

## 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

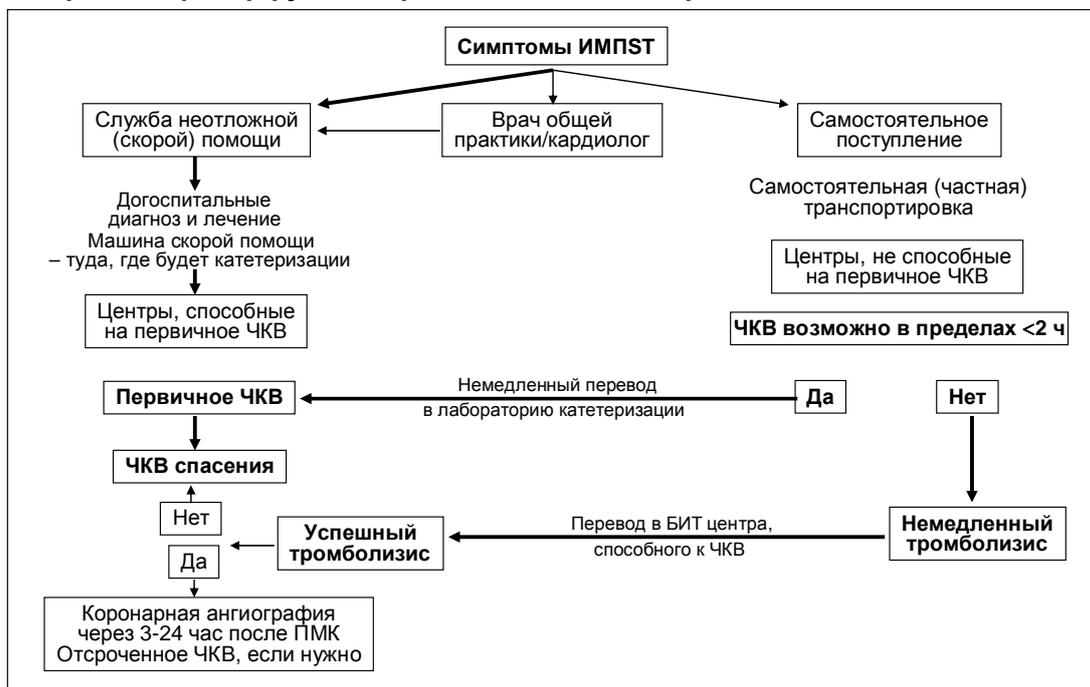
**Рекомендации для реваскуляризации при остром коронарном синдроме без подъемов ST (ОКС БПСТ)**

	Класс*	Уровень#
Инвазивная стратегия показана у пациентов с: <ul style="list-style-type: none"><li>• числом баллов по шкале GRACE &gt;140</li><li>• по крайней мере одним критерием высокого риска</li><li>• возобновляющимися симптомами</li><li>• индуцированной ишемии во время стресс теста</li></ul>	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"><li>• с низким общим риском</li><li>• с особенно высоким риском для инвазивной диагностики или выполнения вмешательства</li></ul>	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**



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 13

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

	Класс*	Уровень#
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 чрескожных коронарных вмешательств при инфаркте миокарда с подъемами сегмента ST**

Показание	Время от ПМК**	Класс*	Уровень#
<b>Первичное ЧКВ</b>			
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
<b>ЧКВ после фибринолизиса</b>			
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 с неудачным (безуспешным) фибринолизисом	Как можно быстро	IIa	F
<b>Избирательные (элективные) ЧКВ/КШ</b>			
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#
<i>Антитромбоцитарная терапия</i>			
	Аспирин (АСК)	I	C
	Клопидогрел (с нагрузочной дозой 600 мг) как можно быстро	I	C
	Клопидогрел (9-12 мес после ЧКВ	I	C
	Прасугрел ~	IIa	B
	Тикагрелор ~	I	B
	+ Антагонисты ГП IIb-IIIa (у пациентов с признаками крупного внутрикоронарного тромбоза [высокого обременения внутрикоронарным тромбом])		
	Абциксимаб (с DART)	I	B
	Тирофибан, Эптифибатид	IIa	B
	Антагонисты ГП IIb-IIIa до процедуры (upstream)	III	B
<i>Антикоагуляция</i>			
Очень высокий риск ишемии**	НФГ (+антагонисты ГП IIb-IIIa) или	I	C
	Бивалирудин (монотерапия)	I	B
Средний до высокого риск 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 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.

Таблица 36.

**Возможности антитромботической терапии при реваскуляризации миокарда (2)**

ИМ ПСТ		Класс	Уровень
<i>Антитромбоцитарная терапия</i>			
	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
<i>Антикоагуляция</i>			
	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

Подготовлено [Н.А.Грацианским](#)

Размещено 28.09.2010