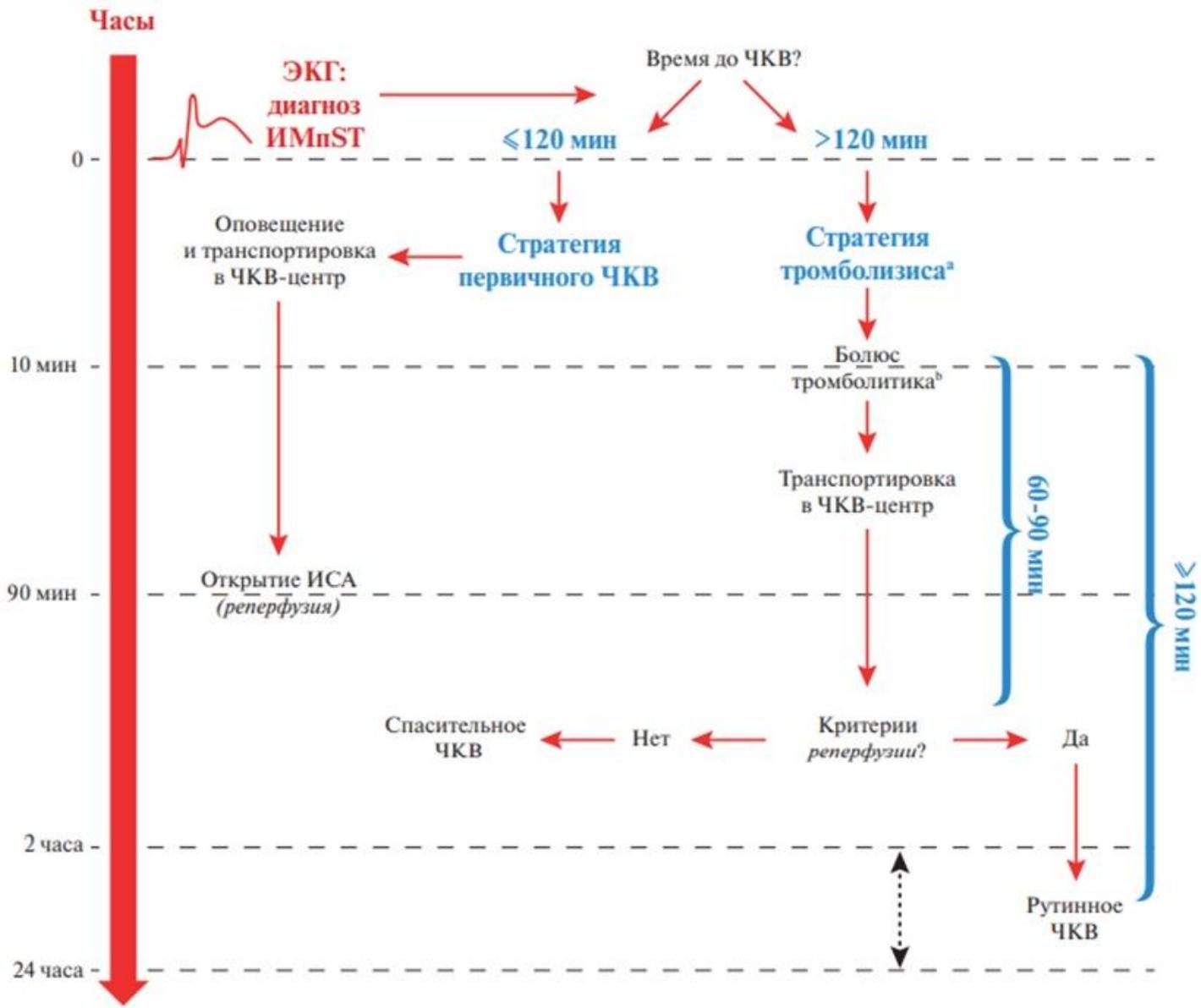


Лечение ОКС

Подготовил: студент 5 курса ЛФ
Группы 1402 Мальцев С.П.

Тактика ведения

- Тактика ведения отличается у больных ОКС с подъёмом ST и без подъёма ST



ЭКГ:
диагноз
ИМпST

Время до ЧКВ?

≤ 120 мин

> 120 мин

Оповещение
и транспортировка
в ЧКВ-центр

Стратегия
первичного ЧКВ

Стратегия
тромболитика^а

10 мин

Болюс
тромболитика^б

Транспортировка
в ЧКВ-центр

90 мин

Открытие ИСА
(реперфузия)

Критерии
реперфузии?

Нет

Да

Спасительное
ЧКВ

Рутинное
ЧКВ

60-90 мин

≥ 120 мин

2 часа

24 часа

Тактика ведения больных без подъёма ST

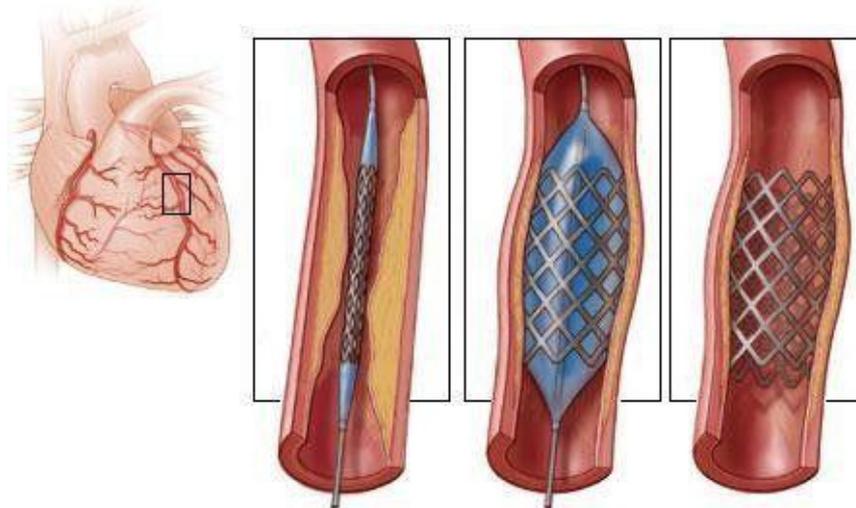
- Основана на **определении риска** на основании клинической картины и по шкале риска **GRACE**
- Группа **очень высокого** риска – КАГ в течение **120 мин**
- Группа **высокого** риска – КАГ в течение **24 ч**
- Группа **промежуточного** риска – КАГ в течение **72 ч**

Шкала GRACE для расчета риска у больных с ОКС ВП ST

Клинические признаки	Значение	Баллы
Возраст, годы	≤30	0
	30–39	8
	40–49	25
	50–59	41
	60–69	58
	70–79	75
	80–89	91
	≥90	100
ЧСС, в 1 минуту	≤50	0
	50–69	3
	70–89	9
	90–109	15
	110–149	24
	150–199	38
	≥200	46
	АД систолическое, мм рт. ст.	80
80–99		53
100–119		43
120–139		34
140–159		24
160–199		10
≥200		0
Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л		0–35,3
	35–70	4
	71–105	7
	106–140	10
	141–176	13
	177–353	21
	≥354	28
	Класс сердечной недостаточности (по Т. Killip)	I
II		20
III		39
IV		59
Остановка сердца (на момент госпитализации)	Да	39
Отклонение сегмента ST от изолинии	Да	28
Диагностически значимое повышение маркеров некроза миокарда	Да	14

Виды ЧКВ

- **Первичное** - если реперфузионная терапия начинается с него
- **Спасительное** – при неэффективности тромболитика: снижение сегмента ST < 50% от исходного уровня через 60-90 мин после начала тромболитика
- **Рутинное** – ЧКВ, выполняемое в промежуток от 2 до 24 ч



Медикаментозное лечение

- С самого начала – **борьба с болью**:
- **Нитроглицерин** 0,4-0,5 мг **сублингвально**, при необходимости повторить **двукратно** с интервалом в 5 мин
- При неэффективности – **морфин** в/в: развести **10 мг** в **10 мл 0,9% NaCl**, ввести 2-4 мг, далее при необходимости по 2 мг с интервалом 5-15 мин



Поддержка дыхания

- Оксигенотерапия через носовые катетеры или маску, скорость потока 5 л/мин



Двойная антиагрегантная терапия

- Ацетилсалициловая кислота + один из блокаторов рецептора P_2Y_{12} тромбоцитов к АДФ (клопидогрел, прасугрел или тикагрелор)
- Ацетилсалициловая кислота: 300 мг, затем 75 мг 1р/сутки
- Клопидогрел: 300 мг, затем 75 мг 1р/сутки
- Прасугрел: 60 мг, затем 10 мг 1р/сутки
- Тикагрелор: 180 мг, затем по 90 мг 2 р/сутки
- Продолжительность: ацетилсалициловая кислота – пожизненно, блокатор рецептора P_2Y_{12} – 9-12 месяцев.

Антикоагулянтная терапия

- Необходимое дополнение к антиагрегантной терапии. Продолжительность – до 8 суток или успешно выполненного ЧКВ
- Используется НФГ в дозе 60-80 ЕД/кг массы тела, но не более 5000 ЕД, далее в/в 12 ед./кг, максимум 1000 ед. каждые 24-48 ч. Целевое АЧТВ: 50-70 сек при мониторинге через 3, 6, 12 и 24 ч.
- Эноксапарин – 0,5 мг/кг массы тела

Тромболизис

- Только у больных с **подъёмом ST**
- Рекомендуемые препараты: **алетплаза** (в/в болюсом 15 мг, затем инфузия 0,75 мг/кг в течение 30 мин, затем 0,5 мг/кг в течение 60 мин); **тенектеплаза** (в/в болюсом 30 мг - <60 кг; 50 мг - ≥90 кг)



Противопоказания к тромболитической терапии

Абсолютные

Геморрагический инсульт или инсульт неизвестного происхождения любой давности

Ишемический инсульт в предыдущие 6 мес.

Травма или опухоли головного мозга, артериовенозная мальформация

Большая травма/операция/травма головы в течение предыдущего мес.

Желудочно-кишечное кровотечение в течение предыдущего мес.

Периодические кровотечения (исключая месячные)

Диссекция аорты

Пункции в течении суток (биопсия печени, люмбарная пункция)

Относительные

Транзиторная ишемическая атака в течение предыдущих 6 мес.

Оральная антикоагулянтная терапия

Беременность или 1 неделя после родов

Резистентная гипертония (САД >180 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >110 мм рт.ст.)

Тяжелое заболевание печени

Инфекционный эндокардит

Обострение язвенной болезни

Продолжительная или травматичная реанимация

Сокращение: АД — артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление.

Бета-блокаторы

- ББ (метопролол, карведилол) должны использоваться у всех пациентов при отсутствии противопоказаний.
- Строго рекомендовано их назначение пациентам с проявлениями СН и сниженной ФВ путем осторожной титрации начиная с минимальных доз.
- У пациентов с АГ, тахикардией, суправентрикулярными тахиаритмиями, рецидивирующими ангинозными болями в острейшем периоде заболевания ББ могут использоваться внутривенно

Ингибиторы АПФ

- Длительное применение ИАПФ показано всем больным с ОКС. При отсутствии противопоказаний их применение целесообразно начать с первых суток лечения, особенно при обширном переднем ИМ, СН, ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, АГ



Статины

- Статины в **высокой дозировке** (аторвастатин 40-80 мг 1 раз в сутки) должны быть назначены всем больным с ОКС начиная с **первых суток** заболевания.
- Цель терапии - достижение снижения уровня холестерина **ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л**.



После выписки

- Должны быть подобраны дозы ББ, ИАПФ;
- Пациент должен продолжать получать двойную антиагрегантную терапию, статины в высокой дозе;
- Дополнительно возможно назначение антагонистов альдостерона и мочегонных при СН, антиангинальной терапии при неполной реваскуляризации и сохраняющейся стенокардии, дополнительной антигипертензивной терапии
- Должны быть запланированы последующие этапы лечения: поэтапная эндоваскулярная реваскуляризация, отсроченное аортокоронарное шунтирование (при необходимости), а также приняты меры, обеспечивающие высокую приверженность рекомендованной медикаментозной терапии.

Спасибо за внимание!

