

ХНУ імені В.Н. Каразіна  
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної  
реабілітації

## Гострий коронарний синдром



- Асистент Сапричова Л.В.
- 2021



Дисліпідемії та гіпо  
go.mywebinar.com

## Актуальність проблеми в Україні

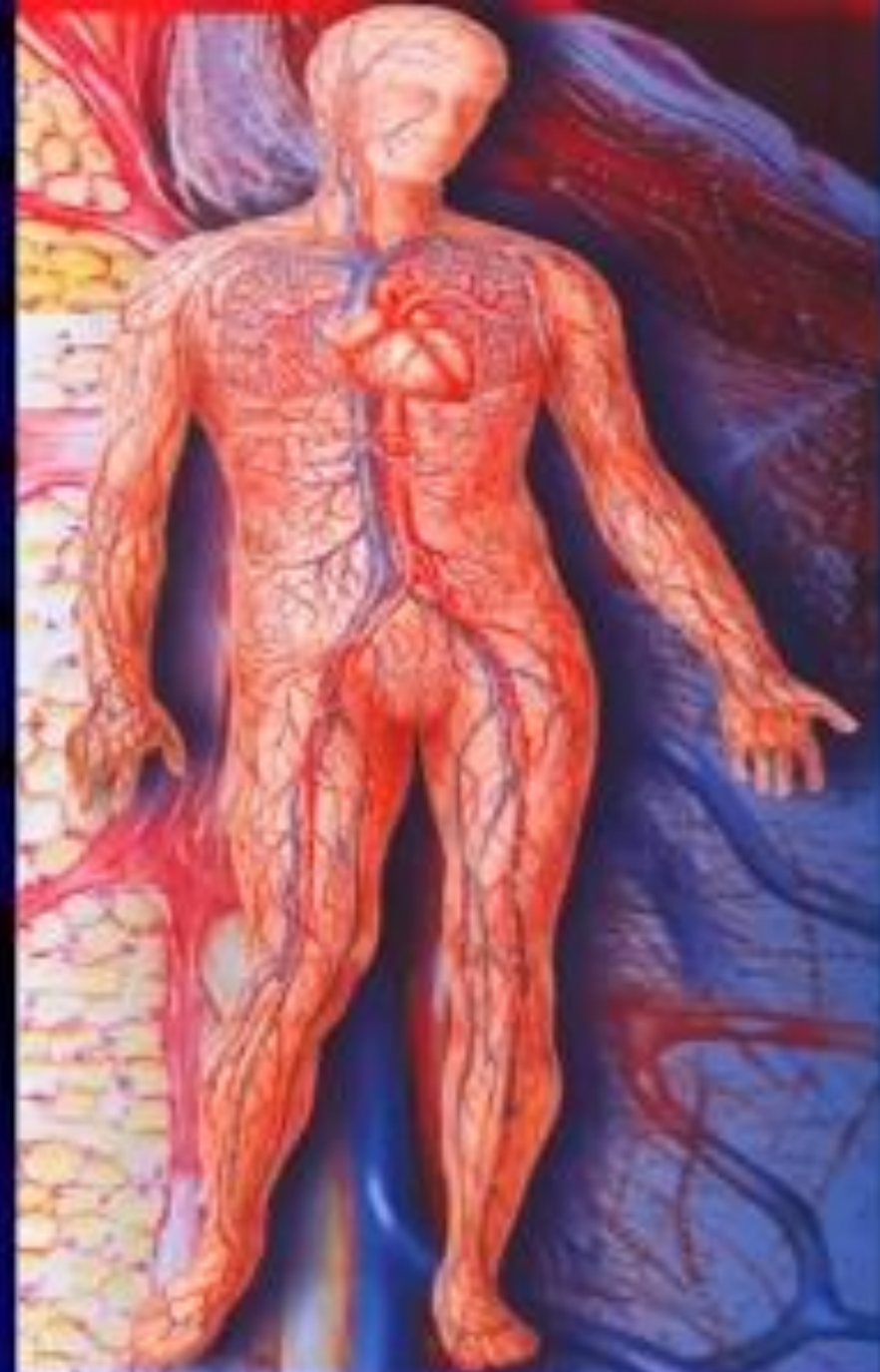


: 10,4 млн хворих на ІХД  
: 7,7 млн хворих на ІХД  
: 1 млн хворих на ХСН  
: 2 млн хворих на ЦД



Щорічно реєструється 500 000  
та 146 000 інсультів

Кожні 3 хвилини реєструється  
кожні 10 хвилин — інфаркт



**Смертність від серцево-  
судинної патології серед  
дорослого населення України:**

**37960 людини помирають кожний місяць**

**1265 людини помирають кожний день**

**53 людини помирають кожну годину**

**1 людина – кожну хвилину!**



# Гострий коронарний синдром

- Нестабільна стенокардія

- ГКС без елевації ST

- ГКС з елевацією ST

Подібна патофізіологія

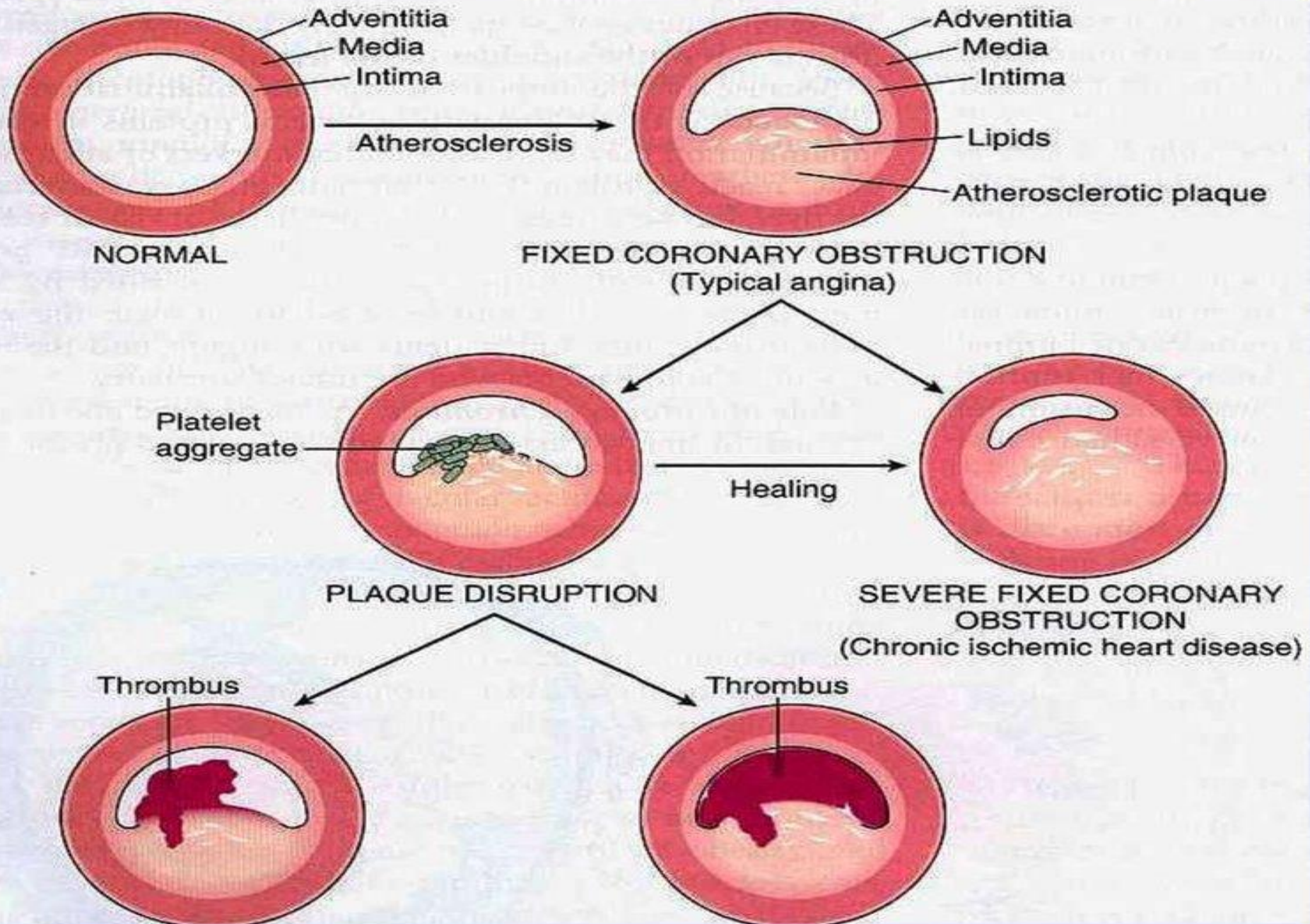
Подібна клініка і рання тактика лікування

ГКС з елевацією ST вимагає вирішення питання ранньої реперфузійної терапії

# Фактори ризику

- Куріння
- АГ
- Цукровий діабет
- Дисліпідемія
  - Низькі ЛПВГ < 40
  - Підвищені ЛПНЩ і ТГ
- Обтяжена спадковість
- Вік-  $\geq 45$  для чоловіків /55 для жінок
- Хронічна хвороба нирок
- Гіподинамія
- Ожиріння
- Зловживання алкоголем









# АТЕРОТРОМБОЗ – ГОЛОВНИЙ ФАКТОР РАЗВИТКУ ГКС І ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІХС



# Клініка «типового» ГКС

- Інтенсивний тривалий біль
- За грудниною, типова іррадіація
- Стискаючий, давлячий
- Загальна слібкість
- Задихка
- серцебиття

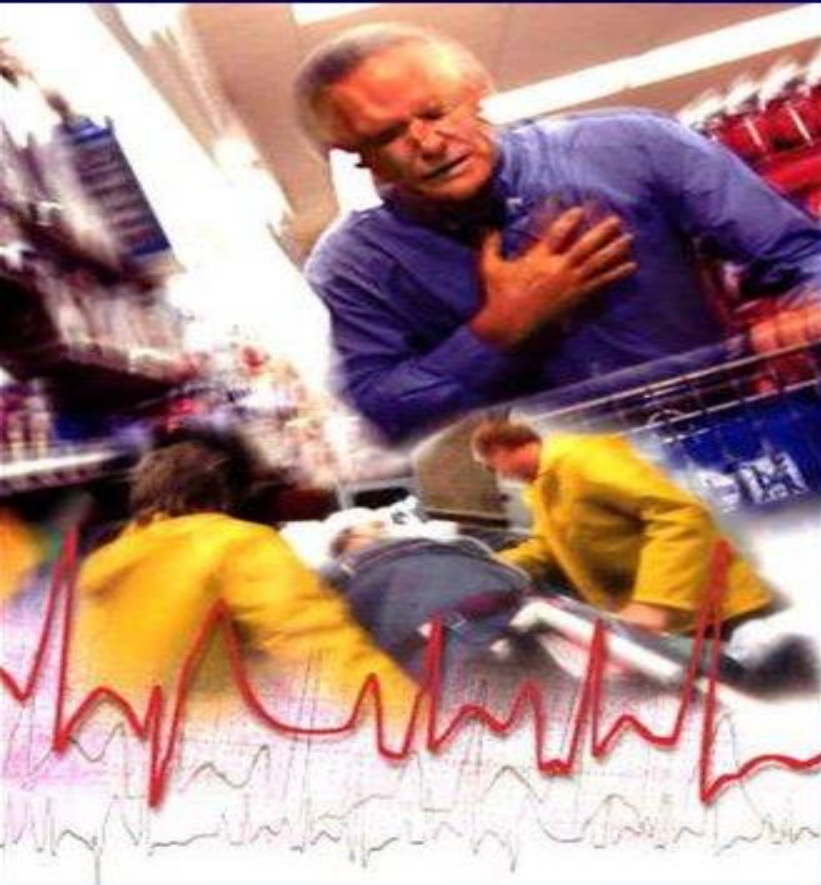


# Атипові форми

- Болі іншої локалізації
- Іншого характеру (пекучі, тощо)
- Безбольова (асматична, аритмічна)
- Церебральна
- Колаптоїдні форми



# Клінічні прояви



- Інтенсивні за груди́нні болі стискаючого характеру, які виникають після фізичного навантаження і емоційного напруження і зменшуються через 5 хв. після відпочинку, або прийому нітрогліцерину.
- Такі симптоми, як гострий , або кинджальний біль, який виникає під час дихання , або кашлю , відчуття дискомфорту в середній, або нижній частині живота, біль в ділянці верхівки серця, який появляється при пальпації, біль який виникає при рухах грудної клітини і рук, не характерні для ішемії міокарду.



# Нестабільна стенокардія

Клінічний синдром, який характеризується

- клініко-інструментальними ознаками ГКС,
- наявністю характерного больового синдрому
- динамікою ЕКГ (без елевації сегмента ST)
- відсутністю маркерів пошкодження.

## КЛІНІЧНІ ФОРМИ ПОЧАТКУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

1. АНГІНОЗНА (КЛАСИЧНА) ФОРМА (понад 50% випадків)
2. АСТМАТИЧНА ФОРМА (близько 10-15% випадків)
3. АБДОМІНАЛЬНА ФОРМА (5-7% випадків)
4. ЦЕРЕБРАЛЬНА ФОРМА (10-20% випадків)
5. АТИПОВА ПЕРИФЕРИЧНА БОЛЬОВА ФОРМА (5-7% випадків)
6. АРИТМІЧНА ФОРМА (понад 10% випадків)
7. БЕЗСИМПТОМНА ("НІМА" ФОРМА) (10-20% випадків)
8. ЗМПШАНА ФОРМА (комбінація п.2-7)



# ЕКГ діагностика

ST елевація або нова БЛНПГ  
ГКС з елевацією ST

ST депресія або динамічна  
інверсія Т зубця  
ГКС без елевацією ST

Неспецифічні ЕКГ зміни  
Нестабільна стенокардія

## ACS with persistent ST-segment elevation



Adapted from Michael Davies

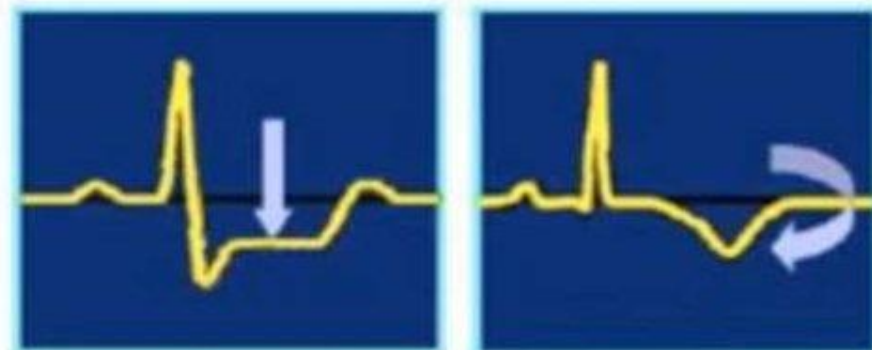


Troponin elevated

## ACS without persistent ST-segment elevation



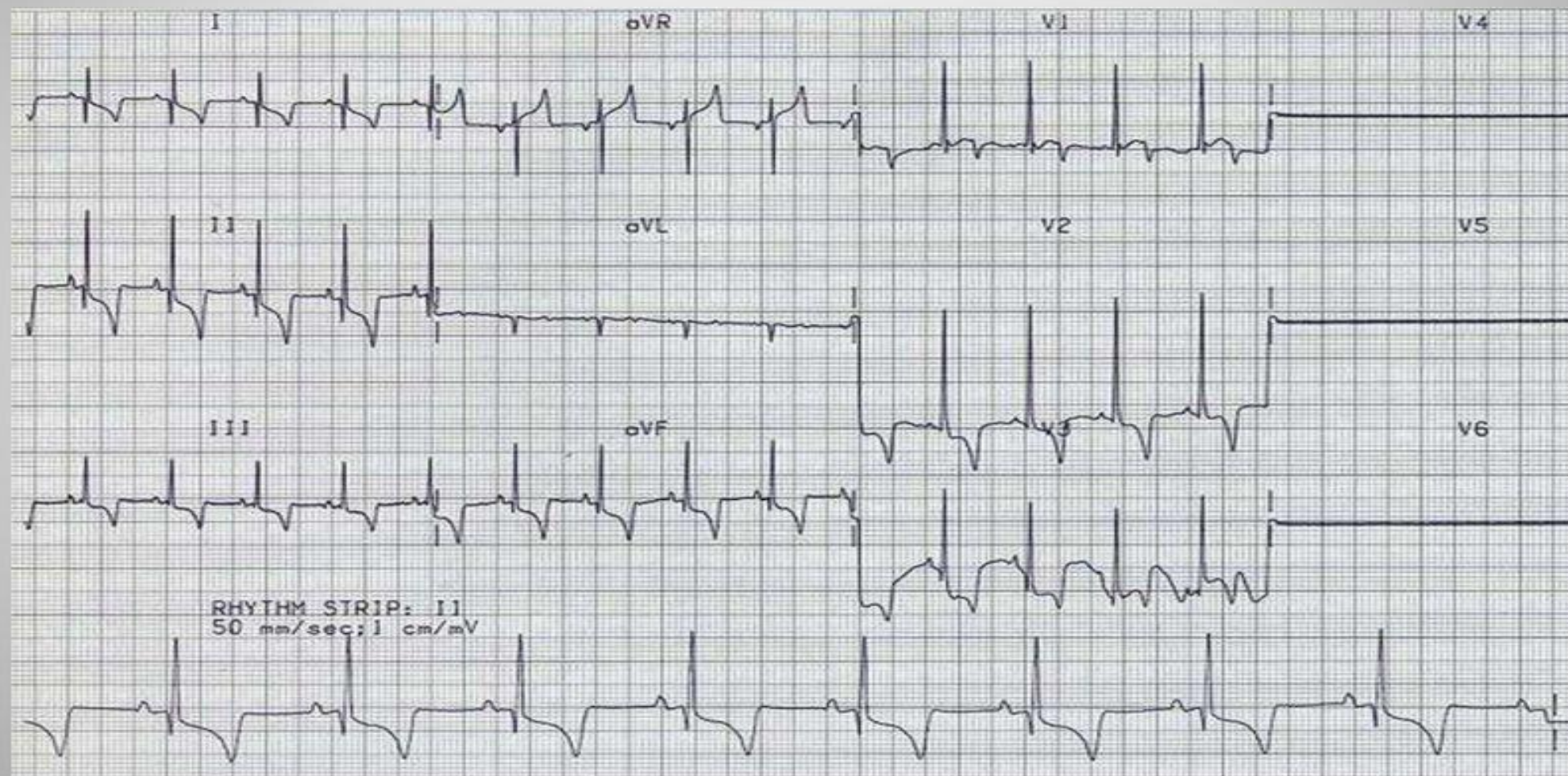
Adapted from Michael Davies



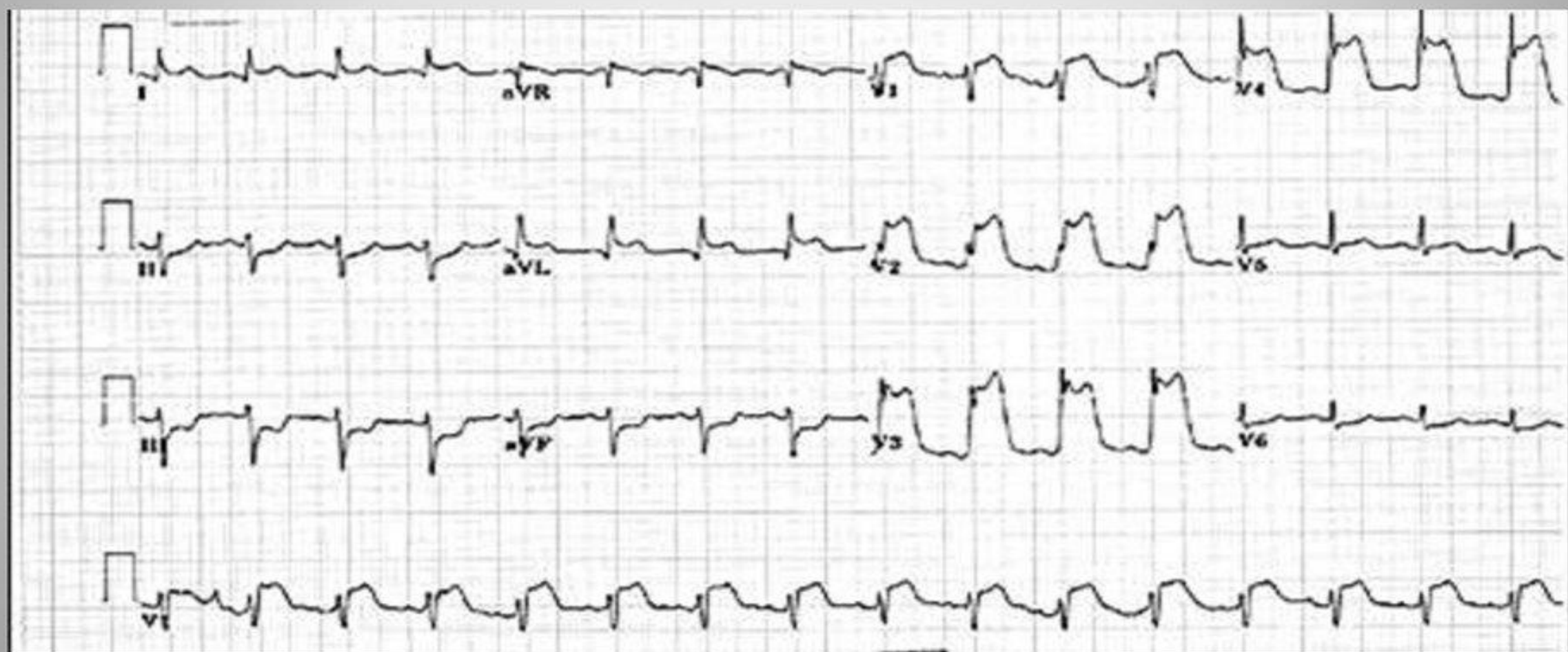
Troponins elevated or not



# ДЕПРЕСІЯ ST І ІНВЕРСІЯ ЗУБЦЯ Т

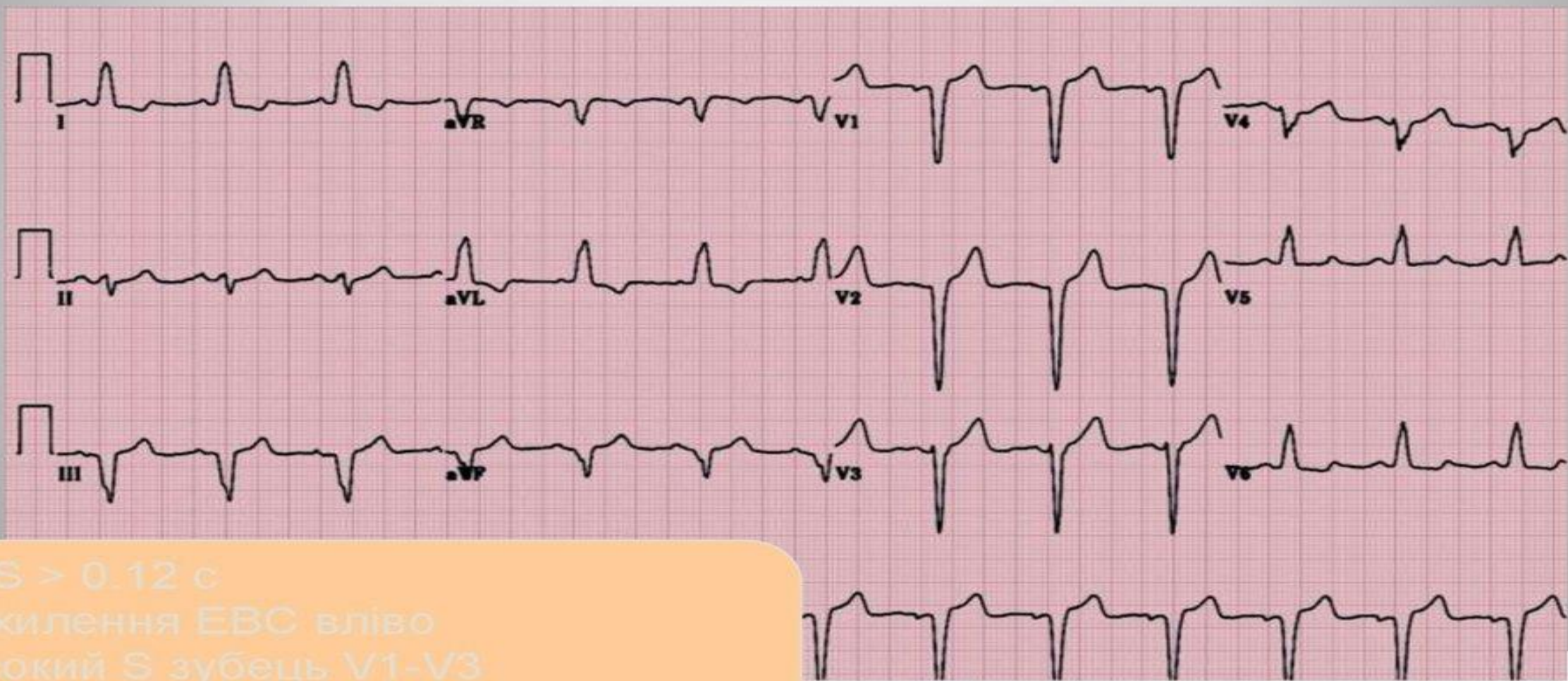


# ЕЛЕВАЦІЯ СЕГМЕНТУ ST





# Нова блокада лівої ніжки пучка Гіса



QRS > 0.12 с  
Відхилення ЕБС вліво  
Високий S зубець V1-V3  
Високий R зубець I, aVL, V5-V6  
з інверсією зубця T



# Кардіальні біомаркери

## ■ Тропонін (T, I)

- Специфічний і чутливий
- Зростає через 3-4 год після розвитку ІМ
- Може утримуватися впродовж 2 тижнів
- Повторювати визначення потрібно, якщо попередній результат був нормальний, через 6-12 годин
- Може підвищуватися при розшаровуючій аневризмі аорти, емболії легень, міокардиті, дерматоміозиті

## ■ МВ КФК

- Зростає через 4-6 год після ІМ, пік на 24 год
- Зберігається високим протягом 36-48 год
- Хибно позитивні результати при надмірних фізичних навантаженнях, міозитах, травмах, дерматоміозиті





## ЛІКУВАННЯ ІМ: ПЕРША ДОБА

### "CHAIN OF SURVIVAL" – «ЛАНЦЮГ ВИЖИВАННЯ»

Інформація  
для людей з  
ІХС, АГ, ЦД

Транспортування  
НГ, ASA  
анальгезія

В/в доступ, ЕКГ,  
ферменти, ЕхоКГ

Антитромботи-  
чні пр-ти, кисень,  
 $\beta$ -АБ

ЧАС!

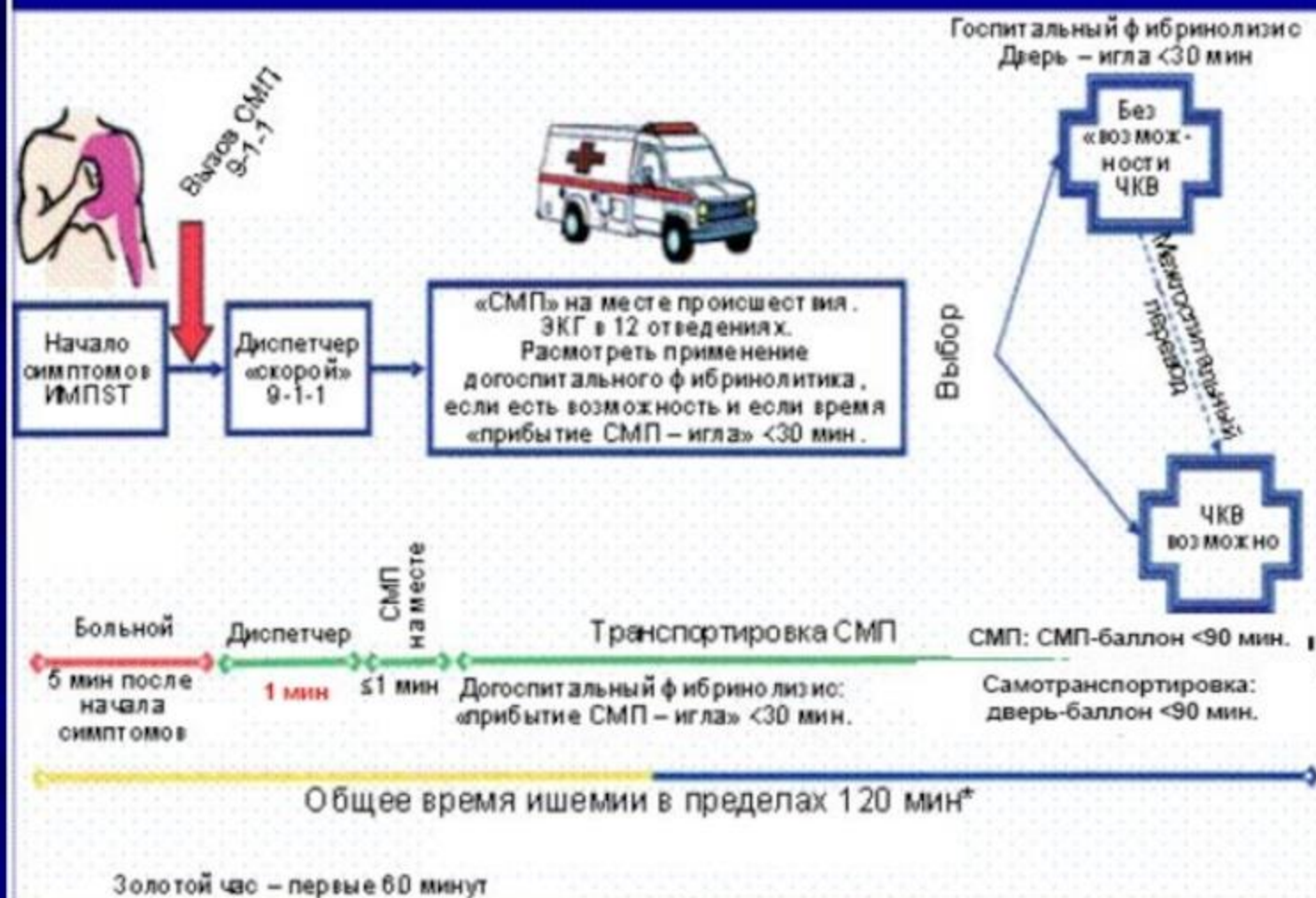
ПАЦІЄНТ З ГОСТРИМ ІМ

Лікування:

- порушень ритму і провідності
- кардіогенного шоку
- набряку легень

ІАПФ  
Статини

Тромболізис ST  $\uparrow$   
Черезшкірна або  
хірургічна реперфузія





# Чотири фази лікування

## Невідкладні заходи

- Основні завдання цієї фази надання допомоги полягають у швидкому встановленні діагнозу, знятті болю, профілактиці або лікуванні ускладнень захворювання (гемодинамічних та аритмічних).

## Ранні заходи

- Принципове завдання цієї фази – якомога швидший початок реперфузійної терапії для обмеження розмірів інфаркту, запобігання розширенню зони некрозу (extension) та раннього ремоделювання (expansion).

## Подальші заходи з метою подолання ускладнень, які виникають пізніше

## Оцінка ризику та заходи з метою профілактики прогресування ішемічної хвороби серця, нового інфаркту, серцевої недостатності і смерті.



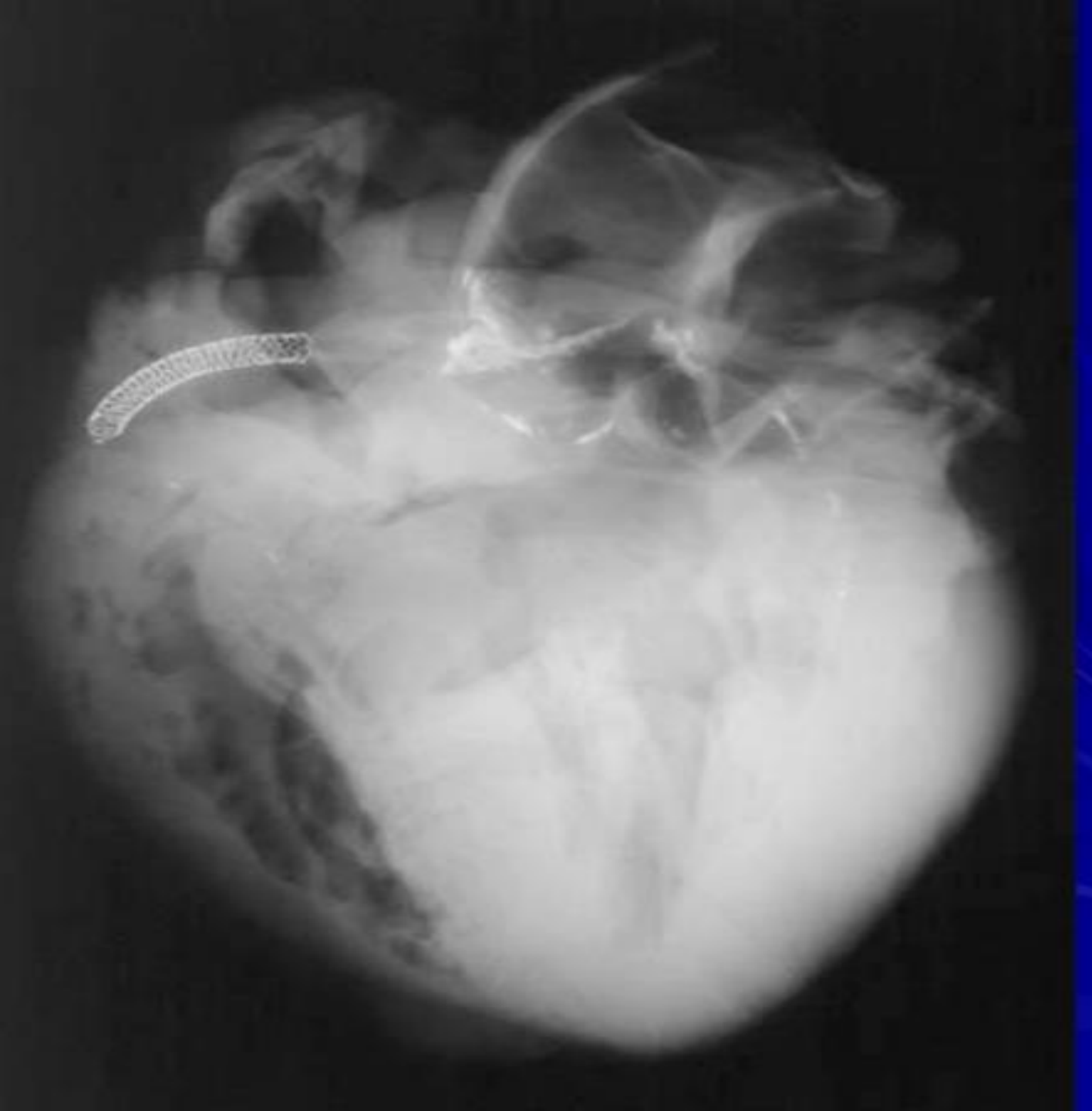
# Зменшення болю, задишки і збудження

- Внутрішньовенні опіоїди (від 5 до 10 мг морфіну) з додатковими дозами по 2 мг з інтервалами по 5 хв (контроль дихання).
- Кисень (2–4 л/хв) при задишці або серцевій недостатності.
- Розглянути необхідність внутрішньовенного введення  $\beta$ -адреноблокаторів або нітратів, якщо після застосування опіоїдів біль не проходить.
- Корисним може бути введення транквілізаторів.
- Не використовувати для зменшення болю інгібітори циклооксигенази.



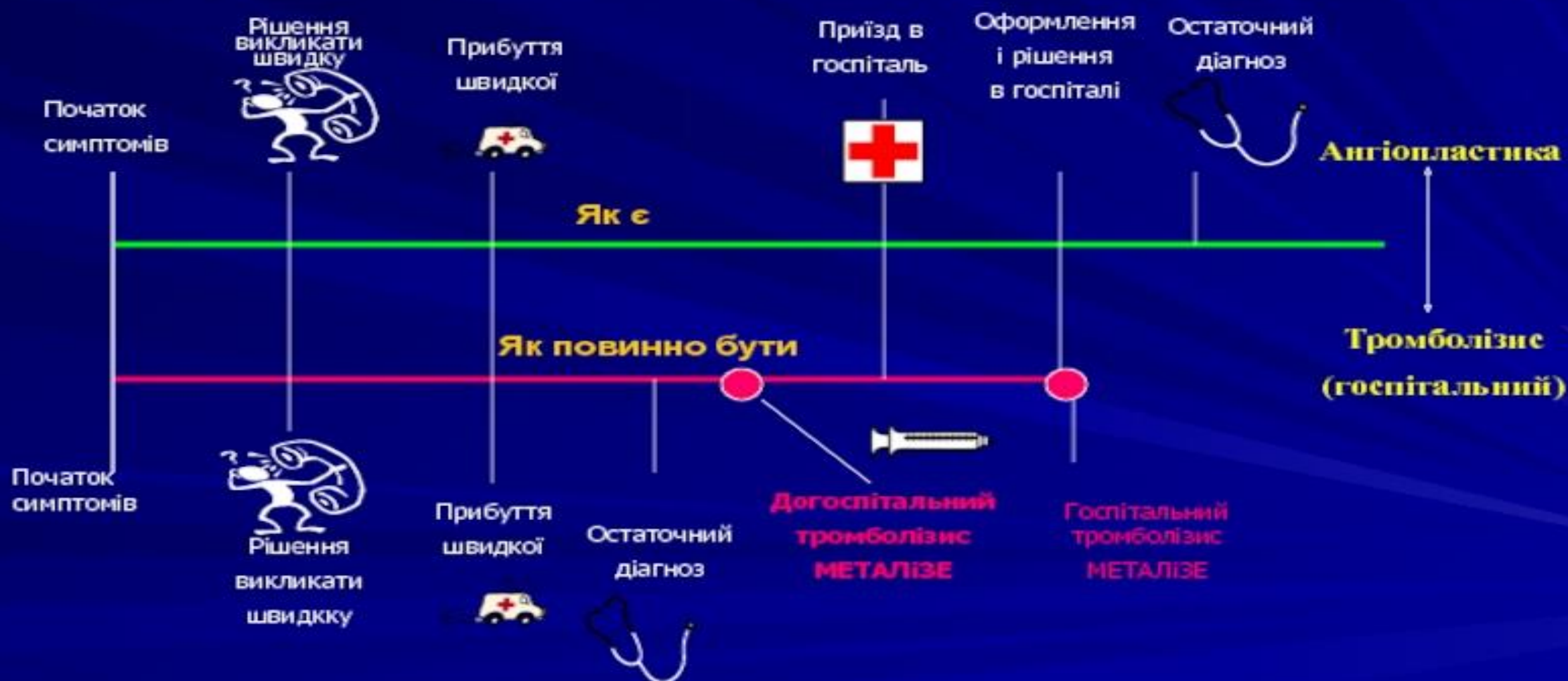
## Рутинні засоби профілактичної терапії у гострій фазі захворювання

- Аспірин 150-325 мг (форма без оболонки), потім 75-100 мг/добу (кишковорозчинна форма)
- Клопідогрель 300 мг (якщо немає ризику кровотечі) одноразово, потім 75 мг/добу
- Пероральний бета-блокатор: усім пацієнтам без протипоказань
- ІАПФ перорально: усім пацієнтам без протипоказань
- Нітрати за наявності післяінфарктної стенокардії чи лівошлуночкової недостатності





# Зміни в лікуванні ІМ в Європі після 2000 року



# Фібринолітична терапія

- Реальна мета – починати фібриноліз протягом 90 хв від моменту звертання пацієнта за медичною допомогою («від звертання до введення голки»)
- або протягом 30 хв після госпіталізації («від дверей до введення голки»).



# Сучасні доступні тромболітики



## Третя генерація тромболітиків

тенектеплазе (TNK-tPA) *Metalyse*

## Друга генерація тромболітиків

альтеплазе - рекомбінантний тканинний активатор плазміногену *Actilyse* (t-PA or rt-PA), ретеплазе (rPA)

## Перша генерація тромболітиків

стрептокіназа, урокіназа, аністреплазе

# Фібринолітична терапія.

- При наявності можливості тромболітичної терапії (ТЛТ) - рекомендується проводити на догоспітальному етапі. Ціль – ініціація фібринолізу протягом 90 хв від моменту його початку або 30 хв після госпіталізації.
- ТЛТ не проводять, якщо від моменту ангінозного нападу пройшло більш 12 годин за винятком продовження нападів ішемії. (біль, подйом сегмента ST). Пацієнтам літнього віку ТЛТ проводять при віддобуності можливості виконати механічну реперфузію.