

Уважаемые коллеги,

Вашему вниманию предлагается адаптированный вариант рекомендаций по ведению больных с **ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ** на разных этапах оказания помощи:

I. Первый контакт больного с врачом

Сильная боль в последние 48 часов :

1. **Аспирин** (если не получает) 250-500 мг - разжевать
2. **Нитроглицерин** - при сохраняющейся боли
3. **Бета-блокатор** внутрь [при отсутствии противопоказаний - гипотония, брадикардия, застойная сердечная недостаточность(СН)]:
4. Принять меры к ликвидации факторов, усугубляющих ишемию (гипертензия, СН,аритмия)
5. Постельный режим,
6. Экстренная госпитализация

Сильной боли в последние 48 часов не было:

1. **Аспирин** (если не получает),
2. **Нитраты и бета-блокатор** внутрь,
3. Госпитализация для обследования и лечения, но не обязательно в экстренном порядке(!).

II. Скорая помощь

(вызов по поводу загрудинной боли)

1. Срочная госпитализация (не тратить время на вызов спец.бригады!),
2. **Аспирин** (если не получает) 250-500 мг - разжевать,
3. **Морфин** в/в при отсутствии эффекта от нитратов,
4. При возможности регистрация ЭКГ,
5. При отсутствии противопоказаний **нефракционированный гепарин (НФГ)** в/в болюс 5000 ед в случае подъема сегмента ST на ЭКГ (при возможности рекомендуется "ранний" тромболитизис уже на этапе скорой помощи),
- **низкомолекулярный гепарин (НМГ)** -фраксипарин п/к при депрессии ST и наличии противопоказаний к введению гепарина,
6. Принять меры к ликвидации факторов, усугубляющих ишемию (гипертензия, СН,аритмия).

III. Приемное отделение

1. **Аспирин** (если не был назначен) 250-500 мг - разжевать,
2. **Морфин** в/в при отсутствии эффекта от нитратов,
3. Регистрация ЭКГ,
4. При подъеме сегмента ST- гепарин, тромболитизис (если не проводился ранее, есть препараты и подготовленный персонал)
5. Принять меры к ликвидации факторов, усугубляющих ишемию (гипертензия, СН,аритмия),
6. Направление в кардиологическое (терапевтическое) отделение.

IV. Блок интенсивной терапии (если таковой есть) или кардиологическое (терапевтическое) отделение

1. **Аспирин** (если не был назначен) 250-500 мг - разжевать, в дальнейшем - поддерживающая доза для длительного приема : 75-325 мг
альтернатива аспирину (противопоказания, непереносимость) - а) **тиклопидин (тиклид)**, "нагрузочная" доза составляет 500 мг внутрь, затем по 250 мг (контроль тромбоцитов и лейкоцитов); б) **клопидогрель (плавикс)**, нагрузочная доза -300 мг, затем 75 мг в сутки.
2. Регистрация ЭКГ в дальнейшем ЭКГ -мониторирование
3. Введение тромболитиков (при подъемах ST)

4. Введение гепарина (при отсутствии подъема ST):

а) **нефракционированный гепарин (НФГ)** - 5000 ед. болюс в/в (если не вводили), инфузия 24-32 тыс. в сутки (контроль АЧТВ каждые 6 часов), через 48 часов возможен переход на п/к введение по 12500 через 2 часов на 1-3 дня, общая длительность применения НФГ от 2 до 5 суток (в зависимости от достижения стабилизации состояния).

б) **низкомолекулярные гепарины (НМГ)** п/к- до 8 суток.

пример- **надропарин (фраксипарин)**: болюс в/в струйно 86 МЕ/кг, затем по 86 МЕ/кг (в среднем шприц по 0,6 мл) через 12 час только (!) п/к.

5. Обеспечить постельный режим

6, **Бета-блокаторы** в/в (если не применялись ранее), затем внутрь, увеличивая дозу до достижения ЧСС в интервале 50-60 в мин.

пример: **пропранолол**- начальная доза в/в 0,5-1 мг, через 1 час внутрь 40-80 мг каждые 4 час, макс. сут. доза - 360-400 мг

метопролол - начальная доза в/в 5 мг в течение 1-2 мин, с повторением каждые 5 мин до общей дозы 15 мг, через 15 мин. внутрь 50 мг каждые 6 час. в течение 48 час., обычная поддерживающая. сут. доза - 200-300 мг.

атенолол - начальная доза в/в 5 мг, через 5 мин еще 5 мг в/в, затем через 1-2 час внутрь 50-100 мг, с последующим приемом 50-100 мг 1-2 раза в сутки, макс. сут. доза - 400 мг.

7. Эффективное обезболивание с использованием в/в **морфина**

8. При сохранении ишемических эпизодов (и/или "коронарной" боли) **инфузия нитратов**, доза титруется до исчезновения симптомов или появления гипотонии или головной боли.

9. Перевод в отделение при стабилизации состояния и прекращении инфузии НФГ.

V. Отделение (после перевода из палат интенсивной терапии)

1. Продолжение приема **аспирина (тиклида или плавикса), бета-блокаторов**, при необходимости (стенокардия) **нитратов**

2. Начало применения **статинов**

3. Симптоматическая терапия

4. Стресс-тест(велоэргометрия или тредмил) для оценки эффективности антиангинальной терапии и определения рекомендаций по режиму (при условии стабилизации состояния)

5. Сохранение стенокардии, наличии признаков недостаточности кровообращения, аритмии- направление пациента в учреждение, осуществляющее ангиографию с целью возможной реваскуляризации.

VI.Амбулаторный этап

1. Безусловный отказ от курения

2. Диета

3. Регламентация двигательной активности

4. **Бета-блокаторы**

5. Дезагреганты (**аспирин, тиклид, плавикс**)

6. **Статины** (целевой уровень общего холестерина - 5,0 ммоль/л)

7. Нитраты по показаниям (стенокардия)

8, **Ингибиторы АПФ** (любые при недостаточности кровообращения, без ее признаков целесообразность назначения показана для рамиприла)

Главный внештатный кардиолог МЗО,
профессор И.М.Соколов

