

Новые
международные
рекомендации
по лечению больных с ОКС

д.м.н. И.С. Явелов

Лаборатория клинической кардиологии
ФГБУН НИИ физико-химической медицины ФМБА России

Октябрь 2012

Рекомендации Европейского кардиологического общества по лечению острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ (2011)

ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

**The Task Force for the management of acute coronary syndromes
(ACS) in patients presenting without persistent ST-segment
elevation of the European Society of Cardiology (ESC)**



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehr236

Алгоритм принятия решений при ОКС без \uparrow ST (Европа)

Другой диагноз

Первый контакт

- Характер боли
- Физикальное обследование (с учетом симптомов)
- Вероятность КБС
- ЭКГ в первые 10 мин после контакта с медперсоналом

ОКС
без \uparrow ST
ВОЗМОЖЕН

ОКС с \uparrow ST

Уточнение диагноза/риска

- Оценка риска неблагоприятного исхода (от первого контакта до 12 часов после начала лечения)
- Оценка риска кровотечения
- Исследования для дифференциальной диагностики (если необходимо)

Выбор стратегии лечения

Критерии умеренного и высокого риска неблагоприятных исходов при ОКС без стойких \uparrow ST

Европейское кардиологическое общество (2011)

Первичные

- Значимый подъем или снижение сердечного тропонина
- Динамические смещения ST или T (с симптомами или без)

Вторичные

- Сахарный диабет
- Почечная недостаточность (СКФ <60)
- Нарушенная сократимость ЛЖ (ФВ $<40\%$)
- Ранняя постинфарктная стенокардия
- Недавнее ЧКВ
- Операция коронарного шунтирования в анамнезе
- Промежуточный и высокий риск по шкале GRACE

Инвазивное лечение ОКС без ↑ ST

Рекомендации Европейского кардиологического общества (2011)

Неотложное =

коронарография
в первые 2 часа

после контакта
с медперсоналом



Раннее =

коронарография

- в первые 24 часа
- в первые 72 часа

после контакта
с медперсоналом



Избирательное =

коронарография
при осложнениях
(ишемия, сердечная
недостаточность,
аритмии)



Определение показаний к реваскуляризации



- (1) Нет оснований для вмешательства
- (2) ЧКВ (обычно сразу после коронарографии; преимущественно стент)
- (3) Коронарное шунтирование (обычно через несколько дней)

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антиагреганты (1)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
Аспирин в дозе 150-300 мг → 75-100 мг в сутки всем больным без противопоказаний вне зависимости от стратегии лечения	I A
Ингибитор P2Y ₁₂ рецептора тромбоцитов в добавление к аспирину как только станет возможно и на протяжении 12 месяцев, если нет противопоказаний, таких как чрезмерный риск кровотечения	I A
• клопидогрел в дозе 300 мг → 75 мг в сутки	I A
в нагрузочной дозе 600 мг (или 300 мг у уже получивших 300) при инвазивной стратегии...	I B
в течение 7 суток после ЧКВ у больных без высокого риска кровотечений возможна доза 150 мг	IIa B

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антиагреганты (1)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
Аспирин в дозе 150-300 мг → 75-100 мг в сутки всем больным без противопоказаний вне зависимости от стратегии лечения	I A
Ингибитор P2Y ₁₂ рецептора тромбоцитов в добавление к аспирину как только станет возможно и на протяжении 12 месяцев, если нет противопоказаний, таких как чрезмерный риск кровотечения	I A
<ul style="list-style-type: none"> тикагрелор у всех больных с умеренным и высоким риском ишемических осложнений вне зависимости от первоначальной стратегии лечения, в т. ч. у уже получающих клопидогрел 	I B
<ul style="list-style-type: none"> prasugrel у не получающих ингибитор P2Y₁₂ рецептора, если будет выполняться ЧКВ и нет высокого риска угрожающих жизни кровотечений и других противопоказаний 	I B
<ul style="list-style-type: none"> клопидогрел в дозе 300 мг → 75 мг в сутки у больных, которые не могут получать тикагрелор или prasugrel 	I A
в нагрузочной дозе 600 мг (или 300 мг у уже получивших 300) при инвазивной стратегии, когда нельзя выбрать тикагрелор или prasugrel	I B
в течение 7 суток после ЧКВ у больных без высокого риска кровотечений возможна доза 150 мг	IIa B

Лечение ОКС без ↑ ST: антиагреганты (2)

Рекомендации Европейского кардиологического общества (2011)

Рекомендация	Класс
Блокаторы ГП IIb/IIIa тромбоцитов в добавление к двойной антитромбоцитарной терапии <u>для ЧКВ высокого риска</u> (повышенный тропонин, видимый тромб), если опасность кровотечения низкая	I B
Эптифибатид или тирофибан в добавление к двойной антитромбоцитарной терапии <u>перед ранней коронарной ангиографией</u> у больных высокого риска при сохраняющейся ишемии и низкой опасности кровотечения	IIb C
Эптифибатид или трофибан в добавление к аспирину перед коронарной ангиографией у больных высокого риска, не получивших ингибитор P2Y ₁₂	IIa C
Блокаторы ГП IIb/IIIa тромбоцитов не рекомендуется использовать рутинно перед ангиографией при инвазивном подходе к ведению больных	III A
Блокаторы ГП IIb/IIIa тромбоцитов в добавление к двойной антитромбоцитарной терапии не рекомендуется использовать при консервативном лечении	III A

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антикоагулянты (1)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
Антикоагулянты всем больным в добавление к антиагрегантам	IA
Выбор антикоагулянта на основании риска ишемии и кровотечений, а также профиля эффективности и безопасности конкретного препарата	IC

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антикоагулянты (1)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
Антикоагулянты всем больным в добавление к антиагрегантам	I A
Выбор антикоагулянта на основании риска ишемии и кровотечений, а также профиля эффективности и безопасности конкретного препарата	I C
Рекомендуется фондапаринукс как имеющий наиболее благоприятное соотношение эффективности и безопасности	I A
если используется фондапаринукс, во время ЧКВ необходимо добавить внутривенный болюс НФ гепарина (85 МЕ/кг или 60 МЕ/кг при применении блокаторов ГП IIb/IIIa, с учетом ABC)	I B
Эноксапарин рекомендуется в случаях, когда не доступен фондапаринукс	I B
НФ гепарин или другие рекомендованные НМ гепарины рассматриваются когда не доступны фондапаринукс и эноксапарин	I C
НФ предлагается выбрать при клиренсе креатинина <20-30 мл/мин	I C
Не рекомендуется переходить с одного препарата гепарина на другой (НФ гепарин и НМ гепарин)	III B

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антикоагулянты (2)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
<p>Бивалирудин в сочетании с избирательным (provisional) введением ингибиторов ГП IIb/IIIa тромбоцитов</p> <p>рекомендуется как альтернатива сочетанию НФ гепарина и ингибиторов ГП IIb/IIIa тромбоцитов при планируемой неотложной или ранней инвазивной стратегии, в особенности у больных с высоким риском кровотечений</p>	I B

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антикоагулянты (3)

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Рекомендация	Класс
При консервативной стратегии антикоагулянты должны вводиться вплоть до выписки из стационара	I A
После инвазивной процедуры следует рассмотреть прекращение введения антикоагулянтов, если к ним нет других показаний	IIa C

Частичное обновление рекомендаций Американских Коллегии кардиологов/Ассоциации сердца по лечению нестабильной стенокардии/инфаркта миокарда без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ (2012)

2012 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of Patients With Unstable Angina/ Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline and Replacing the 2011 Focused Update)

A Report of the American College of Cardiology Foundation/
American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

Journal of the American College of Cardiology
© 2012 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

Vol. 60, No. 7, 2012
ISSN 0735-1097/\$36.00
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.06.004>

Частичное обновление рекомендаций Американских Коллегии кардиологов/Ассоциации сердца по лечению нестабильной стенокардии/инфаркта миокарда без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ (2012)

Основные отличия от Европейских:

- (1) Большая гибкость в выборе стратегии (инвазивная – не инвазивная)
- (2) Как правило нет указаний на предпочтительность одних анти тромботических препаратов перед другими
- (3) Более широкие показания к использованию блокаторов ГП IIb/IIIa
 - не исключена возможность при консервативном ведении [IIb B]
 - более широкие показания к upstream-терапии перед КАГ [IIb B]
- (4) Более подробно описана этапность анти тромботического лечения
 - в зависимости от планируемого подхода к ведению
 - после диагностической КАГ

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антиагреганты (1)

Рекомендации Американских коллегии кардиологов/Ассоциации сердца

Если выбрана консервативная стратегия первоначального лечения

Рекомендация	Класс
Аспирин ... как можно раньше после поступления в стационар с продолжением неопределенно долго у больных, которые его переносят	I A
Двойная антитромбоцитарная терапия: добавить к аспирину как можно быстрее после госпитализации:	
• клопидогрел	I B
• тикагрелор (вне зависимости от предшествующего клопидогрела; рекомендуемая доза аспирина 81 мг/сут)	I B
При возобновлении ишемического дискомфорта на фоне лечения аспирином, блокатором рецепторов P2Y ₁₂ (клопидогрел или тикагрелор) и антикоагулянтом, до диагностической ангиографии резонно добавить БГП IIb/IIIa	IIa C
Может быть резонным добавить к антикоагулянту и пероральной антитромбоцитарной терапии эптифибатид или тирофибан	IIb B

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антиагреганты (2)

Рекомендации Американских коллегии кардиологов/Ассоциации сердца

Больные с умеренным и высоким риском неблагоприятного исхода, когда выбрана инвазивная стратегия первоначального лечения

Аспирин ... как можно раньше после поступления в стационар с продолжением неопределенно долго у больных, которые его переносят	I A
Двойная антитромбоцитарная терапия с самого начала лечения. Выбор второго препарата в добавление к аспирину включает одно из:	I A
<ul style="list-style-type: none"> клопидогрел (как можно раньше до/во время ЧКВ; 600 мг → 75 мг/сут) если ЧКВ, как альтернатива 600 → 150 мг × 6 суток → 75 мг/сут, если нет высокого риска кровотечений 	I B IIb B
<ul style="list-style-type: none"> тикагрелор (как можно раньше до/во время ЧКВ; вне зависимости от предшествующего клопидогрела; доза аспирина 81 мг/сут) 	I B
<ul style="list-style-type: none"> prasugrel (только при ЧКВ, при отсутствии противопоказаний) 	I B
<ul style="list-style-type: none"> БГП IIb/IIIa внутривенно: во время ЧКВ; при начале заранее предпочтительны эптифибатид и тирофибан 	I A I B
БГП IIb/IIIa с самого начала лечения (до диагностической ангиографии) в дополнение к сочетанию аспирина и блокатора рецептора P2Y ₁₂ (клопидогрелу или тикагрелору) у больных с повышенным тропонином, диабетом, выраженными ↓ ST, не имеющих высокого риска кровотечений	IIb B

Лечение ОКС без ↑ ST в 2012 году: антикоагулянты

Рекомендации Американских коллегии кардиологов/Ассоциации сердца

Диагноз очень вероятен или несомненен



Инвазивная стратегия



Начало введения антикоагулянта [IA]

Доступные опции:

- эноксапарин или НФГ [IA]
- бивалирудин* или фондапаринукс [IB]



Консервативная стратегия



Начало введения антикоагулянта [IA]

Доступные опции:

- эноксапарин или НФГ [IA]
- фондапаринукс [IB]

(эноксапарин или фондапаринукс предпочтительнее [IIa B])

* резонно не использовать БГП IIb/IIIa, если было дано как минимум 300 мг клопидогрела как минимум за 6 ч до планируемого ЧКВ [IIa B]

ОКС без ↑ ST: продолжение лечения

Рекомендации Американских коллегии кардиологов/Ассоциации сердца

Диагностическая коронарная ангиография

Неинвазивное лечение

ЧКВ

Коронарное шунтирование

Неинвазивное лечение

- Продолжить аспирин [IA]
- Если возможно, прекратить за ≥ 5 суток клопидогрел [IB] и тикагрелор [IC], прасугрел за ≥ 7 сут [IC]
- Прекратить тирофибан или эптифибатид за 4 ч [IB]
- Продолжить НФГ [IB]; прекратить эноксапарин за 12-24 ч, фондапаринукс за 24 ч, бивалирудин за 3 ч. Процедуру выполнять на НФГ [IB]

Коронарный атеросклероз

Нет значимого

Есть

Продолжить антиагреганты и антикоагулянты по решению врача [IC]

- Продолжить аспирин [IA]
- Блокатор $P2Y_{12}$ рецепторов [IA]; продолжить вплоть до 12 месяцев после BMS и как минимум 12 месяцев после DES [IB]
- Если еще не начали, добавить БГП IIb/IIIa, особенно при ↑ тропонине/других признаках высокого риска (кроме использования бивалирудина с заранее данной нагрузочной дозой клопидогрела [IIa B])
- Прекратить антикоагулянт после не осложненной процедуры [IB]

- Продолжить аспирин [IA]
- Продолжить клопидогрел или тикагрелор вплоть до 12 месяцев [IB]
- Прекратить БГП IIb/IIIa [IA/B]
- Продолжить НФГ ≥ 48 ч [IA], эноксапарин [IA] или фондапаринукс [IB] до выписки (вплоть до дня 8); если начали бивалирудин – после КАГ прекратить или вплоть до 72 часов [IB]

Рекомендации Европейского кардиологического общества по лечению острого инфаркта миокарда с подъемами сегмента ST на ЭКГ (2012)

ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC)



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehs215

Реперфузионная терапия:

тромболизис

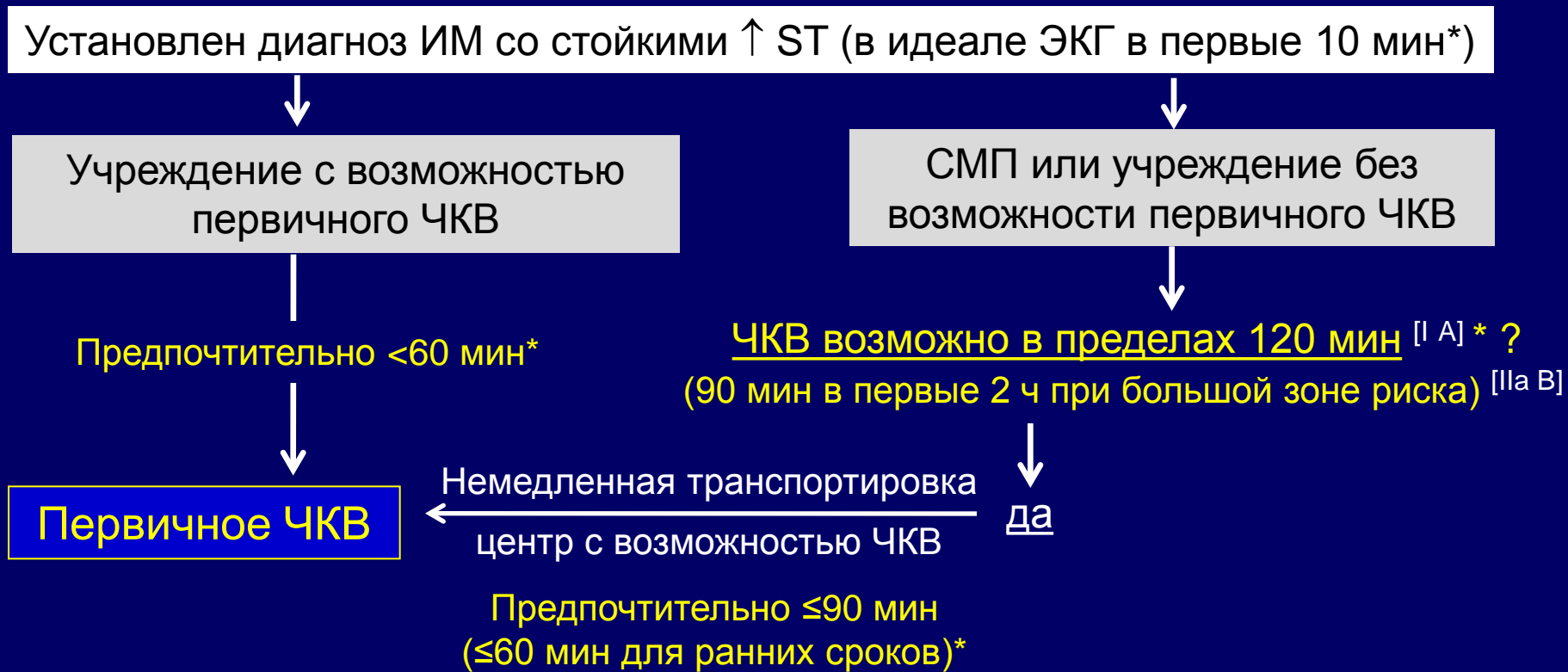
первичное ЧКВ



догоспитально

в стационаре

Реперфузионное лечение ОКС с ↑ ST. Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)



* от первого контакта с медперсоналом

Реперфузионное лечение ОКС с ↑ ST. Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Установлен диагноз ИМ со стойкими ↑ ST (в идеале ЭКГ в первые 10 мин*)

Учреждение с возможностью первичного ЧКВ

СМП или учреждение без возможности первичного ЧКВ

Предпочтительно <60 мин*

ЧКВ возможно в пределах 120 мин [IA] * ?
(90 мин в первые 2 ч при большой зоне риска) [IIa B]

Первичное ЧКВ

Немедленная транспортировка
учреждение с возможностью ЧКВ да

Спасаящее ЧКВ

Предпочтительно ≤90 мин
(≤60 мин для ранних сроков)*

нет

Предпочтительно ≤30 мин*

Немедленно

нет

Тромболизис
успешен ?

Транспортировка
в учреждение
с возможностью ЧКВ [IA]

**Немедленный
тромболизис**

Если возможно,
начало догоспитально [IIa A]

да

Предпочтительно 3-24 ч [IIa A]

КАГ ±ЧКВ

* от первого контакта с медперсоналом

Антитромботическое сопровождение первичного ЧКВ Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Антиагреганты

ОКС со стойкими ↑ ST

Антикоагулянты

Аспирин 150-300 мг → 75-100 × 1 [I B]

+

Прасургрел 60 мг → 10 (у некоторых 5) × 1 [I B]

или

Тикагрелор 180 мг → 90 × 2 [I B]

или

Клопидогрел* 600 мг → 75 × 1** [I C]

+

Блокаторы ГП IIb/IIIa: абциксимаб [A],
тирофибан [B] или эптифибатид [B]

- (1) во время ЧКВ с признаками выраженного в/коронарного тромбоза, slow/no-reflow или тромботических осложнениях (bailout) [IIa C]
- (2) рутинно в добавление к НФГ [IIb B]
- (3) заранее (при транспортировке) у больных высокого риска [IIb B]

Бивалирудин

(с bailout БГП IIb/IIIa) [I B]

вместо сочетания НФГ с БГП IIb/IIIa

или

Эноксапарин [IIb B]

или

НФ гепарин*** [I C]

* если прасургрел и тикагрелор не доступны или противопоказаны

** возможность использования 150 мг × 1 на 2-7 сутки после стентирования не рассматривается

*** если не используется бивалирудин или эноксапарин

Лечение ОКС с ↑ ST в 2012 году: тромболитическая терапия

Рекомендации Европейского кардиологического общества

	Класс
Рекомендуется фибрин-специфичный тромболитик (вместо не фибрин-специфичного)	I B
Аспирин 150-500 мг → 75-100×1 пероральное или внутривенно	I B
Клопидогрел в добавление к аспирину	I A
Антикоагулянты до реваскуляризации (если выполнена) или во время госпитализации вплоть до дня 8	I A
• эноксапарин (предпочтительнее НФ гепарина)	I A
• НФ гепарин (внутривенная инфузия 24-48 часов)	I C
• фондапаринукс, если стрептокиназа	IIa B

Лечение ОКС с ↑ ST в 2012 году: особые ситуации

Рекомендации Европейского кардиологического общества

Класс

Отсроченное чрескожное коронарное вмешательство после лизиса (через несколько часов или дней):
следует использовать двойную антитромботическую терапию (аспирин + P2Y₁₂ рецептора к АДФ) и антикоагулянт в тех же дозах, что и при первичном ЧКВ.

Без реперфузионного лечения:
как можно скорее аспирин, клопидогрел и антикоагулянт (НФ гепарин, эноксапарин или фондапаринукс); фондапаринукс может быть предпочтительным

Лечение ОКС с ↑ ST в 2012 году: длительная терапия Рекомендации Европейского кардиологического общества

	Класс
Аспирин 75-100x1 неопределенно долго	I A
Двойная антитромбоцитарная терапия аспирин + прасугрел или аспирин + тикагрелор после ЧКВ предпочтительнее, чем аспирин + клопидогрел	I A
Двойная антитромбоцитарная терапия аспирин + антагонист P2Y ₁₂ рецептора к АДФ [после стентирования] должна быть продолжена вплоть до 12 месяцев со строгим минимумом	I C
<ul style="list-style-type: none"> 1 месяц после установки голометаллического стента 	I C
<ul style="list-style-type: none"> 6 месяцев после установки стента, выделяющего лекарства 	IIb B
Двойная антитромбоцитарная терапия аспирин + антагонист P2Y ₁₂ рецептора к АДФ без стентирования должна быть продолжена вплоть 12 месяцев (при тромболизисе изучено только 1-месячное применение; при отсутствии реперфузионного лечения рекомендуется как минимум 1 месяц)	IIa C
При явных показаниях к пероральным антикоагулянтам их надо добавить к антитромбоцитарной терапии	I C
При необходимости сочетания двойной антитромбоцитарной терапии с пероральным антикоагулянтом, ее длительность должны быть как можно меньше	I C