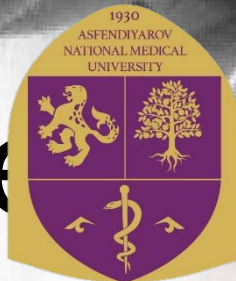


«ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ»
АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

сердца.

Острый коронарный синдром.

Группа: ОМ 16-42-02

План

- Алгоритм диагностики ИБС
- Тактика ведения пациентов с ИБС
- Алгоритм диагностики ОКС
- Тактика ведения пациентов с Алгоритм диагностики ИБС
- Тактика ведения пациентов с ИБС
- Лечение и кардиореабилитация в соответствии с международными рекомендациями и клиническими протоколами МЗ РК



- **Стабильная коронарная болезнь сердца** характеризуется эпизодами обратимого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, чаще всего, по атеросклеротически пораженному коронарному руслу.
- Стабильной считается стенокардия в том случае, если ее симптомы имеют неизменный характер на протяжении, как минимум 2 месяцев.
- Стабильная стенокардия также включает в себя следующее после острого коронарного синдрома (ОКС) стабильное состояние, часто бессимптомное. А также продолжительное до начала появления симптомов состояние атеросклеротического поражения сосудов.

Диагностика

Жалобы: основной симптом стабильной стенокардии – чувство дискомфорта или боль в грудной клетке (таблицы 2 и 3).

Таблица 2- Симптомокомплекс стенокардии

Признаки	Характеристика
Локализация боли/дискомфорта	наиболее типичная за грудиной, чаще в верхней части, симптом «сжатого кулака».
Иррадиация	в шею, плечи, руки, нижнюю челюсть чаще слева, эпигастрий и спину, иногда может быть только иррадиирующая боль, без загрудинной.
Характер	неприятные ощущения, чувство сжатия, стеснения, жжения, удушья, тяжести.
Продолжительность (длительность)	чаще 3-5 мин
Приступообразность	имеет начало и конец, нарастает постепенно, прекращается быстро, не оставляя неприятных ощущений.
Интенсивность (выраженность)	от умеренной до нестерпимой.
Условия возникновения приступа/боли	физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, на холоде, при обильной еде или курении.
Условия (обстоятельства) вызывающие прекращение боли	прекращение или уменьшение нагрузки, приемом нитроглицерина.
Однотипность (стереотипность)	характерен для каждого пациента свой стереотип болей
Сопутствующие симптомы и поведение больного	положение больного застывшее или возбужден, одышка, слабость, усталость, головокружение, тошнота, потливость, тревога, м. б. спутанность сознания.
Давность и характер течения заболевания, динамика симптомов	выяснить течение заболевания у каждого пациента.

Таблица 3- Клиническая классификация болей в грудной клетке

Типичная стенокардия (определенно)	Отвечает трем из представленных критериев: - за грудиный дискомфорт с типичными характеристиками - спровоцированный физическим напряжением или эмоциональным стрессом - купирующийся после отдыха или приема нитроглицерина
Атипичная стенокардия (вероятно)	Отвечает двум из представленных критериев
Некардиальная боль	Отвечает одному или ни одному из представленных критериев

Диагностика

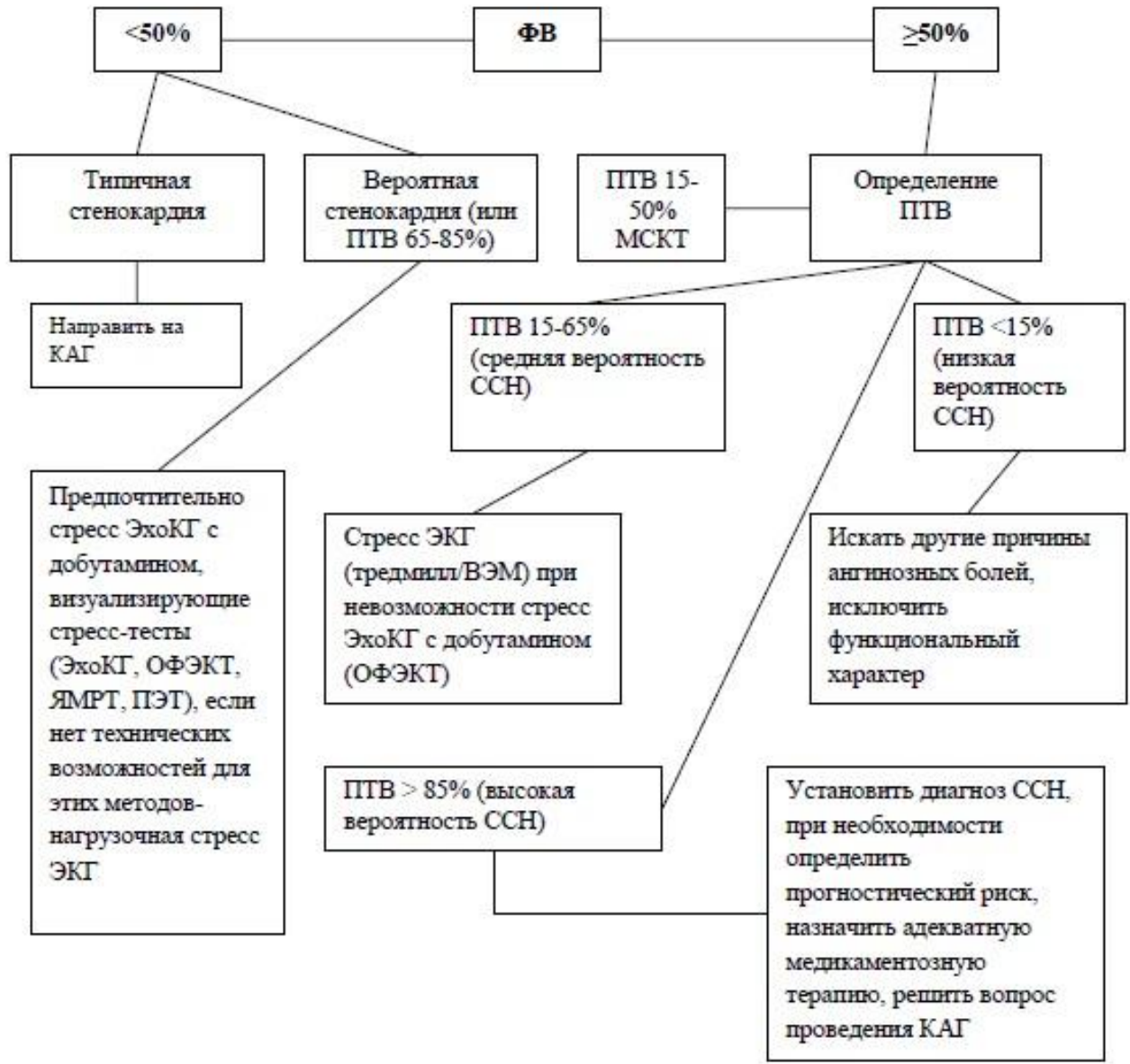
Перечень основных и дополнительных диагностических исследований, проводимый на амбулаторном уровне

Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК, ОАМ, Б/Х (определение креатинина и клиренса креатинина, АЛТ, глюкозы, липидного спектра (определение общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов);
- ЭКГ и ЭхоКГ в покое;
- Рентгенография органов грудной клетки у отдельных пациентов

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Гликированный гемоглобин
- ИФА гормонов щитовидной железы
- Определение креатининкиназы
- Определение NT-proBNP/BNP сердечная недостаточность
- Определение высокочувствительный тропонин количественный метод (дестабилизация)
- Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру при аритмии
- Стресс ЭКГ (велозергометрия/тредмил)
- Стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой/добутамином
- УЗДГ сонных артерий
- Сцинтиграфия миокарда (однофотонная эмиссионная компьютерная томография)
- Магнитно-резонансная томография (МРТ)
- Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)
- Компьютерная томография коронарных артерий
- Коронарная ангиография (КАГ)
- УЗИ щитовидной железы.



Неинвазивное тестирование у пациентов с подозрением на ИБС

Лечение

Цели лечения:

- уменьшение симптомов стенокардии и улучшение прогноза;
- коррекция образа жизни;
- контроль факторов риска;
- назначение медикаментозной терапии;
- обучение пациентов.

Немедикаментозное лечение

- Курение является сильным независимым фактором риска ИБС, поэтому необходимо избегать курения, в том числе пассивного, всем пациентам с ИБС. Оценка статуса курения должна проводиться систематически (включая пассивное курение), и все курильщики должны быть осведомлены о необходимости отказа от курения. Никотин замещающая терапия безопасна для пациентов с ИБС и должна быть предложена .

Правильное питание снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Основные моменты здоровой диеты приведены ниже (таблица 16). Энергетическая ценность должна быть ограничена тем количеством, которое необходимо для нормального веса - ИМТ <25 kg/m².

- Физическая активность
Регулярные физические нагрузки связаны со снижением заболеваемости и кардиоваскулярной смертности среди пациентов с установленной ИБС. Физические нагрузки должны включаться в ежедневную активность. Аэробные нагрузки должны быть предложены пациентам с установленной ИБС, как часть структурированной программы по сердечной реабилитации, с оценкой функциональной способности пациента и потенциального риска физических нагрузок.
- Сексуальная активность
Сексуальная активность сравнима с физической активностью более 6 MET (1 MET= 3,5 мл потребления кислорода/кг/мин) в зависимости от вида деятельности. Сексуальная активность может вызывать приступы стенокардия и прием нитроглицерина перед сексуальными отношениями может быть эффективен так же, как и при другой физической нагрузке.
- Коррекция веса
Избыточная масса тела и ожирение связаны с повышением риска смерти при ИБС. Снижение веса при избыточной массе тела и ожирении рекомендовано с целью коррекции артериального давления, дислипидемии и метаболизма глюкозы. Симптомы возможного ночного апноэ должны быть тщательно оценены у пациентов, особенно с ожирением. Наличие симптомов ночного апноэ связано с увеличением кардиоваскулярной заболеваемости и смертности .
- Артериальная гипертензия
Особого внимания заслуживает мониторинг уровня артериального давления. Повышенный уровень артериального давления, наряду с сердечной, почечной недостаточностью и цереброваскулярными заболеваниями, относится к основным факторам риска ИБС. Рекомендовано поддержание уровня АД в пределах 130-139/80-85 мм рт ст. Рекомендованный уровень АД при сахарном диабете <140/85 мм рт ст.
- Также нужно контролировать такие факторы как: Диабет, Психологические факторы, дальнейшая Сердечная реабилитация

Стратегия медикаментозного лечения пациентов со стабильной стенокардией



Лечение рефрактерной стенокардии

Рефрактерная стенокардия» определяется как хроническое состояние, обусловленное клинически установленной обратимой ишемией миокарда, которое не поддается адекватному контролю комбинированным лечением, включающим медикаментозную терапию, реваскуляризацию (ЧКВ, АКШ). Для группы пациентов с рефрактерной стенокардией появился ряд методов лечения, включающий кроме фармакологические варианты и нефармакологическое лечение (таблица 19). Среди нефармакологических методов лечение широко используется наружная контрпульсационная терапия и нейростимуляционная методика, которые продемонстрировали уменьшение боли и улучшение качества жизни, однако, по-прежнему, нет убедительных данных влияния на ишемию и смертность.

Таблица 19. Варианты лечения рефрактерной стенокардии

Рекомендации	Класс	Уровень
Усиленная наружная контрпульсация может быть рассмотрена для облегчения симптомов у пациентов со стенокардией рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии и реваскуляризации	IIa	B
Чрескожная электрическая стимуляция нервов может быть рассмотрена для облегчения симптомов у пациентов со стенокардией рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии и реваскуляризации	IIb	C
Стимуляция спинного мозга может быть рассмотрена для облегчения симптомов и улучшения качества жизни у пациентов со стенокардией рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии и реваскуляризации	IIb	B
Трансмиокардиальная реваскуляризация не показана пациентам со стенокардией рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии и реваскуляризации	III	A

Лечение микроваскулярной стенокардии

Таблица 20. Лечение микроваскулярной стенокардии

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам рекомендуется вторичная медикаментозная профилактика, включающая аспирин и статины	I	B
β -блокаторы рекомендованы как препараты первой линии	I	B
Антагонисты кальция рекомендованы, когда β -блокаторы недостаточно эффективны или имеется их непереносимость	I	B
Ингибиторы АПФ и никорандил могут быть рассмотрены у пациентов с рефрактерными симптомами	IIb	B
Ксантин дериват и нефармакологическая терапия, в том числе техника нейростимуляции, могут быть рассмотрены у пациентов с рефрактерностью к выше указанным препаратам	IIb	B

Лечение вазоспастической стенокардии

Постоянное профилактическое лечение вазоспастической стенокардии основано на назначении БКК. Пролонгированные нитраты могут быть добавлены к терапии для увеличения эффективности лечения. От β -блокаторов следует воздержаться, т.к. они могут провоцировать вазоспазм [24].

Таблица 26 - Дальнейшее ведение пациентов с установленной стабильной ИБС

Рекомендации	Класс	Уровень
Последующие визиты рекомендуются каждые 4-6 месяцев в течение первого года наблюдения для подбора терапии стабильной ИБС, которая далее может быть продолжена в течение 1 года. Консультации проводит врач общей практики, в случаях неопределенности пациент направляется к кардиологу. Во время визитов необходим тщательный сбор анамнеза и проведение соответствующих биохимических анализов крови.	I	C
Рекомендована ежегодная регистрация ЭКГ. Дополнительная регистрация ЭКГ при изменении клинической картины ИБС (изменении ангинозного статуса), появлении аритмии или изменении терапии (назначение препаратов влияющих на проводимость сердца).	I	C
ЭКГ с физической нагрузкой или другие стресс-исследования показаны, если вновь появились или рецидивируют симптомы стенокардия при условии, что исключена нестабильная стенокардия	I	C
Повторная оценка прогноза с использованием стресс-исследований может быть проведена у пациентов с бессимптомным течением ИБС при истечение срока действительности ранее проведенных тестов («гарантийный период»).	IIb	C
Может быть проведено повторное исследование ЭКГ с нагрузкой через 2 года после предыдущего стресс-исследования (если нет изменений в клинической картине заболевания).	IIb	C

ЭКГ- электрокардиография, ИБС- ишемическая болезнь сердца

Индикаторы эффективности лечения:

- устранение приступов стенокардии полностью или перевод больного из более высокого ФК в более низкий ФК при сохранении хорошего качества жизни;
- уменьшение рисков нежелательных событий.

ОКС

- **Острый коронарный синдром (ОКС)** – клиническое состояние, отражающее период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), ведущим симптомом которого является боль в грудной клетке, инициирующая определенный диагностический и терапевтический каскад, начиная с регистрации ЭКГ на основании изменений которой дифференцируются 2 группы пациентов: с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.
- **Формы ОКСбпСТ:**
Основным в ведении пациентов с ОКСбпСТ на всех этапах оказания помощи является наряду с диагностикой постоянная стратификация риска развития кардиальных осложнений. В итоге в исходе ОКСбпСТ дифференцируются две клинические формы:
 1. **Нестабильная стенокардия** - острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для развития некроза миокарда (нет диагностически значимых повышений уровней тропонина).
 2. **Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST** – острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой приводит к некрозу миокарда.

ДИАГНОСТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

- Основной целью амбулаторного этапа при обращении пациента с ОКСбпСТ является диагностика и незамедлительная транспортировка в профильный стационар.

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез.

Клинические проявления ОКСбпST:

- **Продолжительная (>20 мин) ангинозная боль в грудной клетке в покое:** типичная боль в области сердца характеризуется дискомфортом или тяжестью за грудиной (стенокардия), иррадиирующей в левую руку, шею или челюсть, которая может быть преходящей (обычно продолжается несколько минут) или более длительной. Боль может сопровождаться потливостью, тошнотой, болью в животе, одышкой и обмороком. Нередко отмечаются атипичные проявления, такие как боль в эпигастральной области, диспепсия или изолированная одышка. Атипичные симптомы чаще отмечаются у пациентов пожилого возраста, у женщин, больных сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью или деменцией.
- **Впервые возникшая стенокардия напряжения (II или III ФК) (CCS)** с анамнезом заболевания 1-2 месяца с тенденцией к прогрессированию клинической симптоматики. Приступы могут возникать при физической нагрузке и оставаться первое время относительно стереотипными, в других случаях приступы стенокардии быстро нарастают по частоте и интенсивности, вплоть до спонтанных приступов с длительностью от 5 до 15 минут и более.
- **Прогрессирующая стенокардия напряжения, по крайней мере, до III ФК:** нарастание тяжести приступов стенокардии с прогрессирующим снижением толерантности к физической нагрузке, расширение зоны болей и их иррадиации, удлинение продолжительности приступов, снижение эффективности нитроглицерина, появление новых сопутствующих симптомов (одышки, перебоев в сердце, слабости, страха и т.д.).
- **Ранняя постинфарктная стенокардия** развившаяся пределах 2-х недель после ИМ.
Пациент с прогрессирующей или с впервые возникшей стенокардией давностью в несколько часов или суток потенциально намного более угрожаем в отношении развития ИМ или ВСС, чем пациент с аналогичными жалобами у которого нарастание симптомов произошло в последние 2-4 недели или менее 8 недель.

Диагностический алгоритм: (схема)



Дифференциальный диагноз

Таблица 4. Дифференциальная диагностика ОКС при наличии острой боли в грудной клетке

Сердечные	Легочные	Сосудистые	Желудочно-кишечные	Ортопедические	Другие
Миокардиты	Легочная эмболия	Расслоение аорты	Эзофагиты, рефлюкс или спазм	Скелетно-мышечные заболевания	Тревожные расстройства
Кардиомиопатии ^а	(Напряженный) пневмоторакс	Симптомная аневризма аорты	Язва желудка, гастриты, панкреатиты	Травма сердца	ГерпесZoster
Тахикардии	Бронхиты, пневмонии	Инсульт	Холециститы	Повреждение мышц, воспаление	Анемия
Острая сердечная недостаточность	Плевриты			Остеохондроз	
Гипертонические кризы				Патология шейного отдела позвоночника	
Стеноз аортального клапана					
Кардиомиопатия Такоцубо					
Коронарный спазм					
Травма сердца					

Примечание: а — дилатационная, гипертрофическая и рестриктивная кардиомиопатии могут вызвать стенокардию или дискомфорт в груди.

Жирным выделены наиболее часто встречаемые и/или важные дифференциальные диагнозы.

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

- **Тактика лечения.** Тактика лечения на догоспитальном этапе направлена на своевременную диагностику ОКС, оказание неотложной помощи, предотвращение развития осложнения, транспортировка в профильную клинику.
Немедикаментозное лечение: нет

Медикаментозное лечение

Первичные терапевтические мероприятия:

1. **Оксигенотерапия** при сатурации кислорода менее 90% или выраженной одышке(I A).

2. **β -блокаторы.** Раннее назначение β -блокаторов рекомендуется пациентам с симптомами ишемии при отсутствии противопоказаний. β -адреноблокаторы назначаются максимально рано при симптомах ишемии у пациентов без противопоказаний (острая СН III–IV классов по Killip). β -блокаторы конкурентно ингибируют миокардиальные эффекты циркулирующих катехоламинов и снижают потребление кислорода миокардом за счет снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда (I B).

Следует избегать раннего назначения β -блокаторов у больных, если не известна сократимость миокарда. β -блокаторы не следует назначать пациентам с симптомами, возможно, связанными с коронарным спазмом или приемом кокаина, так как они могут способствовать спазму, способствуя α -опосредованной вазоконстрикции, противопоставляемой β -опосредованной вазодилатации.

- **3. Нитраты** при ОКСбпСТ применяются только при наличии болевого синдрома и САД >90 мм.рт.ст. Внутривенное введение нитратов более эффективно, чем сублингвальный прием, в отношении уменьшения симптомов ангинозной боли и регрессии депрессии сегмента ST. Доза нитратов должна увеличиваться под тщательным контролем АД до тех пор, пока симптомы стенокардии не исчезнут, а у пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью - до нормализации АД или пока не появятся побочные эффекты (в частности, головная боль или гипотензия). Для в/в введения 10мг нитроглицерина разводят в 100 мл физиологического раствора, начинают введение с начальной скоростью 6-8 капель в мин до 30 в мин под контролем АД до купирования симптомов или появления побочных эффектов(I C). При отсутствии нитратов для внутривенного ведения используются формы нитроглицерина в таблетках 0,5 мг или в аэрозоле 0,4 мг (1доза), с повторным использованием через 3-5 мин при неэффективности и при отсутствии противопоказаний (САД <90 мм.рт.ст). Противопоказания к применению нитратов при ОКСбпСТ, из-за риска развития тяжелой гипотензии, следующие:
 1. ИМ правого желудочка
 2. САД <90 мм.рт.ст. или снижение АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, ЧСС <50 в мин или ЧСС>100 мм.рт.ст.
 3. Предшествующий прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5типа (т. е. в течение 24 ч для силденафила или 48 ч для тадалафила).
- 4. Наркотические анальгетики.** При интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно применение морфина (в/в или п/к) (I A).
- 5. Блокаторы кальциевых каналов.** У пациентов с предполагаемой/подтвержденной вазоспастической стенокардией назначаются блокаторы кальциевых каналов и нитраты, назначения β-блокаторов в этом случае нужно избегать (IIa B).
- 6. Ацетилсалициловая кислота.** АСК при первичном осмотре пациента с подозрением на ОКС назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг не с «кишечнорастворимым» покрытием (I A).

- **7. Ингибиторы P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов.** Назначение второго антиагреганта в дополнение к АСК при высокой вероятности ОКС:
Тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг рекомендуется при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКС б/п/СТ умеренного и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) (I A)
или
Клопидогрел в нагрузочной дозировке 300 мг (если предполагается консервативная стратегия) или 600 мг (если предполагается инвазивная стратегия) рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении не прямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий) (I B).

8. Антикоагулянтная терапия назначается всем пациентам при установлении диагноза ОКС. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ОКС б/п/СТ допустимо применение одного из следующих препаратов:

- фондапаринукс (п/к введение) (I B);
- низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, в/в болюс и п/к введение) (I B);
- НФГ (должен вводиться только в/в) (I B);

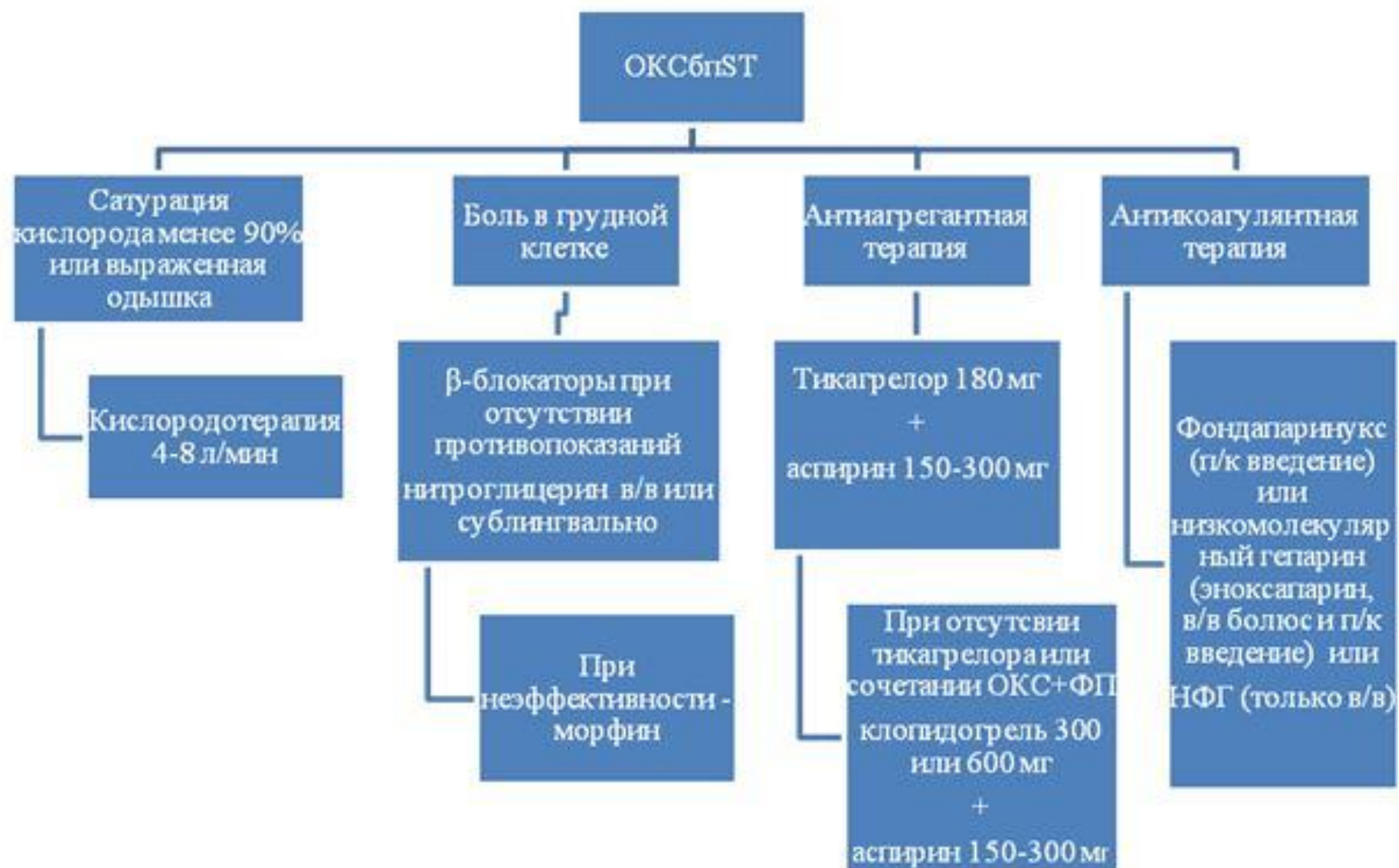
Фондапаринукс (2,5 мг/сут п/к) рекомендуется как препарат, имеющий оптимальный профиль эффективности/безопасность у пациентов с ОКС б/п/СТ вне зависимости от выбранной тактики лечения. При невозможности назначения фондапаринукса альтернативой для проведения антикоагулянтной терапии являются эноксапарин или НФГ. Не допускается смена одного назначенного вида гепарина на другой, поскольку это повышает риск развития кровотечений.

• **Перечень основных лекарственных средств:**

1. Кислород для ингаляций (медицинский газ)
2. Метопролол тартрат (ампулы 1% 5,0мл; таблетка 50 мг)
3. Нитроглицерин* (раствор 0,1% для инъекций в ампулах по 10мл; таблетка 0,0005 г или аэрозоль).
4. Морфин (раствор для инъекций в ампуле 1% по 1,0 мл)
5. Ацетилсалициловая кислота (таблетка, 500 мг)
6. Тикагрелор (таблетка, 90 мг)
7. Клопидогрель (таблетка, 75 мг)
8. Фондапаринукс (шприц 0,5мл 2,5 мг)
9. Эноксапарин натрия (шприц 0,2 и 0,4 мл)
10. НФГ (5000 МЕ, флаконы)
11. Физиологический раствор (0,9% 200 мл, флакон)

Перечень дополнительных лекарственных средств:

1. Атропина сульфат (ампулы 0,1% 1 мл)
2. Амиодарон (ампулы 3 мл, 150 мг)
3. Амлодипинабезилат (таблетка, 5,10 мг) при вазоспастической стенокардии
4. Изоптин (ампулы 2 мл, 5 мг) при противопоказаниях к β -блокаторам
5. Лидокаин гидрохлорид (ампулы 10% 2 мл), при отсутствии амиодарона.
6. Добутамин* (флакон 20 мл, 250 мг; ампулы 5% 5 (концентрат для вливаний), при отсутствии дофамин (ампулы 0,5% или 4%, 5 мл)
7. Дофамин (ампулы 0,5% или 4%, 5 мл)
8. Норадrenalина гидротартрат* (ампулы 0,2% 1 мл)
9. Адреналина гидрохлорид (ампулы 0,1% 1 мл)



- **Индикаторы эффективности лечения:**

1. Соблюдение временных интервалов при диагностике ОКС (регистрация и интерпретация ЭКГ в течение <10 мин).
2. Проведение первичных терапевтических мероприятий (пункт 4).
3. Незамедлительная транспортировка в профильный стационар <30 минут
4. Повышение осведомленности населения о признаках острого сердечного приступа и необходимости обращения «103».

Медицинская реабилитация

- Программа сердечной реабилитации/вторичной профилактики после ОКСбпСТ включает.

Обеспечение приверженности пациента к медикаментозной терапии:

1. прием поддерживающей дозы АСК 75 -100 мг ежедневно у всех пациентов, перенесших ОКСбпСТ неопределенно долго.

2. Назначение ингибиторов P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов в дополнение к АСК рекомендуется в течение 12 месяцев, если у пациента нет противопоказаний, таких как высокий риск развития кровотечений. **Тикагрелор** в поддерживающей дозе – 90 мг 2 р/сут рекомендуется к назначению при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКСбпСТ среднего и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) вне зависимости от выбранной первоначально тактики ведения, включая больных, которым ранее назначался клопидогрел в нагрузочной дозе. Лечение клопидогрелом следует прекратить, если имеется возможность назначения тикагрелора.

Клопидогрел в поддерживающей дозе 75 мг ежедневно рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении непрямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий+ОКС). Укорочение сроков двойной дезагрегантной терапии до 3–6 мес. после ОКС с имплантированным стентом с лекарственным покрытием (DES) допускается у пациентов с высоким риском кровотечений. Пролонгирование двойной дезагрегантной терапии более 12 мес. допустимо у отдельных пациентов после тщательной оценки риска ишемических событий и кровотечений.

3. Рекомендованы ингибиторы протонной помпы в комбинации с ДАТ пациентам с высоким (выше среднего) риском желудочно-кишечных кровотечений (анамнез по желудочно-кишечным язвам/кровотечениям, терапия антикоагулянтами, хронический прием НПВС/кортикостероидов, или наличие 2 и более следующих критериев: возраст ≥65 лет, диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, инфицирование *Helicobacter pylori*, хронический прием алкоголя) (I B).

4. Пациентам, получающим ингибиторы P2Y₁₂ и нуждающимся в проведении несрочной крупной внесердечной операции нужно отложить операцию на 5 дней при применении тикагрелора и клопидогреля, если это клинически осуществимо и, если пациент имеет высокий риск ишемических событий (IIa C). В случае, если невозможно отложить несрочное хирургическое вмешательство или при наличии осложнений в виде кровотечения, может быть

- 5. Рекомендовано начинать высокоинтенсивную терапию статинами как можно раньше при отсутствии противопоказаний и продолжать ее долго (I A).
- 6. ИАПФ рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ или сердечной недостаточностью, АГ или СД при отсутствии противопоказаний. БРА являются альтернативой при непереносимости ИАПФ (I A).
- 7. β -блокаторы рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ при отсутствии противопоказаний (I A).
- 8. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов, рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ или при наличии или сердечной недостаточности или СД после ОКСбпСТ, но в отсутствии значительной почечной дисфункции или гиперкалиемии (сывороточный креатинин < 221 ммоль/л (2,5 мг/дл) для мужчин и < 177 ммоль/л (2,0 мг/дл) для женщин, концентрация сывороточного калия $< 5,0$ ммоль/л).
- 9. Пациентам с ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л), несмотря на максимально переносимую дозу статинов, должно быть рассмотрено дальнейшее снижение ЛПНП с помощью препарата, не являющегося статином (эзетимиб).

Физическая реабилитация. Аэробные физические упражнения в составе программы кардиореабилитации должны быть предложены для пациентов после ОКСбпСТ с необходимостью оценки риска как объема, так и мощности физической нагрузки. По возможности рекомендуются регулярные физические упражнения три или более раз в неделю продолжительностью 30 минут. Малоподвижным пациентам должно быть настоятельно рекомендовано начинать осуществление легких по интенсивности программ физических упражнений после адекватной стратификации риска, связанного с нагрузкой. Контролируемые тренировки у пациентов высокого риска.

Устранение факторов риска.

10. Отказ от курения у всех пациентов рекомендовать при каждом визите, возможно назначение бупропиона и никотиновых заменителей, как специализированное лечение у всех курящих, избегать пассивное курение (I A).
11. Соблюдение диеты (I A).
12. Достижение целевого систолического АД < 140 мм рт.ст. (II B) диастолического АД < 90 мм рт.ст. (< 85 мм рт.ст. у больных с диабетом) (I A).

Использованная литература

- [Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST \(Нестабильная стенокардия, Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST\) > Клинические протоколы МЗ РК - 2016 > MedElement](#)
- [ИБС. Стабильная стенокардия напряжения > Клинические протоколы МЗ РК - 2015 > MedElement](#)