Что улучшает прогноз при остром инфаркте миокарда?

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) является одним из наиболее опасных заболеваний, поскольку даже в развитых странах он завершается смертельным исходом у каждого третьего пациента. Улучшение прогноза у таких больных может быть достигнуто только при четкой организации помощи на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Целью настоящей публикации является обзор современных методов терапии ОИМ с позиций доказательной медицины.

Догоспитальный этап

Организационные и образовательные мероприятия

Важность догоспитального этапа в диагностике и лечении ОИМ обусловлена тем, что 50% всех летальных случаев приходится на первые 60 мин начала заболевания. Критерием адекватности догоспитальной помощи служит время от момента первого контакта с медицинским персоналом до проведения реперфузии. Догоспитальная помощь считается адекватной, если этот промежуток не превышает 2 ч, причем в развитых странах существует тенденция к его уменьшению до 30 мин (если предполагается тромболизис) или 90 мин (если предполагаются перкутанные вмешательства на коронарных артериях) (R. Welsh, P. Armstrong, 2010). Тем не менее количество пациентов, которым реперфузия проводится с задержкой, даже в развитых странах превышает 50%.

По результатам исследований GRACE и данным регистров Worcester, NRMI и Minnesota, включивших в общей сложности свыше 374 тыс. больных, установлен ряд клинико-демографических факторов, которые ассоциируются с задержкой реперфузионной терапии. К ним относят пожилой возраст, женский пол (из-за предубеждения, что ОИМ – «мужская» болезнь), появление симптомов в ночные часы или выходные дни, наличие в анамнезе сахарного диабета, стенокардии напряжения, сердечной недостаточности, артериальной гипертензии.

В последнее время много внимания уделяется образовательным программам для населения, в рамках которых формируется представление о правильном поведении при развитии ОИМ. В частности, важность таких программ продемонстрировало исследование REACT, в котором популяцию жителей 20 городов США в течение 18 мес обучали необходимым действиям при появлении боли в грудной клетке.

К обязательным элементам обучения относят информирование населения (особенно лиц старше 35 лет) о необходимости приема ацетилсалициловой кислоты (АСК), если длительность болевого синдрома в грудной клетке превышает 10 мин либо если отсутствует купирующий эффект нитроглицерина.

Следует акцентировать внимание на том, что прием АСК способен на 25% уменьшать риск смерти, в то время как у нитроглицерина такой эффект отсутствует (G. Khan, 2007).

Диагностика ОИМ

Распознавание ОИМ на догоспитальном этапе должно базироваться на наличии клинических и электрокардиографических (ЭКГ) признаков.

Основным клиническим признаком, позволяющим предположить ОИМ, является типичный болевой синдром. Ему свойственны следующие особенности: 1) центральная (загрудинная) локализация боли с иррадиацией в руки, шею, нижнюю челюсть, под левую лопатку; 2) длительность свыше 20 мин; 3) отсутствие купирующего эффекта нитроглицерина.

Однако известно, что описанная клиническая картина наблюдается менее чем у половины пациентов с ОИМ, причем всего 20% больных описывают все перечисленные особенности болевого синдрома (M. Thuresson et al., 2005).

Атипичный ОИМ, при котором болевой синдром отсутствует или выражен слабо, может протекать по двум клиническим сценариям:

– бессимптомно (что особенно характерно для пациентов с сопутствующим сахарным диабетом) или в виде периферической формы, когда боль наблюдается только в зоне иррадиации;

– с доминированием рефлекторных реакций (гастралгическая форма) либо осложнений – аритмических (аритмическая форма) или гемодинамических (астматическая и церебральная формы).

Атипичное течение ОИМ чаще встречается у женщин. Им, в частности, свойственны некоторое преувеличение выраженности болевого синдрома, периферическая форма ОИМ, появление тошноты и рвоты (M. Thuresson et al., 2005).

Перечисленные клинические особенности объясняют ключевую роль ЭКГ-исследования для диагностики ОИМ.

Наиболее важным ЭКГ-признаком ОИМ служит элевация сегмента ST – показание для проведения реперфузионной терапии.

Критериями ОИМ с элевацией сегмента ST (STEMI) служат:

1) подъем сегмента ST (в точке J) >0,2 мВ в ≥2 смежных прекардиальных отведениях с V_1 по V_3 или >0,1 мВ в ≥1 в других отведениях;

или:

2) остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса (устанавливают, сопоставляя с клиническими и архивными ЭКГ-данными).

В отсутствие элевации сегмента ST в последующем (на стационарном этапе) показано определение биохимических (кардиоспецифических) маркеров – плазменной концентрации МВ-фракции креатинфосфокиназы либо тропонинов Т или I. Повышение уровня этих маркеров свидетельствует в пользу ОИМ без элевации сегмента ST (NSTEMI), их нормальная концентрация – в пользу нестабильной стенокардии. Подавляющему большинству таких пациентов реперфузионная терапия не показана.

Поскольку наличие патологического зубца Q также не является критерием необходимости проведения реперфузии, выделение ОИМ с зубцом и без зубца Q имеет ограниченную ценность.

Терапия ОИМ

Правильная организация терапии ОИМ на догоспитальном этапе предполагает специальное обучение не только персонала скорой помощи, но и работников диспетчерской службы соответствующих станций (R. Welsh, P. Armstrong, 2010). Если, по мнению диспетчера, вероятность ОИМ у обратившегося лица высока, нужно дать следующие рекомендации (G. Khan, 2007):

1) обязательно дождаться приезда бригады скорой помощи, не предпринимая самостоятельных попыток транспортировки в стационар;

2) разжевать таблетку АСК, содержащую 162-325 мг активного вещества (таблетки АСК, покрытые защитной оболочкой, использовать нельзя!) (класс IIa, уровень доказательства С).

Важно обратить внимание больного или его родственников на то, что прием препарата противопоказан, если в прошлом отмечались аллергические реакции на АСК или другие нестероидные противовоспалительные средства.

В обязанности специалистов бригады скорой помощи входит проведение следующих мероприятий.

1. Оценка клинической картины заболевания для исключения жизнеугрожающих осложнений ОИМ.

2. Регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях (класс IIa, С).

3. Назначение (при отсутствии противопоказаний) 162-325 мг АСК, если до прибытия бригады данный препарат не был принят (класс I, С).

4. Внутривенное введение морфина сульфата (как анальгетика выбора) в дозе 2-4 мг с повторным введением в случае необходимости через 5-15 мин в дозе 2-8 мг (класс I, С).

5. Назначение нитроглицерина пациентам, у которых сохраняется болевой синдром, – сублингвально (по 0,3-0,4 мг трижды с интервалом 5 мин в виде таблеток или спрея) или внутривенно (класс I, С). Внутривенное введение нитроглицерина показано в случае рефрактерного к опиатам болевого синдрома, неконтролируемой артериальной гипертензии, отека легких.

При этом следует принять во внимание, что нитроглицерин противопоказан в следующих случаях (класс III, С): 1) частота сердечных сокращений (ЧСС) <50 уд/мин или >100 уд/мин; 2) систолическое артериальное давление (АД) <90 мм рт. ст.; 3) ОИМ правого желудочка или задней стенки. Кроме того, нитроглицерин нельзя назначать, если в течение предшествующих 24 ч пациент принимал ингибитор фосфодиэстеразы для коррекции эректильной дисфункции (класс III, В).

6. Оксигенотерапия показана больным, у которых насыщенность артериальной крови кислородом <90% (класс I, В). В то же время в мировой практике существует тенденция проводить оксигенотерапию (на протяжении первых 6 ч) всем пациентам с диагнозом STEMI (класс IIa, С).

7. Отношение к рутинному назначению β-адреноблокаторов на догоспитальном этапе лечения ОИМ было пересмотрено, в частности, по результатам исследований COMMIT (включавшего 45 852 больных) и MIAMI. Было показано, что внутривенное введение β-адреноблокатора в первые 24 ч после развития STEMI не сопровождается улучшением выживаемости, увеличивая риск кардиогенного шока, особенно у лиц >70 лет, при систолическом АД <120 мм рт. ст., ЧСС >110 уд/мин, сердечной недостаточности выше I класса по Killip.

Поэтому раннее, в т. ч. догоспитальное, пероральное или внутривенное введение β-адреноблокаторов противопоказано в следующих случаях (класс III, А): при наличии объективных признаков сердечной недостаточности; при верифицированном низком сердечном выбросе; при наличии факторов риска кардиогенного шока (см. выше); в случае прочих относительных противопоказаний (особенно внутрисердечных блокад, брадикардии).

Если противопоказания отсутствуют, догоспитальное назначение β-адреноблокаторов допустимо: перорально – у всех больных ОИМ (класс I, В); внутривенно – при сопутствующей артериальной гипертензии (класс IIa, В), например троекратно в течение 15 мин по 5 мг метопролола с последующим переходом на пероральный прием в суточной дозе 200 мг.

8. Наиболее опасным осложнением ОИМ является остановка сердца, которая в подавляющем большинстве случаев наступает вследствие фибрилляции желудочков. Констатация этого состояния (отсутствие пульса на сонной артерии) и организационные мероприятия должны занимать не более 10 с.

Сердечно-легочную реанимацию (СЛР) нужно проводить сразу же после верификации диагноза, придерживаясь

правил, изложенных в последней версии соответствующих национальных или международных рекомендаций.

Наиболее эффективным методом восстановления гемодинамики служит электрическая дефибрилляция (класс I, A), причем с каждой минутой остановки сердца ее успешность снижается на 10%.

Непрямой массаж сердца проводят с частотой компрессий 100-120/мин, при этом их соотношение с дыхательными циклами искусственной вентиляции легких должно составлять 30:2. Параллельно СЛР необходима регистрация электрокардиограммы, данные которой позволяют определить характер медикаментозной поддержки. Так, при асистолии либо мелковолновой фибрилляции желудочков внутривенно (внутрисердечно) вводят адреналин и/или атропин. Больным с желудочковой тахиаритмией показано введение лидокаина или амиодарона. СЛР должна продолжаться ≥30 мин на догоспитальном этапе и ≥15 мин в условиях стационара.

9. Частыми состояниями, требующими коррекции на догоспитальном этапе терапии ОИМ, являются: тошнота и рвота как следствие парасимпатикотонии (метоклопрамид); психомоторное возбуждение (бензодиазепиновые транквилизаторы); брадикардия (атропин); артериальная гипотензия, рефрактерная к симпатомиметикам (плазмозамещающие растворы, инотропная поддержка, глюкокортикостероиды).

Поскольку тромболизис (см. ниже), осуществленный в первые 70 мин от начала STEMI, снижает смертность таких пациентов до 1,4% и ниже (исследование MITI), Американская коллегия кардиологов (ACC) и Американская ассоциация сердца (AHA) рекомендуют проведение медикаментозной реперфузии уже на догоспитальном этапе (класс IIa, A). Обязательным условием проведения догоспитального тромболизиса является наличие специально обученного персонала бригады скорой помощи.

Стационарный этап

Реперфузионная терапия

Важность реперфузионной терапии объясняется тем, что по данным коронароангиографии примерно в 90% случаев ОИМ формируется тромбоз венечных артерий. После окклюзии коронарного сосуда гибель кардиомиоцитов начинается примерно через 20 мин, при этом весь участок миокарда, получающий кровоснабжение от пораженной артерии, подвергается некрозу в течение 4-6 ч. Следовательно, чем раньше будет восстановлен кровоток в тромбированной артерии, тем благоприятнее прогноз.

Реперфузионная терапия показана всем симптомным пациентам с ОИМ, которые отвечают двум критериям (класс I, A): 1) наличие элевации сегмента ST (либо «свежая» блокада левой ножки пучка Гиса); 2) отсутствие противопоказаний к реперфузии.

Реперфузионная терапия может быть фармакологической или механической.

Фармакологическая реперфузия (тромболизис)

Тромболизис является средством выбора во всех случаях, когда невозможно проведение чрескожного коронарного вмешательства.

Способность тромболитической терапии повышать выживаемость у пациентов со STEMI доказана в рандомизированных контролируемых исследованиях, охвативших в общей сложности около 150 тыс. пациентов (в т. ч. исследования GISSI, ISIS-2, FTT).

При проведении тромболитической терапии необходимо учитывать несколько ключевых моментов.

1. Терапевтическое окно тромболизиса составляет не более 12 ч, однако даже в пределах этого промежутка времени существует отчетливая зависимость между выживаемостью пациентов и сроком введения препарата. Так, при проведении тромболизиса в течение 1 ч от появления симптомов ОИМ количество спасенных жизней на 1 тыс. пролеченных больных составляет 65; в течение 2-3 ч – 27; в течение 4-6 ч – 25; в течение 7-12 ч – 8 (G. Khan, 2007). Таким образом, любая задержка с проведением тромболитической терапии уменьшает шансы больного на выживание.

Приведенные данные обосновывают следующие рекомендации (J. Muhlestein, J. Anderson, 2010):

• время «от обращения до иглы» (т. е. от вызова бригады скорой помощи до введения тромболитика) не должно превышать 90 мин;

• время «от двери до иглы» (т. е. от поступления в стационар до введения тромболитика) не должно превышать 15 мин (по мнению G. Khan (2007), если данный промежуток увеличивается, то «для медицинского персонала это непростительно»).

Если после начала ОИМ прошло >12 ч, тромболизис противопоказан ввиду повышения риска расширения зоны некроза, которое возникает из-за диапедеза эритроцитов через ишемизированную стенку артерий, расположенных ниже зоны окклюзии (А.Н. Пархоменко и соавт., 2008).

2. В Украине в качестве средств для тромболитической терапии ОИМ зарегистрированы:

• стрептокиназа – вводят в течение 30-60 мин 1,5 млн МЕ, разведенных в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида или глюкозы;

• альтеплаза (тканевой активатор плазминогена) – вводят 15 мг болюсно, затем 0,75 мг/кг в течение 30 мин и 0,5 мг/кг в течение 60 мин;

• тенектеплаза (рекомбинантный фибринспецифический активатор плазминогена) – вводят в течение 10 с болюсно 0,5 мг/кг, но не более 50 мг (10 000 ЕД).

3. Выбор тромболитика осуществляют, основываясь на оценке индивидуального профиля «риск/польза», а также наличия и стоимости того или иного препарата (А.Н. Пархоменко и соавт., 2008). В целом желательно использование средств, обладающих большей фибринспецифичностью (альтеплазы, тенектеплазы), что было показано в исследовании GUSTO (сравнение стрептокиназы и альтеплазы).

Кроме того, возможность болюсного введения альтеплазы и тенектеплазы делает их выбор более предпочтительным при STEMI высокого риска, если время от развития симптомов до введения тромболитика не превышает 4 ч (исследование ASSENT-2). Высокий риск летального исхода у пациента со STEMI устанавливают при наличии одного из следующих признаков: возраст >75 лет; локализация инфарктной зоны по передней стенке левого желудочка; большая площадь миокардиального некроза / значительная элевация сегмента ST; «свежая» блокада левой ножки пучка Гиса; стойкое снижение систолического АД до <100 мм рт. ст.; ЧСС >100 уд/мин; симптомная сердечная недостаточность или бессимптомная дисфункция левого желудочка с фракцией выброса <35%; сахарный диабет (исследование ASSENT-2).

Если от возникновения симптомов прошло более 4 ч, скорость введения тромболитика на выживаемость больного не влияет. Следовательно, в таких ситуациях болюсное введение тромболитика существенных преимуществ не имеет.

4. Повторное назначение тромболитика показано пациентам с ЭКГ-признаками коронарной реокклюзии, если механическая реперфузия невозможна. Стрептокиназу с этой целью использовать нельзя, поскольку через 3 сут после ее первого введения образуются антитела, которые разрушают препарат при повторном его введении. К альтеплазе и тенектеплазе антитела не формируются, однако их повторное введение повышает риск геморрагических осложнений (А.Н. Пархоменко и соавт., 2008).

5. Основным осложнением тромболитической терапии является кровотечение – внутричерепное или нецеребральное (J. Muhlestein, J. Anderson, 2010).

Факторами риска внутричерепного кровотечения (преимущественно геморрагического инсульта) являются женский пол, пожилой возраст, низкая масса тела, повышенное АД (на момент вмешательства), артериальная гипертензия и/или цереброваскулярная патология в анамнезе.

К факторам риска клинически значимых (т. е. жизнеугрожающих или требующих гемотрансфузии) нецеребральных кровотечений относят женский пол, пожилой возраст и низкую массу тела.

Помимо геморрагического синдрома, введение стрептокиназы может вызвать артериальную гипотензию. Для ее купирования, как правило, достаточно уменьшить скорость инфузии препарата, приподнять ноги пациента, интенсифицировать оксигенотерапию. Если этих мероприятий окажется недостаточно, необходимо прекратить введение стрептокиназы и восполнить объем внутрисосудистой жидкости, в наиболее тяжелых случаях – назначить внутривенно дофамин из расчета 5-10 мкг/кг/мин$^{-1}$).

6. Абсолютные противопоказания для проведения тромболизиса включают состояния, существенно повышающие риск геморрагического синдрома: 1) инсульт – ишемический (давностью до 6 мес), геморрагический или неустановленной природы (любой давности); 2) сосудистые мальформации головного мозга; 3) внутричерепные новообразования; 4) черепно-мозговую травму или нейрохирургическое вмешательство (в течение последних 3 мес); 5) желудочно-кишечные кровотечения (давностью до 1 мес); 6) сопутствующую патологию, манифестирующую геморрагическим диатезом; 7) расслоение аорты.

К относительным противопоказаниям относятся: 1) транзиторная ишемическая атака (в течение последних 3 мес); 2) прием непрямых антикоагулянтов, если достигнутое международное нормализованное отношение ≥1,5; 3) беременность или первая неделя послеродового периода; 4) пункции сосудов, недоступных для сжатия; 5) травматичная или продолжительная (>10 мин) СЛР; 6) АД >180/110 мм рт. ст.; 7) соматическая патология – клинически значимая печеночная дисфункция, инфекционный эндокардит, симптомная пептическая язва.

8. Для профилактики коронарной реокклюзии, вызванной прокоагулянтным сдвигом (вследствие повышения активности тромбина), назначают антикоагулянты. С этой целью можно использовать один из следующих препаратов (А.Н. Пархоменко и соавт., 2008):

• гепарин – вводят 60 МЕ/кг (но не более 4000 МЕ) болюсно, далее инфузионно в течение 24-48 ч со скоростью не выше 1000 МЕ/ч под контролем АЧТВ (50-70 с) на 3-м, 6-м, 12-м и 24-м часе от начала терапии, далее – перевод пациента на подкожное введение препарата;

• эноксапарин – вводят 30 мг болюсно, а через 15 мин подкожно из расчета 1 мг/кг (но не более 80 мг) каждые 12 ч до 8 сут (в среднем 5 сут); при расчетной скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин вводят каждые 24 ч; у пациентов >75 лет болюс не вводят, препарат назначают только подкожно в дозе 0,75 мг/кг;

• фондапаринукс – вводят 2,5 мг болюсно, далее 2,5 мг подкожно каждые 24 ч на протяжении периода госпитализации до 8 сут.

Механическая реперфузия

Первичная чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) является методом выбора у больных STEMI в таких случаях (класс I, A):

а) наличие противопоказаний к проведению тромболизиса, в частности из-за повышенного риска геморрагических осложнений;

б) кардиогенный шок или сердечная недостаточность выше II класса по Killip;

в) длительность симптомов >3 ч;

г) сомнительный диагноз STEMI.

Обязательным условием осуществления ЧТКА является наличие бригады специалистов, имеющих достаточный опыт проведения таких вмешательств (>36 первичных ЧТКА в год).

Только в этом случае период «от двери до баллона» не будет превышать 90 мин.

Если от момента возникновения симптомов STEMI прошло менее 3 ч, преимущества ЧТКА перед тромболизисом отсутствуют.

Для профилактики реокклюзии после ЧТКА назначают клопидогрель (75 мг/сут) в сочетании с АСК (≤100 мг/сут). Первое назначение клопидогреля у большинства пациентов должно осуществляться в нагрузочной дозе (300-600 мг). У больных с повышенным риском геморрагических осложнений (возраст >75 лет, предшествующее введение тромболитика и болюса антикоагулянта) нагрузочная доза препарата не показана. Рекомендованная длительность приема клопидогреля – от 1 мес до 1 года.

Помимо первичной ЧТКА, выделяют также «ЧТКА спасения», которую проводят после неэффективной тромболитической терапии. Необходимость «ЧТКА спасения» следует обсуждать у лиц <75 лет, находящихся в состоянии электрической или гемодинамической (острая сердечная недостаточность, в т. ч. кардиогенный шок) нестабильности.

Главным препятствием во внедрении «ЧТКА спасения» в широкую клиническую практику является сложность точной оценки эффективности тромболизиса. Во-первых, такую оценку можно провести лишь в катетеризационной лаборатории. Во-вторых, ее следует осуществлять в течение не более 3 ч после введения тромболитика. Ориентировочным критерием эффективного тромболизиса служит снижение сегмента ST

Продолжение на стр. 20.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476

Что улучшает прогноз при остром инфаркте миокарда?

Продолжение. Начало на стр. 18.

(в отведениях с наиболее выраженной его элевацией) >50% при передней локализации ОИМ и >70% при задней локализации.

Терапия сопровождения

1. β-Адреноблокаторы, если их не вводили на догоспитальном этапе, при отсутствии противопоказаний должны быть назначены не позже чем через 30 мин после поступления в стационар. Так, по данным исследования ISIS-2, пероральное назначение β-адреноблокатора в течение первых 8 ч ОИМ ассоциируется со снижением риска летального исхода на 15%, при этом отмечается верифицированное уменьшение размеров зоны поражения (G. Khan, 2007).

Цели введения β-адреноблокаторов в стационаре (после осуществления реперфузии) таковы: 1) предупреждение и купирование рецидивирующего болевого синдрома; 2) терапия бессимптомной дисфункции левого желудочка; 3) контроль ЧСС при фибрилляции предсердий; 4) лечение частой и/или сложной желудочковой экстрасистолии.

Особенно важно назначение β-адреноблокаторов у больных с ОИМ передней стенки и наличием синусовой тахикардии (если она не обусловлена сердечной недостаточностью). Такая тахикардия стимулирует нервные окончания в миокарде, повышая активность симпатоадреналовой системы, что еще больше увеличивает ЧСС и способствует повышению АД. Кроме того, тахикардия понижает порог возникновения фибрилляции желудочков.

Прием β-адреноблокаторов в постинфарктном периоде следует продолжать длительно, поскольку данный подход снижает риск развития повторного ОИМ и формирования сердечной недостаточности. Повышается при этом и выживаемость пациентов. Исследования SAVE и CAPRICORN показали, что при наличии низкой фракции выброса прием β-адреноблокатора в течение года после развития ОИМ увеличивает продолжительность жизни независимо от сопутствующего приема ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ).

2. ИАПФ при ОИМ предупреждают как прогрессирование ремоделирования левого желудочка (в т. ч. раннее), так и снижение его фракции выброса. ИАПФ показаны гемодинамически стабильным пациентам высокого риска (ОИМ передней стенки, перенесенный ОИМ в анамнезе, симптомная сердечная недостаточность, бессимптомная левожелудочковая дисфункция). Перед назначением ИАПФ нужно убедиться, что пациент уже получил АСК и, при отсутствии противопоказаний, β-адреноблокатор. Если соблюдены вышеперечисленные условия, ИАПФ увеличивает выживаемость больных в течение первого года постинфарктного периода (исследование SMILE). Прием ИАПФ нужно продолжать длительное время.

3. Назначение статинов в высоких дозах при ОИМ снижает риск развития сердечной недостаточности и улучшает выживаемость пациентов (аторвастатин в дозе 80 мг/сут, по данным исследования PROVE IT-TIMI 22). Прием статинов нужно осуществлять длительное время.

Согласно результатам исследований ISIS-4 и GISSI-3, прием нитратов не улучшает выживаемость пациентов с ОИМ. Внутривенное введение сульфата магния, осуществляемое в течение первых 6 ч ОИМ, не оказывает положительного влияния на прогноз (согласно данным исследования MAGIC).

Особенности терапии ОИМ без стойкой элевации сегмента ST

Риск ангиографически значимого тромбоза коронарной артерии у больных NSTEMI низок. Поэтому терапия, как правило, ограничивается назначением антиагрегантов (аспирина, клопидогреля), опиатов, нитроглицерина (при недостаточной эффективности опиатов), антикоагулянтов (гепарина или эноксапарина), β-адреноблокаторов, ИАПФ, статинов.

В то же время у части пациентов с NSTEMI вероятность тромботической обструкции коронарной артерии повышена. К соответствующим факторам риска относятся: отрицательная динамика сегмента ST; появление биохимических маркеров ОИМ (тропонина или МВ-фракции креатинфосфокиназы); рецидивирующая ишемия с появлением болевого синдрома и специфическими ЭКГ-изменениями; появление бессимптомной дисфункции левого желудочка (фракция выброса <40%) или манифестной сердечной недостаточности.

Пациентам, у которых идентифицированы данные факторы риска, в течение 6-12 ч (допустимо до 24 ч) после поступления в стационар следует осуществлять коронарографию.

За 4-8 ч до ее проведения таким пациентам назначают клопидогрель в нагрузочной дозе 600 мг. Если больным по результатам коронарографии необходимо плановое вмешательство на коронарных артериях, клопидогрель отменяют. В случаях когда показано проведение первичной ЧТКА или не показано никакого вмешательства, прием клопидогреля в дозе 75 мг/сут нужно продолжать (в течение 1 года).

Подготовил ***Глеб Данин***

Министерство здравоохранения Украины
Украинская ассоциация по изучению боли
Международная ассоциация по изучению боли (IASP)
Европейская федерация членов IASP (EFIC)
Луганский государственный медицинский университет
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

УАИБ

ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Вейновские чтения в Украине

17–18 ФЕВРАЛЯ 2011

Яремче, Ивано-Франковская область

Основные темы работы конференции:

Болевые синдромы. Депрессия. Вегетативные расстройства. Экстрапирамидные нарушения. Инсульт. Нейрореабилитация и др.

Детальная информация на сайте
www.pain.in.ua/veininfo

Оргкомитет конференции:
+38 095 100 4655 | vein@pain.in.ua | www.pain.in.ua

АНОНС

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА

Науково-практична конференція

Терапія-2011: досягнення та перспективи

30-31 березня, м. Вінниця

Основні напрями роботи конференції

30 березня
• Актуальні проблеми пульмонології
• Терапевтичні аспекти грипу
• Поєднання захворювань легень і серця

31 березня
• Актуальні проблеми кардіології, гастрології
• Інтервенційна кардіологія
• Психосоматичні розлади у разі захворювань внутрішніх органів

Організаційний комітет
Голова комітету – професор Ю.М. Мостовий
Відповідальний секретар – Г.І. Томашкевич

Довідки за телефонами:
+38 (0432) 52-32-86
+38 (0432) 46-11-27
+38 (067) 257-58-54