готовность к лечению жизнеугрожаемых состояний и проведению реанимационных мероприятий
4. Аудит интервала времени от «звонка в СМП» до «двери стационара»

Перечень основных лекарственных средств:

1. Кислород для ингаляций (медицинский газ)
2. Метопролол тартрат (ампулы 1% 5,0мл, таблетка 50 мг)
3. Нитроглицерин* (раствор 0,1% для инъекций в ампулах по 10 мл, таблетка 0,0005 г; аэрозоль).
4. Морфин (раствор для инъекций в ампуле 1% по 1,0 мл)
5. Ацетилсалициловая кислота (таблетка, 500 мг)
6. Тикагрелор (таблетка, 90 мг)
7. Клопидогрель (таблетка, 75 мг)
8. Фондапаринукс(шприц 0,5 мл 2,5 мг)
9. Эноксапарин натрия (шприц 0,2 и 0,4 мл)
10. НФГ (5000 МЕ, флаконы)
11. Физиологический раствор (0,9% 200 мл, флакон)

Перечень дополнительных лекарственных средств:

1. Атропина сульфат (ампулы 0,1% 1 мл)
2. Амиодарон (ампулы 3 мл, 150 мг)
3. Амлодипинабезилат (таблетка, 5,10 мг) при вазоспастической стенокардии
4. Изоптин (ампулы 2 мл, 5 мг) при противопоказаниях к β -блокаторам
5. Лидокаин гидрохлорид (ампулы 10% 2 мл) при отсутствии амиодарона
6. Добутамин* (флакон 20 мл, 250 мг; ампулы 5% 5 (концентрат для вливаний), при отсутствии дофамин (ампулы 0,5% или 4%, 5 мл)
7. Дофамин (ампулы 0,5% или 4%, 5 мл)
8. Норадrenalина гидротартрат* (ампулы 0,2% 1 мл)
9. Адреналина гидрохлорид (ампулы 0,1% 1 мл)
10. Диазепам (ампулы 2 мл-10 мг)

Список литературы:

- 1. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015. От «30» ноября 2015 года протокол № 18
- 2. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под редакцией А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса. Пер. с англ. Под редакцией Е.В. Шляхто, 2011.
- 3. Национальные клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Москва 2009. *Оганов Р.Г., Мамедов М.Н., Родионова Ю.В., Киселева Н.В.*
- 4. Рациональная фармакотерапия справочник терапевта. Ред.-сост. Л.И. Дворецкий. Том 18. Москва 2010 год.

Ссылки:

- <https://diseases.medelement.com/disease/ибс-стабильная-стенокардия-напряжения/14169>

Благодарю за внимание!

