

Белялов Ф.И.

**Острые коронарные синдромы.
Новые подходы.**



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehr236

ESC GUIDELINES



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

ACC/AHA Practice Guideline

This guideline contains hyperlinks to recommendations and supporting text that have been updated by the "2011 ACCF/AHA Focused Update of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction" (*Circulation*. 2011;123:000–000; doi:10.1161/CIR.0b013e3182020202) are indicated in the Table of Contents and text.

2011 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

2007 WRITING COMMITTEE MEMBERS

Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons

Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine

Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA, Chair; Cynthia D. Adams, RN, PhD, FAHA; Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA; Charles R. Bridges, ScD, MD, FACC, FAHA; Robert M. Califf, MD, MACC; Donald E. Casey, Jr, MD, MPH, MBA, FACC, FAHA; William E. Chavey II, MD, MS[†]; Francis M. Fesmire, MD, FACEP[§]; Judith S. Hochman, MD, FACC, FAHA; Thomas N. Levin, MD, FACC, FSCA; A. Michael Lincoff, MD, FACC; Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC, FAHA; Pierre Theroux, MD, FACC, FAHA; Nanette Kass Wenger, MD, FACC, FAHA; R. Scott Wright, MD, FACC, FAHA

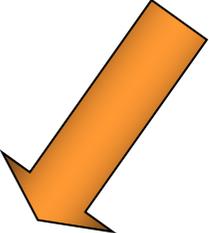
Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования
Кардиоаритмологический центр ИГМАПО
Департамент здравоохранения и социальной помощи
населению администрации г. Иркутска

Клинические рекомендации по внутренним болезням

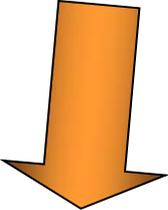


Иркутск
05.10.2011

Тенденции развития медицины

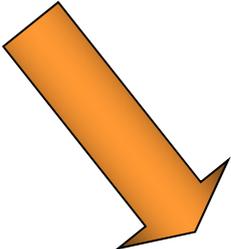


**Инвазивное
лечение**

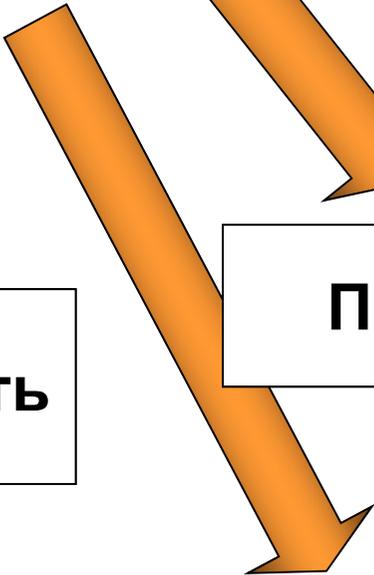


Индивидуальность

Генетика
Коморбидность
Психосоматика



Прогноз



**Ранняя
активная
профилактика**

Диагностика

КТ ангиография
Тропонины

Госпитализация



Боли в груди

Рабочий
диагноз



Острый коронарный синдром

ЭКГ



стойкий подъем ST ST/T - отклонения нормальная неясная ЭКГ

Биохимия



тропонин подъем и снижение тропонин нормальный

Диагноз

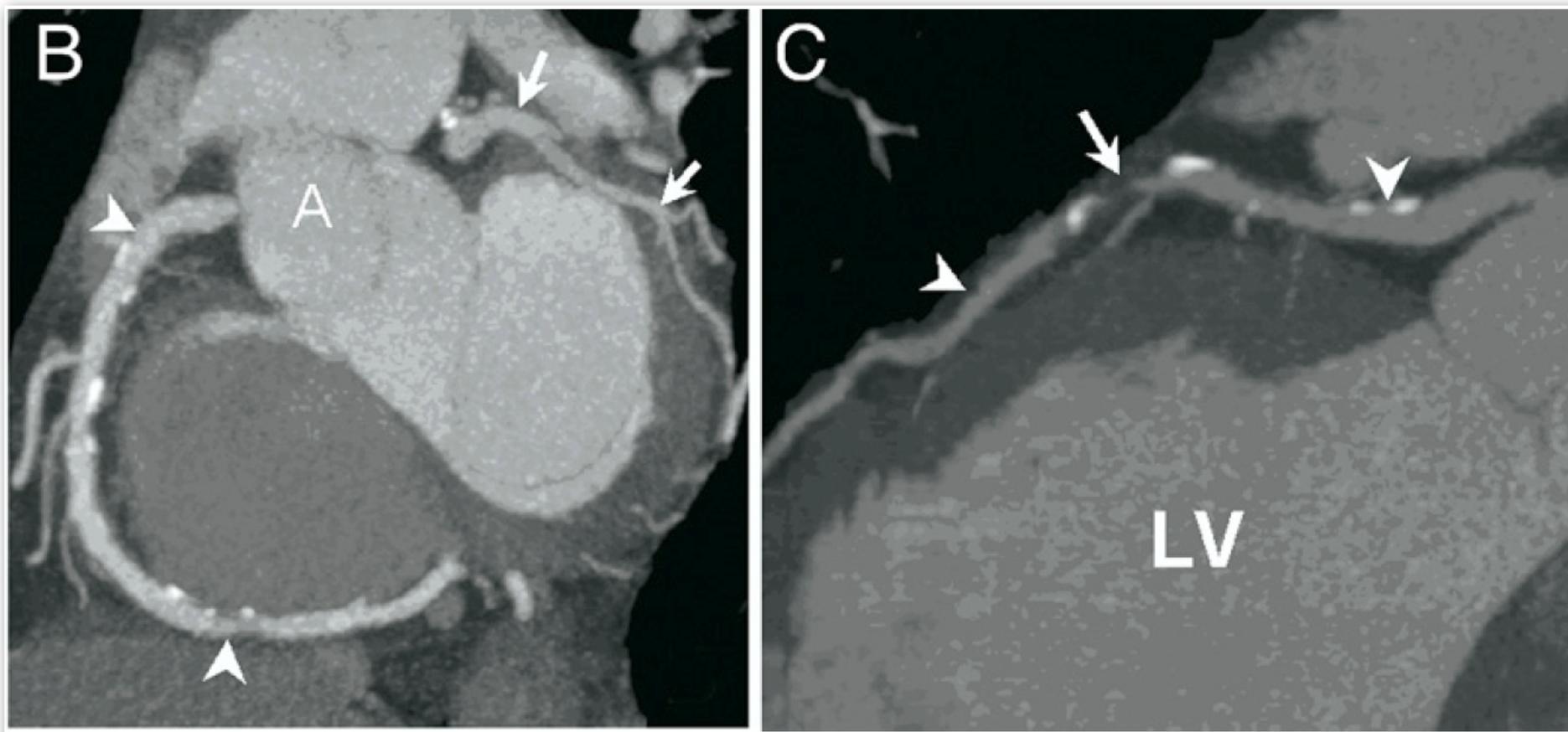


ИМпST **ИМбпST** **Нестабильная стенокардия**

Компьютерная томографическая ангиография

КТ ангиографии может быть альтернативой инвазивной ангиографии для исключения ОКС при невысокой вероятности КБС и когда тропонин и ЭКГ не позволяют сделать окончательное заключение (IIa B).

ROMICAT: Компьютерная томографическая ангиография (64)



ROMISCAT: Компьютерная томографическая ангиография (64)

КТА	Чувствительность, %	Специфичность, %	ППР, %	ПОР, %
Любая бляшка	100	54	17	100
Коронарный стеноз >50%	77	87	35	98

Компьютерная томографическая ангиография

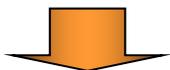
1-срезовые



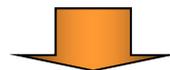
16-срезовые



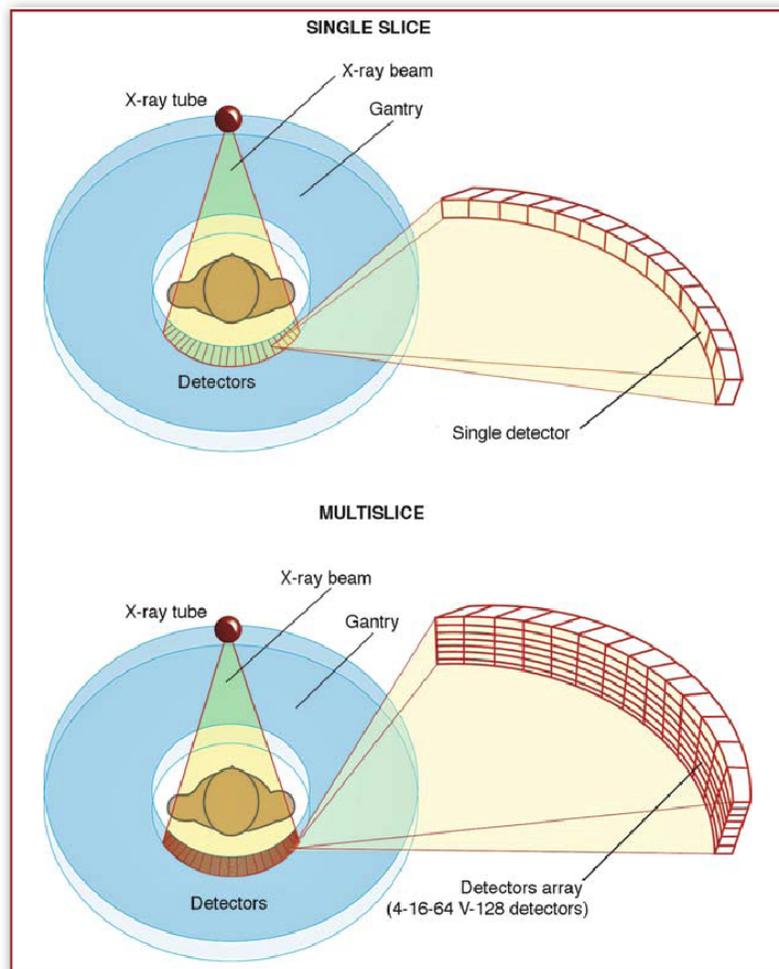
64-срезовые



256-срезовые



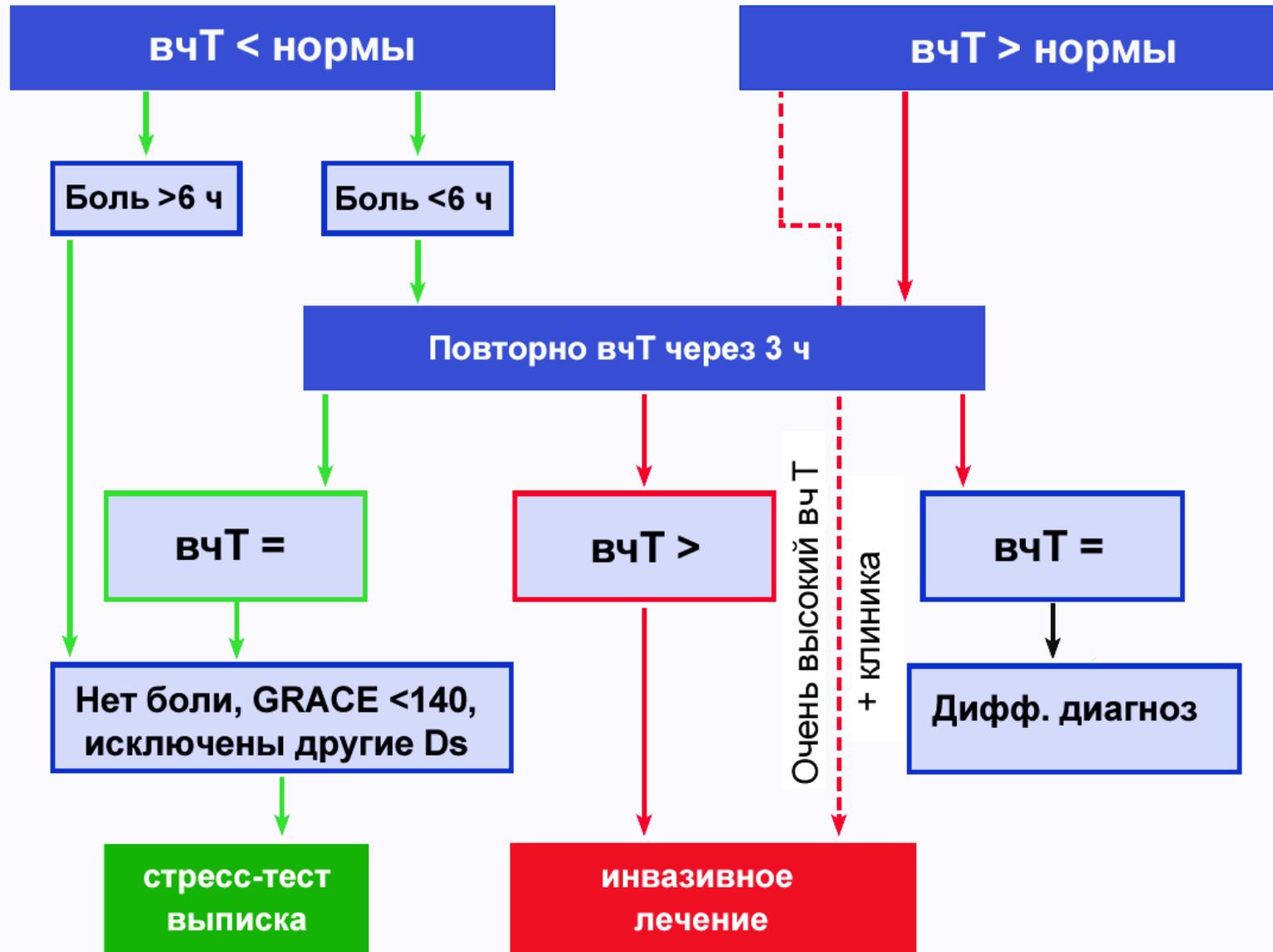
320-срезовые



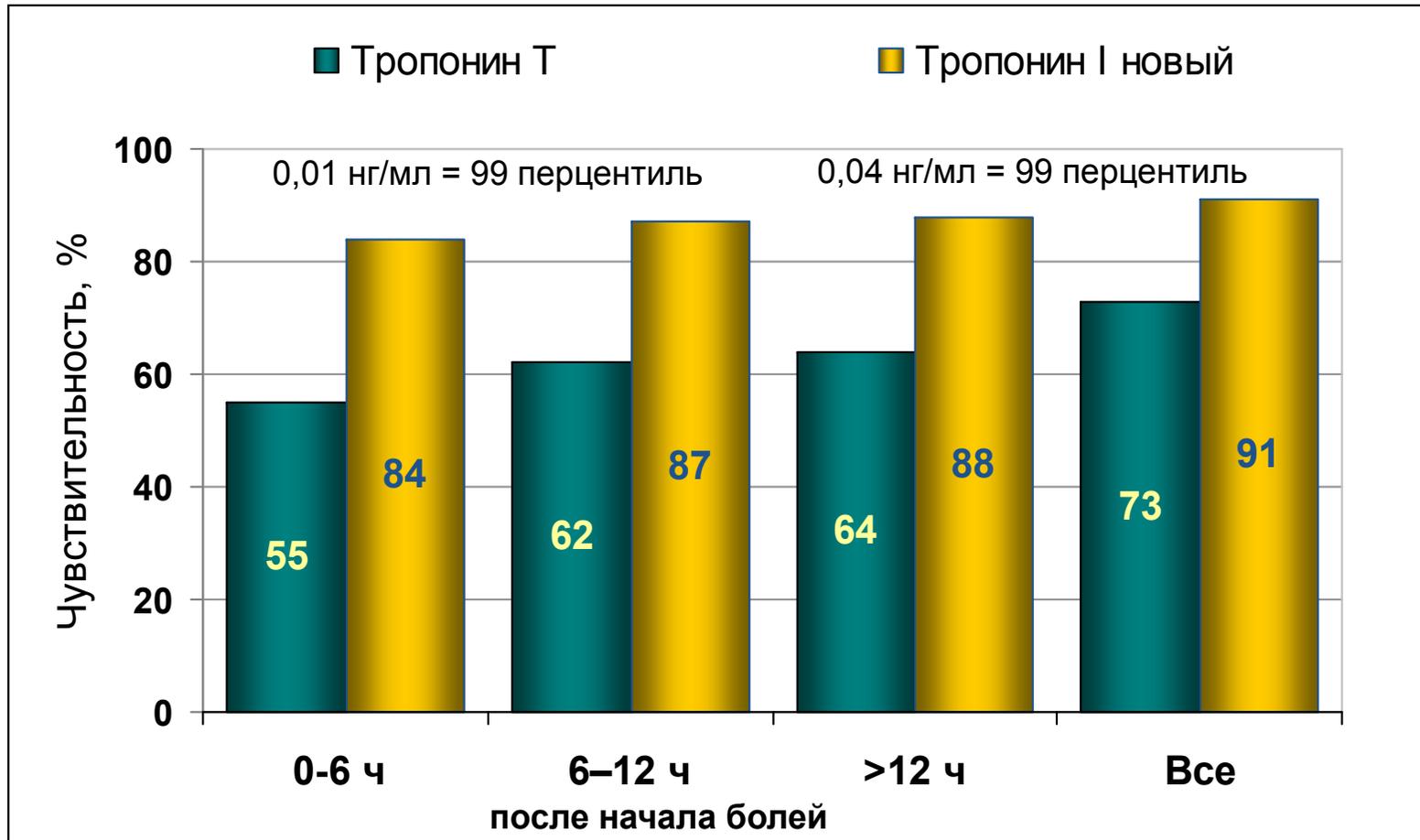
Компьютерная томографическая ангиография (320-срезовый аппарат)

КТА	Чувствительность, %	Специфичность, %	ППР, %	ПОР, %
64-среза Стеноз >50%	77	87	35	98
320-срезов Стеноз >50%	100	88	92	100
320-срезов Стеноз >70%	94	95	88	98

Острая боль в груди



Новые тропониновые тесты



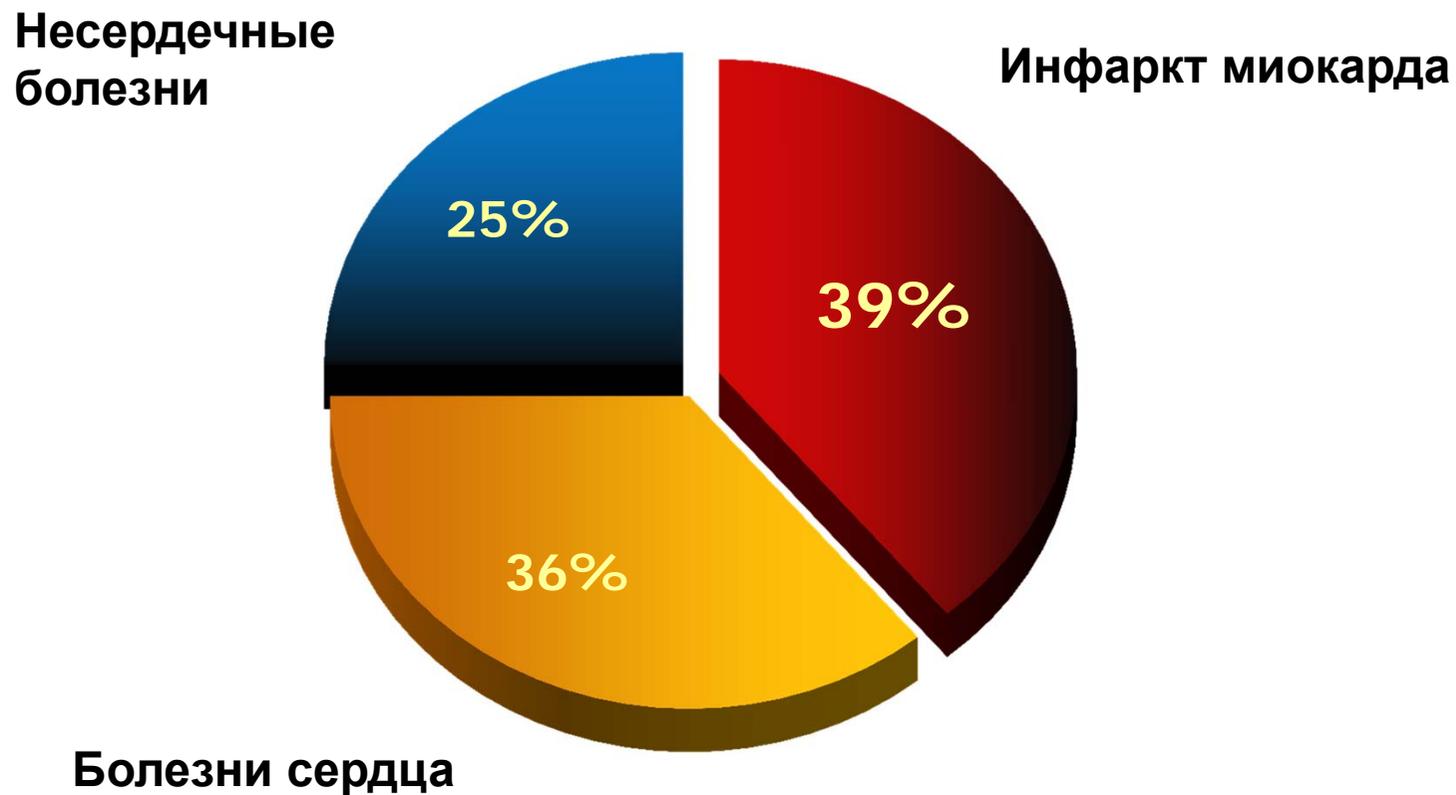
Высокочувствительные тропонины

Рекомендовано использовать быстрый протокол диагностики с высокочувствительными тропонинами (I B).

Высокочувствительные тропонины

- ❑ Предел выявления в 10-100 раз ниже, чем у стандартных методов – чаще при некоронарных болезнях.
- ❑ У людей с торакалгией ИМ может быть диагностирован чаще и **раньше**.
- ❑ При повторном измерении через 2 часа чувствительность для ИМ приближается к 100%.

Диагнозы при новой БЛНПГ



Рекомендации для пациентов >75 лет

Так как у пациентов старшего возраста проявления заболевания часто нетипичны, при выявлении ОКСбпST порог диагностики должен быть низким (I, C).

Психотерапия и кардиалгии



**Число болевых
эпизодов в
первые 3 мес**



**Число болевых
эпизодов
через 3–9 мес**

Разъяснить пациентам!

Лечение ОКСбпСТ

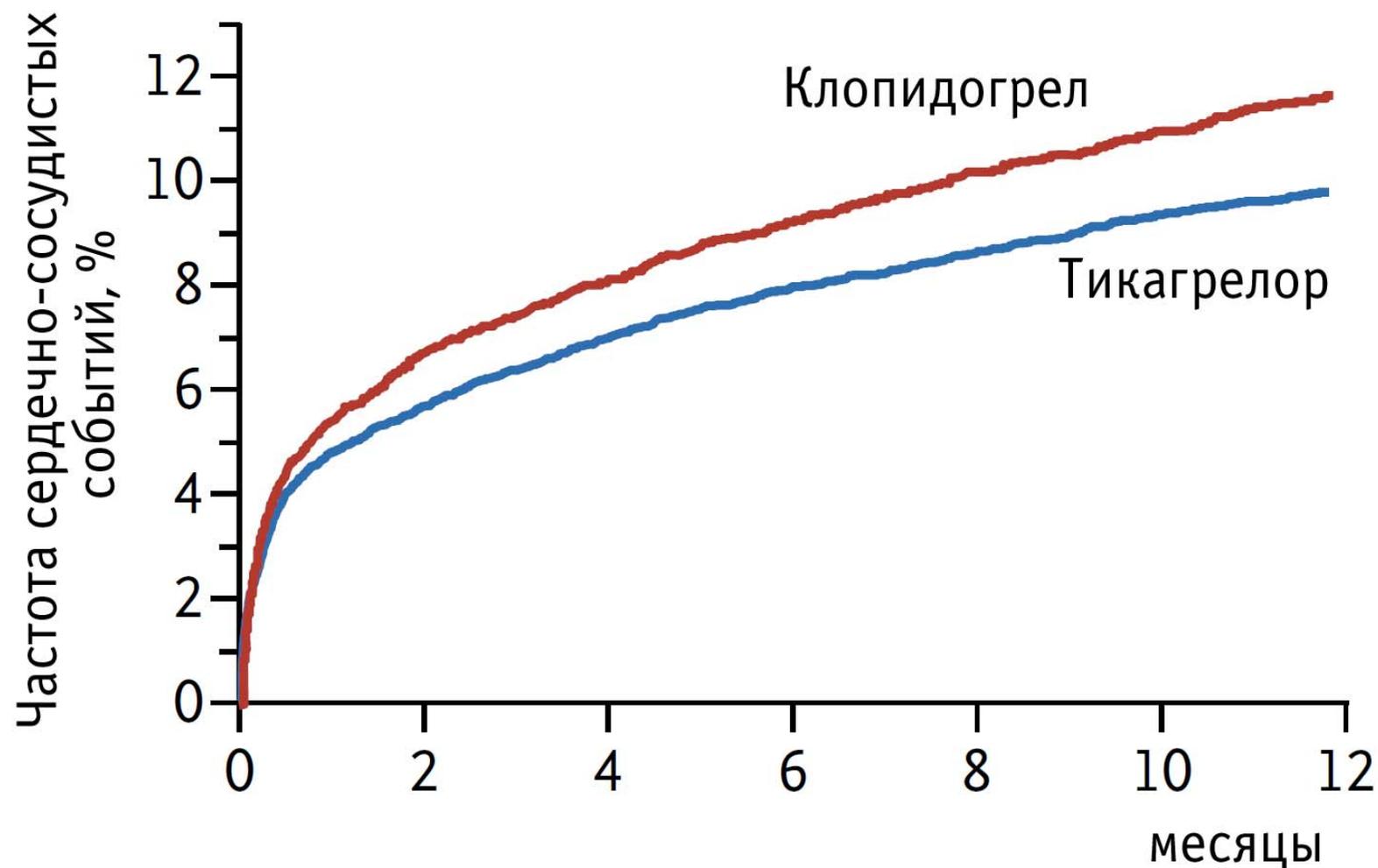
Тикагрелор

Антикоагулянты

Инвазивное лечение

- **Тикагрелор** рекомендуется всем пациентам, независимо от стратегии лечения (приём клопидогрела надо прекратить). (I, B).
- **Клопидогрел** рекомендуется пациентам, которые не могут получить тикагрелор или прасугрел (I, A).

Исследование PLATO



У пациентов с ОКС на тикагрелоре снизился риск ССС (сосудистая смерть + ИМ + инсульт), повысился риск кровотечений.

Антикоагулянты

- Фондапаринукс рекомендуется как препарат с лучшим соотношением эффект-риск (I A).
- Эноксапарин рекомендуется когда фондапаринукс недоступен.

Дезагреганты и ИПП



Ингибитор протонного насоса

(желательно не омепразол) рекомендуется комбинировать с двойной антитромбоцитарной терапией у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями или пептической язвой в прошлом, а также целесообразно при наличии других факторов риска (*H. pylori*, возраст ≥ 65 лет, прием антикоагулянтов или стероидов).

FAST-MI регистр пациентов с ИМ

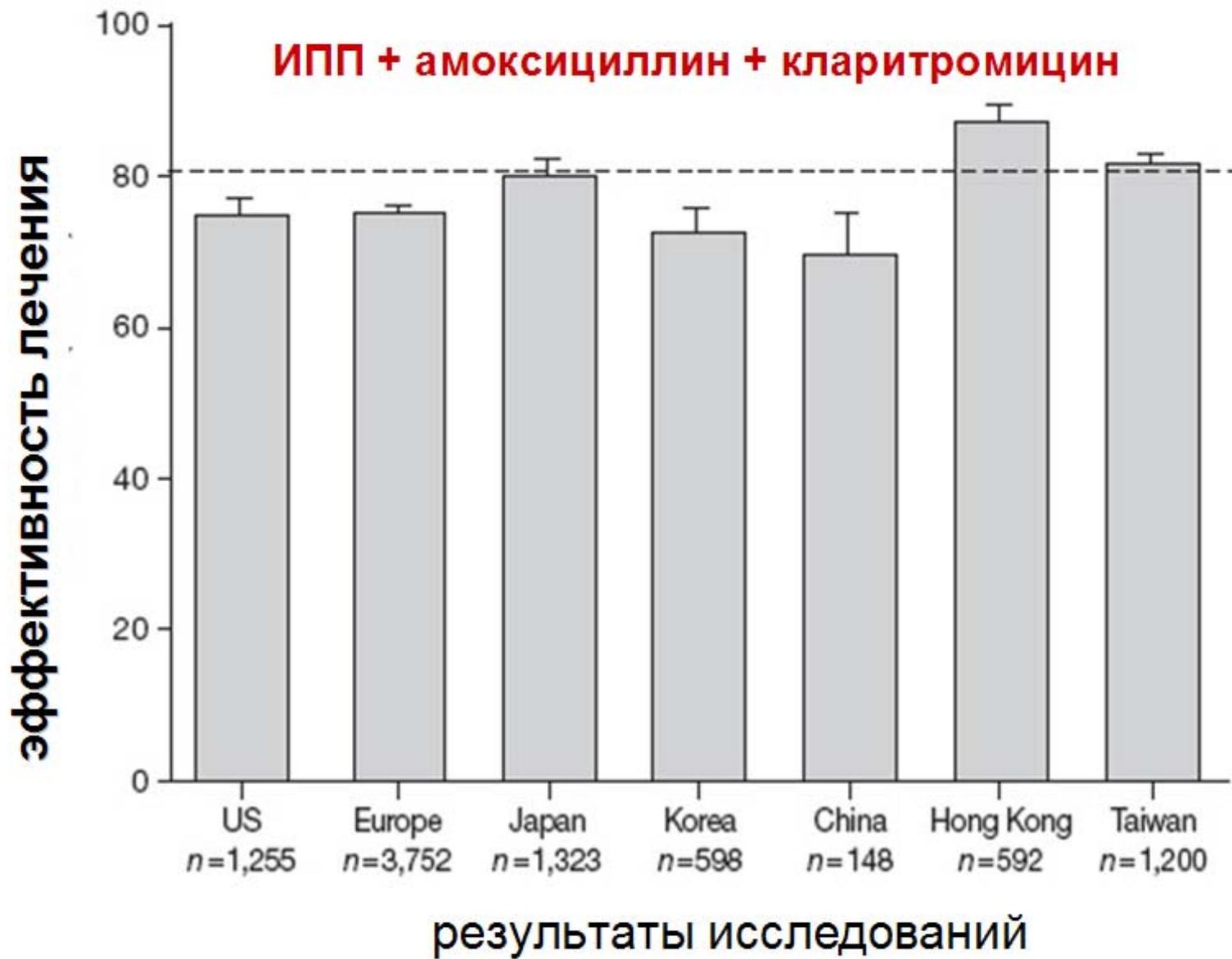
- ❑ Прием ИПП не повышал риска сердечно-сосудистых событий во время госпитализации и через год у пациентов, принимавших клопидогрел.
- ❑ Не было различий при использовании **разных ИПП** и генотипов цитохрома P450 2C19 (CYP2C19).
Аналогичные выводы в других исследованиях (Pare G, et al., 2010; CURE, ACTIVE).

Дезагреганты и ИПП

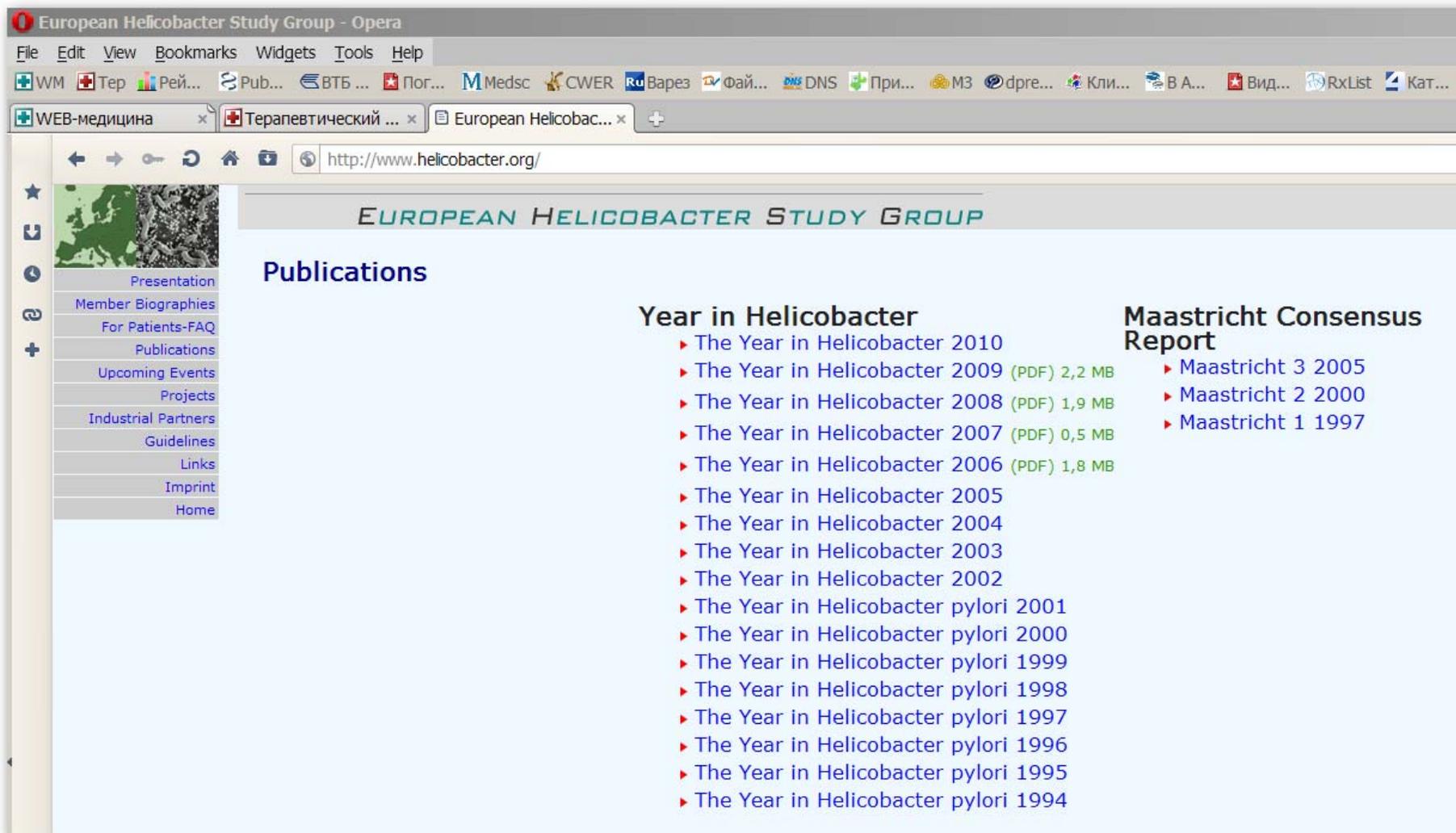
- Рутинное применение ИПП или блокаторов H2-рецепторов не рекомендуется у пациентов с низким риском гастроинтестинальных кровотечений...
- Клиническое решение о сочетанном использовании ИПП и тенопиридинов должно учитывать риски, как сердечно-сосудистых, так и гастроинтестинальных осложнений.

Проблемы резистентности *H. pylori*

- Основная схема – эффект 70-80%.
- Резистентность к метронидазолу и кларитромицину 25%.



Рекомендации EHSG и WGO



European Helicobacter Study Group - Opera

File Edit View Bookmarks Widgets Tools Help

WM Тер Рей... Pub... ВТБ ... Пор... Medsc CWER Ru Вarez Фай... DNS DNS При... МЗ dpre... Кли... В А... Вид... RxList Кат...

WEB-медицина x x x Европей Helicobac... x

← → 🔑 ↻ 🏠 📑 http://www.helicobacter.org/

EUROPEAN HELICOBACTER STUDY GROUP

Publications

- [Presentation](#)
- [Member Biographies](#)
- [For Patients-FAQ](#)
- [Publications](#)
- [Upcoming Events](#)
- [Projects](#)
- [Industrial Partners](#)
- [Guidelines](#)
- [Links](#)
- [Imprint](#)
- [Home](#)

Year in Helicobacter

- ▶ [The Year in Helicobacter 2010](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2009 \(PDF\) 2,2 MB](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2008 \(PDF\) 1,9 MB](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2007 \(PDF\) 0,5 MB](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2006 \(PDF\) 1,8 MB](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2005](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2004](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2003](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter 2002](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 2001](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 2000](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1999](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1998](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1997](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1996](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1995](#)
- ▶ [The Year in Helicobacter pylori 1994](#)

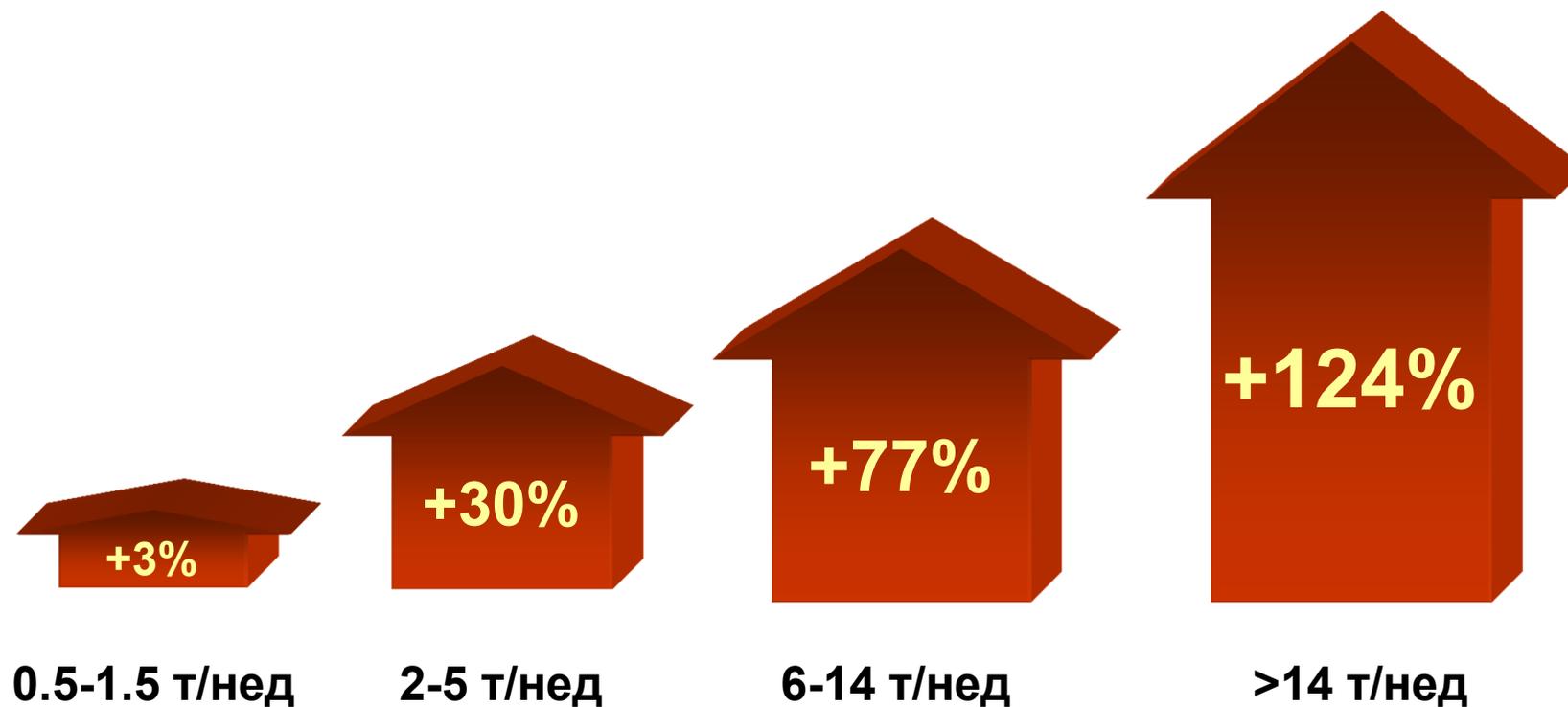
Maastricht Consensus Report

- ▶ [Maastricht 3 2005](#)
- ▶ [Maastricht 2 2000](#)
- ▶ [Maastricht 1 1997](#)

Рекомендации EHSO и WGO

- ❑ 10-14-дневный режим.
- ❑ Квадри-терапия:
ИПП + висмут + тетрациклин + метронидазол.
- ❑ Модифицированная стандартная терапия:
ИПП + амоксициллин + левофлоксацин 500 мг 2
раза.
- ❑ Последовательная терапия:
ИПП + амоксициллин 5 дней,
ИПП + левофлоксацин + метронидазол 5 дней.

Доза аспирина и риск кровотечений



Проспективное исследование 87680 женщин. 1 т = 325 мг.

Показания для ЧКВ при ОКСбпST

Экстренное лечение (<2 ч)

- Рефрактерные ангинозные боли.
- ОCH III-IV класс по Killip.
- Жизнеопасные аритмии (ФЖ, ЖТ).

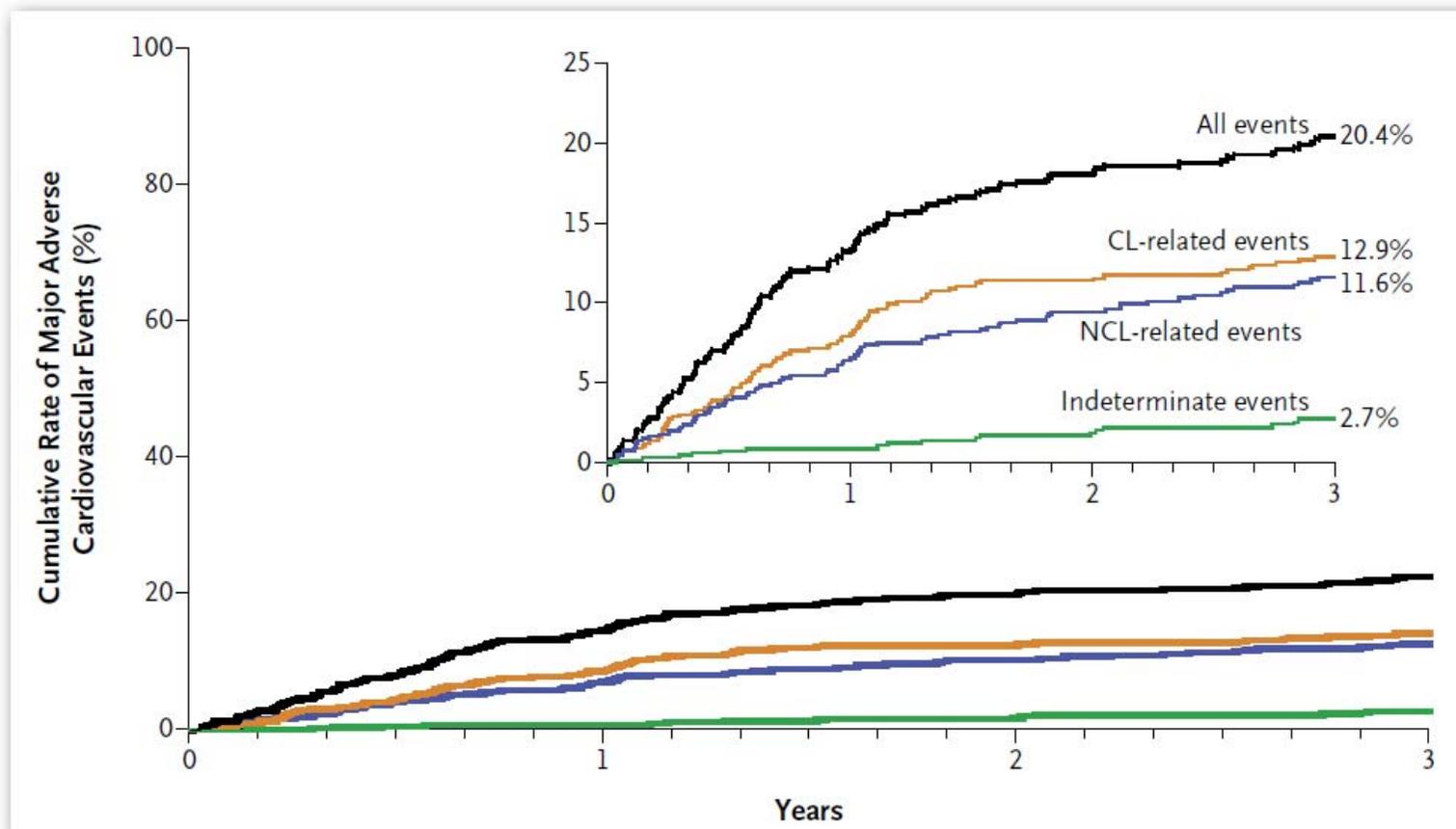
Ранее (<24 ч) лечение

- Повышение и снижение уровня тропонина.
- Динамические изменения ST или T.
- Риск по шкале GRACE >140.

В период госпитализации

- Диабет.
- Снижение функции почек (СКФ <60 мл/мин/1,73 м²).
- Сниженная функция левого желудочка (ФВ <40%).
- Ранняя постинфарктная стенокардия.
- Недавнее ЧКВ.
- Предшествующее КШ.

Развитие ССС в инфаркт-зависимых и других КА

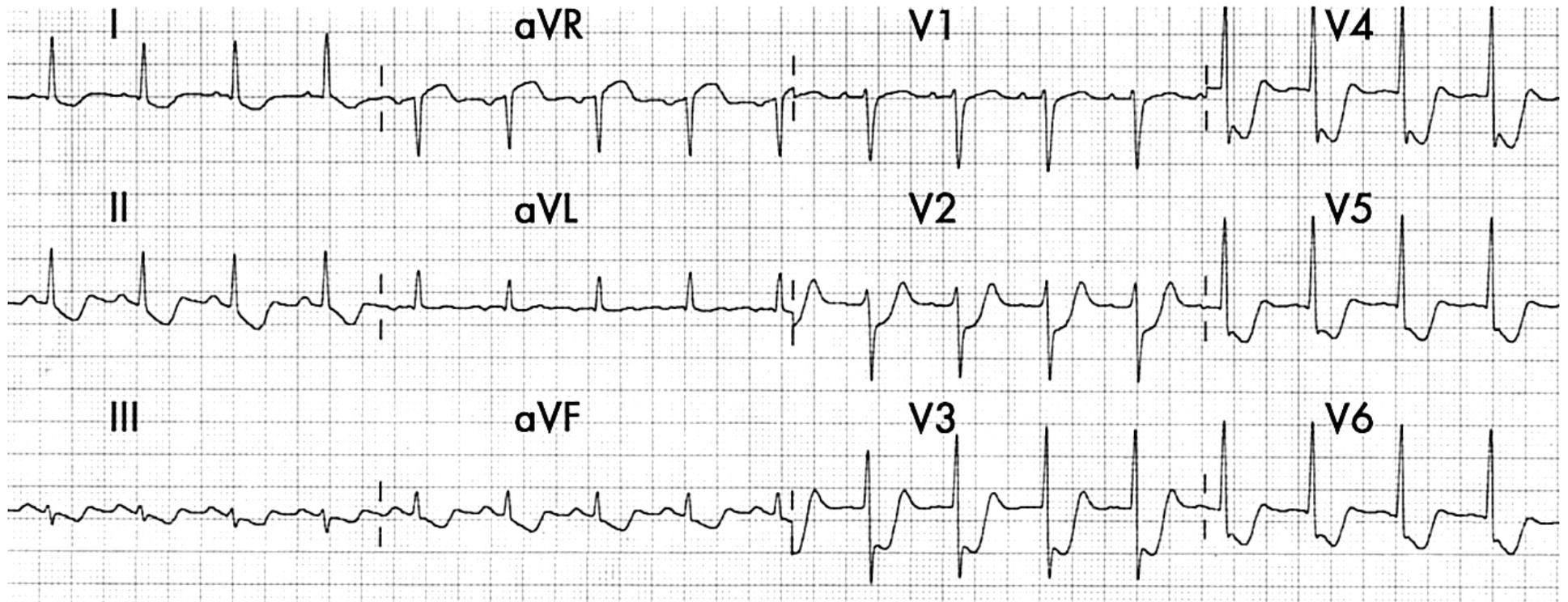


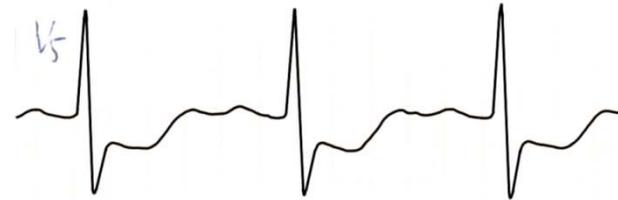
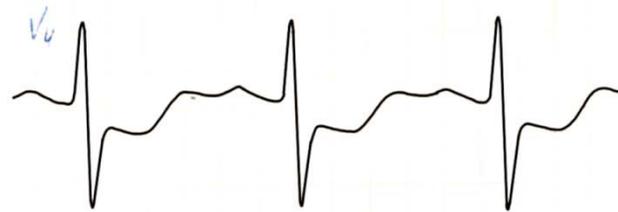
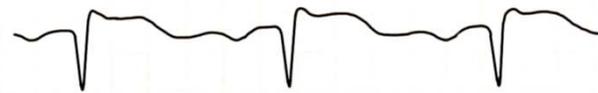
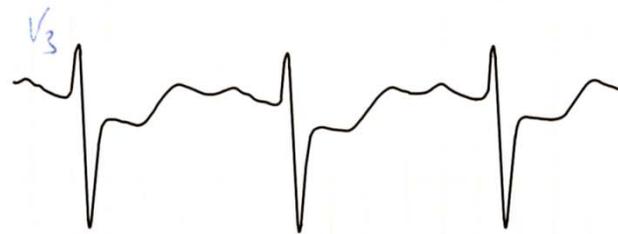
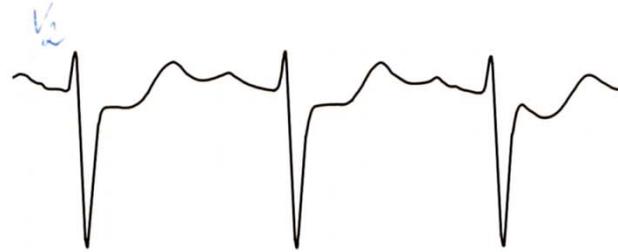
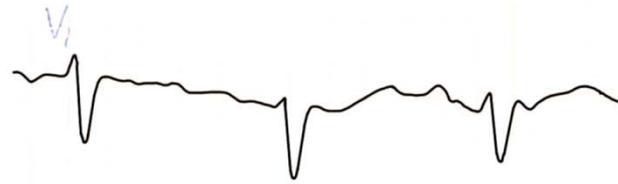
ОКС и нет обструкции КА

- ❑ У 15% с ОКС пациентов нет обструкции при КАГ.
- ❑ Причины – спазм, эмболия (редко при ФП/ТП), интрамуральная бляшка с тромбозом и реканализацией, микроваскулярная СК (ИМ?).
- ❑ При клинике, изменениях ST и повышении тропонина – чаще некроз, чем ложно+ тесты.

CASPAR: спазм КА и прогноз

- У 50% пациентов с ОКС без виновного повреждения КА доказан спазм.
- В этих случаях прогноз благоприятный, несмотря на персистирующую и рецидивирующую стенокардии.



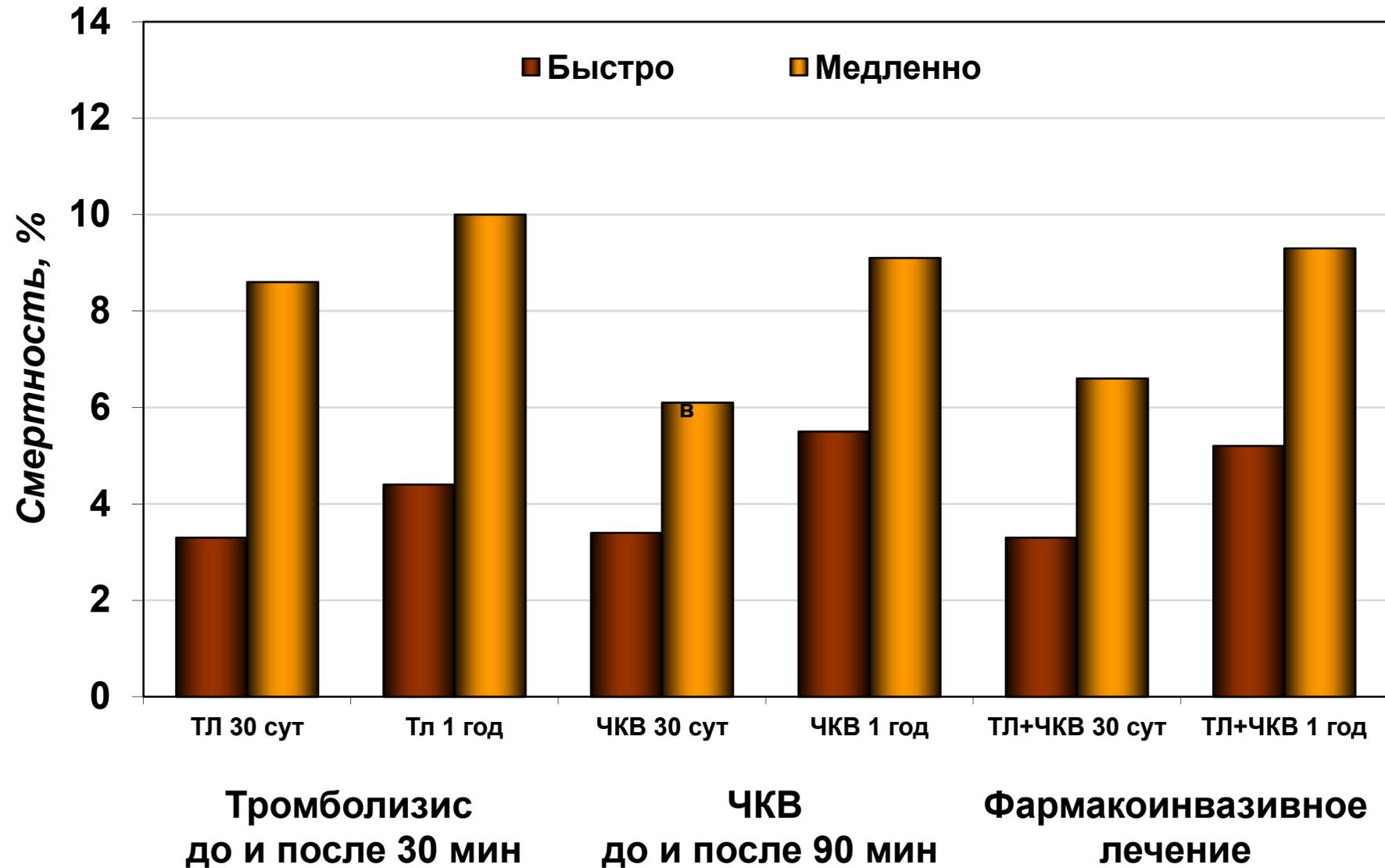


Признаки ИМ главного ствола ЛКА

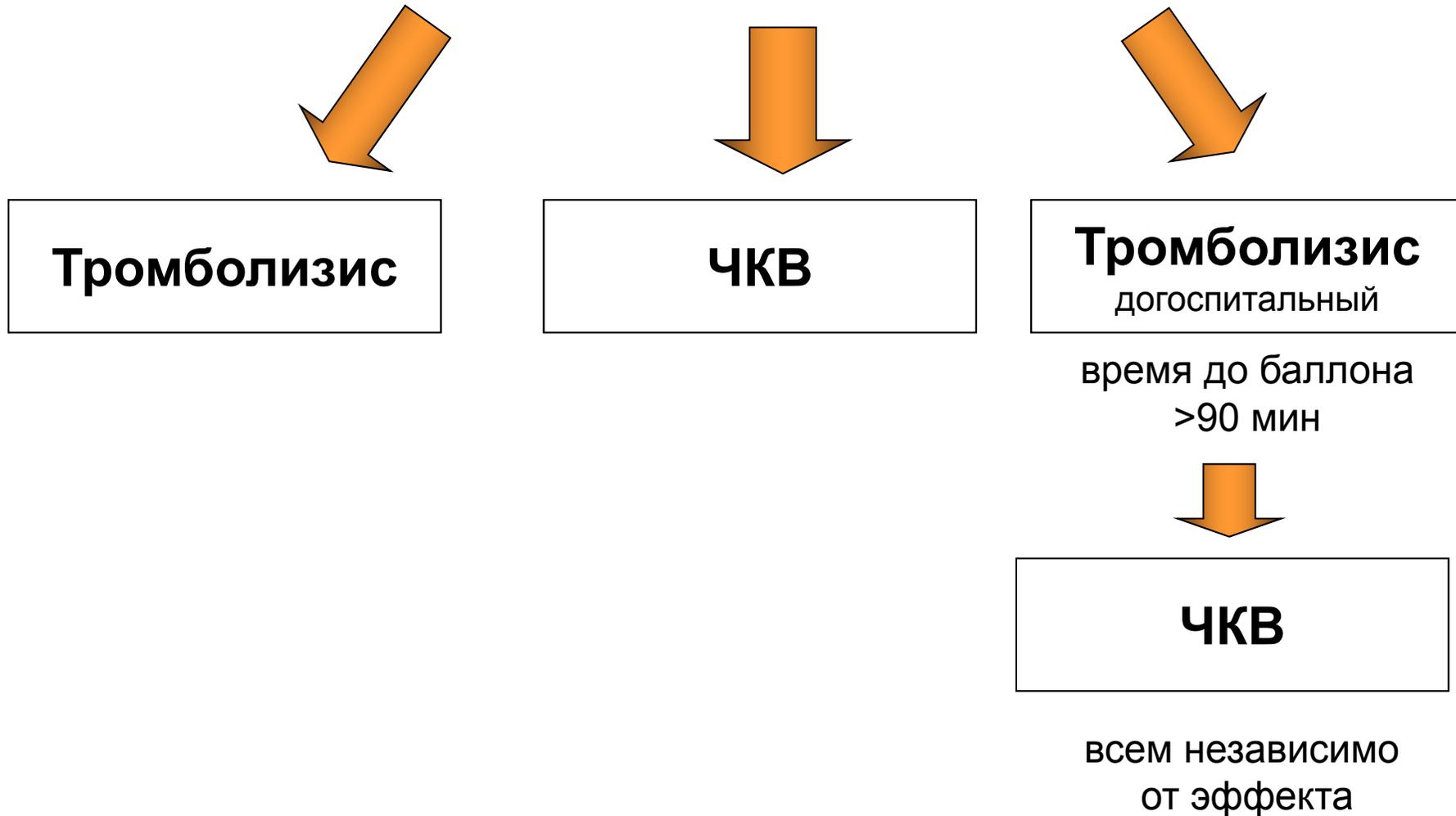
- ↑ST aVR больше чем в V1
- ↓ST в отведениях I, II и V4-6

Лечение ОКСПСТ

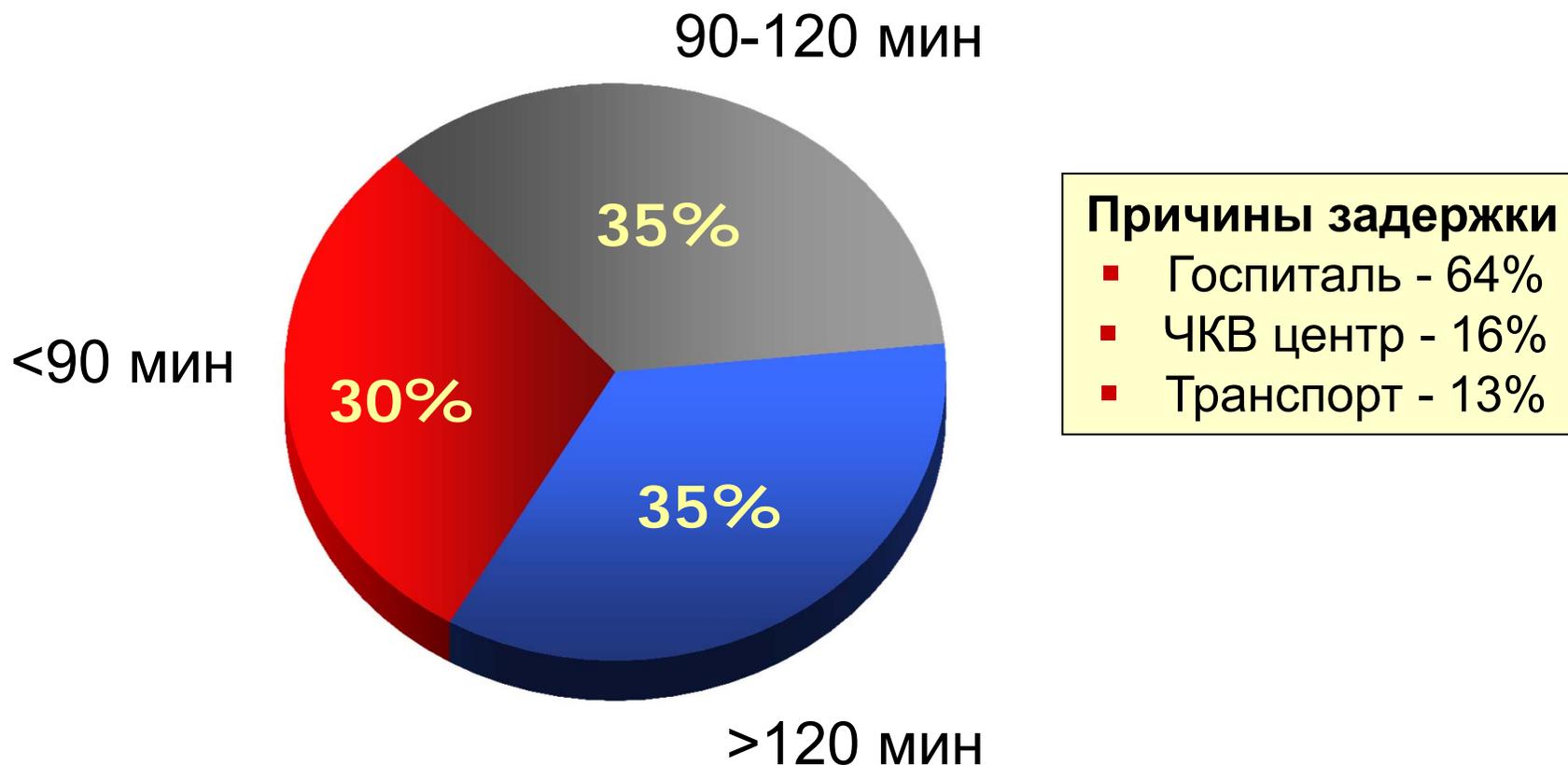
Время важнее вида реперфузии!



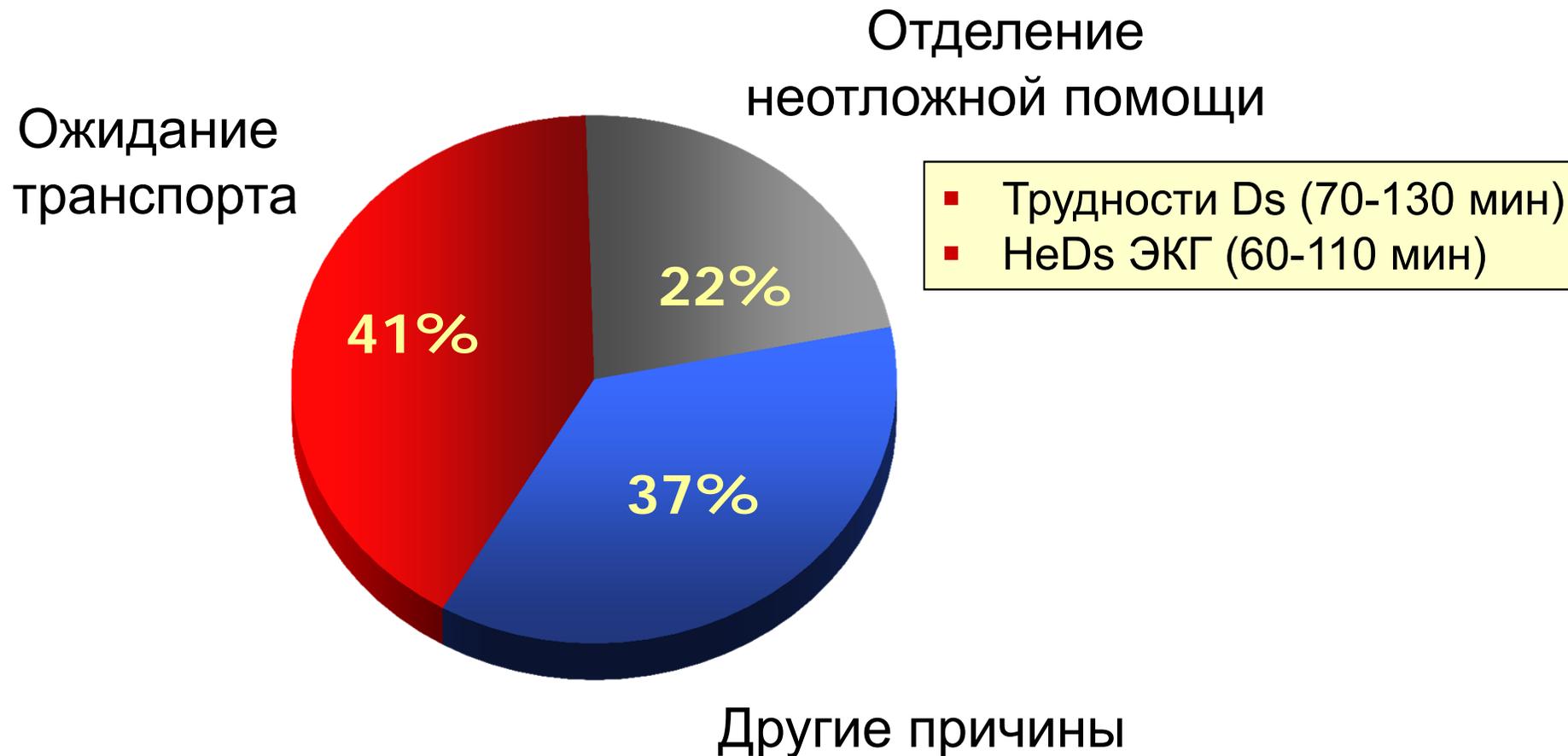
Реперфузия



Задержка перевода в центр ЧКВ из отделения неотложной кардиологии



Причины задержки перевода в центр ЧКВ в госпитале



Показания для ЧКВ при ОКСпST

- <12 ч от начала симптомов.
- ОСН Killip III-IV <24-36 ч от начала симптомов.
- Тромболитики неэффективны или противопоказаны.
- Пациент переносит рентгенконтрастные препараты.

Инвазивное лечение и риск

«Практика российских стационаров, где лечатся больные с ОКС, акцентирована на то, чтобы наиболее активное лечение получали больные низкого риска.

С точки зрения получения хороших результатов при инвазивном лечении эта политика, несомненно, имеет свои преимущества.

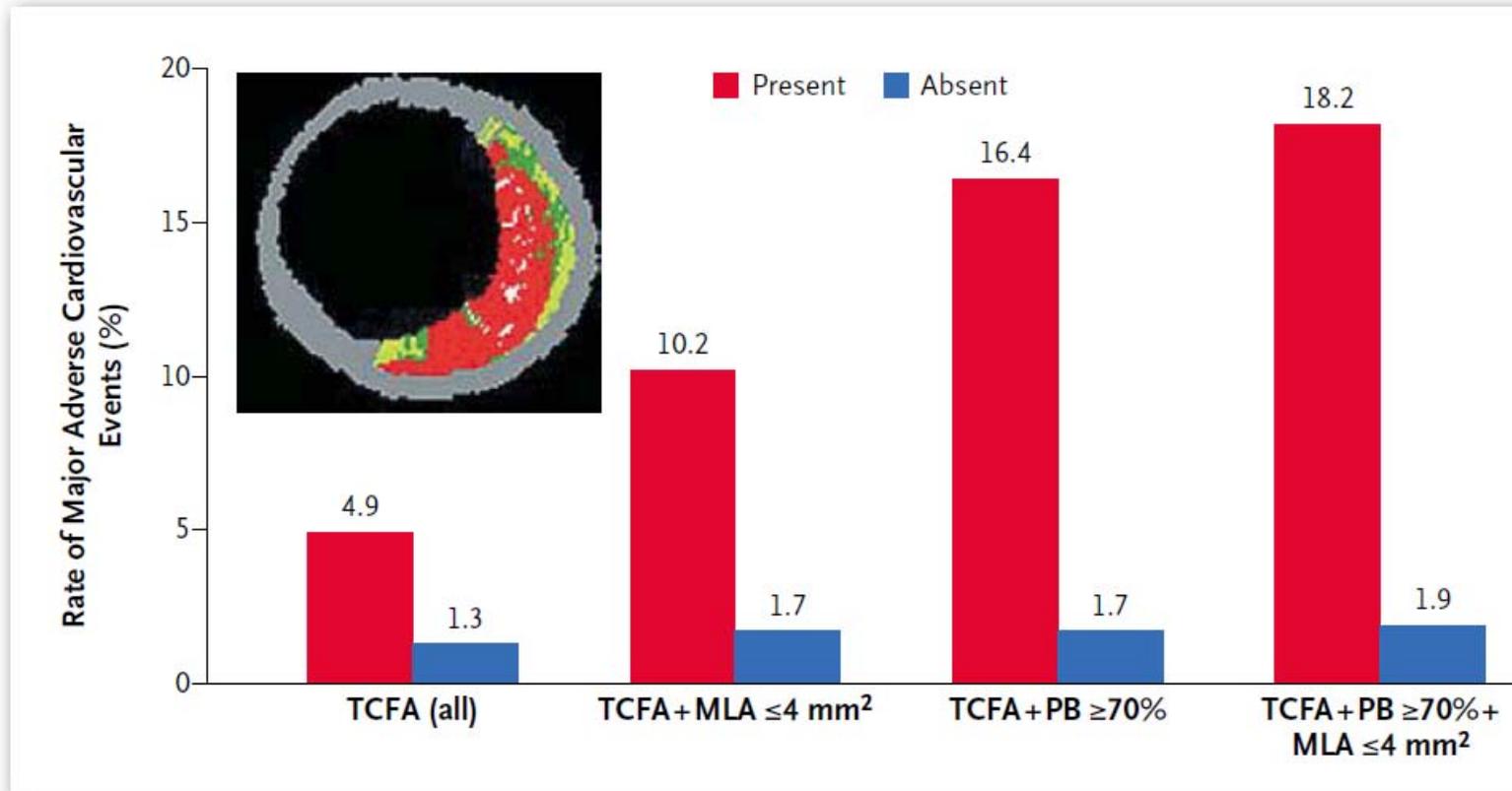
Но, к сожалению, она мало влияет на общие результаты при лечении ОКС.»

Н.А. Грацианский.

Выбор стентов

- Недостаточно данных о безопасности стентов с лекарственным покрытием при ОКС.
- Стенты с лекарственным покрытием назначаются по индивидуальным показаниям, включая оценку коронарной анатомии, риска кровотечений...

Тонкая капсула и риск ССС



Когда начинать статины?

- Начало статинов с первые 14 дней после ОКС не снижает риска смерти, ИМ или инсульта, но уменьшает появление нестабильной СК в ближайшие 4 мес.

Рекомендации

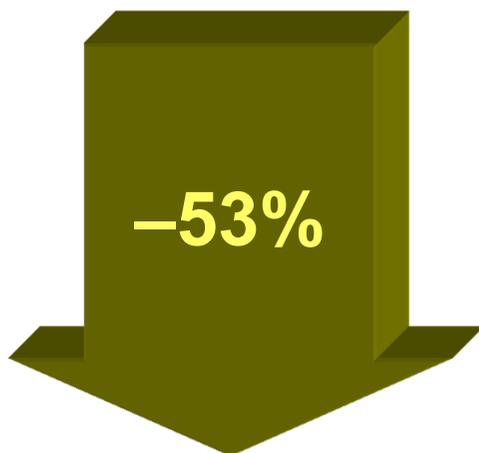
- Начинать независимо от уровня холестерина рано (в первые 1-4 дня).
- Ближайшая цель – ХС ЛПНП 2,6 ммоль/л, дальнейшая – 1,8 ммоль/л.
- Вероятно, лучший эффект у макс доз (аторвастатин 80 мг).

Интенсивная терапия статинами

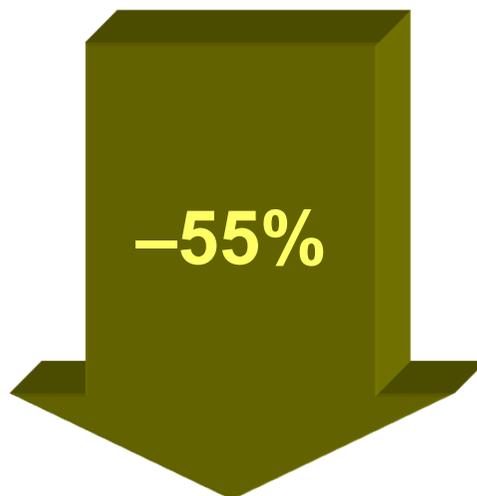
- «+» IDEAL, PROVE IT-TIMI 22.
- «-» SEARCH, MIRACL.
- Целесообразна активная терапия статинами для достижения ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л.

Раннее лечение статинами При ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л

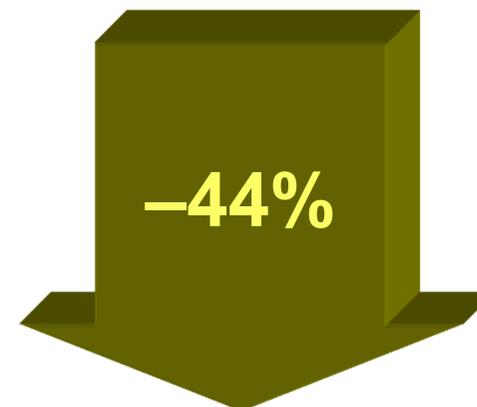
**Сердечная
смерть**



Реваскуляризация



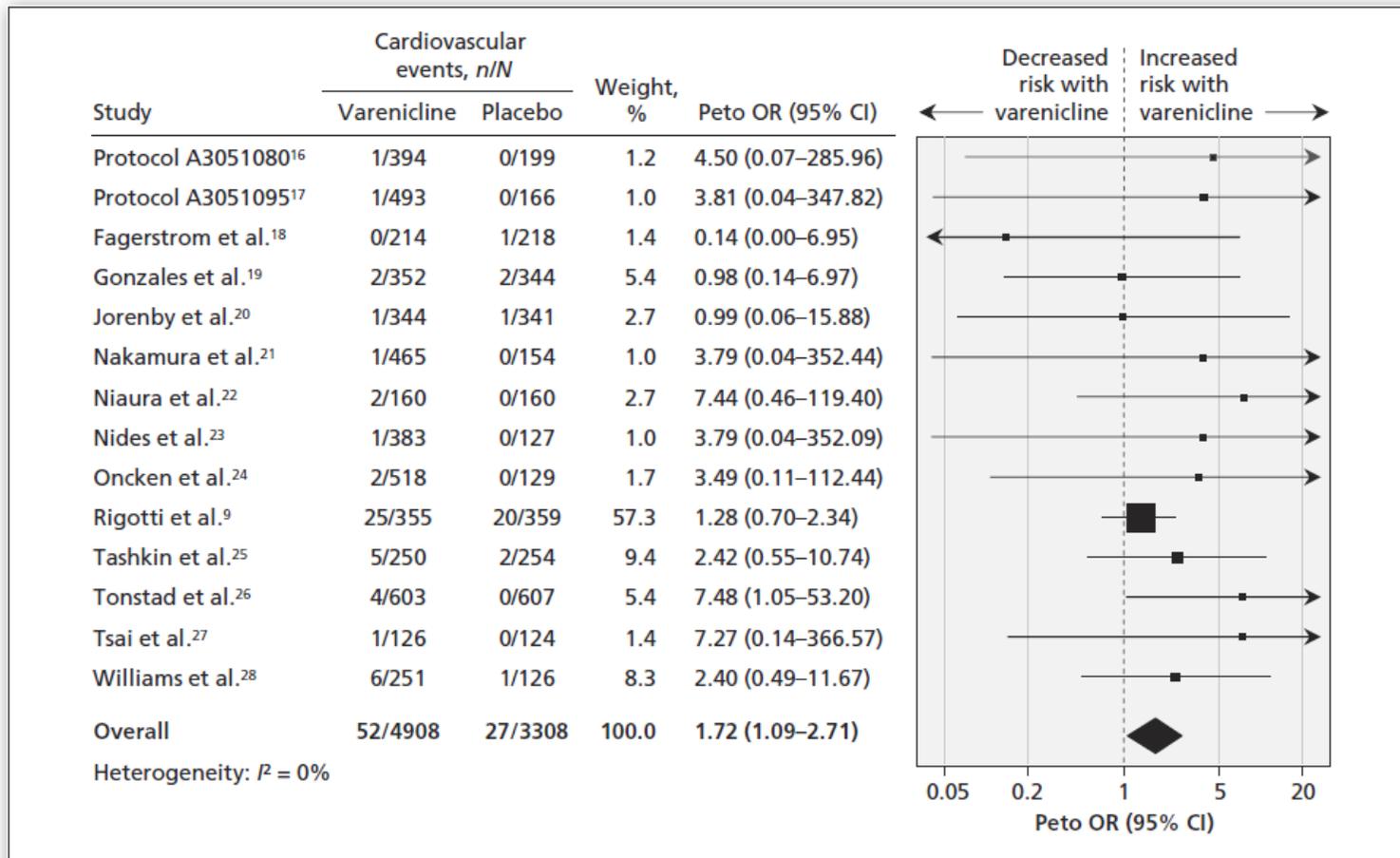
**Смерть+ИМ+
реваскуляризация**



**Первичная
точка**

Проспективное 2-летнее исследование более 1000 пациентов.

Проблемы варениклина



Варениклин повысил риск сердечно-сосудистых событий на 72%!

Умеренно пьющие

Продолжили
84%

Отказались
16%

- СК -35%
- 3-летняя смертность -25%
- Госпитализации -21%
- Выше качество жизни (SAQ, SF-36)





Спасибо за внимание...