

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО

Реферат

Тема **“Острый коронарный синдром: определение понятия, критерии диагностики, принципы лечения”**

Выполнила: Ординатор 1-го года

Матинская Е.Г.

Проверила: доцент кафедры внутренних
болезней №2, Мосина В.А.

Красноярск, 2016

Оглавление

Введение	<u>3</u>
Причины возникновения ОКС,симптоматика	4
Диагностика	5
Лечение	12
Заключение	17
Список литературы.....	18

Введение

Острый коронарный синдром (ОКС) – сложный термин, включающий в себя инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST, нестабильную (спонтанную, покоя, вариантную, Принцметала) стенокардию. При этом инфаркт без подъёма сегмента ST отличается от нестабильной стенокардии повышенным уровнем маркеров некроза миокарда, которые при нестабильной стенокардии отсутствуют. Имеющаяся при этом виде стенокардии острая ишемия миокарда недостаточна для развития некроза миокарда и отсутствует выброс в кровотоки биомаркеров некроза миокарда в количествах, достаточных для диагностики инфаркта миокарда. Оклюзия сосуда продолжительностью 15-30 минут приводит к тяжёлой ишемии миокарда, а после 30 минут непрерывного прекращения кровотока, как правило, начинается необратимое повреждение кардиомиоцитов. Сохранение окклюзии артерии ведёт к прогрессивному увеличению размеров инфаркта, и через 6-12 часов после наступления окклюзии практически весь миокард, получающий кровь из данной артерии, оказывается некротизированным. Значительная потеря функционировавшего ранее миокарда ведёт к угнетению насосной функции сердца, следствием чего является развитие сердечной недостаточности.

Причины возникновения ОКС,симптоматика

Необходимо чётко разграничивать стенокардию Принцметала (стенокардию покоя) и стенокардию напряжения. Во-первых, не всякая стенокардия покоя возникает в абсолютном покое. Если приступу стенокардии предшествует увеличение частоты сердечных сокращений или повышение артериального давления, то это уже не стенокардия покоя, а стенокардия, возникшая при физическом покое, но патогенетически сходная со стенокардией напряжения. Во-вторых, распространено заблуждение, что стенокардия покоя не бывает без стенокардии напряжения. Это приводит к стереотипной ошибке: достаточно больному описать стенокардию покоя, как ему автоматически приписывается стенокардия напряжения, хотя известно, что есть больные, испытывающие стенокардию покоя и способные выполнять значительную физическую нагрузку без каких-либо жалоб и ишемических изменений на ЭКГ. Особое внимание следует обратить на стенокардию, возникшую во сне. Ночная стенокардия чаще всего соответствует критериям истинной стенокардии покоя и может быть предшественником острого инфаркта миокарда. Возникновение данного вида стенокардии может означать переход стабильной стенокардии напряжения в нестабильную стенокардию.

Чаще всего диагноз ОКС основывается на данных анамнеза при наличии у больного непрерывного дискомфорта в грудной клетке продолжительностью более 15 минут, не купирующегося приёмом нитроглицерина.

Диагноз ОКС правомочен на до госпитальном этапе, в момент первого контакта врача скорой медицинской помощи с пациентом и в первые часы пребывания больного в специализированном стационаре. В дальнейшем диагноз ОКС должен быть снят или должен быть выставлен диагноз, характеризующий имеющуюся патологию со стороны сердечнососудистой системы.

Диагностика

Основывается на диагностике инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии:

1. Клиника
2. ЭКГ — изменения
3. Лабораторная диагностика.

Диагностические критерии болевого синдрома при стенокардии:

1. Характер боли, сжимающий или давящий
2. Локализация боли за грудиной или в области сердца
3. Возникновение боли на высоте физической нагрузки
4. Длительность боли не более 10 минут
5. Быстрый и полный эффект от приема нитроглицерина

ЭКГ при остром коронарном синдроме. Изменение зубца Т при ишемии , варианты смещения сегмента ST при повреждении :

ОКС - симптомокомплекс, позволяющий подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Включает в себя инфаркт миокарда (ИМ), ИМ с подъемом ST (ИМП ST), ИМ без подъема ST (ИМБП ST), ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, по поздним ЭКГ-признакам, НС. Необходимость создания термина обусловлена выбором лечебно-диагностической тактики до окончательной диагностики вышеуказанных состояний. Используется при первом контакте с больными для диагностики и лечения больных с подозрением на ИМ.

ИМБП ST - острый процесс ишемии миокарда достаточной тяжести и продолжительности, чтобы вызвать некроз миокарда. На начальной ЭКГ нет подъемов ST. У большинства пациентов болезнь начинается как ИМБП ST, не регистрируются зубцы Q и диагностируется ИМ без Q. ИМБП ST отличается от НС повышением концентрации маркеров некроза миокарда, которые при НС отсутствуют. НС - острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточна для развития некроза миокарда. Обычно на ЭКГ нет подъемов ST. Отсутствует выброс в кровь маркеров некроза миокарда в количествах, достаточных для диагностики ИМ.

При первом контакте врача с больным, в случае подозрения на ОКС, по клиническим и ЭКГ-признакам он может быть отнесен к одной из двух его основных форм.

ОКС с подъемом сегмента ST. Больные с болью в грудной клетке, стойкими подъемами сегмента ST или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса. Стойкий подъем сегмента ST отражает развитие полной окклюзии коронарной артерии. Целью лечения является быстрое, стойкое восстановление просвета сосуда тромболитическими препаратами.

ОКС без подъемов сегмента ST. Пациенты с болью в грудной клетке и изменениями на ЭКГ, свидетельствующими об ишемии миокарда, но без подъемов сегмента ST. У этих больных могут отмечаться стойкие или преходящие депрессии ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубца T.

Диагностические критерии, исключая стенокардию

1. Острый, режущий или колющий характер боли
2. Пульсирующая боль
3. Кратковременная, в течение нескольких секунд, боль
4. Боль очень длительная
5. Появление дискомфорта во время еды или в положении сидя, но не при физических усилиях и не при положении лежа на спине
6. Уменьшение боли в груди при физических усилиях
7. Появление боли при умеренных движениях рук, особенно при подъеме одной руки, без возникновения неприятных ощущений во время быстрой ходьбы
8. Появление или усиление боли в груди при глубоком дыхании
9. Резко повышенная чувствительность кожи над зоной боли
10. Множество других симптомов, сопровождающих боль

Клиника типичного острого коронарного синдрома

Клиника: основной симптом — боль. Ее характеристика:

1. Интенсивная, длительная (от нескольких часов до суток).
2. Локализация:
 - за грудиной;
 - в левой половине грудной клетки
3. Характер:
 - сжимающая (симптом «сжатого кулака»)
 - давящая
4. Иррадиация:
 - в левое плечо, руку
 - в обе руки

- в нижнюю челюсть
- в межлопаточное пространство

5. Сопровождается:

- общей слабостью, холодным потом
- чувством нехватки воздуха
- сердцебиением
- перебоями в работе сердца
- чувством страха смерти

ДИАГНОЗ АНАМНЕЗА: в большинстве случаев в анамнезе есть указания на приступы стенокардии или наличие ИБС. В типичных случаях пациенты жалуются на боль за грудиной давящего или сжимающего характера продолжительностью от 5 до 20 мин. Приём нитратов (сублингвально) в большинстве случаев устраняет боль, однако иногда она исчезает не полностью или возобновляется в течение короткого времени. Наиболее часто симптомы возникают в утренние часы (от 6 ч утра до полудня). Следует обратить внимание, что пациенты не во всех случаях жалуются на боль именно в грудной клетке. Болевые ощущения могут локализоваться в шее, нижней челюсти, плече, под левой лопаткой или в эпигастральной области. В некоторых случаях наблюдают эквиваленты стенокардии в виде ощущения нехватки воздуха. Также необходимо обратить внимание на наличие следующих симптомов:

- Ощущение сердцебиения.
- Чувство дискомфорта в левой половине грудной клетки.
- Одышка.
- Генерализованная слабость.
- Тошнота.
- Чувство тревоги/страха.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Следует учитывать, что у большинства пациентов физикальное обследование не позволяет выявить каких-либо патологических изменений. При осмотре нужно обратить внимание на наличие бледности кожных покровов, их повышенной влажности, а также проявлений тревоги или страха. Нередко пациенты массируют область грудины или демонстрируют симптом Левина (прикладывают сжатый кулак к области дискомфорта). В ряде случаев

приступ стенокардии развивается на фоне повышения АД. Следует обратить внимание на наличие следующих симптомов.

- Артериальная гипотензия.
- Клинические проявления сердечной недостаточности
 - ❖ III тон сердца
 - ❖ IV тон сердца
 - ❖ Кардиомегалия
 - ❖ Набухание шейных вен
 - ❖ Влажные хрипы в лёгких.
- Появление нового шума в сердце или усиление ранее имевшегося.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Динамика активности миокардиальной фракции КФК (МВфракция) — биохимический критерий острого некроза миокарда (ИМ).

- Активность МВКФК начинает повышаться через 4 ч после повреждения миокарда, достигает пика через 18—24 ч и сохраняется на повышенном уровне в течение 3—4 дней.
- Верхняя граница нормальных значений МВфракции КФК составляет 36% общей активности КФК. Необходимо учитывать, что нормальный уровень МВКФК при поступлении пациента в отделение неотложной терапии не исключает возможность ИМ.
- При однократном определении МВКФК в отделении неотложной терапии чувствительность данного метода для диагностики ИМ составляет 34%. Повторное исследование активности МВКФК через 6—9 ч повышает чувствительность до 90%, а при исследовании в течение суток чувствительность достигает 100% при специфичности 98%.
- Активность МВКФК необходимо определять у пациентов с затяжным приступом стенокардии, новыми изменениями на ЭКГ, а также в случаях малоинформативной ЭКГ. Тропонин I — сократительный белок кардиомиоцитов, не встречающийся в других тканях и в норме в сыворотке крови не определяющийся.
- Тропонин I выявляют в сыворотке крови через 3—6 ч после некроза миокарда; повышение концентрации сохраняется в течение 7—10 сут.

- У пациентов с нестабильной стенокардией небольшое увеличение содержания тропонина I может указывать на высокий риск развития коронарных осложнений (ИМ) и летального исхода. Диагностическое значение тропонина T аналогично таковому тропонина I; тропонин T выявляют в повышенной концентрации в течение 14 сут после некроза миокарда

- ❖ Следует учитывать, что у пациентов с почечной недостаточностью возможны ложноположительные результаты при исследовании содержания тропонина T
- ❖ Небольшое увеличение содержания тропонина T у больных с нестабильной стенокардией также может указывать на высокий риск развития коронарных осложнений (ИМ) и летального исхода. Определение содержания в крови миоглобина имеет низкое диагностическое значение вследствие отсутствия специфичности для миокарда, однако отрицательный результат при аналогичных данных исследований активности МВКФК и тропонинов позволяет исключить ИМ. Всем пациентам с подозрением на ОКС следует провести стандартный общий и биохимический анализы крови (скрининг на СД, гиперхолестеринемию, оценка состояния функции печени и почек). СРБ выступает маркёром воспаления. Больных с отсутствием биохимических маркёров некроза миокарда, но с повышенным уровнем СРБ относят к группе высокого риска развития коронарных осложнений.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ результатов обследования больных с ОКС позволяет идентифицировать группу риска развития фатального и нефатального ИМ в ближайший период. Высокий риск

- Продолжительный приступ стенокардии покоя (более 20 мин).
- Отёк лёгких, с большой вероятностью связанный с ишемией миокарда.
- Приступ стенокардии покоя, сопровождающийся динамическим изменением сегмента ST (элевация >1 мм).
- Стенокардия, сопровождающаяся появлением или усугублением шума митральной регургитации.
- Стенокардия с появлением III тона сердца или влажных хрипов в лёгких.

- Стенокардия, сопровождающаяся артериальной гипотензией.

Промежуточный риск

- Продолжительный приступ стенокардии (более 20 мин), купированный к моменту осмотра.
- Ночная стенокардия.
- Приступы стенокардии, сопровождающиеся динамическими изменениями зубца Т.
- Впервые возникшая стенокардия III—IV функционального класса в течение предшествующих 2 нед.
- Патологические зубцы Q или изменения сегмента ST <1 мм в нескольких группах отведений на ЭКГ, зарегистрированной в покое.
- Возраст старше 65 лет. Низкий риск
- Увеличение частоты, интенсивности и продолжительности приступов стенокардии.
- Увеличение функционального класса стенокардии.
- Впервые возникшая стенокардия в течение предшествующих 2 нед — 2 мес.
- Нормальная или неизменённая запись ЭКГ при сравнении с предшествующими.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В первую очередь следует исключить другие причины болевого синдрома, требующие немедленного оказания помощи и госпитализации.

- Острое расслоение аорты.
 - ТЭЛА.
 - Разрыв пищевода.
 - Острый миокардит.
 - Кровотечение из верхних отделов ЖКТ
- Ниже перечислены другие возможные причины болевого синдрома в грудной клетке, требующие дифференциального диагноза с ОКС.

- Гастроэзофагеальный рефлюкс (продолжительность боли — 5—60 мин). Характер боли: висцеральная, загрудинная, без иррадиации, усиливающаяся в положении лёжа, облегчающаяся после приёма пищи или антацидов.
- Спазм пищевода (5—60 мин). Боль висцеральная, спонтанная, загрудинная, связанная с приёмом холодной жидкости, облегчающаяся после приёма нитратов.
- Язвенная болезнь (часы). Боль висцеральная, с изжогой, эпигастральная, облегчающаяся после приёма пищи или антацидов.
- Заболевания жёлчного пузыря (часы). Боль висцеральная, эпигастральная, с иррадиацией в межлопаточную область, возможна инверсия зубцов Т на ЭКГ.
- Остеохондроз шейного отдела (различная продолжительность боли). Боль поверхностная, позиционная, локализация в шее и руках.
- Мышечноскелетные синдромы (различная продолжительность боли). Боль поверхностная, позиционная, усиливается при движении, определяется локальное напряжение.
- Гипервентиляция (2—3 мин). Боль загрудинная, с тахипноэ и тревогой/страхом.
- Тиреоидит (стойкая). Боль усиливается при глотании, напряжение при пальпации шеи.

Лечение:

Оценка коронарного резерва

Нагрузочные пробы.

Целью проведения нагрузочных проб у недавно стабилизированных пациентов является оценка последующего прогноза, особенно следующих 3-6 месяцев. На основании этого прогноза определяется потребность в дополнительных исследованиях и регулировании лечения. Нагрузочные пробы помогают оценить и адекватность проводимой антиангинальной терапии. Проводить нагрузочные или фармакологические стресс-тесты можно у стабилизированных пациентов низкого и промежуточного риска, у которых в условиях больничного режима отсутствуют приступы стенокардии и нет симптомов застойной сердечной недостаточности минимум в течение 72 часов. Выбор стресс-теста основывается на оценке ЭКГ покоя пациента и способности переносить нагрузку. Пациентам с нормальной ЭКГ обычно проводится холтеровское мониторирование, велоэргометрия или тредмил-тест. Фармакологические пробы или чрезпищеводная учащающая стимуляция применяются у пациентов, не способных к физическим нагрузкам.

Коронарография

Цель коронарографии - получить детальную информацию о характере поражения коронарных артерий (КА), необходимую для оценки прогноза и выбора между медикаментозным лечением, чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластикой и аорто-коронарным шунтированием. Показанием к коронарографии является рецидивирование ишемических эпизодов на фоне проводимого лечения.

Кислород

Пациентам с цианозом, дыхательными расстройствами или признаками высокого риска давать дополнительно кислород через маску или носовой катетер со скоростью потока 2-4 л/мин. Проводить мониторирование адекватности артериальной оксигенации и содержания углекислоты.

Переоценка сохраняющихся симптомов

Состояние большинства пациентов улучшается после 30 минут интенсивного медикаментозного лечения. При недостаточном ответе на начальную терапию необходимо быстро пересмотреть возможные катастрофические причины болей в груди.

Лечение тяжелой ишемии, рефрактерной к начальной интенсивной терапии

Пациенты с недостаточным ответом на проводимую интенсивную терапию в течение 30 минут имеют повышенный риск инфаркта миокарда или внезапной смерти. Основными ишемическими осложнениями, наблюдаемыми при нестабильной стенокардии являются: -рецидивирующие ангинозные боли -отек легких -вновь возникшая или прогрессирующая митральная недостаточность -кардиогенный шок -злокачественные желудочковые аритмии -прогрессирующая атриовентрикулярная блокада. Этим пациентам, в дополнение к описанному выше медикаментозному режиму, показано назначение соответствующей дополнительной терапии: тромболизис, инотропные и антиаритмические средства, пейсмейкер при высокой градации а-в блока. Если возможно, внутриаортальный баллон-насос должен быть установлен пациентам с нестабильной стенокардией, рефрактерной к медикаментозному лечению, и гемодинамической неустойчивостью. Эта рекомендация исключается у пациентов со значительной аортальной недостаточностью, выраженным стенозированием периферических артерий или аорто-подвздошным поражением, включая аневризму аорты.

С учетом представлений о механизмах развития главным направлением патогенетической терапии ОКС следует считать воздействие на систему свертывания крови. К средствам, влияющим на процесс тромбообразования, относятся три группы лекарственных препаратов: тромболитики, антикоагулянты и антиагреганты.

Антикоагулянты

Из соединений, относящихся к данной фармакологической группе, в лечении больных с ОКС главным образом применяется нефракционированный гепарин (НФГ). В отличие от тромболитических средств НФГ вводится не только больным со стойкой элевацией сегмента ST, но и пациентам с другими вариантами ОКС. Основными противопоказаниями к гепаринотерапии являются активное кровотечение и заболевания, сопровождающиеся высоким риском его возникновения. Гепарин показан категории пациентов высокого и промежуточного риска. Терапия начинается со струйного введения (болюс) гепарина из расчета 80 ед/кг массы тела. Далее следует постоянная инфузия со скоростью около 1000 ед/час: показатели свертываемости крови должны превышать исходные в 1,5-2,5 раза. После начала терапии или любого изменения дозы контроль свертываемости осуществляется каждые 6 часов до тех пор, пока терапевтический уровень не будет достигнут в двух последовательных определениях.

Антиагреганты

Наиболее широко используемым в клинической практике антиагрегантом является ацетилсалициловая кислота. Препарат показан при всех вариантах ОКС. Его применение отчетливо снижает риск смерти и развития ИМ. Так, по данным исследования ISIS II, в течение 35 суток после развития ИМ по сравнению с группой больных, получавших плацебо, летальность при лечении только ацетилсалициловой кислотой снижалась на 23%, только стрептокиназой – на 25% и ацетилсалициловой кислотой в сочетании со стрептокиназой – на 42%. Минимальная доза ацетилсалициловой кислоты, обеспечивающая уменьшение риска развития смерти и ИМ у больных с НС, составляет 75 мг/сут.

Нитраты

На начальном этапе лечения больных с ОКС препараты нитроглицерина и изосорбида–динитрата применяются внутривенно. Начальная скорость инфузии составляет 10 мкг/мин. Каждые 3–5 мин скорость введения увеличивают на 10 мкг/мин. Выбор скорости инфузии и темпа ее увеличения определяется изменениями выраженности болевого синдрома и уровня артериального давления (АД). Не рекомендуется снижать систолическое АД более чем на 15% от исходного при нормотензии и на 25% при гипертензии. При достижении желаемого эффекта скорость инфузии стабилизируется, а затем постепенно снижается. В случае избыточного снижения АД продолжительность введения препаратов на каждой ступени дозирования и интервалы между ними увеличиваются. Помимо снижения АД, к наиболее частым побочным эффектам, препятствующим проведению эффективной антиангинальной терапии, относится головная боль. После завершения внутривенного введения препараты органических нитратов (предпочтительно производные изосорбида–динитрата или изосорбида–5–мононитрата) назначаются внутрь по асимметричной схеме с обеспечением «безнитратного» интервала.

β-адреноблокаторы

Препараты этой группы рекомендуется применять у всех больных с ОКС при отсутствии противопоказаний, к которым относятся бронхиальная астма, тяжелая обструктивная дыхательная недостаточность, брадикардия в покое менее 50 ударов в минуту, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада II–III степени, хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса, выраженная артериальная гипотензия. Начинать лечение предпочтительно с внутривенного введения β-адреноблокаторов при постоянном мониторингировании ЭКГ. После

внутривенной инфузии рекомендуется продолжить лечение β -адреноблокаторами путем приема внутрь. По данным выполненных к настоящему времени исследований, продолжительное лечение β -адреноблокаторами больных, перенесших ИМ с зубцом Q, позволяет уменьшить смертность на 20%, риск внезапной смерти на 34% и частоту нефатального ИМ на 27%. Эталонном антиишемического и антифибрилляторного действия является пропранолол. Пропранолол вводится в дозе 0,5-1 мг в/в медленно (0,1 мг в минуту!). Обязателен контроль ЭКГ и АД. При необходимости, обычно у больных с тахикардией и артериальной гипертензией, через 2-5 минут его введение может быть повторено. Через 1-2 часа начать прием внутрь по 40-80 мг каждые 6-8 часов. Возможно и применение селективных блокаторов β -рецепторов: Метопролол - вначале в/в медленно (1 мг в минуту) вводится 1-2 мг. При необходимости введение повторять каждые 5 минут до общей дозы 15 мг. Через 1-2 часа начать прием внутрь по 25-50 мг каждые 6 часов. Противопоказаниями для терапии (β -адреноблокаторами являются): - P-Q интервал более 0,24 сек. - частота сердечных сокращений менее 50 в 1 мин. - систолическое АД менее 90 мм рт.ст. - сердечная недостаточность – бронхоспазм.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Положительное влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на выживаемость больных, перенесших ИМ (в особенности осложненный застойной сердечной недостаточностью), доказана в ряде контролируемых исследований – GISSI-3, ISIS-4, AIRE, SAVE, TRACE и др. Обширный ИМ с патологическим зубцом Q является показанием к применению ингибиторов АПФ даже при отсутствии клинических и эхокардиографических признаков дисфункции левого желудочка. Чем раньше начинается лечение ингибиторами АПФ, тем сильнее выражено их тормозящее влияние на процесс постинфарктного ремоделирования сердца. С другой стороны, как показали результаты исследования CONSENSUS II, которое было прервано досрочно в связи с тем, что смертность в группе больных, получавших эналаприл, превысила смертность больных контрольной группы, ингибиторы АПФ должны применяться в терапии больных ИМ с большой осторожностью. По возможности, терапию следует начинать после стабилизации гемодинамики в первые 48 часов от момента развития ИМ. Рекомендуются следующие начальные дозы препаратов: каптоприл – 25 мг/сут, эналаприл и лизиноприл – 2,5 мг/сут, периндоприл – 2 мг/сут. Увеличение дозы должно проводиться постепенно под контролем АД

и функции почек. При достижении оптимальной дозы терапия должна продолжаться в течение многих лет.

Реваскуляризация миокарда

Операция АКШ должна быть рекомендована пациентам с выраженной клиникой стенокардии при: 1. сужении просвета левой главной КА более чем на 50% или значительном ($>70\%$) поражении трех КА; 2. поражении двух КА с субтотальным ($>90\%$) стенозированием проксимальных отделов передней межжелудочковой артерии. Считать показанной срочную реваскуляризацию (АКШ или ангио-пластику) пациентам со значительным поражением КА, если у них имеется: - недостаточная стабилизация на медикаментозном лечении; - рецидивирование стенокардии/ишемии в покое или при низком уровне активности; - ишемия, сопровождаемая симптомами застойной сердечной недостаточности, появлением ритма галопа или усилением митральной регургитации.

Заключение.

Цереброваскулярные и сердечно-сосудистые заболевания – самые актуальные медицинские и социальные проблемы в мире. Данные две группы заболеваний объединяет множество общих факторов риска, схожесть в патогенезе, а так же то, что в структуре смертности населения они продолжают занимать лидирующие позиции. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) в структуре общей смертности населения Беларуси составляет около 55%. В структуре смертности от БСК преобладают ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВБ). В течение первого года после эпизода острого коронарного синдрома у 25% больных развивается повторная коронарная атака, завершающаяся развитием инфаркта миокарда или смертью. Примерно 80% больных, перенесших инсульт, имеют ограниченную трудоспособность, и около 20% из них становятся инвалидами 1 группы, занимая первое место среди всех причин инвалидизации. В течение 5 лет у 25% больных, перенесших инфаркт мозга, развивается рецидив острого нарушения мозгового кровообращения.

Для решения задач, связанных с первичной и вторичной профилактикой острых состояний в неврологии и кардиологии, необходима тесная интеграция двух медицинских дисциплин. В рамках изучения кардиоцеребральных отношений, решаются следующие актуальные клинические задачи. Изучаются патогенез кардиоэмболического и гемодинамического инфаркта мозга; влияние хронической сердечной недостаточности на течение острой и восстановительной стадии постинсультного периода и прогрессирование хронической цереброваскулярной недостаточности; профилактика острых сердечно-сосудистых состояний в остром периоде инсульта; коррекция антигипертензивной терапии с учетом возможных церебральных гипоперфузионных осложнений.

Список литературы

1. Н.Е Федоров. «Пропедевтика внутренних болезней», Витебск, 2010.
2. «Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ». Москва, 2011.