

Руководство (рекомендации) по реваскуляризации миокарда

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC)
and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

Guidelines on myocardial revascularization.

Eur Heart J (2010) First published online: August 29, 2010

Реваскуляризация при ОКС БПСТ и ИМ ПСТ

Таблица 11.

**Индикаторы, высокого тромботического риска
или высокого риска прогрессирования в инфаркт миокарда,
подразумевающего выполнение неотложной коронарной ангиографии**

Продолжающаяся или возобновляющаяся ишемия
Динамические спонтанные изменения ЭКГ (> 0.1 мВ депрессии или преходящие подъемы).
Глубокие депрессии ST в передних отведениях V2-V4, указывающие на текущую трансмуральную ишемию задней стенки
Гемодинамическая нестабильность
Серьезные (основные, крупные – major) желудочковые аритмии

Таблица 12

**Рекомендации для реваскуляризации
при остром коронарном синдроме без подъемов ST (ОКС БПСТ)**

	Класс*	Уровень#
Инвазивная стратегия показана у пациентов с: <ul style="list-style-type: none">• числом баллов по шкале GRACE >140• по крайней мере одним критерием высокого риска• возобновляющимися симптомами• индуцированной ишемии во время стресс теста	I	A
Ранняя инвазивная стратегия (<24 час) показана у пациентов с числом баллов по шкале GRACE >140 или с множественными другими факторами риска	I	A
Поздняя инвазивная стратегия (в пределах 72 час) показана пациентам с числом баллов по шкале GRACE <140 или не имеющих множественных других факторов риска, но с возобновляющимися симптомами или индуцированной ишемией во время стресс теста	I	A
Пациенты с очень высоким ишемическим риском (рефрактерная стенокардия, аритмии или гемодинамическая нестабильность) должны рассматриваться как кандидаты для неотложной коронарной ангиографии	IIa	C
Инвазивная стратегия не должна осуществляться у пациентов <ul style="list-style-type: none">• с низким общим риском• с особенно высоким риском для инвазивной диагностики или выполнения вмешательства	III	A

* Класс рекомендации. # Уровень убедительности обоснования

Рис.2

**До- и внутри-госпитальное лечение
больных инфарктом миокарда с подъемами ST (ИМПСТ)
и стратегии реперфузии в пределах 12 час от первого медицинского контакта**

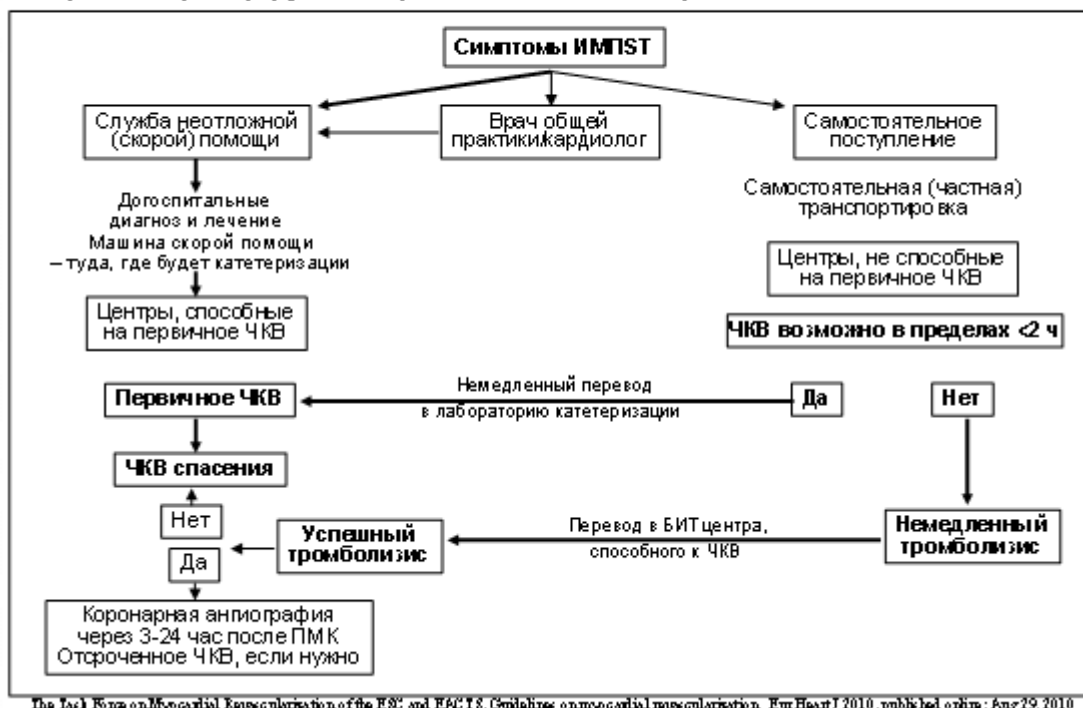


Таблица 13

**Рекомендации для стратегий реперфузии
у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST**

	<u>Класс*</u>	<u>Уровень#</u>
Рекомендуется внедрить хорошо функционирующей систему (сеть), основанную на догоспитальном диагнозе и быстрой транспортировке к ближайшему центру, в котором выполняются ЧКВ («способному выполнять ЧКВ»)	I	A
Центры, в которых возможно выполнять ЧКВ должны по требованию, предоставлять помощь 24 часа в сутки 7 дней в неделю, и первичная ЧКВ должна начинаться настолько быстро, насколько возможно и в пределах 60 мин после первичного (исходного) обращения (initial call)	I	B
В случае фибринолизиса следует рассматривать его догоспитальное начало должным образом оснащенной неотложной медицинской службой с введением полной дозы	IIa	A
За исключением кардиогенного шока, ЧКВ (первичное, спасения, или после фибринолизиса) должно ограничиваться стенозом «виновником».	IIa	B
В центрах, в которых возможно выполнение ЧКВ, следует устранить промежуточное поступление больных в палату неотложной помощи или блок интенсивного лечения	III	A
Не рекомендуется систематическое использование баллонной контрпульсации в отсутствие нарушений гемодинамики	III	B

* Класс рекомендации. # Уровень убедительности обоснования

Таблица 14.

**Рекомендации для чрезкожных коронарных вмешательств
при инфаркте миокарда с подъемами сегмента ST**

Показание	Время от ПМК**	Класс*	Уровень#
Первичное ЧКВ			
Рекомендовано у пациентов с болью/дискомфортом в груди <12 час + сохраняющийся подъем сегмента ST или ранее недокументированная блокада левой ножки	Как можно быстро, в любом случае <24 час от ПМК	I	A
Должно рассматриваться у пациентов с продолжающейся болью/дискомфортом в груди >12 час + сохраняющийся подъем сегмента ST или ранее недокументированная блокада левой ножки	Как можно быстро	IIa	C
Может предусматриваться рассматриваться у пациентов с приступом боли/дискомфортом в груди >12 час и <24 час + сохраняющийся подъем сегмента ST или ранее недокументированная блокада левой ножки	Как можно быстро	IIb	B
ЧКВ после фибринолизиса			
Рутинное безотлагательное ЧКВ показано после успешного фибринолизиса (разрешившиеся боль/дискомфорт в груди и подъемы сегмента ST)	В пределах 24 час	I	A
ЧКВ спасения следует рассмотреть у больных неудачным (безуспешным) фибринолизисом	Как можно быстро	IIa	F
Избирательные (элективные) ЧКВ/КШ			
Показаны после документирования стенокардии/положительного провокационного теста	Оценка перед выпиской из больницы	I	B
Не рекомендованы у больных с полностью сформировавшимся инфарктом миокарда с зубцами Q, без продолжающихся симптомов/признаков ишемии или указаний на жизнеспособность территории инфаркта	Больной доставлен позже >24 час>	III	B

** ПМК – первый медицинский контакт

Таблица 36.

Возможности антитромботической терапии при реваскуляризации миокарда (1)

ОКС БПСТ		Класс *	Уровень #
Антитромбоцитарная терапия			
	Аспирин (АСК)	I	C
	Клопидогрел (с нагрузочной дозой 600 мг) как можно быстро	I	C
	Клопидогрел (9-12 мес после ЧКВ	I	C
	Прасургрел ~	IIa	B
	Тикагрелор ~	I	B
	+ Антагонисты ГП IIb-IIIa (у пациентов с признаками крупного внутрикoronарного тромбоза [высокого обременения внутрикoronарным тромбом])		
	Абциксимаб (с DART)	I	B
	Тирофибан, Эптифибатид	IIa	B
	Антагонисты ГП IIb-IIIa до процедуры (upstream)	III	B
Антикоагуляция			
Очень высокий риск ишемии**	НФГ (+антагонисты ГП IIb-IIIa) или	I	C
	Бивалирудин (монотерапия)	I	B
Средний до высокогориск ишемии**	НФГ	I	C
	Бивалирудин	I	B
	Фондапаринукс	I	B
	Эноксапарин	IIa	B
Низкий риск ишемии**	Фондапаринукс	I	B
	Эноксапарин	IIa	B

* - Класс рекомендации. # - Уровень убедительности данных.

~ - Зависит от одобрения и наличия препарата. Прямые сравнения прасургрела и тикагрелора отсутствуют. Для обоих лекарств ожидаются данные длительного наблюдения.

** - См. таблицу 12 для определения риска ишемии.

- Первично, если противопоказан более активный антитромбоцитарный агент.

АСА – ацетилсалициловая кислота. Двойная антитромбоцитарная терапия.

ГП – гликопротеины. ОКС БП – острый коронарный синдром без подъёмов ST.

ИМ ПСТ – инфаркт миокарда с подъёмами ST. НФГ – нефракционированный гепарин.

Таблица 36.

Возможности антитромботической терапии при реваскуляризации миокарда (2)

ИМ ПСТ		Клас с	Уровен ь
Антитромбоцитарная терапия			
	Аспирин (АСК)	I	B
	Клопидогрел## (с нагрузочной дозой 600 мг как можно быстро)	I	C
	Прасугрел ~	I	B
	Тикагрелор ~	I	B
	+ Антагонисты ГП IIb-IIIa (у пациентов с признаками крупного внутрикоронарного тромбоза [высокого обременения внутрикоронарным тромбом])		
	Абциксимаб	IIa	A
	Эптифибатид	IIa	B
	Тирофибан	IIb	B
	Антагонисты ГП IIb-IIIa до процедуры (upstream)	III	B
Антикоагуляция			
	Бивалирудин (монотерапия)	I	B
	НФГ	I	C
	Фондапаринукс	III	B

* - Класс рекомендации. # - Уровень убедительности данных.

~ - Зависит от одобрения и наличия препарата. Прямые сравнения прасугрела и тикагрелора отсутствуют. Для обоих лекарств ожидаются данные длительного наблюдения.

** - См. таблицу 12 для определения риска ишемии.

- Первично, если противопоказан более активный антитромбоцитарный агент.

АСА – ацетилсалициловая кислота. Двойная антитромбоцитарная терапия. ГП – гликопротеины. ОКС БП – острый коронарный синдром без подъёмов ST. ИМ ПСТ – инфаркт миокарда с подъёмами ST. НФГ – нефракционированный гепарин.

Источник.

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

Guidelines on myocardial revascularization.

Eur Heart J (2010) First published online: August 29, 2010

doi: 10.1093/eurheartj/ehq277

The Task Force on Myocardial Revascularization of the ESC and EACTS. Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2010. published online: Aug 29, 2010

Таблица 1. Классы рекомендаций

Классы рекомендаций	Определения
Класс I	Существуют фактические данные и/или общее согласие, что данное лечение (или процедура) благотворно (beneficial), полезно, эффективно
Класс II	Противоречивые (conflicting) данные и/или расхождение мнений о полезности/эффективности данного лечения или процедуры
Класс IIa	Перевешивают данные/мнения за полезность/эффективность
Класс IIb	Полезность/эффективность в меньшей степени поддерживаются данными/мнениями
Класс III	Фактические данные или общее согласие, что данное лечение (или процедура) не полезно/не эффективно, а в некоторых случаях может быть вредным

Таблица 2. Уровни убедительности обосновывающих данных.

Классы рекомендаций	Определения
Уровень убедительности А	Данные получены из множественных (нескольких) рандомизированных клинических испытаний или из мета-анализов.
Уровень убедительности В	Данные получены из единственного рандомизированного клинического испытания или крупных нерандомизированных исследований
Уровень убедительности С	Согласие (консензус) мнений экспертов и/или мелкие исследования, ретроспективные исследования, регистры