



Острый коронарный синдром

Выполнил: Габдышакиров Н:
Проверила:

Термин «острый коронарный синдром» был предложен новозеландским клиницистом White в 1996–1997 г., чтобы показать трудности диагностики и точного прогнозирования течения острых ишемий миокарда, непосредственно угрожающих жизни больного. В широкой клинической практике его стали применять лишь в самом конце XX в. В 1998 г. Всемирной федерацией кардиологии в Каннах (Франция) было проведено первое международное совещание по этому вопросу.

- **Острый коронарный синдром (ОКС)** — совокупность патологических реакций организма, возникающий при развитии, инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST, инфаркта миокарда без подъёма сегмента ST или нестабильной стенокардии.
- Термин ОКС был введён, поскольку начальные проявления и некоторые принципы лечения вышеуказанных заболеваний часто схожи. Использование данного термина в клинической практике позволяет облегчить диагностику, и как следствие ускорить оказание медицинской помощи на до госпитальном этапе и сразу после поступления больного в стационар.
- Острый коронарный синдром-это временный диагноз, необходимый для уточнения формы заболевания, тактики лечения. Период за который должен быть выставлен окончательный клинический диагноз не должен превышать 24 часа.

- ▣ Инфаркт миокарда
- ▣ Стенокардия
- ▣ ТЭЛА
- ▣ Расслаивающаяся аневризма аорты
- ▣ Перикардит

- ▣ Легочные (плеврит, пневмоторакс, рак легкого)
- ▣ Желудочно-кишечные (прободная язва, эзофагит, печеночная колика)
- ▣ Костно-суставные (остеохондроз грудного отдела позвоночника, артрит, межреберная невралгия)

Коронарные причины, возникновения
болей

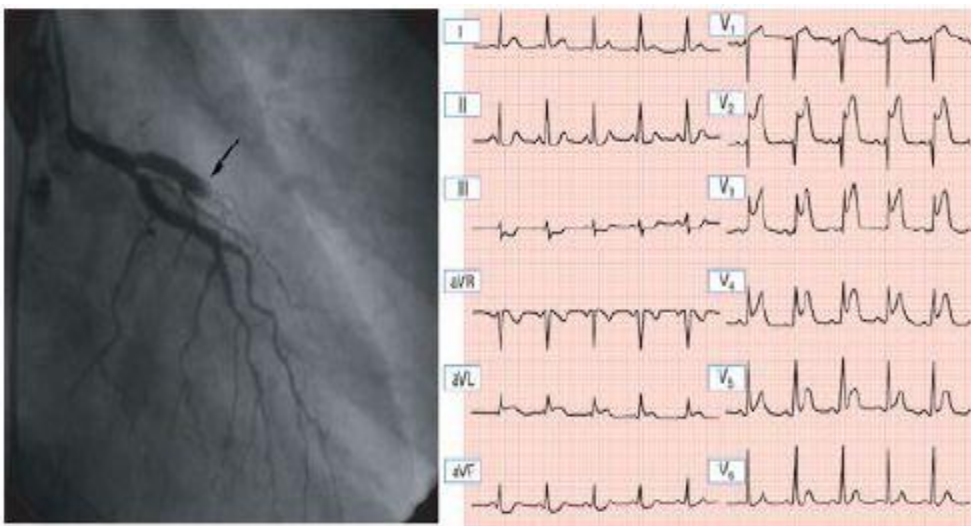
Некоронарные причины

Классификация:

ОКС без подъема сегмента ST

Нестабильная стенокардия

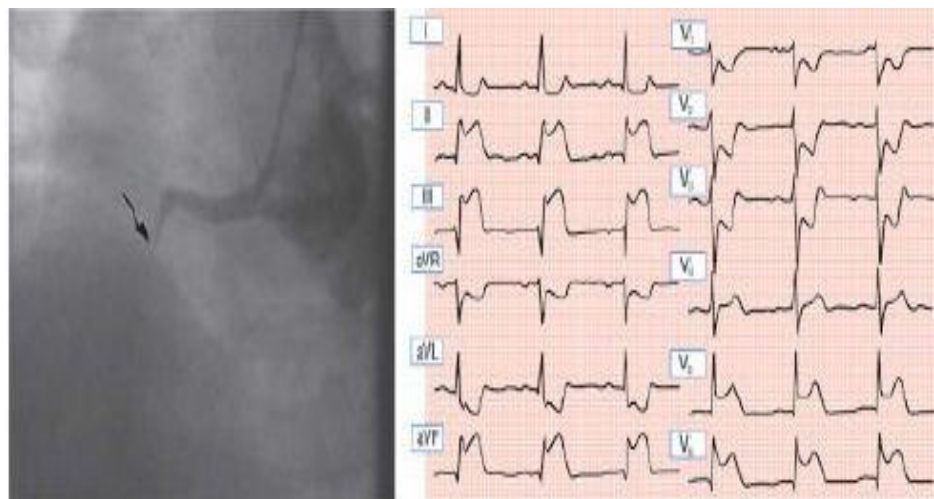
- Мелкоочаговый инфаркт миокарда



Передний острый ИМ: окклюзированная левая передняя нисходящая венечная артерия, подъем сегмента ST

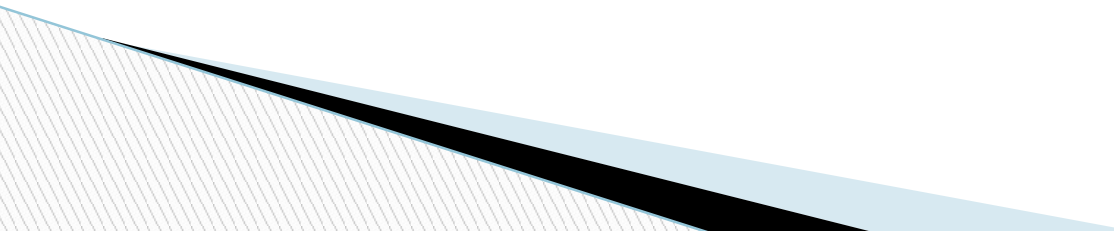
ОКС с подъемом сегмента ST

- Крупноочаговый инфаркт миокарда



Нижний острый ИМ: окклюзированная правая венечная артерия, подъем сегмента ST в отведениях II, III и aVF; ST угнетение от V1 до V4.

Основные вопросы при диагностике острого коронарного синдрома

- Связан ли болевой синдром с коронарной недостаточностью?
 - Действительно ли имеются признаки дестабилизации течения стенокардии?
 - Имеется ли повреждение миокарда?
- 

- *Клиническим проявлением стенокардии являются интенсивные за грудинные боли, сжимающего характера, возникающие после физической нагрузки или эмоционального напряжения и уменьшающиеся менее чем через 5 минут после отдыха или использования нитроглицерина.*



Клиническое проявление стенокардии

- *Острая или кинжальная боль, возникающая во время дыхания или кашля*
- *Чувство дискомфорта в средней или нижней части живота*
- *Боль в области верхушки, появляющаяся при пальпации*
- *Боль, возникающая при движении грудной клетки или рук*
- *Постоянная боль, длящаяся в течение многих часов*
- *Очень короткие эпизоды боли, которые длятся несколько секунд и меньше*
- *Боль, иррадиирующая в нижнюю часть тела*

Симптомы, не характерные для ишемии миокарда

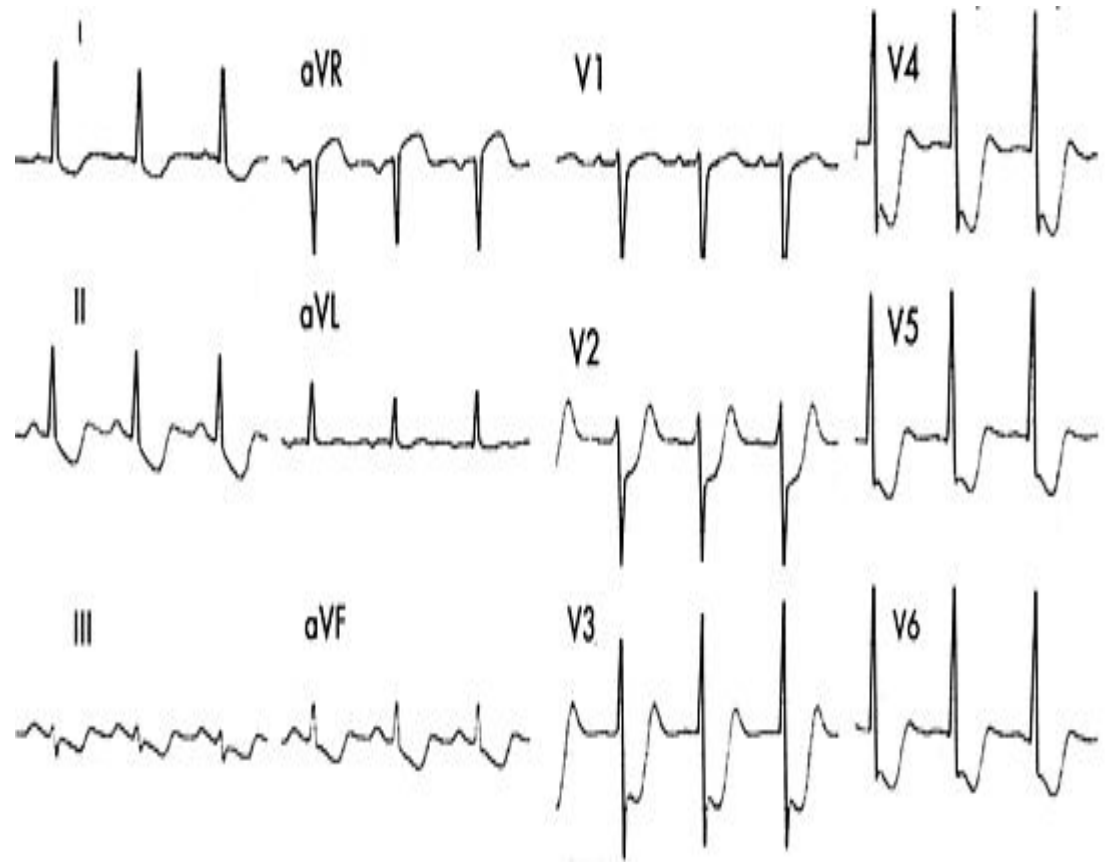
ОКС без подъема сегмента ST

Причины:

- *Нестабильная стенокардия*
- впервые возникшая*
- прогрессирующая*
- постинфарктная*
- вариантная*

Принциметала

- *Мелкоочаговый инфаркт миокарда*



- *Непродолжительный характер боли, купируемый нитратами*
- *Зубец Т уплощен или отрицателен в отведениях с основным зубцом R*
- *ЭКГ в норме*
- *Маркеры повреждения в норме*

Стенокардия

- *Боли, длящиеся более 30 мин, плохо купируемые нитратами*
- *Определение содержания сердечных тропонинов Тi I дважды, через 6-12 часов*
- *Критерий некроза — повышение тропонина по крайней мере в одной из проб*
- *ЭКГ признаки (Разнообразные патологические изменения зубца Т (чаще отрицательный симметричный и заостренный коронарный зубец Т))*

Мелкоочаговый ИМ

Стратификация риска при ОКС без $\uparrow$ ST

Острый риск неблагоприятных исходов при ОКС без $\uparrow$ ST
(оценивается при поступлении и наблюдении в ближайшие 6-12 ч)

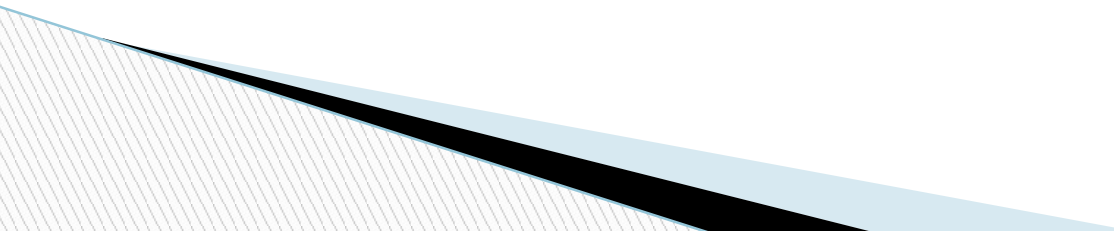
Высокий

- возобновляющаяся стенокардия
- динамические смещения сегмента ST (чем распространеннее, тем хуже прогноз)
- ранняя постинфарктная стенокардия
- $\uparrow$ сердечные тропонины (чем выше, тем хуже прогноз)
- сахарный диабет
- нестабильность гемодинамики
- серьезные аритмии

Низкий

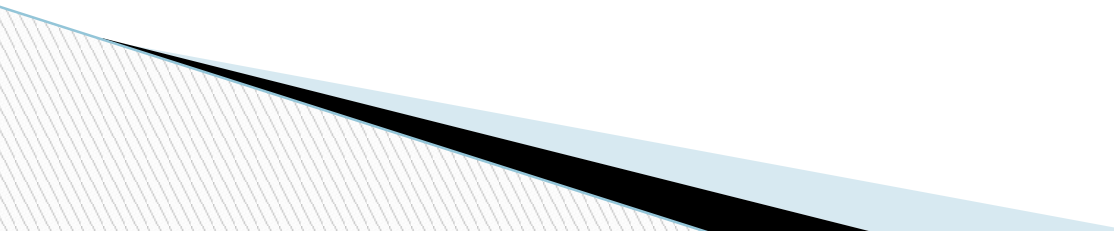
- за время наблюдения ишемия не возобновляется
- нет депрессий сегмента ST
- не $\uparrow$ маркеры некроза миокарда
- нормальный уровень сердечного тропонина при двукратном определении с интервалом минимум в 6 часов

*Решение о необходимости и экстренности проведения коронарографии у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST определяется после проведения стратификации риска по шкале **GRACE**. В момент поступления в стационар у пациента с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST при помощи данной шкалы оценивается риск развития ближайших (в процессе госпитального лечения) негативных сердечно-сосудистых исходов (смерть, инфаркт миокарда) при условии выбора консервативной стратегии лечения.*



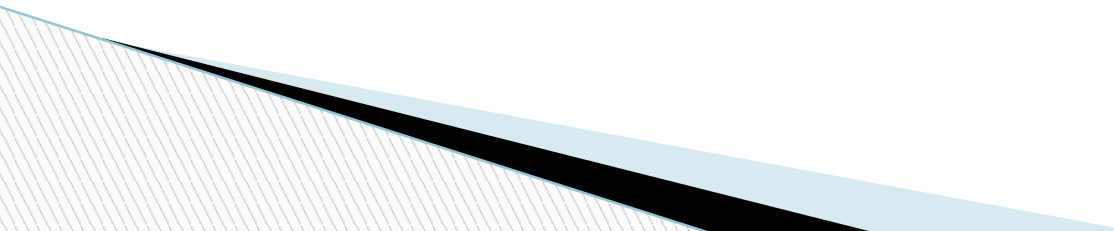
Лечение ОКС без подъема ST

ГЛАВНЫЕ ЦЕЛИ:

- Восстановление или улучшение кровотока в пораженной артерии*
 - Уменьшение или устранение симптомов*
 - Предотвращение осложнений*
- 

Алгоритм лечения

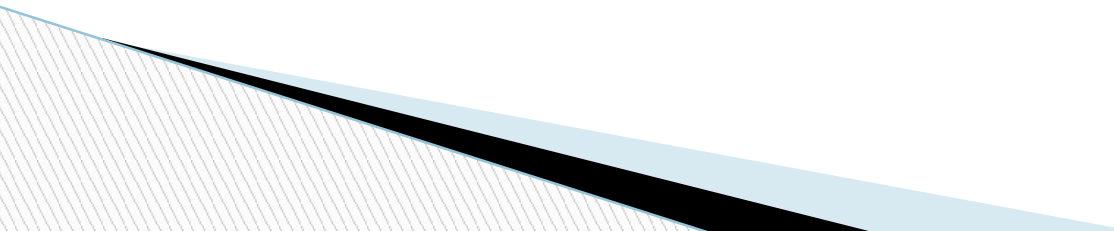
Догоспитальный этап

- Снятие ЭКГ, исключение ИМ*
 - Купирование болевого симптома (при недостаточном эффекте нитратов, вводят наркотические анальгетики в/в морфин 2 мг, каждые 5 мин, максимальная доза 8мг)*
 - Антикоагулянтная терапия (гепарин 12-15 ЕД/кг/час начальная доза подкожно)*
 - Дезагрегантная терапия (аспирин в начальной дозе 160-325 мг)*
 - В-блокаторы (пропранолол 0,5-1 мг в/в)*
- 

Госпитальный этап

- Всех пациентов с ОКС необходимо наблюдать в условиях блока интенсивной терапии как минимум 8 часов*
- В течение 1 суток необходимо проведение КАГ и реваскуляризация миокарда, если это невозможно проводят медикаментозную терапию*
- Обеспечить постельный режим и полный покой*
- Обезболивание-нитроглицерин, при неэффективности-морфин в/в с учетом дозы введенной до госпитализации*
- Мониторинг ЭКГ*
- Гепарин под контролем коагулограммы*
- При наличии признаков дыхательной недостаточности-кислород*
- Наблюдение за пациентом, если не наблюдается ухудшение состояние переводят в кардиологическое отделение, где проводится дальнейшее лечение*

Госпитальный этап

- Пациент продолжает прием аспирином, в-блокаторами, при необходимости нитратами, подключают гиполипидемические средства (статины), кардиопротекторы.*
 - Постоянный контроль ЭКГ, коагулограммы, АД*
 - При сохранение постоянных приступов стенокардии, недостаточности кровообращения, нарушений ритма- необходимо проведение хирургического лечения.*
- 

Клиническая симптоматика ОКС

Физикальное исследование
ЭКГ
Взятие проб крови

Стойкий подъем ST
или «новая» блокада
левой ножки пучка Гиса

Тромболизис или КБА

Медикаментозное лечение

Низкий

Ацетилсалициловая
кислота
Нитраты
 β -блокаторы

Стресс-тест

Отрицательный
(ишемии нет)

Положительный
(ишемия есть)

Коронарография
КБА или КШ

Нет стойкого подъема ST

Ацетилсалициловая кислота
Гепарин (НФГ или НМГ)
Нитраты
 β -блокаторы

Оценка
непосредственного риска

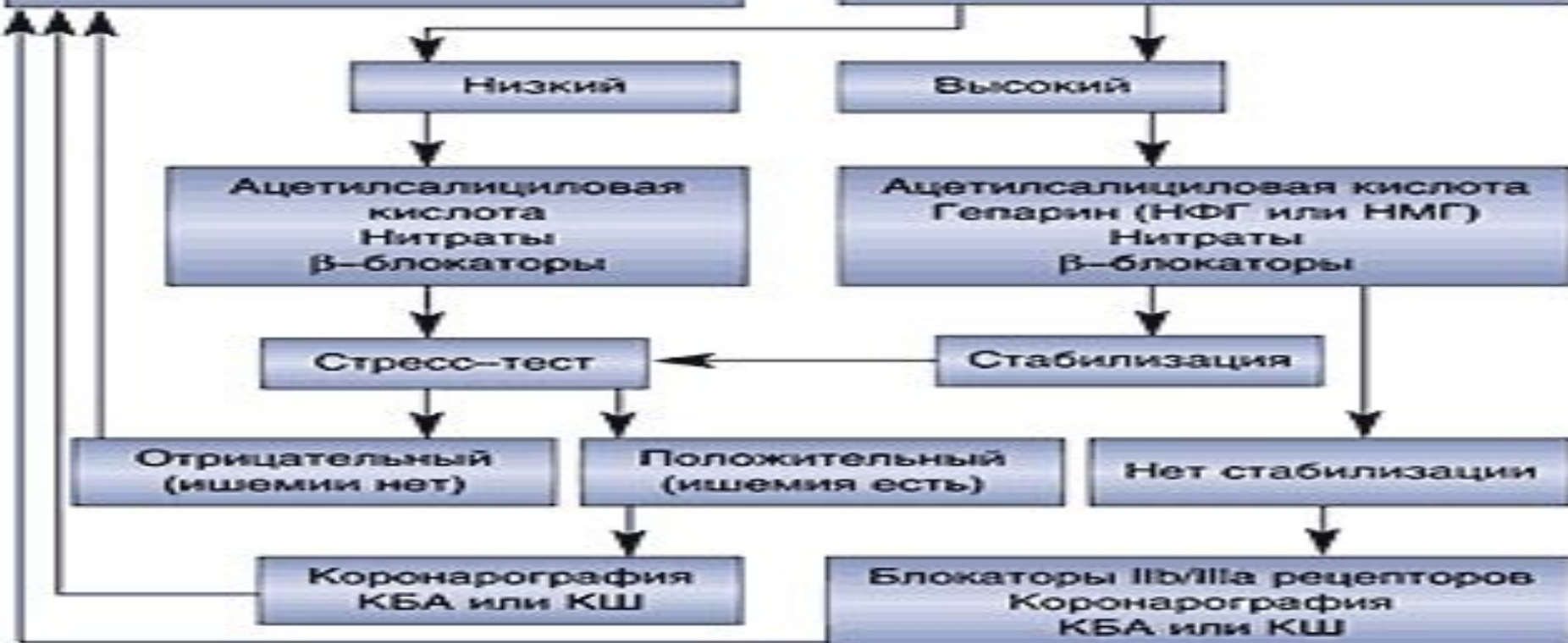
Высокий

Ацетилсалициловая кислота
Гепарин (НФГ или НМГ)
Нитраты
 β -блокаторы

Стабилизация

Нет стабилизации

Блокаторы IIb/IIIa рецепторов
Коронарография
КБА или КШ



ОКС с подъемом сегмента ST

любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ОИМ)

Основные диагностические критерии ИМ:

- Типичная клиническая картина (ангинозный приступ, длящийся более 30 мин, не купирующийся нитроглицерином, иррадирующая боль)
- Данные ЭКГ
- Биомаркеры некроза миокарда

Догоспитальное лечение

- Снять ЭКГ
- Полный покой
- Обезболивание: вводят наркотические анальгетики в/в морфин 2 мг, каждые 5 мин, максимальная доза 8мг)
- Антикоагулянтная терапия (гепарин 12-15 ЕД/кг/час начальная доза подкожно)
- Дезагрегантная терапия (аспирин в начальной дозе 160-325 мг)
- В-блокаторы (пропранолол 0,5-1 мг в/в)
- Ингибиторы АПФ при сердечной недостаточности (каптоприл 50мг в/в)
- Нитраты инфузионно в течение 24 часов при
 - сердечно недостаточности
 - гипертензии
 - обширном переднем инфаркте
 - сохранении ишемии миокарда

Нитраты противопоказаны при брадикардии, при заднедиафрагмальном ИМ, при АД 90 мм.рт.ст.

Лечение на стационарном этапе

- Мониторинг ЭКГ
- Строгий постельный режим в течение 24-48 часов
- Обезболивание морфин 2-4 мг + 10 мл NaCl в/в
- Тромболитическая терапия стрептокиназа 1500000 Ед +100мл NaCl в/в
- Антикоагулянтная аспирин, если не давали до этого

Об эффективности тромболитической терапии свидетельствует снижение сегмента ST на 50% от исходного уровня до начала терапии –признак реинфузии.

Список литературы

- 1) Верткин А.Л., Талибов О.Б.
Острый коронарный синдром // Неотложная терапия. 2004. - N 5-6. - С. 46-58.
- 2) Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации // Приложение к журналу «Кардиология» N 10/ 2001/ - 24 с.
- 3) Шалаев С.В. Догоспитальная диагностика и лечение острых коронарных синдромов // *Consilium medicum. 2002. - Т. 4. - N 3. - С. 144-148.*