

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.03.2016 № 164)

# Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST

## 3.2 ВТОРИННА СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

### 3.2.1. Для лікарів реанімаційного відділення та відділення інтенсивної терапії лікарні без можливості проведення ПКВ (скорочено)

#### Лікувальна тактика

**Інтенсивна медикаментозна терапія** (проводиться з урахуванням терапії на догоспітальному етапі)

1. Нітропрепарати (за умови наявності больового синдрому та клінічних проявів серцевої недостатності – СН): для внутрішньовенного введення нітрогліцерину використовують інфузійний розчин із концентрацією 100 мкг/мл.

2. Наркотичні анагетика: перевагу віддавати морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи чи появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти).

#### **Ненаркотичні анагетика протипоказані.**

3. Призначити транквілізатор пацієнту при значному психомоторному та емоційному збудженні (перевагу слід віддавати діазепаму).

4. Ацетилсаліцилова кислота – АСК (якщо пацієнт не отримав її на догоспітальному етапі та за відсутності абсолютних протипоказань – алергічна реакція, активна кровотеча) – розжувати 150-300 мг.

#### 5. Антитромбоцитарна терапія.

5.1. Усім пацієнтам із гострим коронарним синдромом (ГКС) на тлі АСК призначається тикагрелор або клопідогрель.

5.2. Для пацієнтів помірного й високого ризику ішемічних ускладнень (тобто підвищення кардіальних тропонінів або девіація сегмента ST) за відсутності протипоказань призначається тикагрелор (навантажувальна доза – 180 мг, потім 90 мг 2 р/добу).

5.3. У разі наявності протипоказань або неможливості призначення тикагрелору призначається

клопідогрель (навантажувальна доза – 300 мг, потім 75 мг/добу).

6. Фондапаринукс 2,5 мг у вигляді підшкірної ін'єкції чи еноксапарин (якщо фондапаринукс недоступний) у дозі 1 мг/кг маси тіла підшкірно 2 р/добу за відсутності протипоказань.

7. Бета-блокатори призначають якомога раніше всім пацієнтам із ГКС, які не мають протипоказань: усередину чи сублінгвально пропранолол до 20 мг або метопролол до 25 мг. Ін'єкційне введення бета-блокаторів – тільки в разі гіпертензії та/або тахікардії (метопролол 5-10 мг повільно крапельно чи селективний бета-адреноблокатор ультракороткої дії есмолол – 250-500 мг внутрішньовенно з наступною інфузією 50-100 мкг/кг/хв).

8. Статини у високих дозах ( $\geq 40$  мг аторвастатину чи  $\geq 20$  мг розувастатину) рекомендується призначити або продовжити відразу після госпіталізації всім пацієнтам із ГКС без протипоказань або непереносимості в анамнезі, незалежно від початкових показників холестерину.

9. Інгібітори АПФ показані, починаючи з першої доби ГКС, пацієнтам з ознаками СН, систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ), цукровим діабетом та інфарктом міокарда. У разі непереносимості інгібіторів АПФ призначається блокатор рецепторів ангіотензину 2 типу – валсартан 40-80 мг (залежно від артеріального тиску – АТ), що є альтернативою інгібіторам АПФ для пацієнтів із СН або систолічною дисфункцією ЛШ.

10. Антагоністи альдостерону (спіронолактон 25 мг або еплеренон 25 мг) показані пацієнтам із фракцією викиду  $\leq 40\%$  та СН або діабетом, за відсутності ниркової недостатності чи гіперкаліємії.

11. Усім пацієнтам із ГКС та наявністю факторів ризику шлунково-кишкових кровотеч показано призначення блокаторів протонної помпи.

### ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Для лікарів реанімаційного відділення та відділення інтенсивної терапії лікарні з можливістю проведення ПКВ (розділ 3.31 скорочено)

**Інтенсивна медикаментозна терапія** (проводиться з урахуванням терапії на догоспітальному етапі)

1. Нітропрепарати (за умови наявності больового синдрому та клінічних проявів СН): для внутрішньовенного введення нітрогліцерину використовують інфузійний розчин із концентрацією 100 мкг/мл: концентрований розчин розводять 0,9% розчином NaCl або 5% розчином глюкози (не слід використовувати інші розчинники). Розчин вводять внутрішньовенно крапельно з початковою швидкістю 5 мкг/хв. Для посилення терапевтичного ефекту швидкість введення можна збільшувати кожні 3-5 хв на 5 мкг/хв (з урахуванням реакції частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску та систолічного АТ, які можуть бути знижені на 10-25% від вихідного, але не мають бути нижче 90 мм рт. ст.). Якщо при швидкості введення 20 мкг/хв не отримано терапевтичного ефекту, подальший приріст швидкості введення має становити 10-20 мкг/хв. У разі появи відповідної реакції (зокрема, зниження АТ) подальше збільшення швидкості інфузії не проводиться чи проводиться через триваліші інтервали часу. Зазвичай для досягнення терапевтичного ефекту швидкість введення нітрогліцерину не перевищує 100 мкг/хв. У разі відсутності ефекту від менших доз і при допустимому АТ швидкість введення нітрогліцерину може досягати 300 мкг/хв. Подальше збільшення швидкості недоцільне.

2. Наркотичні аналгетики: перевагу віддавати морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи чи появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). У разі значного пригнічення дихання на тлі введення опіоїдів показане введення налоксону (0,1-0,2 мг внутрішньовенно через кожні 15 хв за показаннями).

**Ненаркотичні аналгетики протипоказані.**

3. АСК (якщо пацієнт не отримав її на догоспітальному етапі та за відсутності абсолютних протипоказань – алергічна реакція, активна кровотеча) – розжувати 150-300 мг.

4. Блокатори рецепторів аденозиндифосфату.

Усім пацієнтам має бути призначена подвійна антитромбоцитарна терапія, тобто на тлі АСК слід призначити:

– тикагрелор (навантажувальна доза – 180 мг, потім 90 мг 2 р/добу) незалежно від проведення перкутанного коронарного втручання (ПКВ) або попереднього призначення клопідогрелю (у тому числі в навантажувальній дозі), або

– клопідогрель: усім пацієнтам із ГКС призначається клопідогрель (навантажувальна доза – 300 мг, у разі інвазивної стратегії загальна навантажувальна доза – 600 мг, потім 75 мг/добу), якщо тикагрелор недоступний.

5. Фондапаринукс: 2,5 мг у вигляді підшкірної ін'єкції (забезпечення болуса нефракціонованого гепарину (НФГ) у дозі 70-100 МО/кг під час ПТКА) або еноксапарин (якщо фондапаринукс недоступний) у дозі 1 мг/кг маси тіла підшкірно 2 р/добу за відсутності протипоказань, додатково 0,3 мг/кг внутрішньовенно перед ПТКА, якщо останню ін'єкцію еноксапарину проводили  $\geq 8$  год тому.

6. Бета-блокатори призначають якомога раніше всім пацієнтам із ГКС, які не мають протипоказань. Перевагу віддають неселективним блокаторам бета-адренорецепторів: усередину чи сублінгвально пропранолол до 20 мг або метопролол до 25 мг. Внутрішньовенне введення бета-блокаторів – тільки в разі гіпертензії та/або тахікардії (метопролол або есмолол).

7. Статини: рекомендується призначити чи продовжити їх прийом у високих дозах одразу після госпіталізації всім пацієнтам із ГКС без протипоказань або непереносимості в анамнезі, незалежно від початкових показників холестерину (перевагу віддавати аторвастатину  $\geq 40$  мг або розувастатину  $\geq 20$  мг).

8. Інгібітори АПФ показані, починаючи з першої доби ГКС, пацієнтам з ознаками СН, систолічною дисфункцією ЛШ, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, передньою локалізацією інфаркту.

9. Усім пацієнтам із ГКС та наявністю факторів ризику шлунково-кишкових кровотеч показано призначення блокаторів протонної помпи (крім омепрозолу), а пацієнтам із потрійною антитромбоцитарною терапією – незалежно від наявності факторів ризику.

#### Додаткові призначення

1. Можливе призначення транквілізатора пацієнту при значному психомоторному та емоційному збудженні (перевагу слід віддавати діазепаму).

2. Антагоністи альдостерону (спіронолактон 25 мг або еплеренон 25 мг) показані пацієнтам із фракцією викиду  $\leq 40\%$  та СН або цукровим діабетом, за відсутності ниркової недостатності чи гіперкаліємії.

3. У разі непереносимості інгібіторів АПФ для пацієнтів із СН або систолічною дисфункцією ЛШ альтернативою є блокатори рецепторів ангіотензину 2 типу.

#### Перипроцедурна терапія

1. Якщо на попередніх етапах пацієнт отримав клопідогрель у дозі 300 мг, то для пацієнтів помірного й високого ризику ішемічних ускладнень за відсутності протипоказань призначають тикагрелор (навантажувальна доза – 180 мг, тоді по 90 мг 2 р/добу).

# Я



# КАРДИОМАГНИЛ

*Выбор,  
подсказанный сердцем*



- Первичная и вторичная профилактика тромбообразования<sup>1</sup>
- Дозировка соответствует рекомендациям ESC<sup>2</sup> и АНА<sup>3</sup>
- Производится в Германии<sup>4</sup>

**Действующее вещество:** кислота ацетилсалициловая. **Лекарственная форма:** табл., пленочной оболочкой, содержит 75 мг кислоты ацетилсалициловой. **Фармакотерапевтическая группа:** Антитромботические средства. Код АТХ B01A C06. **Фармакологические свойства.** Ацетилсалициловая кислота является анальгетиком, противовоспалительным, жаропонижающим и антиагрегантным средством. **Показания.** Острая и хроническая ишемическая болезнь сердца, профилактика повторного тромбообразования, первичная профилактика тромбозов, сердечно-сосудистых заболеваний, таких как острый коронарный синдром у пациентов в возрасте от 50 лет, у которых имеются факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. **Противопоказания.** Беременность, гиперчувствительность к компонентам препарата, астма, вызванная применением салицилатов или НПВП в анамнезе, острые оптические заболевания, геосрагический диатез, почечная, печеночная и сердечная недостаточность тяжелой степени, заболевания сетчатки. **Побочные реакции.** Желудоч-

но-кишечные нарушения, частые проявления и симптомы диспепсии, боль в эпигастральной области и абдоминальная боль. Вследствие антиагрегантного действия на тромбоциты ацетилсалициловая кислота может ассоциироваться с риском кровотечения, увеличением времени кровотечения. Реакции повышенной чувствительности включая астматическое состояние, кожные реакции легкой или средней степени, а также со стороны респираторного тракта, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, включая такие симптомы, как крапивница, эритем, зуд, ринит. Зависимость от аспирин-индуцированной недостаточности и очень редко — тяжелые реакции, включая анафилактический шок. **Категория отпуска.** Без рецепта — 30 таблеток, по рецепту — 100 таблеток. **Р. с. МЗ Украины:** UA70141/01/01 от 15.01.2015 №11. **Производитель:** Зейда ГмбХ, немецкого производства Принингбург. Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализирован-

ных изданиях для медицинских учреждений и врачей и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в ООО «Тайкда Украина» по тел.: (044) 390 0909. 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Кардиомагнил. 2. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J. 2013;34(35):2949–3003. 3. Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2013;128. 4. Переклад з медичного свідчення про лікарський препарат (UA70141/01/01) от 15.01.2015 №11. AHA (American Heart Association) — Американская ассоциация сердца, ESC (European Society of Cardiology) — Европейское общество кардиологов. ООО «Тайкда Украина»: 01110, г. Киев, ул. Соломенская, 11 тел.: (044) 390 0609, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua



2. Інгібітори глікопротеїнових рецепторів (ГПР) ІІb/ІІІa призначають, якщо дані ангіографії свідчать про наявність великого тромбу, уповільнення кровотоку (синдром «no reflow») або наявність тромботичних ускладнень.

Ептифібатид (подвійний болюс 180 мкг/кг внутрішньовенно з інтервалом у 10 хв із подальшою інфузією 2,0 мкг/кг/хв упродовж 18 год).

3. Антикоагулянти.

3.1. НФГ (70-100 Од/кг внутрішньовенно болюсно, якщо не заплановане призначення інгібіторів ГПР ІІb/ІІІa).

3.2. Якщо пацієнт раніше отримував фондапаринукс (підшкірно 2,5 мг щодня), то перед початком коронарографії необхідно ввести внутрішньовенно болюсно НФГ (70-100 Од/кг внутрішньовенно болюсно, якщо не заплановане призначення інгібіторів ГПР ІІb/ІІІa).

3.3. Якщо пацієнт раніше перед інвазивною процедурою отримував еноксапарин, то продовжувати цю терапію під час ПКВ без додаткового болюса гепарину (додатково 0,3 мг/кг внутрішньовенно перед ПТКА, якщо останню ін'єкцію еноксапарину зроблено  $\geq 8$  год тому).

### 3.3.1.5. Лікувальна тактика у високоспеціалізованих відділеннях

#### Медикаментозна терапія. Антитромбоцитарна терапія

##### Обов'язково:

1. АСК у підтримувальній дозі 75-100 мг/добу.
2. Тикагрелор у підтримувальній дозі 90 мг 2 р/добу чи клопідогрель у підтримувальній дозі 75 мг/добу.

##### Бажано:

Пацієнтам, яким було призначено тикагрелор, слід продовжувати його прийом.

Подвійну антитромбоцитарну терапію слід призначати всім пацієнтам із ГКС, які не мають абсолютних протипоказань.

#### Антикоагулянтна терапія після проведення ПКВ у пацієнтів із ГКС без елевації сегмента ST

Антикоагулянтну терапію після проведення ПКВ призначають за наявності показань, а саме для профілактики тромботичних і тромбоемболічних ускладнень: застосовують фондапаринукс, а якщо він недоступний – НФГ або еноксапарин.

#### Інша терапія в гострій, підгострій фазі та до виписки в пацієнтів із ГКС без елевації сегмента ST

##### Обов'язково:

1. Бета-блокатори перорально під час перебування в лікарні та після виписки рекомендовані всім пацієнтам із ГКС, які не мають абсолютних протипоказань. Найбільший позитивний ефект спостерігається

в разі призначення бета-блокаторів пацієнтам із СН та дисфункцією ЛШ. Слід уникати внутрішньовенного введення бета-блокаторів у пацієнтів із гіпотонією та СН. Внутрішньовенне введення бета-блокаторів під час надходження рекомендоване для пацієнтів без протипоказань із високим АТ, тахікардією та відсутністю ознак СН.

2. Статини у високих дозах рекомендується призначати чи продовжити давати у високих дозах одразу під час госпіталізації всім пацієнтам із ГКС без протипоказань або непереносимості в анамнезі незалежно від початкових показників холестерину.

Метою такого лікування є концентрація холестерину ліпопротеїнів низької щільності  $< 1,8$  ммоль/л ( $< 70$  мг/дл) або його зниження на  $\geq 50\%$ . Рівні ліпідів слід повторно оцінювати через 4-6 тиж після ГКС, аби визначити, чи було досягнуто цільових значень.

3. Інгібітори АПФ показані, починаючи з першої доби ГКС без елевації ST, пацієнтам з ознаками СН, із систолічною дисфункцією ЛШ, цукровим діабетом та інфарктом міокарда. Слід розглянути доцільність призначення інгібіторів АПФ усім пацієнтам, які не мають протипоказань.

4. Подвійну антитромбоцитарну терапію застосовують в усіх пацієнтах із ГКС, які не мають абсолютних протипоказань.

5. Антагоністи альдостерону, наприклад еплеренон, показані пацієнтам із фракцією викиду ЛШ  $\leq 40\%$  та СН, артеріальною гіпертензією чи цукровим діабетом за відсутності ниркової недостатності чи гіперкаліємії.

6. Внутрішньовенні нітропрепарати можуть бути корисними під час гострої фази пацієнтам із гіпертензією чи СН за відсутності гіпотензії, інфаркту міокарда правого шлуночка та якщо не було використано інгібіторів 5-фосфодіестерази впродовж 48 год. У гострій і стабільній фазах нітропрепарати залишаються важливими засобами для контролю симптомів стенокардії.

##### Бажано:

1. БРА – в разі непереносимості інгібіторів АПФ є альтернативою для пацієнтів із СН або систолічною дисфункцією ЛШ.

2. Верапаміл або дилтіазем можна розглядати для вторинної профілактики пацієнтам з абсолютними протипоказаннями до призначення бета-блокаторів та без СН і за наявності фракції викиду  $> 45\%$ .

3. Інгібітор протонної помпи слід рекомендувати на період проведення подвійної антитромбоцитарної терапії в разі високого ризику виникнення шлунково-кишкових кровотеч.