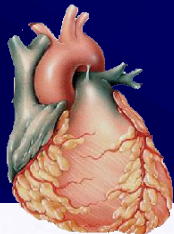


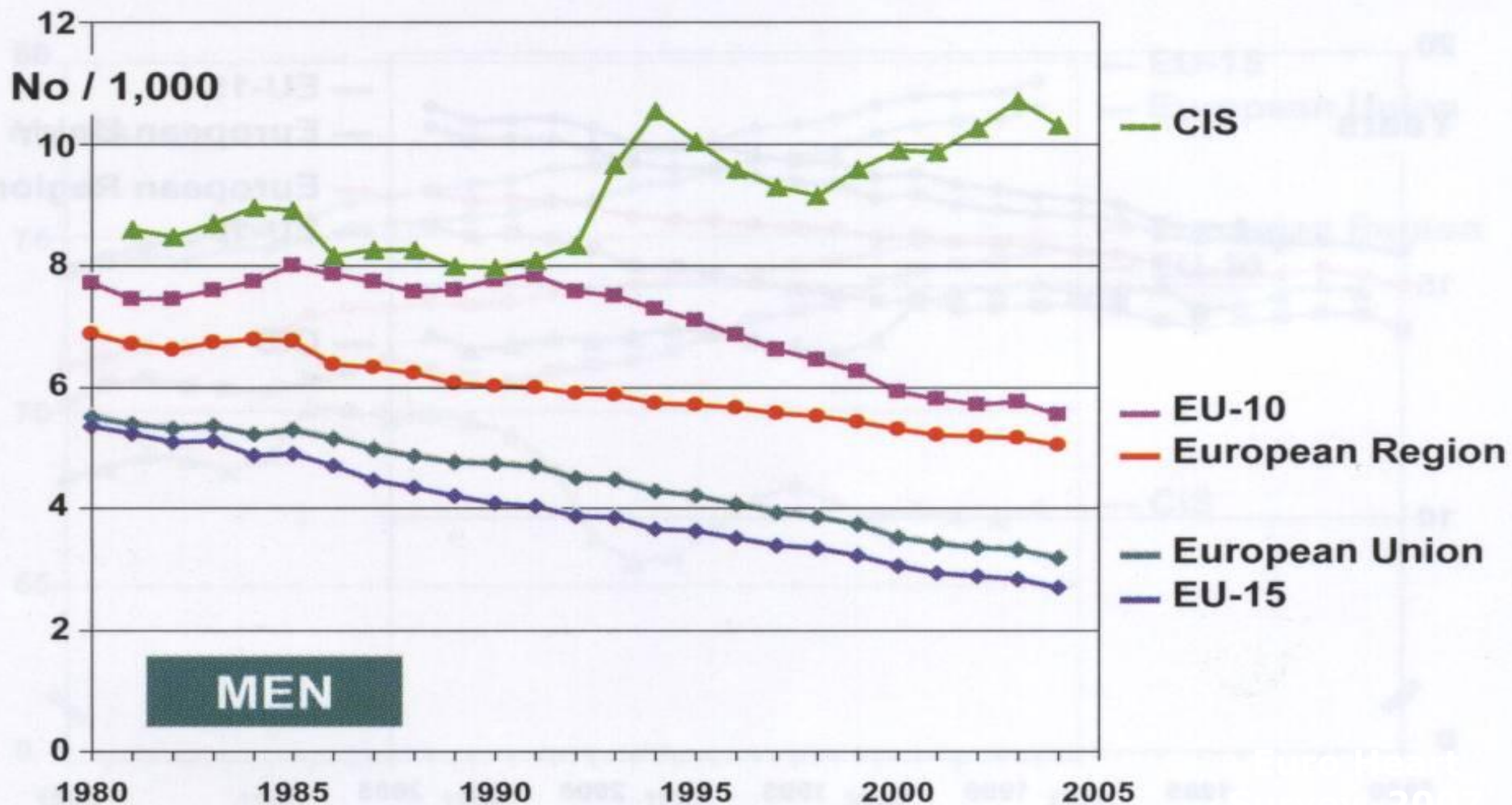
# ІНФАРКТ МІОКАРДУ: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

Курята О.В., Професор  
Дніпропетровська медична академія



# С/с смертність в Європі (чоловіки)

## Standardised Cardiovascular Mortality



## Рівень та структура причин смертності працездатного населення

№ з/п	Причини смерті	Показники смертності			Структура смертності (%)		
		2001	2003	2007	2001	2003	2007
1	Зовнішні причини смерті	184,1	184,8	176,9	31,4	29,8	26,0
2	Хвороби системи кровообігу	160,5	175,7	208,0	27,4	28,4	29,5
3	Злоякісні новоутворення	90,5	91,8	91,6	15,4	14,8	13,7
4	Хвороби органів травлення	40,3	49,0	74,4	6,9	7,9	10,9
5	Хвороби органів дихання	28,0	28,2	54,0	4,8	4,5	7,9
6	Інфекційні хвороби	37,9	41,2	51,9	6,5	6,6	7,6
7	Інші причини	44,8	48,9	-	7,6	7,9	7,1
8	Всього	586,1	619,7	680,5	100,0	100,0	100,0

# КЛАСИФІКАЦІЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

конгрес кардіологів України, 2000.

1. Раптова  
коронарна смерть

2. Стенокардія

3. Нестабільна  
стенокардія

4. Гострий інфаркт  
міокарду

5. Кардіосклероз

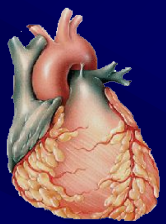
6. Безбольова  
форма ішемічної  
хвороби серця.

# Гострі форми ІХС

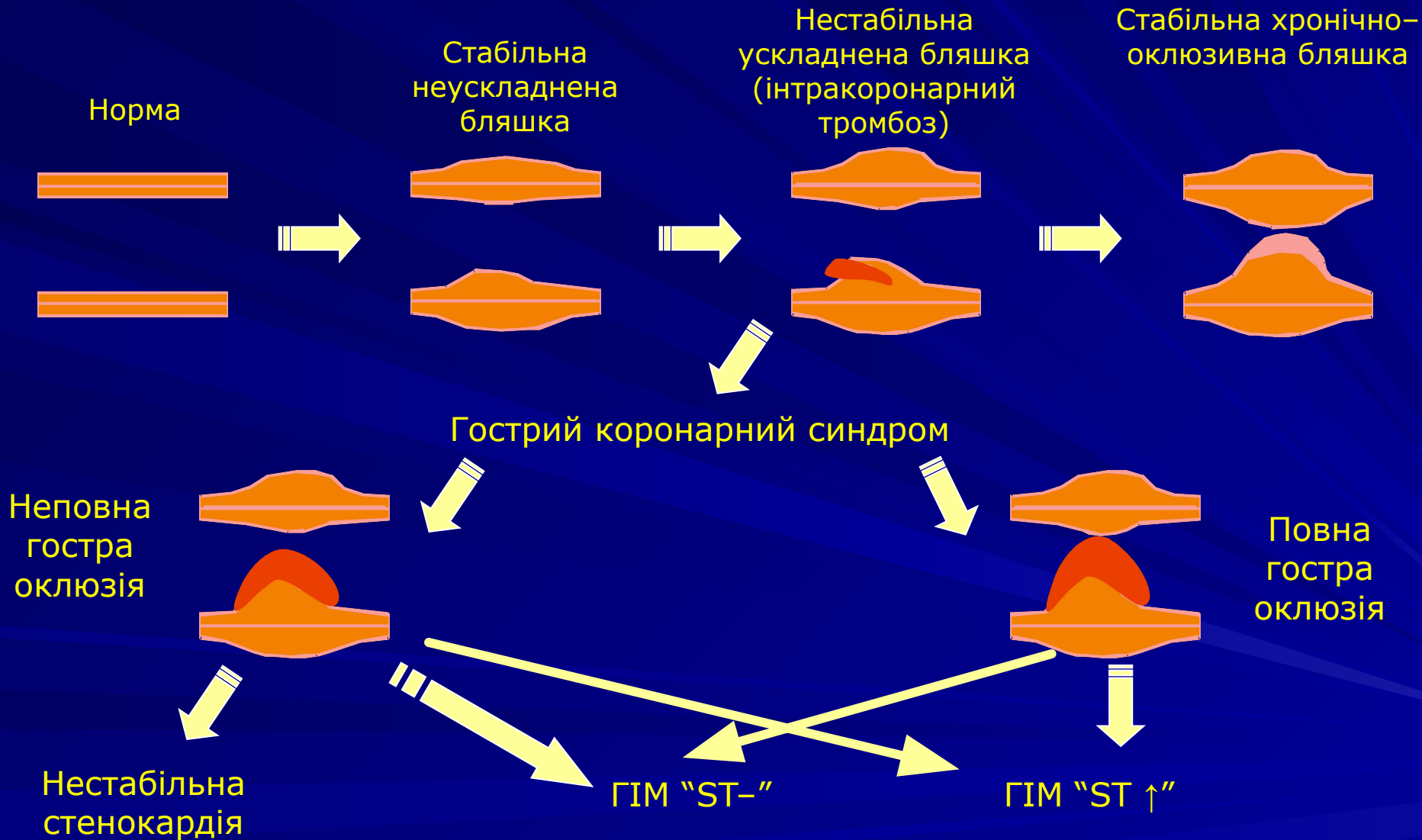
(згідно з клінічною класифікацією, прийнятою на VI Національному конгресі кардіологів України (2000р.)

1. Раптова серцева смерть (i46.1)
  - 1.1 Раптова клінічна коронарна смерть
  - 1.2 Раптова коронарна смерть (летальний результат)
2. Нестабільна стенокардія (i20.0)
  - 2.1 Стенокардія, що виникла вперше (до 28 діб)
  - 2.2 Прогресуюча стенокардія
  - 2.3 Рання постінфарктна стенокардія (від 3 до 28 діб від розвитку ІМ)

- 3. ГІМ (терміном до 28 діб) – i21
  - 3.1 ГІМ із зубцем Q (трансмуральний, великовогнищевий) – i21.0-i21.3
  - 3.2 ГІМ без Q (дрібновогнищевий) i21.4
  - 3.3 Гострий субендокардіальний ІМ i21.4
  - 3.4 ГІМ невизначений i21.9
  - 3.5 Рецидивуючий ІМ (від 3 до 28 діб)
  - 3.6 Повторний ІМ (після 28 діб) i22
  - 3.7 Гостра коронарна недостатність i24.8



# АТЕРОТРОМБОЗ – ГОЛОВНИЙ ФАКТОР РАЗВИТКУ ГКС І ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІХС



# Гострий коронарний синдром

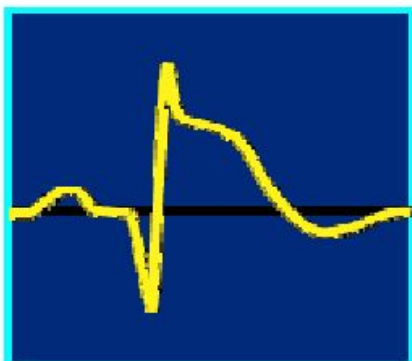
- Гострий коронарний синдром – будь-яка група клінічних ознак або симптомів, які дозволяють запідозрити гострий інфаркт міокарду (ГІМ) або нестабільну стенокардію (НС).
- Включає в себе
  - ГІМ
  - ІМ з підйомом ST (ІМП ST)
  - ІМ без підйому ST (ІМБП ST)
  - ІМ, який діагностований за змінами ферментів, за біомаркерами, за пізніми ЕКГ-ознаками
  - НС
- Використовується для позначення хворих при першому контакті з ними, і має на увазі необхідність лікування (ведення) як хворих з ІМ або НС



ГКС з персистуючою  
елевацією сегменту ST



Adapted from Michael Davies

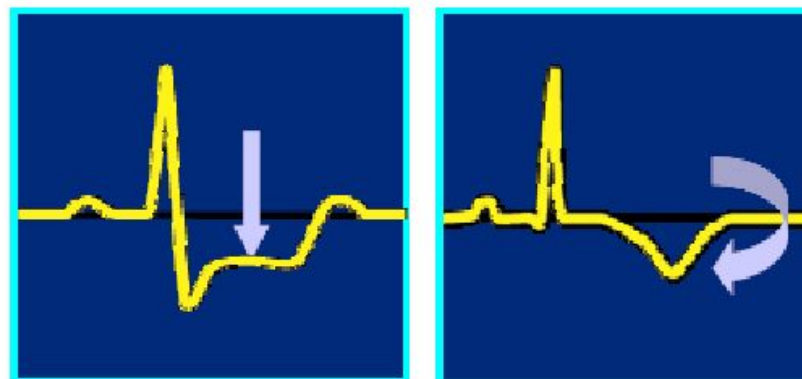


Підвищені зТп

ГКС без персистуючої  
елевації сегменту ST

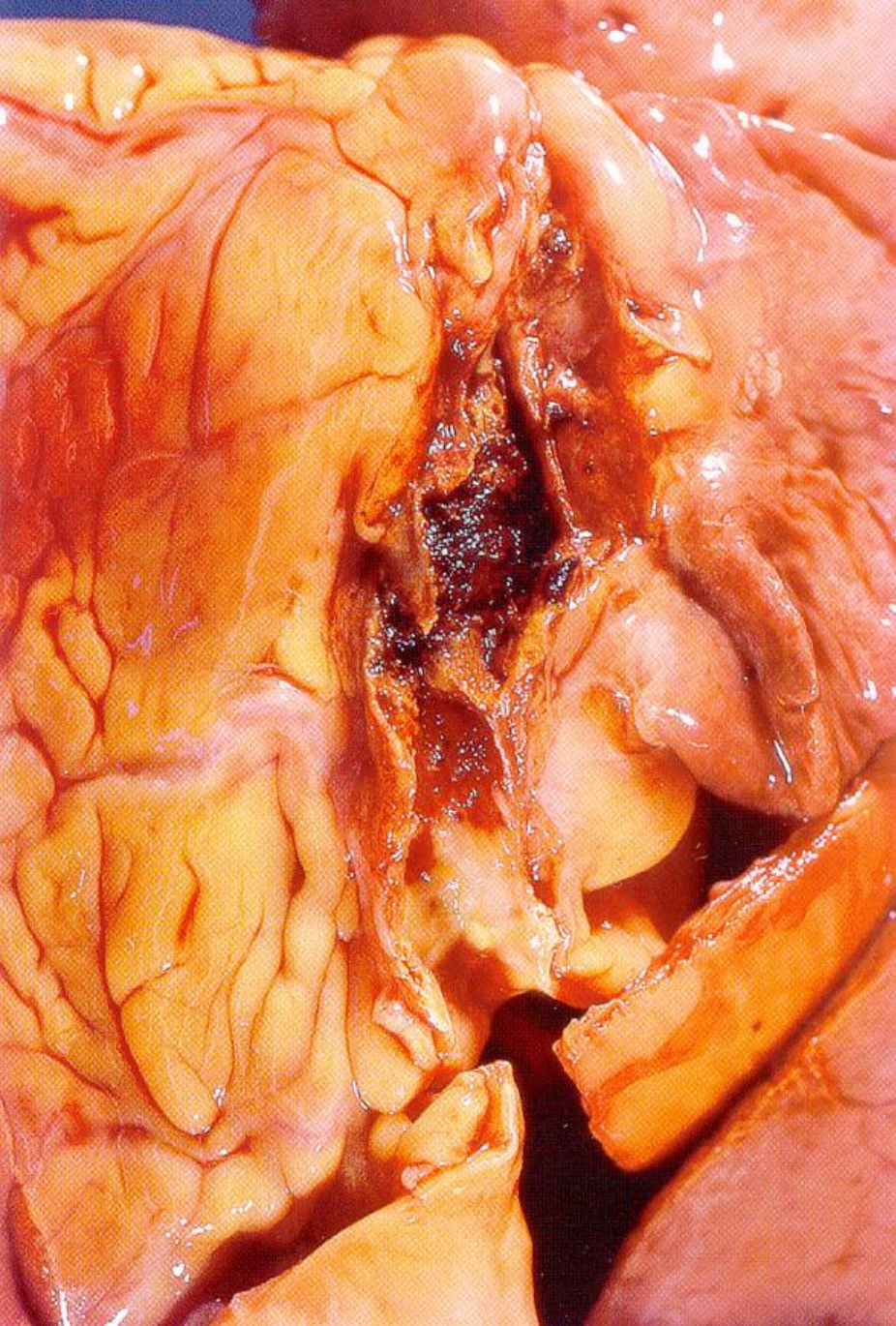


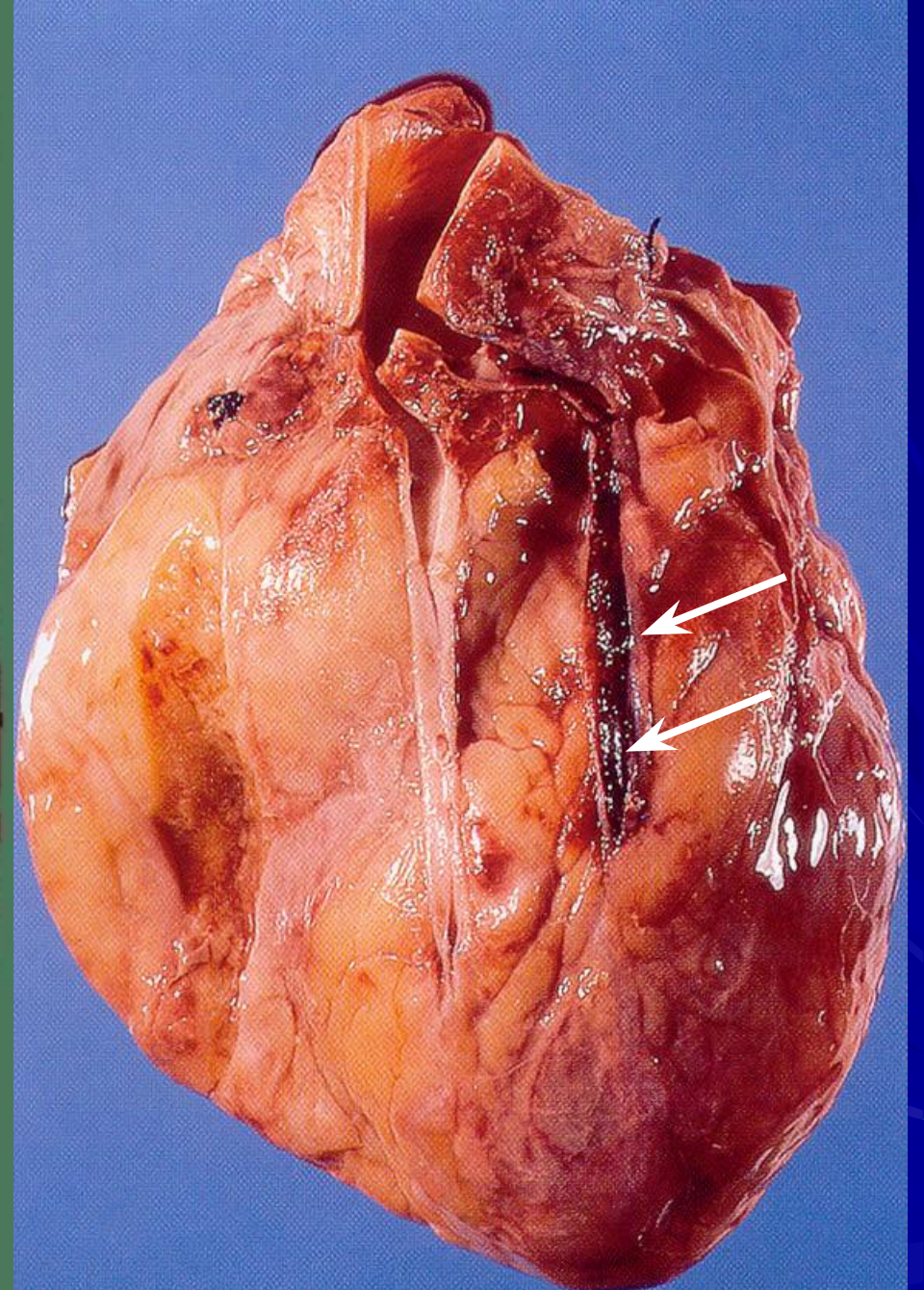
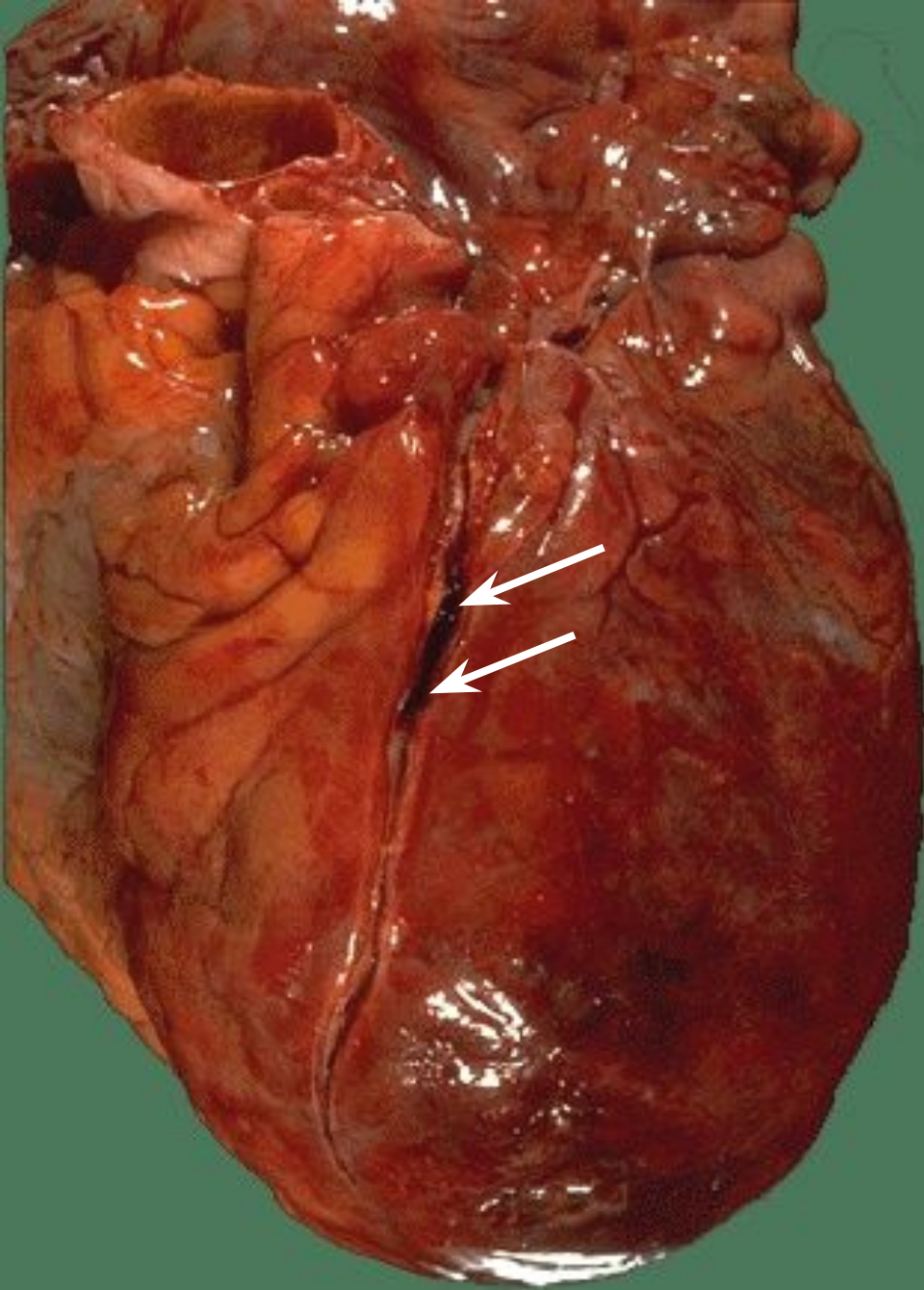
Adapted from Michael Davies

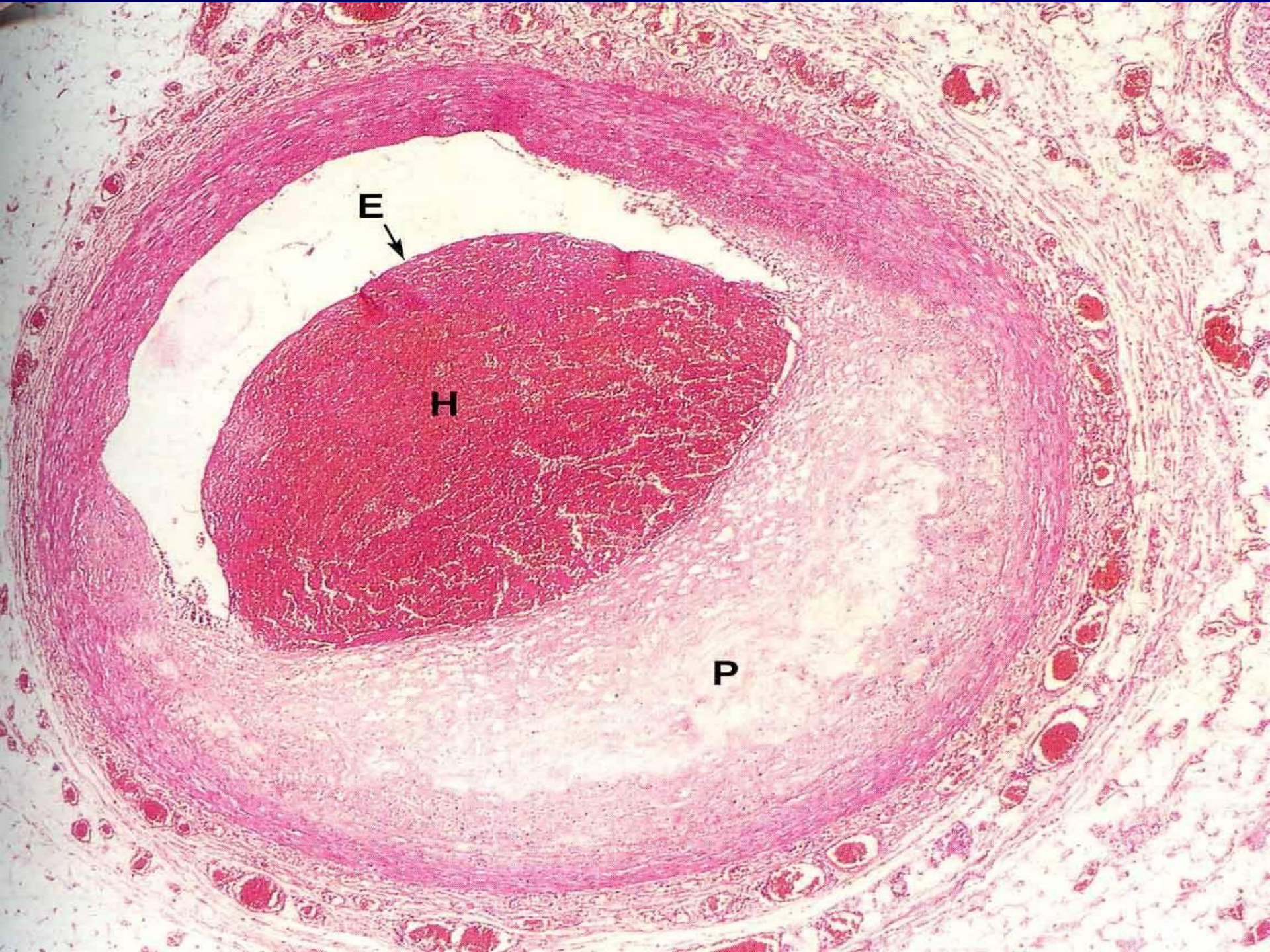


Підвищені або N зТп

*ESC Guidelines for the Management of NSTEMI-ACS (18)*



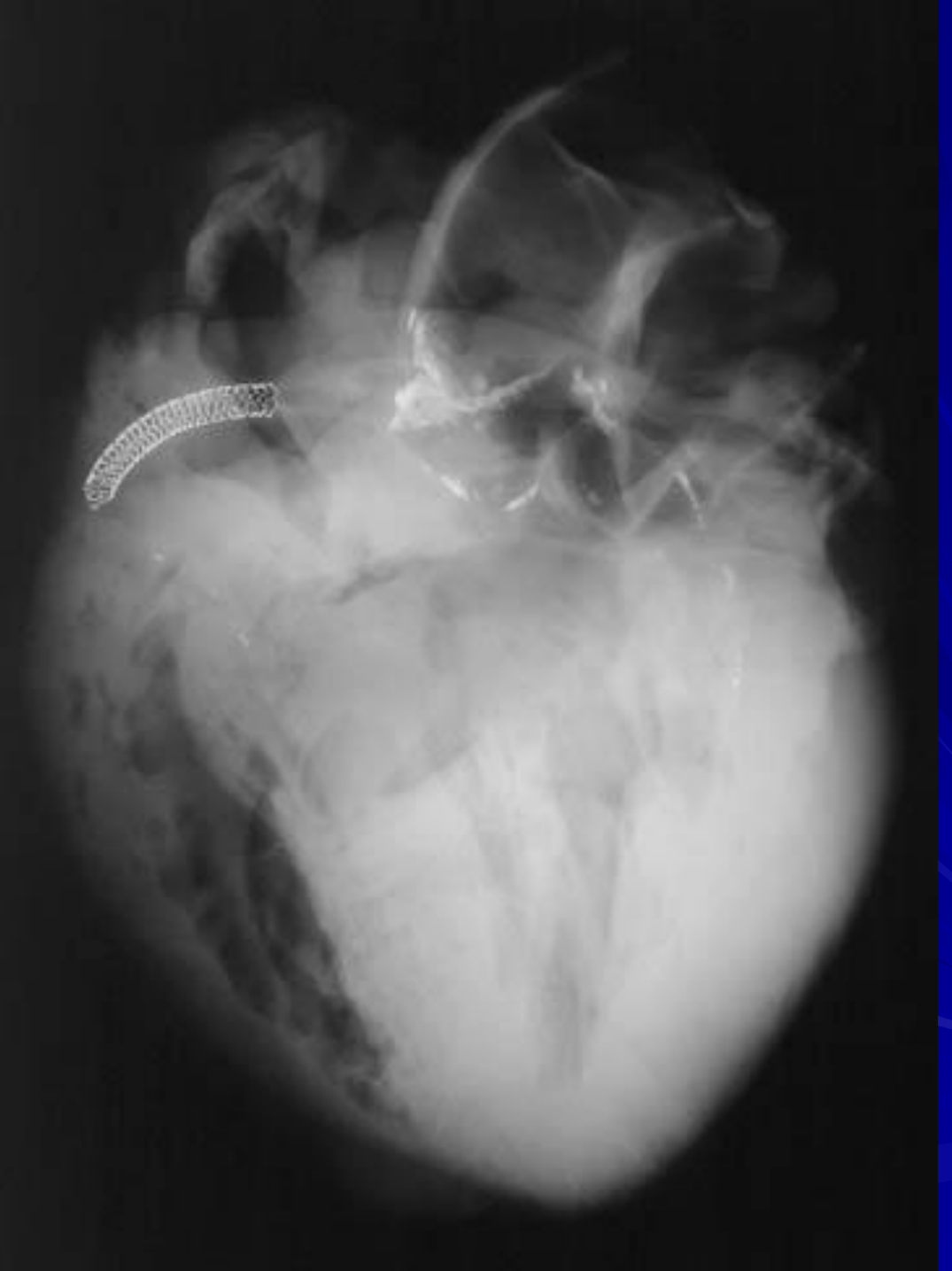


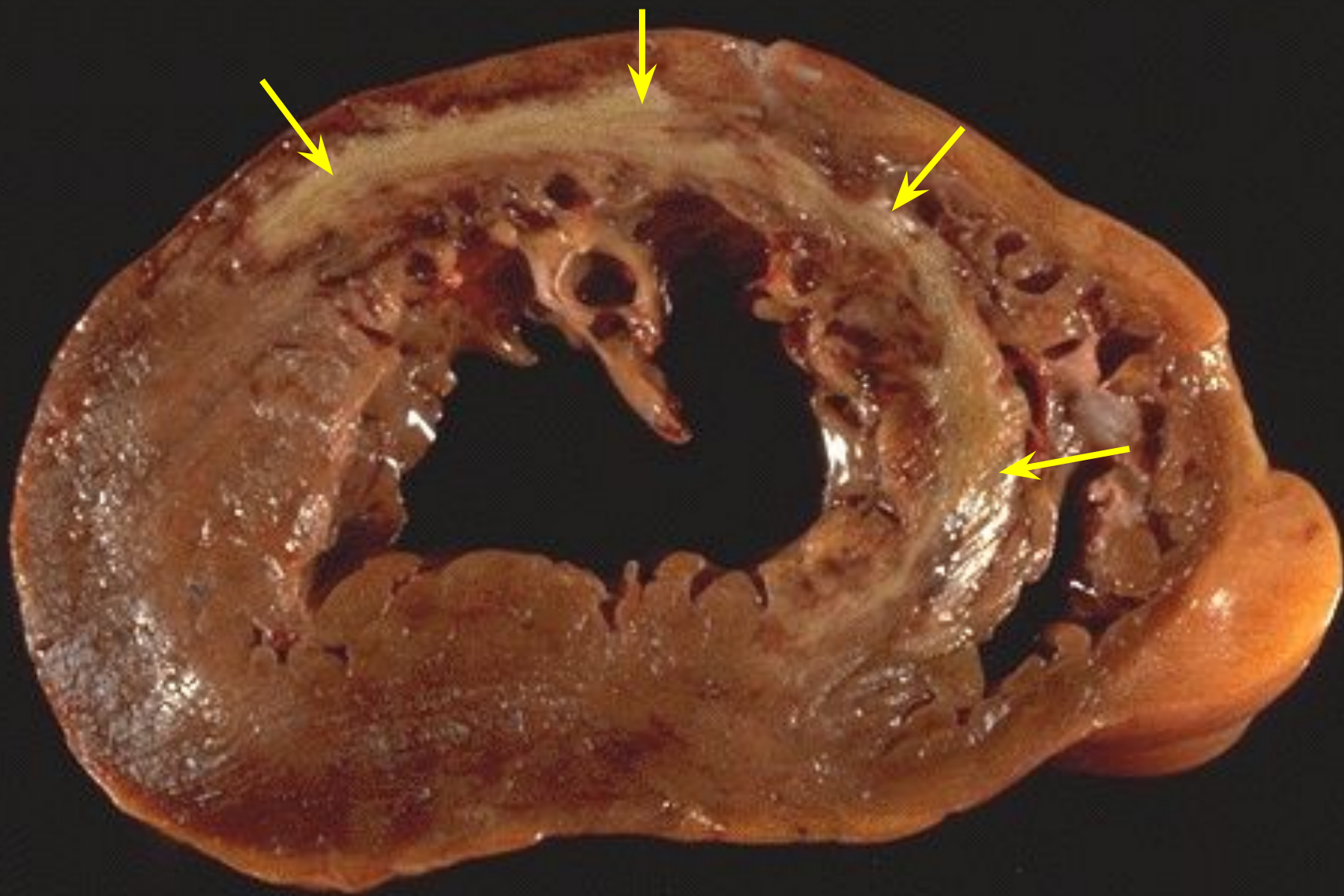


E

H

P





# Нестабільна стенокардія

- Нестабільна стенокардія – гострий процес ішемії міокарду, важкість і тривалість якого недостатні для розвитку некрозу міокарду. Зазвичай на ЕКГ немає підйомів сегменту ST. Відсутній викид в кров біомаркерів некрозу міокарду в кількості, достатній для діагнозу ІМ.

# СТРАТЕГІЯ ВЕДЕННЯ ГКС

## Орієнтація

- Якість болю в грудях
- Симптом-орієнтовний огляд
- Короткий анамнез відносно ІХС
- ЕКГ: елевація сегменту ST?

Не ІХС

Можливий  
ГКС BEST

ГКС з EST:  
термінова  
реперфузія

Стратифікація ризику



**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом з  
елевацією ST (інфарктом міокарда з зубцем Q)**

Код МКХ 10: I21 – I22

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий коронарний синдром (ГКС) – група клінічних ознак чи симптомів, які дозволяють підозрювати гострий інфаркт міокарду (ГІМ) або нестабільну стенокардію.

ГКС із стійкою елевацією ST у більшості випадків передує ГІМ з зубцем Q. ГІМ – це некроз будь-якої маси міокарду внаслідок гострої тривалої ішемії. В якості клінічних діагностичних критеріїв слід вважати:

- 1.1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний біль в спокої.
- 1.2. Наявність типових змін ЕКГ (елевація ST з характерною динамікою, поява патологічного зубця Q).
- 1.3. Поява біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках).

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі з ГКС повинні обов'язково терміново госпіталізуватись у спеціалізоване інфарктне (кардіологічне) відділення стаціонару, бажано у блок інтенсивного спостереження лікування та реанімації (БРІТ). Після стабілізації стану хворі виписуються на амбулаторне лікування.

Госпіталізація

Робочий  
діагноз

ЕКГ

Біохімія

Визначення  
ризиків

Лікування

Вторинна  
профілактика

**Біль у грудях**

**Підозра на ГКС**

Стійка елевація  
ST

Без стійкої  
елевації ST

Без змін

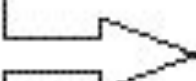
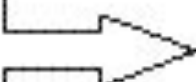
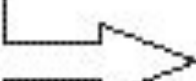
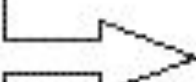
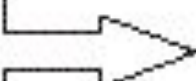
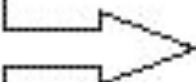
Тропонін  
(МВ-КФК)

Тропонін

ЕКГ, Тропонін  
повторно-негатив.

Високий    Проміжний    Низький

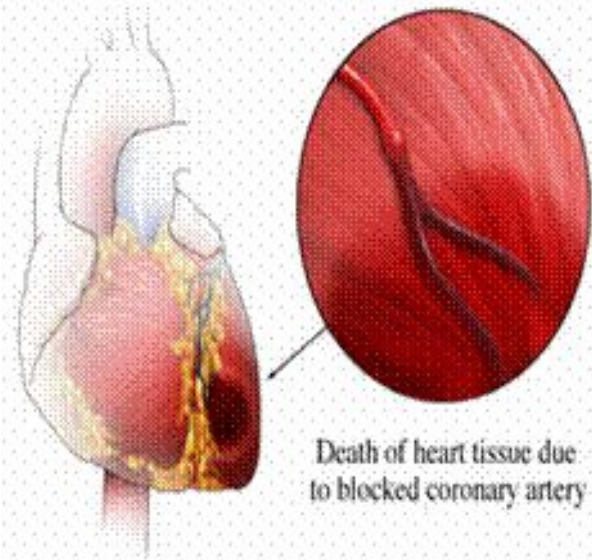
Ймовірно  
не ГКС





# ВИЗНАЧЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА:

Гострий інфаркт міокарда – некроз міокардіальних клітин через тривалу ішемію міокарда



# 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. ЗМІШАНА ФОРМА (комбінація п.2-7)

# Ангінозний приступ

- Характер болю - зжимаючий, пекучий, давлячий
- Локалізація – за грудниною
- Іррадіація – більш широка, ніж при стенокардії
- Тривалість – більше 30 хв.
- Велика інтенсивність, ефекту від нітрогліцерину немає

# При клінічній картині

- Хворий часто збуджений, безпокійний
- Шкірні покриви бліді, пітливість, тахікардія, минуча гіпертензія ( при стимуляції САС)
- Брадикардія, гіпотензія, нудота і блювання (при стимуляції парасимпатичної системи у хворих з заднім інфарктом)

# Астматичний варіант

- Астматичний варіант (у 10-20% хворих, переважно із скомпрометованим міокардом – перенесений раніше ІМ).
- Проявляється раптовим розвитком у хворого лівошлуночкової недостатності, особливо при нормальному або зниженому АТ

# Абдомінальний варіант (1-5%)

- Абдомінальний варіант характеризується скаргами на болі в епігастрії в сукупності з нудотою, неодноразовим блюванням, яке не приносить полегшення, можливий парез травного тракту, відсутність перистальтики. Біль іррадіює в лопатки і межлопатковий простір, плечі. Черевна стінка в верхніх відділах напружена і може бути помірно болюча, однак ознак подразнення очеревини немає. Диференціюють з гострим гастритом, панкреатитом, холециститом, виразковою хворобою шлунку або 12-палої кишки



# Аритмічний варіант

- Аритмічний варіант характеризується переважанням в клінічній картині порушень ритму , частіше пароксизму шлуночкової або суправентрикулярної тахікардії, виникненням повної поперечної блокади.

# Безсимптомний («німий») 10-25 %

- Безсимптомний («німий») 10-25 %

Виявляють випадково при реєстрації ЕКГ з іншого приводу, частіше зустрічається у хворих на цукровий діабет, в зв'язку з притаманною їм нейропатією.



## ЕКГ-ОЗНАКИ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Нова елевація сегмента ST у точці J  $> 2$  мм у чоловіків або  $> 1,5$  мм у жінок у відведеннях V2-V3; і/або  $> 1$  мм в інших відведеннях незалежно від статі





## ЕКГ-ОЗНАКИ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Нова депресія сегмента ST горизонтальна або косонисхідна  $> 0,5$  мм у двох суміжних відведеннях; і/або інфверсія зубця T  $> 1$  мм у двох відведеннях з домінуючим зубцем R або  $R/S > 1$





# ЕКГ-ОЗНАКИ ПОПЕРЕДНЬОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Будь-який зубець Q у  
відведеннях

V2-V3 > 0,02 сек або QS V2-V3;  
або зубець Q > 0,03 сек і > 1 мм  
або

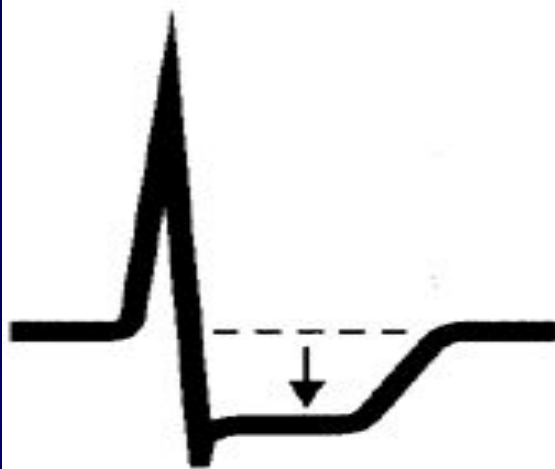
QS у будь-яких двох суміжних  
від-

\* Ті ж самі критерії використовуються  
у додаткових відведеннях V7-9, а  
також у відведеннях у фронтальній  
площині за Cabrera!

Тривалість зубця R понад 0,04 с у  
відведеннях V1-2 і відношення R/S  
більше 1 з конкордантними позитивними  
зубцями T при відсутності  
порушень провідності.

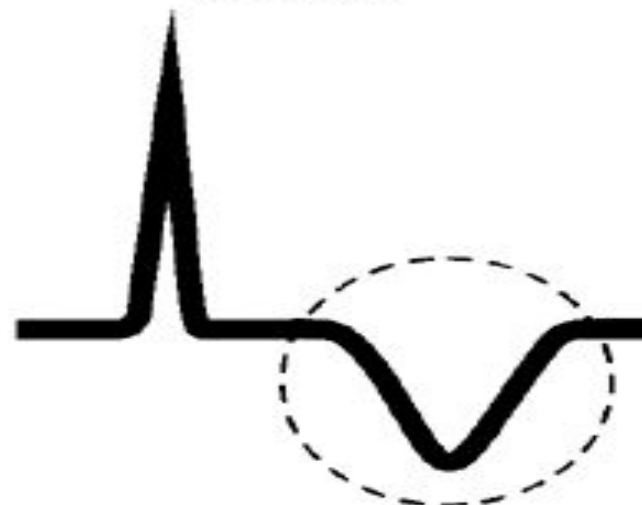


**СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ  
ИШЕМИЯ**



Депрессия ST-сегмента

**ОСТРАЯ  
СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ  
ИШЕМИЯ**



"Коронарная" T-волна

**ТРАНСМУРАЛЬНАЯ  
ИШЕМИЯ**



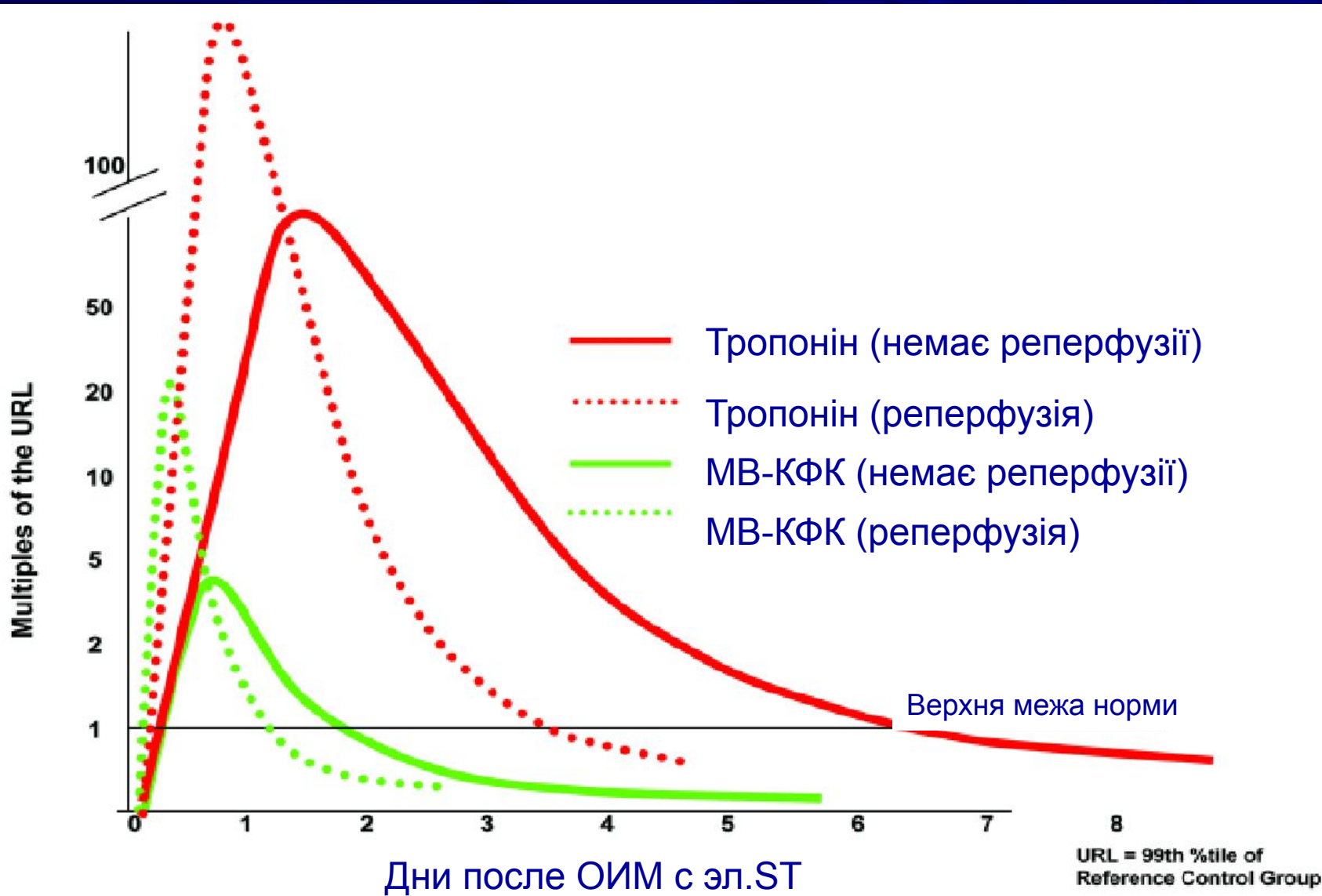
подъем ST-сегмента

**ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ  
ИНФАРКТ**



Патологический Q-зубец

# Динаміка серцевих маркерів некрозу при ГІМЕСТ



# Госпіталізації з приводу ГКС в США

## Гострі коронарні синдроми\*

1.57 млн госпіталізацій за рік

НС/ІМБЕСТ†

1.24 млн

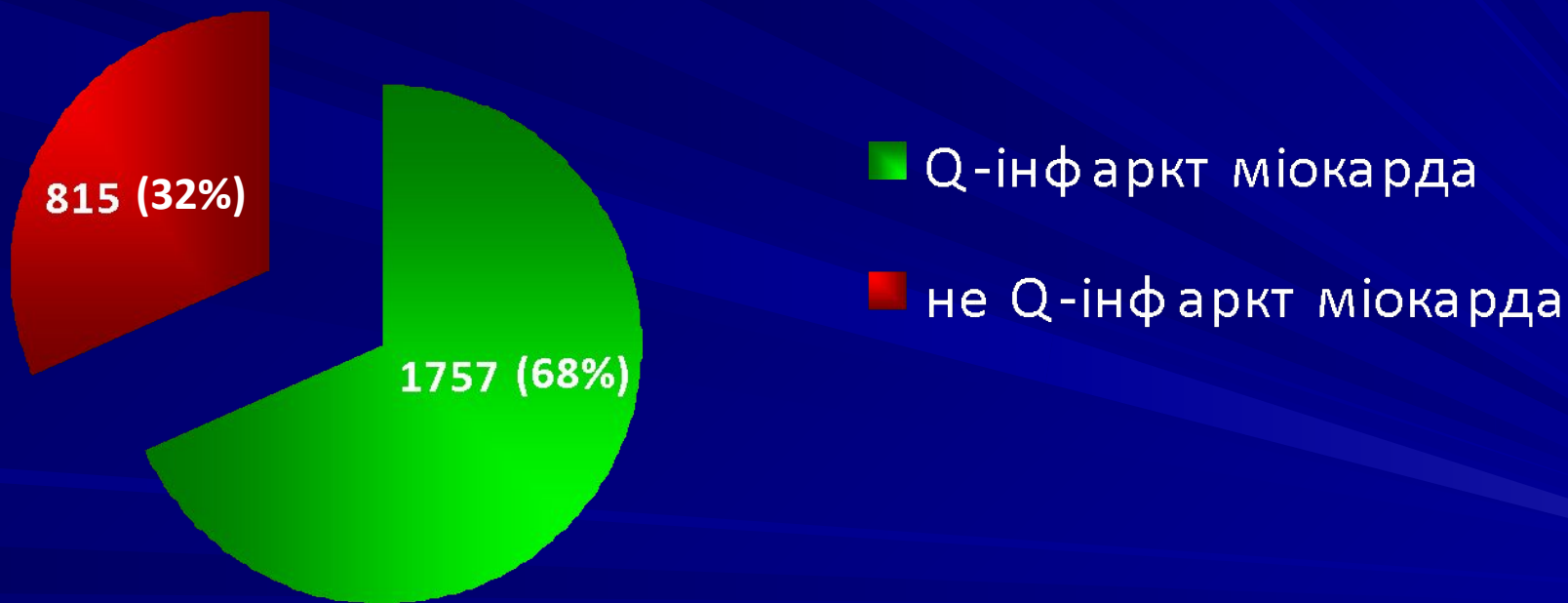
ІМЕСТ

0.33 млн

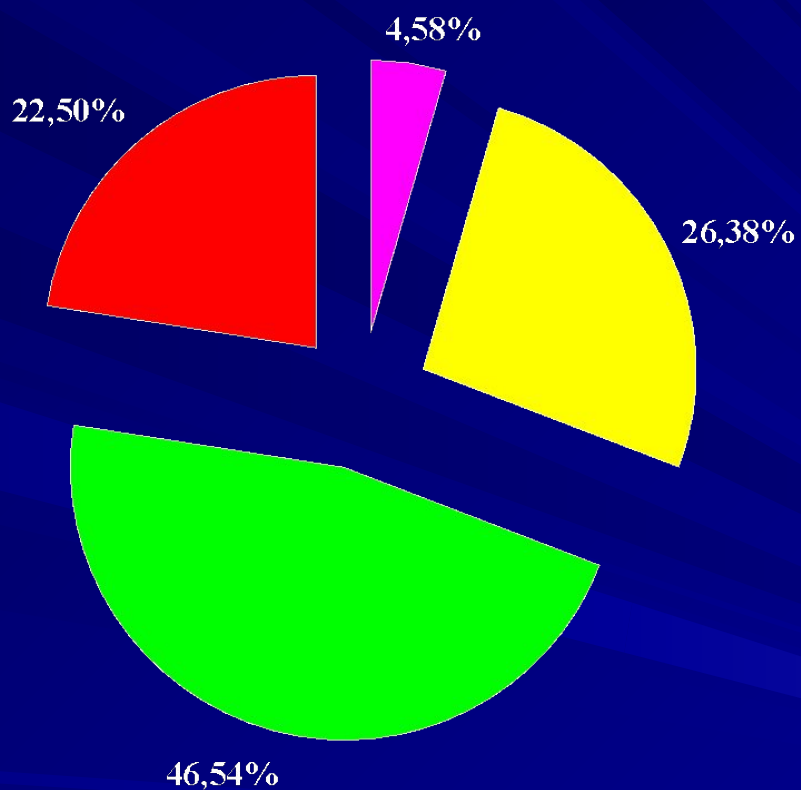


# Співвідношення Q – та не Q-інфаркта міокарда в Дніпропетровській області (за інформаційними повідомленнями стаціонарного лікування)

Взагалом - 2517

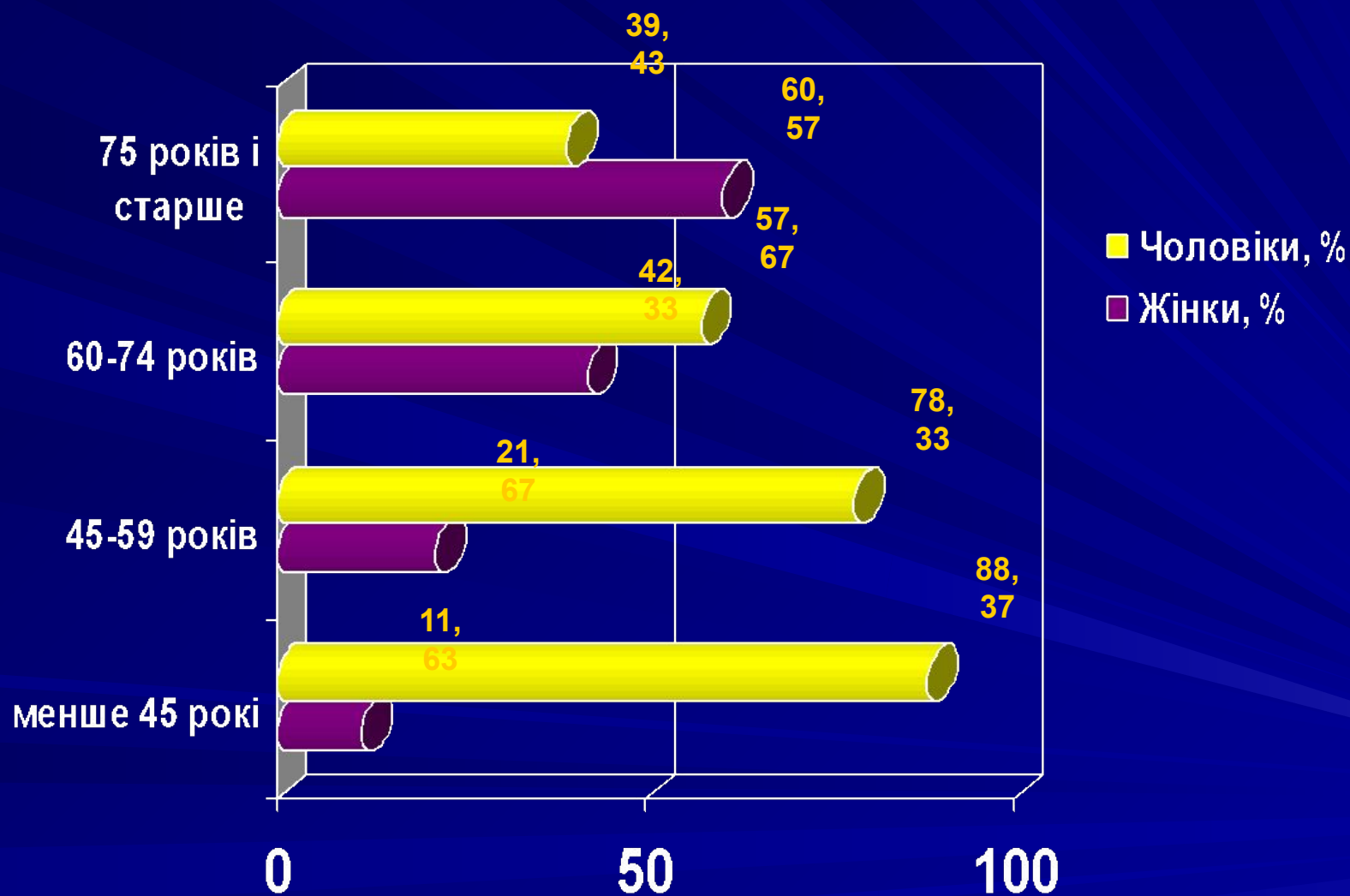


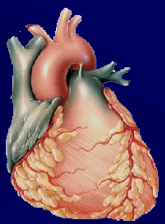
# Частота реєстрації ГІМ в залежності від віку



- Молодше 45 років
- 45-59 років
- 60-74 років
- 75 років і старше

# Частота реєстрації ГІМ у жінок та чоловіків в різних вікових категоріях





# 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



ПАЦІЄНТ З ГОСТРИМ ІМ

Лікування:

- порушень ритму і провідності
- кардіогенного шоку
- набряку легень

ІАПФ  
Статини

Тромболізіс  $ST \uparrow$   
Черезшкірна або  
хірургічна реперфузія

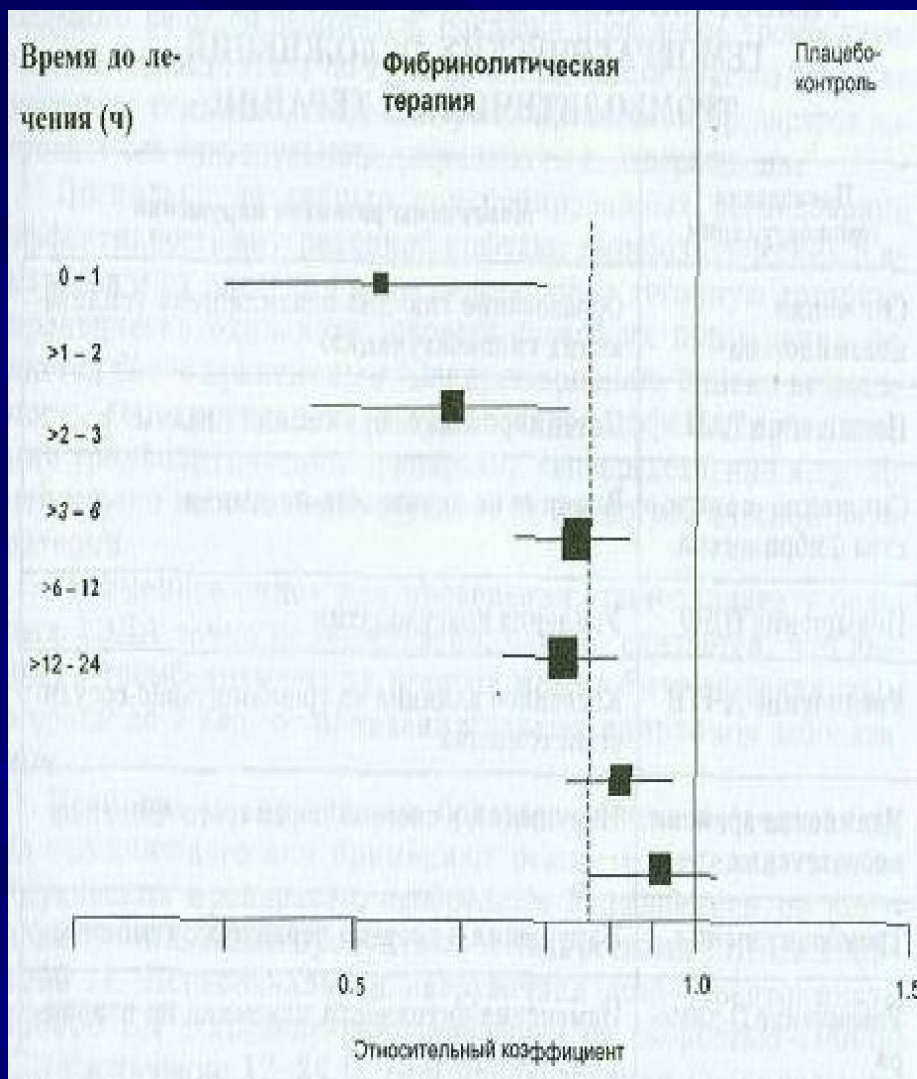
**Лікувальна програма****Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

- 1. Тромболітична терапія з використанням стрептокінази, ретеплази, альтеплази або тенектеплази, ТНК-ТАП проводиться при відсутності протипоказів і можливості проведення протягом 12 годин від початку ангінозного нападу.**
- 2. Первинні коронарні втручання при давності клініки ГКС до 12 годин, а при збереженні або відновленні ішемії в пізніші терміни є методом вибору в лікуванні інфаркту міокарду, що ускладнений кардіогенним шоком, при наявності протипоказань до тромболітичної терапії та в умовах, коли можливо виконати процедуру протягом 90 хвилин від першого контакту з лікарем. Покази та вибір метода реваскуляризації (ЧКВ, АКШ) визначаються характером ураження коронарних артерій за даними КВГ та можливістю клініки.**
- 3. Аспірин.**
- 4. Нефракціонований гепарин (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням) і низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні ознак ішемії і більше.**
- 5.  $\beta$ -адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності. При наявності СН і/чи систолічної дисфункції ЛШ (ФВ<45%) – метопролол, карведілол.**
- 6. Блокатори кальцієвих каналів. Ділтiazем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипокази до  $\beta$ -адреноблокаторів і у хворих з варіантною стенокардією при відсутності систолічної СН. Дігідропірідини ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з  $\beta$ -блокаторами<sup>1</sup>.**
- 7. Нітрати при наявності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда. Як альтернативу можна використовувати сідноніміни.**
- 8. Інгібітори АПФ, при непереносимості – блокатори АТ1 рецепторів ангіотензину II**
- 9. Статини показані всім хворим із загальним холестерином крові > 5 ммоль/л. Доза визначається індивідуально. Одночасно для оцінки переносимості контролюють вміст в крові АЛТ, АСТ і КФК.**

# Ефективність і доказовість різних методів реперфузії при ГІМ

Рекомендації	Клас ефективності	Рівень доказовості
<p>Тромболітична терапія:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– якщо немає протипоказань і неможливо виконати первинне ЧКВ досвідченими спеціалістами протягом 90 хв. після першого контакту хворого з медичним персоналом;</li> </ul>	I	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>– якщо ГІМ триває більше 4 г, потрібно використовувати фібриноспецифічні препарати (ТАП, тенектеплаза);</li> </ul>	IIa	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>– за відповідних умов тромболітичну терапію розпочинають на догоспітальному етапі;</li> </ul>	I	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>– у випадку появи ознак реокклюзії і неможливості виконати механічну реперфузію повторно вводять неімуногенний тромболітик;</li> </ul>	IIa	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>– в комбінації з аспірином в дозі 150-325 мг (розжувати);</li> </ul>	I	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>– введення альтеплази і тенектеплази комбінують з в/в інфузією гепарину під контролем ЧАТВ</li> </ul>	I	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>– за умов використання стрептокінази гепарин назначають на розгляд лікаря</li> </ul>	IIa	B

# Мета-аналіз останніх 22-х досліджень тромболітичної терапії висунул на перший план зв'язок між затримкою лікування з його подальшою ефективністю



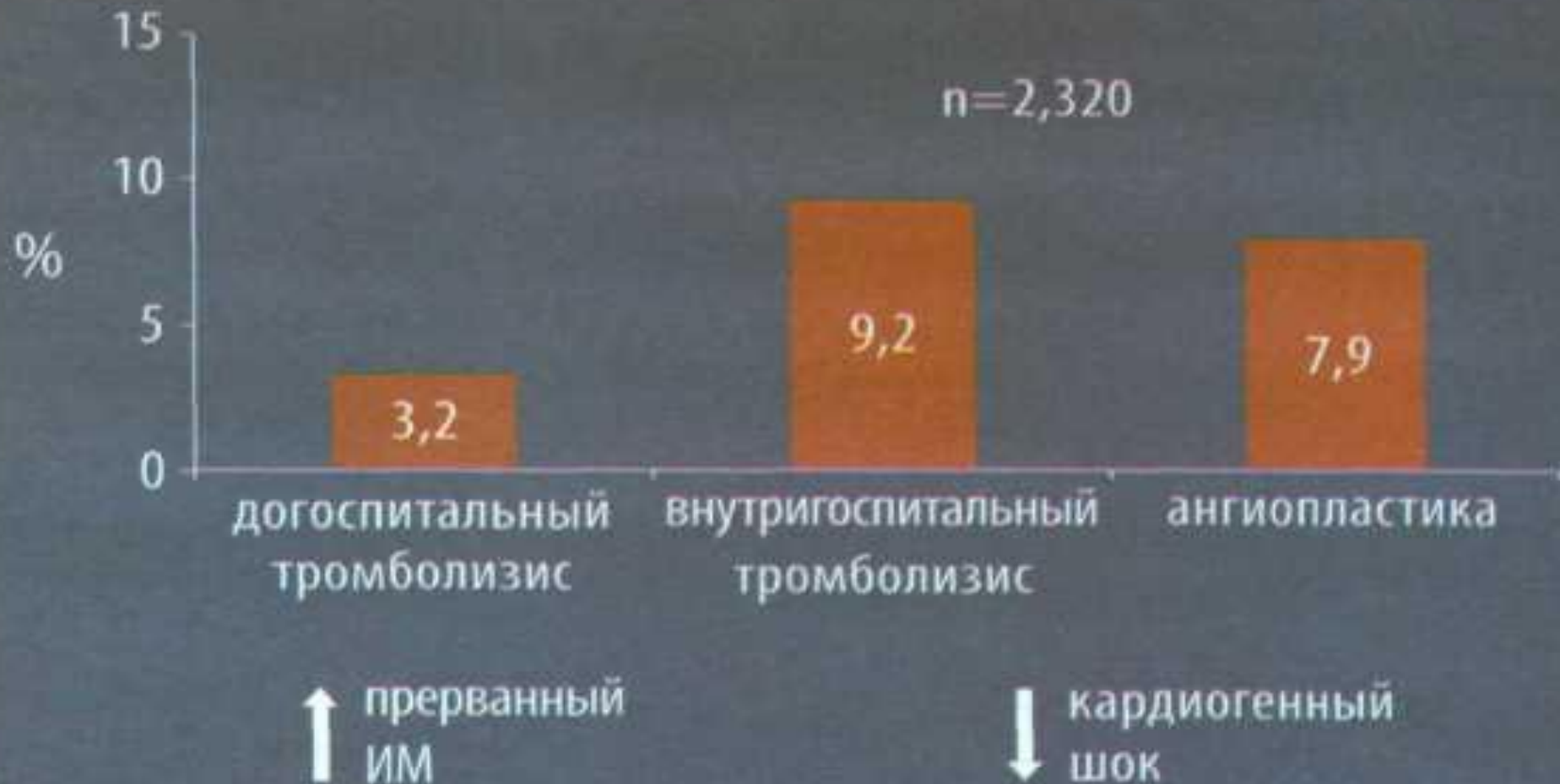
**Вплив часу, що пройшов до початку тромболітичної терапії на смертність, складений на підставі 22 досліджень, що порівнюють тромболітичну терапію й плацебо-контролі. Відносні коефіцієнти, отримані з 95% довірчим інтервалом по логарифмічній шкалі, значно відрізняються в шести групах (тест Breslow-Day,  $P=0.001$ ). Області чорних квадратів пропорційні кількості статистичної інформації.**

# Європейський досвід:

- Невідкладна допомога надається в середньому через 1 годину від початку ІМ;
- Летальність - 10%
- ЧКВ - 13%
- Тромболізис - 43%
- Фінансування за рахунок засобів держави, страхових компаній і приватних осіб.



# Реєстр USIC



ЕНС: 2003:24;501

**30-денна летальність хворих інфарктом міокарду з елевацією сегменту ST в залежності від первинного лікування**



Вызов СМП  
9-1-1

Начало  
симптомов  
ИМПСТ

Диспетчер  
«скорой»  
9-1-1



«СМП» на месте происшествия.  
ЭКГ в 12 отведениях.  
Рассмотреть применение  
догоспитального фибринолитика,  
если есть возможность и если время  
«прибытие СМП – игла» < 30 мин.

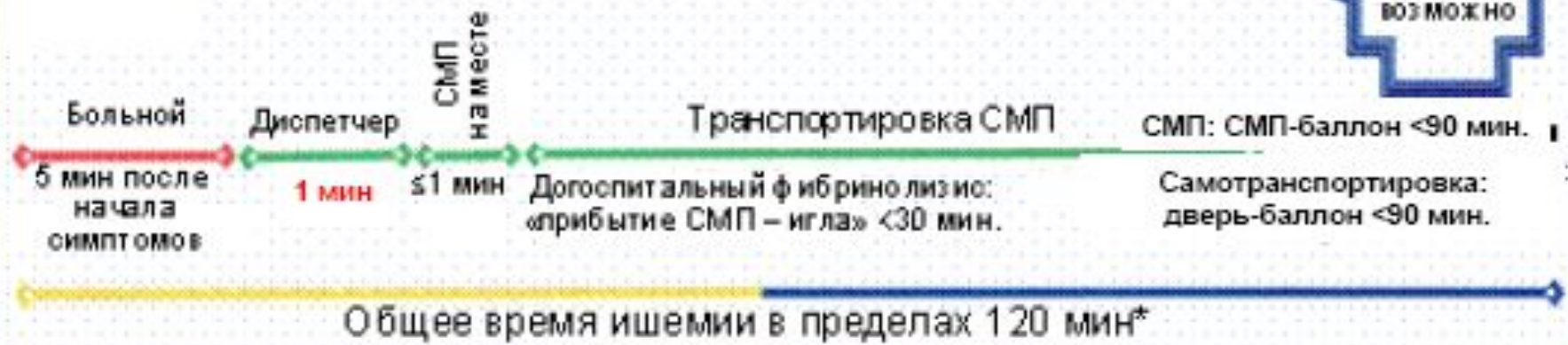
Выбор

Без  
«возможности  
ЧКВ»

Можно доставить в стационар

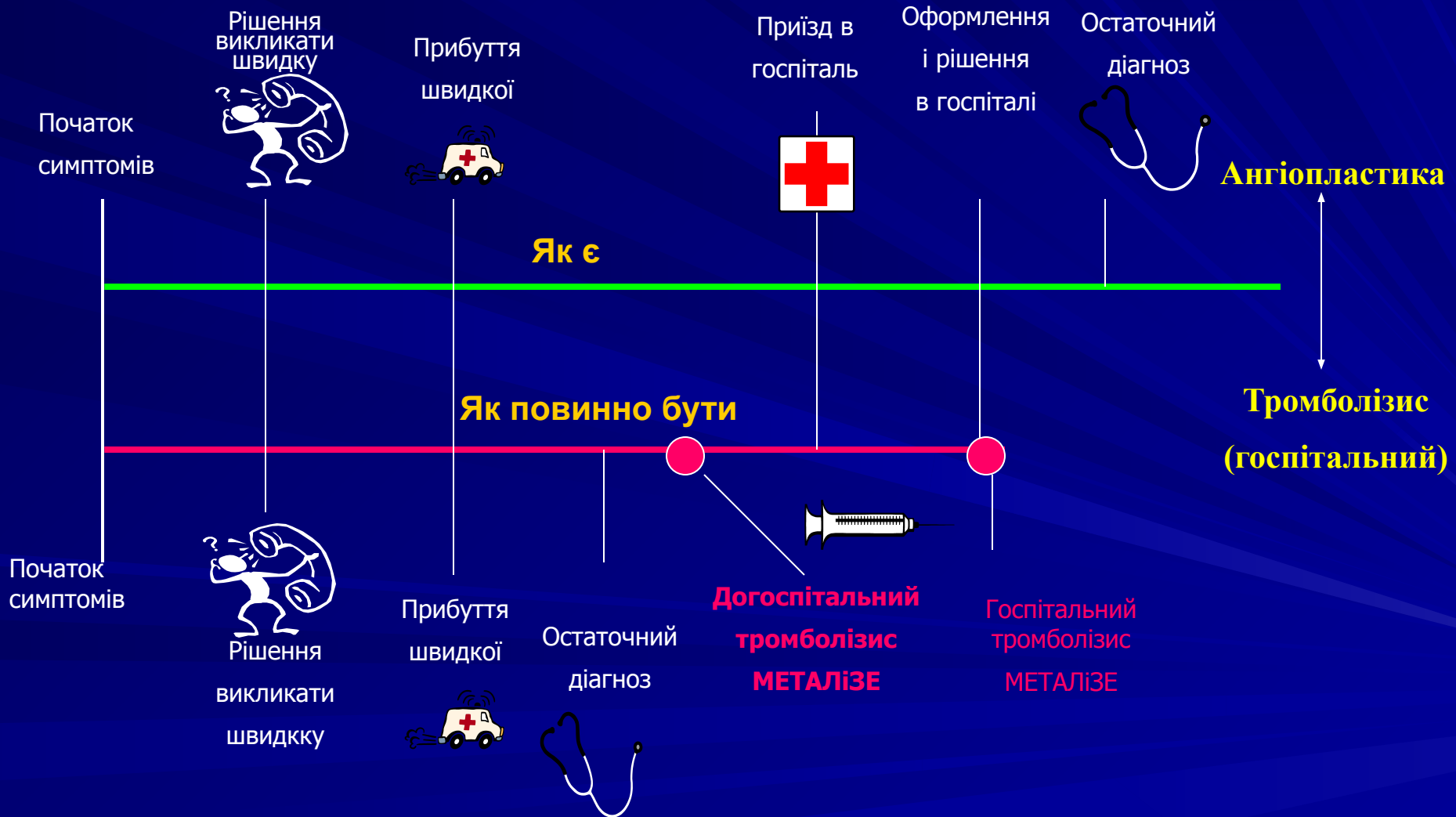
ЧКВ  
ВОЗМОЖНО

Госпитальный фибринолиз  
Дверь – игла < 30 мин



Золотой час – первые 60 минут

# Зміни в лікуванні ІМ в Європі після 2000 року



# 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

# Протипоказання до тромболітичної терапії

- **Абсолютні:**

- геморагічний інсульт або інсульт невідомого походження в анамнезі незалежно від давнини;
- ішемічний інсульт протягом останніх 6 міс.;
- травма або новоутворення центральної нервової системи;
- важка травма, або операція, або травма голови (протягом останніх 3 тиж.);
- шлунково-кишкова кровотеча протягом останнього місяця;
- патологія системи згортання крові зі схильністю до кровоточивості;
- розшарування аорти.

- **Відносні:**

- транзиторні ішемічні атаки протягом останніх 6 міс.:
- терапія непрямими антикоагулянтами;
- вагітність або 1 міс. після пологів;
- пункція судин, які неможливо стиснути;
- травматична реанімація;
- рефракторна артеріальна гіпертензія (сistolічне АТ понад 180 мм рт. ст.);
- важкі захворювання печінки;
- інфекційний ендокардит;
- активна пептична виразка.

# Ефективність і доказовість різних методів реперфузії при ГІМ

<i>Рекомендації</i>	<i>Клас ефективності</i>	<i>Рівень доказовості</i>
Реперфузійна терапія показана всім хворим з болями або дискомфортом в грудній клітці тривалістю до 2 г. і підйомом сегменту ST або гострою блокадою ЛНПГ	I	A
Первинне ЧКВ: –метод вибору при умові виконання досвідченими спеціалістами протягом 90 хв. після першого контакт хворого з медичним персоналом;	I	A
–показаний хворим з кардіогенним шоком і з протипоказанням до тромболітичної терапії;	I	C
–з використанням інгібіторів рецепторів GP IIb/IIIa тромбоцитів;		
–без стентування;	I	A
–у випадку стентування	IIa	A
«Рятувальне» ЧКВ після безуспішного тромболізису у хворих з масивним ГІМ	IIa	B

# Тактика реперфузійної терапії при ГІМПСТ

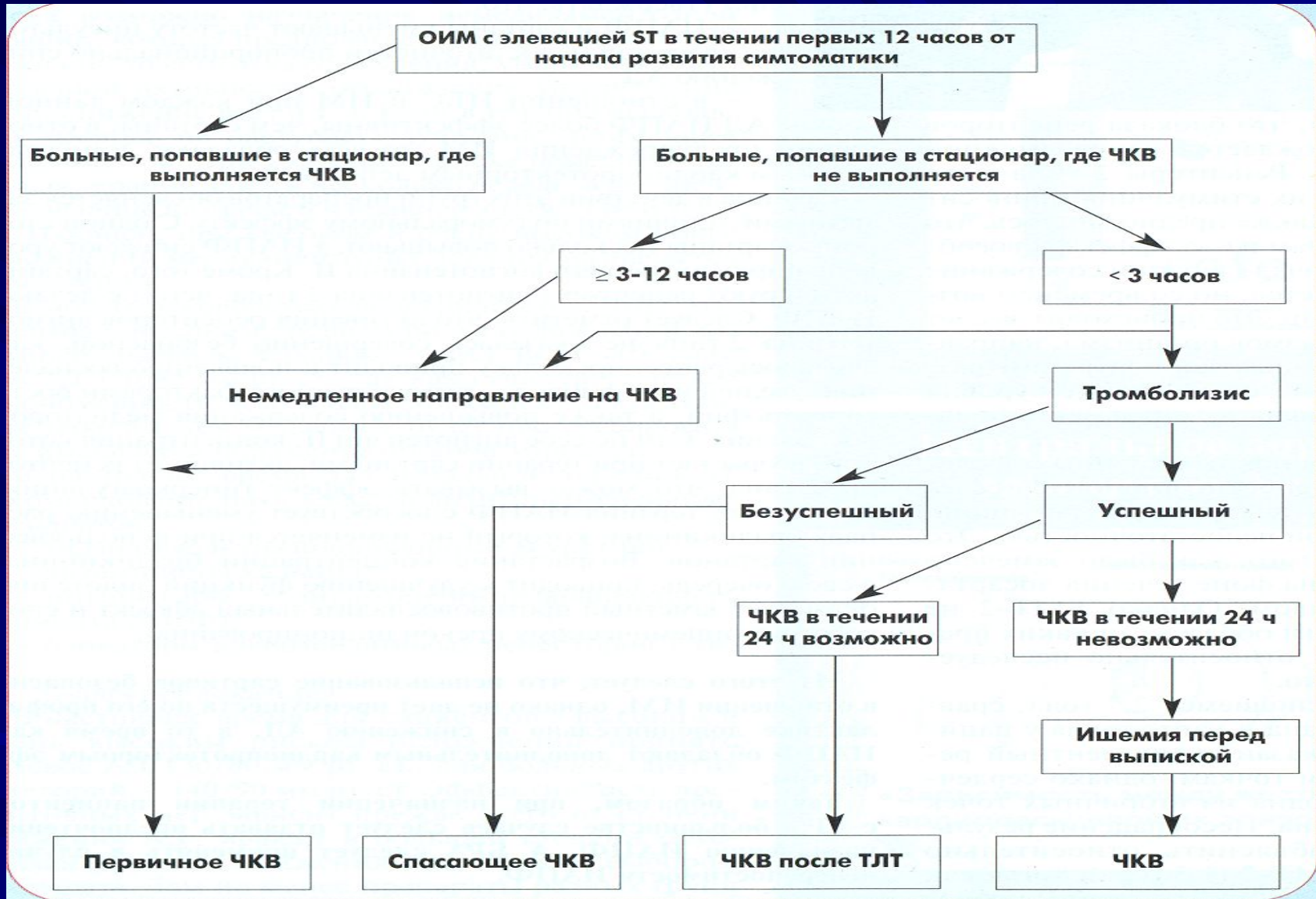
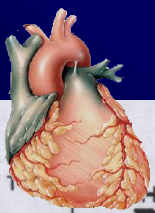


Рис. 1. Тактика реперфузионной терапии при ОИМГСТ

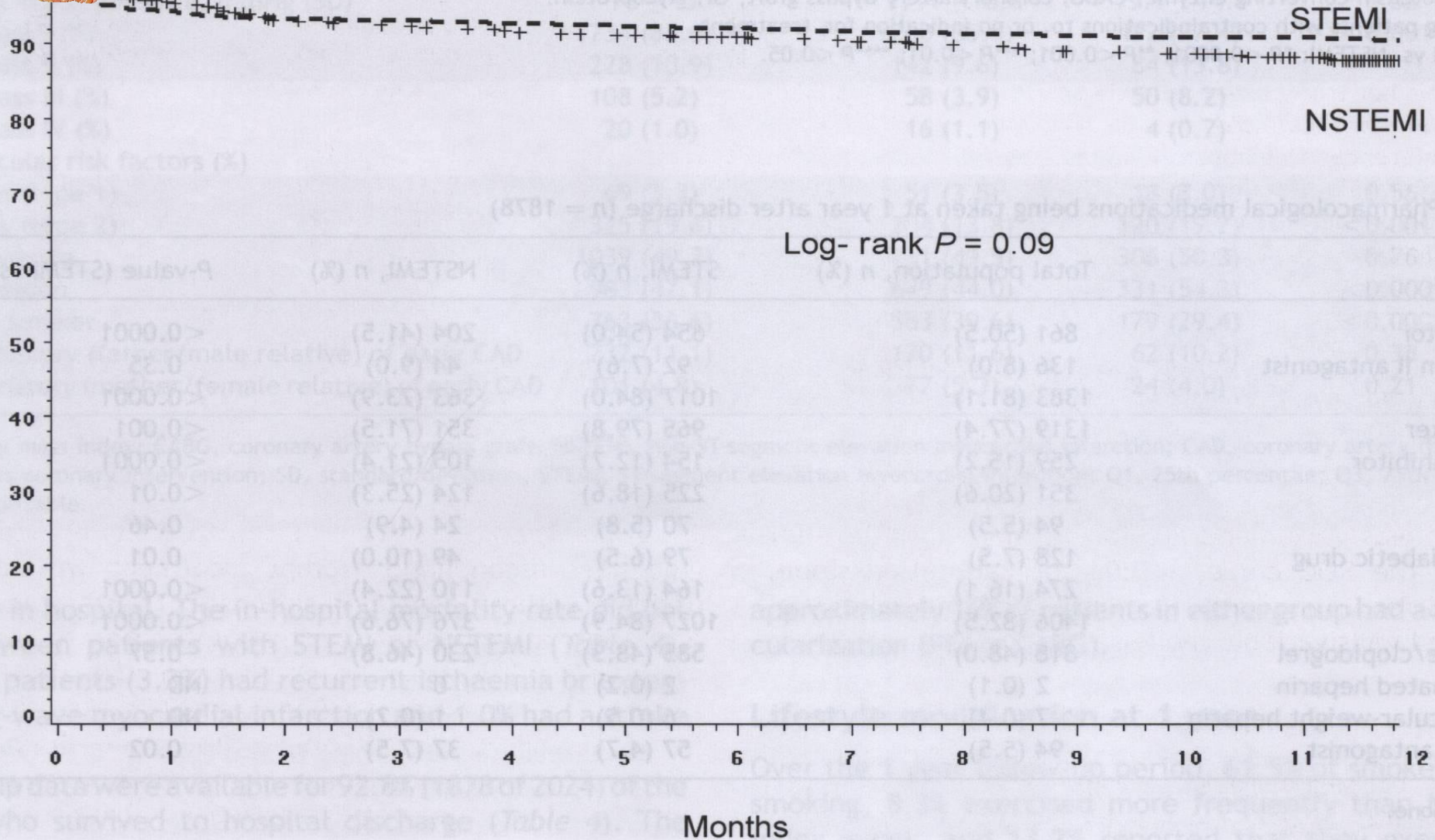
# Ведення хворих з ГКС залежно від ступеня ризику розвитку гострого інфаркту міокарда і смерті.







# OPERA registry: 2151 х-й с ІМ, Франція



# Зниження смертності при фармакотерапії у хворих після ІМ



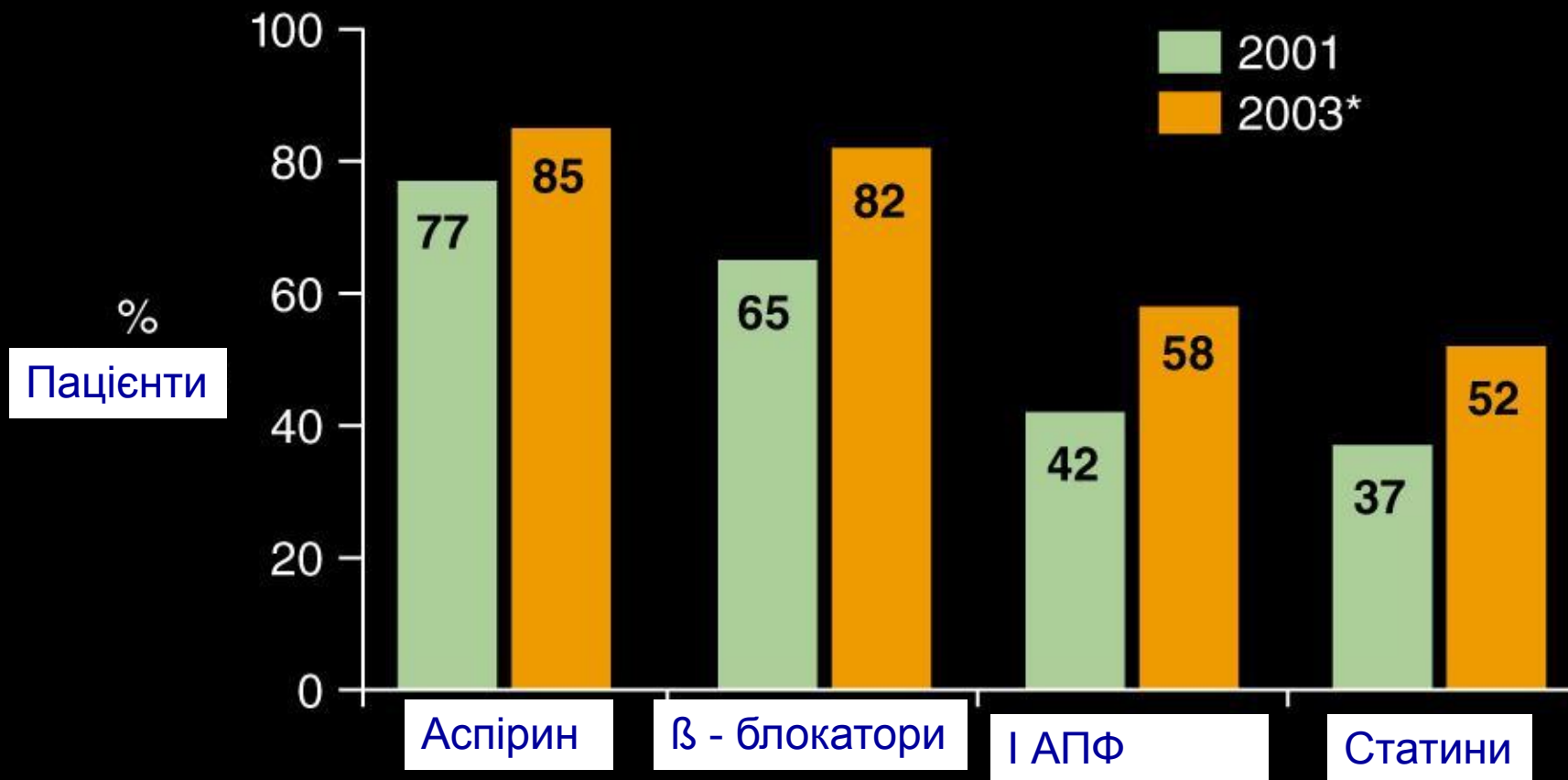
\*In coronary artery disease patients.

†After myocardial infarction.

Adapted from Iestra JA et al. *Circulation*. 2005;112:924-934.

## Вторинна медикаментозна профілактика у госпіталізованих хворих з гострим інфарктом міокарду: 2001 порівняно з 2003

Національна реєстрація інфаркта миокарда – 3 (2001) и – 4 (2003)



Beller GA. *J Am Coll Cardiol.* 2001;38:587-94.

\*NRFMI Registry discharge medications from 6/02 to 6/03

Fonarow GC. AHA Scientific Sessions 2003; Orlando, Fla.

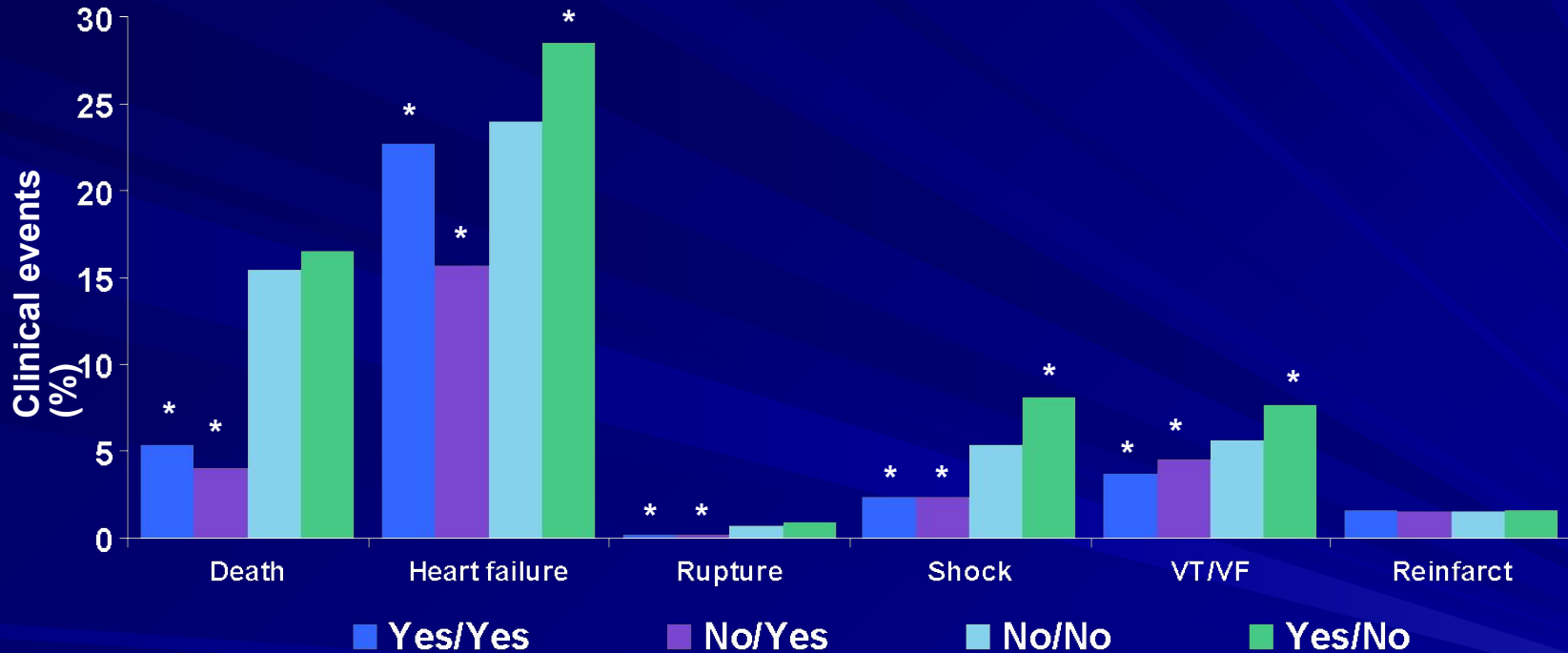
# Антиішемічні препарати

- **β-Адреноблокатори.** Рекомендують всім хворим з ГКС, якщо немає протипоказань (значних порушень АВ провідності, бронхіальної астми в анамнезі, гострої лівошлуночкової недостатності). Хворим з високим ризиком розвитку ускладнень спочатку бажано їх вводити внутрішньовенно (рекомендація категорії “В”). Немає доказів того, що який-небудь конкретний β-блокатор ефективніше іншого. У випадку супутньої патології, наприклад ураження легенів або дисфункції лівого шлуночка, доцільно починати лікування з препаратів короткої дії. Метою подальшого прийому β-адреноблокатора є досягнення частоти серцевих скорочень до 50-60 за 1 хв.
- **Нітрати.** Хворим, яких госпіталізували з приводу ГКС і які мають епізоди ішемії міокарда в анамнезі, нітрати вводять внутрішньовенно (рекомендація категорії “З”). Дозу варто збільшувати (титрувати) до припинення симптомів або появи побічних ефектів (головного болю, гіпотензії). Як альтернативу можна використати нітратоподібні препарати, зокрема сидноніміни або активатори калієвих каналів (нікорандил), однак ефективність їх при ГКС не досліджували.
- **Блокаторы кальцієвих каналів.** Дилтиазем можна застосовувати для лікування хворих, яким протипоказані β-адреноблокатори й хворих з варіантною стенокардією. Не слід використовувати дигідропіридини без одночасного застосування β-адреноблокаторів. Антагоністи кальцію протипоказані хворим зі значними порушеннями скоротливості лівого шлуночка або атриовентрикулярного проведення.

- **Нефракціонований гепарин (НФГ) і низькомолекулярні гепарини (НМГ).** У двох дослідженнях встановлена перевага еноксапарину перед НФГ щодо запобігання летальних наслідків і нефатального (ре-) ІМ і повторної дестабілізації стенокардії. Разом з тим використовувати НМГ на практиці значно зручніше внаслідок простоти введення. До того ж немає потреби в постійному лабораторному контролі (категорія А).
- **Аспірин** знижує сумарну кількість випадків смерті й (ре-) ІМ у хворих НС і ІМ. Цей ефект однаково виражений у випадку застосування в дозі 75-150 мг і понад 150 мг на добу. Лікування аспірином показано всім хворим з підозрою на ГКС. Його приймають тривалий час після гострого стану, якщо немає протипоказань - активної пептичної виразки, місцевої кровотечі, геморагічних діатезів, які спостерігаються відносно рідко. Ця рекомендація стосується категорії "А".
- **Тиєнопіридини.** При ГКС-БП-СТ клопідогрель (1-а доза - 300 мг, потім 75 мг 1 раз на добу) рекомендують для невідкладного й тривалого (протягом 9-12 мес.) лікування в комбінації з аспірином, а у хворих з непереносимістю аспірину - замість нього (рекомендація категорії "В"). При цьому підтримуюча доза аспірину не повинна перевищувати 100 мг.
- **Блокатори глікопротеїнових рецепторів IIb/IIIa тромбоцитів.** Застосування блокаторів рецепторів GPIIb/IIIa додатково до терапії аспірином і малими дозами НФГ (з урахуванням маси) показано всім хворим, яким планується проведення раннього черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) (рекомендація категорії "А"). Інфузія повинна тривати 12 (абсик-симаб) або 24 (ептифібатид, тирофібан) годин після процедури. Хворим, які очікують аорто-коронарне шунтування (АКШ), препарати скасовують не менше ніж за 4 г. до операції.

# NRMI: Використання статинів в перші 24 години асоційовано зі зниженням ранньої захворюваності і смертності

## Clinical events by statin use



**Statin initiation within 24 hours of hospitalization resulted in a 77% reduction in death compared with no statin use**

\* $P < .001$  vs No/No patients.

Yes/yes=patients continued on statin therapy; no/yes=patients newly started on statin therapy; no/no=patients who did not receive statin therapy before or within the first 24 hours of hospitalization; yes/no=patients in whom statin therapy was discontinued.

## **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Стабілізація стану. Відсутність ускладнень.

## **Тривалість лікування**

Обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю 14-17 днів. Подовження термінів лікування можливо при наявності ускладнень, поперед усе СН, післяінфарктної стенокардії, важких порушень ритму і АВ-блокад.

## **Критерії якості лікування**

Відсутність клінічних і ЕКГ ознак ішемії міокарду. Відсутність ознак високого ризику за даними навантажувальних тестів (ішемічна депресія сегмента  $ST \geq 2$  мм, толерантність до фізичного навантаження менше 5 MET чи 75 Вт, зниження систолічного АТ під час навантаження). Відсутність прогресування серцевої недостатності, рецидивування потенціально фатальних аритмій АВ-блокад високого ступеню.

## **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Проведення адекватної тромболітичної та антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі

## **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання протягом всього життя. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше, ніж 1 раз на рік.

## **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 6 грам на добу, обмежується вживання тваринних жирів, та продуктів, які містять холестерин. Рекомендується дієта збагачена  $\omega$ -3 поліненасиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

## **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Рекомендовані тимчасові обмежені дозовані фізичні навантаження під контролем фахівців з ЛФК. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання. Показана реабілітація в амбулаторних умовах або приміських спеціалізованих санаторіях (при відсутності протипоказань).

Примітка: 1. Дігідропірідінові похідні короткої дії протипоказані.



**“It should be the function  
of medicine to have  
people die young as late  
as possible”**

*Ernest L. Wynder  
M.D.*