



ПЕТА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - СОФИЯ
(основана 1891 г.)

Кардиологично отделение с интензивен и функционален сектор

Тел: (02) 9268 126 Факс: (02) 9268 237 www.4xm.com E-mail: cardio@4xm.com
1233 София, бул. Столетов 67А

ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ БЕЗ ПЕРСИСТИРАЩА ST-ЕЛЕВАЦИЯ

(резюме на американското ръководство от 6 август 2007 г.)

ПЪРВОНАЧАЛНА ОЦЕНКА:

1. Пациенти с гръден дискомфорт, който не е намалял пет минути след приема на таблетка нитроглицерин, се съветват да позвънят на бърза медицинска помощ преди да приемат още нитроглицерин. Пациентите с хронична стабилна ангина могат да приемат максимално до три дози, през пет минути, ако ангинозната симптоматика се повлияе значително от първата доза нитроглицерин. Те също трябва да позвънят на бърза медицинска помощ, ако симптомите не отзвучат напълно.
2. На пациентите с гръдна болка трябва да се направи електрокардиограма в рамките на десет минути от пристигането в спешно отделение. Те трябва бързо да бъдат разделени в една от следните четири групи: пациенти с некардиологична диагноза, пациенти със сигурен остър коронарен синдром, пациенти с възможен остър коронарен синдром, и пациенти с хронична стабилна стенокардия.
3. При пациентите със симптоми, съвместими с тези на острия коронарен синдром, предпочитаният биомаркер е сърдечно-специфичния тропонин.
4. Пациентите с възможен остър коронарен синдром, но с нормална електрокардиограма и нормални биомаркери в продължение на 12 до 16 часа, би трябвало да проведат стрес тест преди изписването от спешното отделение или в рамките на 72 часа след изписването. До теста да бъдат лекувани като за остър коронарен синдром.
5. Пациентите с ниска вероятност за коронарна артериална болест и възможен остър коронарен синдром могат също да бъдат оценени посредством компютър-томографска ангиография вместо със стрес тест.

РАННО ПОВЕДЕНИЕ:

6. Пациенти с нестабилна хемодинамика и тези с продължаващи симптоми трябва да бъдат приети в кардиологично интензивно отделение, докато останалите трябва да бъдат приети в слединтезивно кардиологично отделение.
7. При липса на контраиндикации, перорални бета - блокери трябва да бъдат предписани в рамките на 24 часа от началото на симптоматиката. Венозните бета - блокери трябва да се използват само при специфични показания, но не и като рутинно лечение.
8. Нестероидните противовъзпалителни средства различни от аспирин (незавидимо дали са COX-1 или COX-2 инхибитори) трябва да бъдат спрени при приемането в болницата на пациентите с остър коронарен синдром.
9. Употребата на морфин като аналгетик е била свързана с влошен изход в някои обсервационни проучвания. За това в настоящото ръководство препоръката за неговата употреба при болни с остър коронарен синдром е променена от клас I на клас IIa (от твърдо показан и полезен, на по-скоро показан и полезен).
10. Антитромбоцитна терапия:
 - Аспиринът трябва да бъде предписван на пациентите с остър коронарен синдром колкото е възможно по-рано (ако не е противопоказан) и приемът му да продължи до края на живота. Пациентите с аспиринова алергия, или тези които не понасят аспирин, трябва да се лекуват с клопидогрел.
 - Клопидогрел, в добавка към аспирин, трябва да се започва при пациенти, при които се обсъжда ранна консервативна или ранна инвазивна терапия, но при които вероятността за хирургична болест, изискваща ранна аорто-коронарен байпас операция е ниска.
 - Допълнителната употреба на епителин или тирофибан (агратат) трябва да се има пред вид при високорисковите пациенти, и тези с повишен тропонин, особено когато се очаква инвазивно лечение. Абиксимаб (реопро) не трябва да се използва, освен ако няма клинично значимо забавяне на началото на перкутанната коронарна интервенция. Абиксимаб може да се използва безопасно по време на перкутанна коронарна интервенция при пациенти, при които не са били приложени допълнително други гликопротеин IIb/IIIa инхибитори, и може би, е по-добър от тирофибан при тази група пациенти. Гликопротеин IIb/IIIa инхибиторите осигуряват голяма полза при пациентите с повишен тропонин които се

подлагат на перкутанна коронарна интервенция, дори и при тези, които са лекувани преди това с клопидогрел.

11. Антикоагулантна терапия:

- При пациенти лекувани консервативно, предпочитаният антикоагулант може да бъде 1) **фондапарин** (арикстра - Arixtra), 2) **еноксапарин** (клексан)- за 8 дни или за продължителността на хоспитализацията, ако е под осем дни, или 3) **нефракциониран хепарин** (за 48 часа). Медикаментите са подредени в низходящ ред, като медикаменти на избор.
- При пациентите на инвазивно лечение, употребата на еноксапарин (клексан) и нефракционирания хепарин се подкрепя от най-много данни от клинични проучвания.
- При пациентите, които се подлагат на аорто-коронарен байпас операция, лечението с аспирин трябва да продължи, докато клопидогрела трябва да бъде спряна 5-7 дни преди операцията, а нискомолекулните гликопротеин IIb/IIIa инхибитори (тирофибан и ептитибатид) трябва да бъдат спрени 4 часа преди операцията. Еноксапарина (клексан) трябва да бъде спряна 12-24 часа преди операцията, а фондапарина (Arixtra)- 24 часа преди операцията, и да се започне лечение с нефракциониран хепарин.
- Всички пациенти които се лекуват с венозни гликопротеин IIb/IIIa инхибитори трябва също да получават съпътстващо лечение с нефракциониран хепарин или друг антикоагулант.

12. Ранно инвазивно лечение се предпочита при високорисковите пациенти с персистиращи симптоми или нестабилна хемодинамика, докато при останалите пациенти, според предпочитанията на лекаря или на болния, може да се приложи както ранно консервативно, така и ранно инвазивно лечение. При пациентите оставени на консервативно лечение, които са стабилни в продължение на 12-24 часа, трябва да се направи неинвазивен стрес тест преди изписването.

13. Изборът между хирургично лечение и перкутанна реваскуларизация, който е аналогичен на този при пациентите с хронична стабилна ангина, се определя от коронарната анатомия на пациента, функцията на лявата камера, и наличието или отсъствието на диабет и други придружаващи заболявания.

14. Пациентите с миокарден инфаркт без персистираща ST-елевация, при които по време на ангиографията са установявени напълно запушени съдове, не са имали полза от перкутанната коронарна интервенция (подобно на тези с миокарден инфаркт с персистираща ST-елевация) в проучването ОАТ, и за това, не трябва да се подлагат на перкутанна интервенция от сега нататък.

15. Рискът от смърт или от повторен миокарден инфаркт при пациентите с остър коронарен синдром без персистираща ST-елевация е по-

висок през първите два месеца и се връща към обичайния риск на болните със стабилна коронарна артериална болест през третия месец. Нискорисковите и напълно реваскуляризираните пациенти трябва да се проследяват на всеки 2-6 седмици, докато високорисковите пациенти трябва да се подложат на преоценка в рамките на 2 седмици.

16. Всички пациенти преживели остър коронарен синдром трябва да получават аспирин, статин, бета - блокер, и клопидогрел (последният в продължение, най-малко, на една година). Инхибиторите на ангиотензин-конвертиращият ензим (или ангиотензин-рецепторните блокери) трябва да бъдат започнати при пациенти с намалена левокамерна помпена функция, сърдечна недостатъчност, хипертония, или диабет. Тези медикаменти е най-добре да се започнат още по време на болничния престой, понеже лечението трябва да продължи неопределено дълъг период от време. Прицелната стойност на артериалното налягане при пациентите преживели остър коронарен синдром трябва да бъде под 140/90 mm Hg. за всички пациенти, с изключение на пациентите с диабет и хронична бъбречна недостатъчност, за които прицелните стойности са под 130/80 mm Hg.
17. Хормонално-заместително лечение не трябва да се започва при пациенти с остър коронарен синдром. Ако пациентите са били на такова лечение към момента на възникването на острия коронарен синдром, то те трябва да бъдат посъветвани да го преустановят.
18. Пациентите с диабет, по време на болничния престой, трябва да бъдат подложени на агресивно лечение за постигане на гликемичен контрол. Останалите диагностични и лечебни вмешательства трябва да се осъществяват по същия начин както и при недиабетиците.
19. При лечението на възрастни пациенти, и на такива с нарушена бъбречна функция, трябва да се обръща специално внимание на лекарственото дозиране, във връзка с променената фармакодинамика на лекарствата при тези групи пациенти.
20. При възвръщането към обичайната активност на пациентите, трябва да се ръководим по резултатите от симптом-лимитирана работна проба с физическо натоварване. Тя може да се осъществи в рамките на 1-2 седмици след коронарна реваскуларизация. Пациентите трябва да се окуражават да ходят, или да се занимават с други физически дейности, в продължение на 30-60 минути всеки ден. Пациентите с неусложнен остър миокарден инфаркт без персистираща ST-елевация, могат да започнат да шофират отново в рамките на 1 седмица от изписването. Пациентите с усложнен инфаркт, трябва да отложат шофирането за след 2-3 седмици, след изписването.

Превод: Д-р Венцислав Мирчев (Пета МБАЛ София)