

УДК 616.12-008.1-072.7

Мамаджанов С.К.

**Ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней
педиатрического факультета**

**Андижанский государственный медицинский институт
Республика Узбекистан, г.Андижан**

Mamadjanov S.K.

Assistant, Department of Internal Medicine Propaedeutics

Faculty of Pediatrics

Andijan State Medical Institute

Republic of Uzbekistan, Andijan

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ОТ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация. Лечение острого коронарного синдрома (ОКС) — это неотложная задача, направленная на восстановление кровотока к сердцу с помощью препаратов (аспирин, антикоагулянты, нитраты, бета-блокаторы) и процедур (ангиопластика/стентирование), чтобы минимизировать повреждение миокарда, и требует немедленного вызова скорой помощи.

Ключевые слова: острый коронарный синдром (ОКС), антикоагулянты, нитраты, бета-блокаторы, ангиопластика, стентирование.

Abstract: Treatment of acute coronary syndrome (ACS) is an urgent task aimed at restoring blood flow to the heart using drugs (aspirin, anticoagulants, nitrates, beta-blockers) and procedures (angioplasty/stenting) to minimize myocardial damage and requires immediate emergency medical attention.

Key words: acute coronary syndrome (ACS), anticoagulants, nitrates, beta-blockers, angioplasty, stenting.

Введение. Лечение острого коронарного синдрома (ОКС) — это неотложная задача, направленная на восстановление кровотока к сердцу с

помощью препаратов (аспирин, антикоагулянты, нитраты, бета-блокаторы) и процедур (ангиопластика/стентирование).

Острый коронарный синдром (ОКС) — это группа клинических признаков, указывающих на острую ишемию миокарда, включая нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбST) и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Он остается ведущей причиной смертности и инвалидизации в мире, что делает совершенствование подходов к его лечению критически важной задачей современной кардиологии.

Основной патофизиологической причиной большинства случаев ОКС считается разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки с последующим формированием тромба в коронарной артерии, что приводит к острому нарушению кровоснабжения миокарда. Современная стратегия лечения направлена на быстрое восстановление коронарного кровотока (реперфузию), предотвращение дальнейшего тромбообразования, ограничение зоны некроза и профилактику осложнений.

Материалы и методы исследования. Быстрое и точное установление диагноза — основа успешного лечения ОКС. Диагностика опирается на три ключевых компонента:

- Клиническая картина: Типичная ангинозная боль за грудиной, которая может иррадиировать в руку, шею или нижнюю челюсть.
- Электрокардиография (ЭКГ): Позволяет дифференцировать ИМпST (стойкий подъем сегмента ST) от ИМбST и нестабильной стенокардии (депрессия сегмента ST, инверсия зубца T или неспецифические изменения).
- Биохимические маркеры: Определение уровня высокочувствительного сердечного тропонина (вч-сTn) — «золотой стандарт» для подтверждения некроза кардиомиоцитов.

Стратификация риска по шкалам (например, TIMI, GRACE) определяет дальнейшую тактику ведения пациента, выбирая между консервативным лечением и срочной инвазивной стратегией.

Фармакотерапия: базис современного лечения. Медикаментозное лечение ОКС начинают немедленно при подозрении на диагноз и проводят параллельно с диагностическими процедурами. Терапия преследует несколько целей: облегчение боли, подавление тромбообразования, снижение нагрузки на сердце и стабилизация атеросклеротической бляшки.

1. Обезболивание и симптоматическая терапия:

- Нитроглицерин сублингвально или внутривенно — препарат первого выбора для купирования ангинозной боли.
- Морфин применяется с осторожностью при рефрактерном болевом синдроме, так как может угнетать дыхание и сократимость миокарда. Данные исследований указывают на его возможную связь с увеличением риска неблагоприятных исходов.

2. Антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия (базовая терапия ОКС):

- Двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТТ) является стандартом. Она включает:

- Аспирин (нагрузочная доза 160-325 мг, затем 81 мг/сут пожизненно).
- Ингибитор P2Y12-рецепторов: клопидогрел, тикагрелор илиprasugrel.

Выбор зависит от стратегии лечения (консервативная или инвазивная) и риска кровотечений.

- Антикоагулянты: Низкомолекулярный гепарин, нефракционированный гепарин или бивалирудин (особенно при высоком риске кровотечений).
- Ингибиторы гликопротеина IIb/IIIa (абциксимаб, тирофибан) могут использоваться у пациентов высокого риска во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при обширном тромбозе.

3. Дополнительная патогенетическая терапия:

- Бета-адреноблокаторы (например, метопролол, бисопролол, небиволол) снижают потребность миокарда в кислороде и улучшают прогноз.
- Статины высокой интенсивности (например, аторвастатин, розувастатин) назначаются с первых суток для стабилизации бляшки и снижения уровня холестерина.
- Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) показаны пациентам со сниженной фракцией выброса левого желудочка, сахарным диабетом или гипертензией для профилактики ремоделирования сердца.

Стратегии реваскуляризации миокарда

При ИМпСТ существует полная окклюзия коронарной артерии, поэтому требуется немедленная реперфузия в первые часы.

- Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) — метод выбора, если его можно выполнить опытной командой в течение 90 минут после первого медицинского контакта. Процедура включает ангиопластику (расширение сосуда баллоном) и обычно имплантацию стента (металлического или с лекарственным покрытием).
- Тромболитическая терапия (фибринолиз) — альтернатива при невозможности быстро выполнить ЧКВ (например, в удаленных регионах). Наибольшая эффективность отмечается в первые 3 часа от начала симптомов. После тромболизиса пациента необходимо в плановом порядке перевести в сосудистый центр для выполнения коронарографии и при необходимости — ЧКВ.

При ИМбСТ и нестабильной стенокардии окклюзия артерии чаще бывает неполной. Тактика зависит от риска:

- Ранняя инвазивная стратегия (в течение 24-48 часов): показана пациентам высокого риска. К ним относятся пациенты с рефрактерной болью, признаками сердечной недостаточности, жизнеугрожающими аритмиями или значительной элевацией биомаркеров.

- Консервативная (выжидательная) стратегия с последующей нагрузочной пробой или коронарографией в плановом порядке: может применяться у пациентов низкого риска при стабильном состоянии. Коронарное шунтирование (АКШ) рекомендуется при сложном многососудистом поражении, особенно при поражении ствола левой коронарной артерии, или когда анатомия поражения не подходит для ЧКВ.

Ведение пациента после острой фазы и реабилитация

- Продолжение медикаментозной терапии: Пожизненный прием аспирина, статинов, бета-блокаторов и иАПФ/БРА при наличии показаний. Продолжительность приема второго антиагреганта (клопидогрела, тикагрелора) определяется типом имплантированного стента и риском пациента (обычно от 6 до 12 месяцев и более).
- Модификация образа жизни: Отказ от курения, коррекция диеты, контроль артериального давления и уровня глюкозы, регулярная физическая активность.
- Кардиологическая реабилитация: Структурированная программа под медицинским наблюдением, включающая физические тренировки, обучение и психологическую поддержку.

Выводы. Современная стратегия лечения ОКС представляет собой комплексный, быстро развертываемый и персонализированный подход. Он основан на доказательствах и предполагает тесное взаимодействие экстренных служб, кардиологов, кардиохирургов, реабилитологов и среднего медицинского персонала.

Заключение. Своевременная диагностика, адекватная фармакотерапия и оптимальный выбор метода реваскуляризации с учетом типа ОКС и индивидуального риска пациента являются залогом минимизации повреждения миокарда, снижения госпитальной летальности и улучшения отдаленных результатов.

Литература.

1. Meine TJ, Roe MT, Chen AY, Patel MR, Washam JB, Ohman EM, Peacock WF, Pollack CV Jr, Gibler WB, Peterson ED; CRUSADE Investigators. Association of intravenous morphine use and outcomes in acute coronary syndromes: results from the CRUSADE Quality Improvement Initiative. Am Heart J. 2005 Jun;149(6):1043-9. doi: 10.1016/j.ahj.2005.02.010. PMID: 15976786.
2. Kubica J, Adamski P, Ostrowska M, Sikora J, Kubica JM, Sroka WD, Stankowska K, Buszko K, Navarese EP, Jilma B, Siller-Matula JM, Marsza?? MP, Ro?? D, Kozi?ski M. Morphine delays and attenuates ticagrelor exposure and action in patients with myocardial infarction: the randomized, double-blind, placebo-controlled IMPRESSION trial. Eur Heart J. 2016 Jan 14;37(3):245-52. doi: 10.1093/eurheartj/ehv547. Epub 2015 Oct 21. PMID: 26491112; PMCID: PMC4712351.