

КЛЮЧЕВЫЕ НОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

руководства 2020 ESC по диагностике и лечению ОКСбпСТ

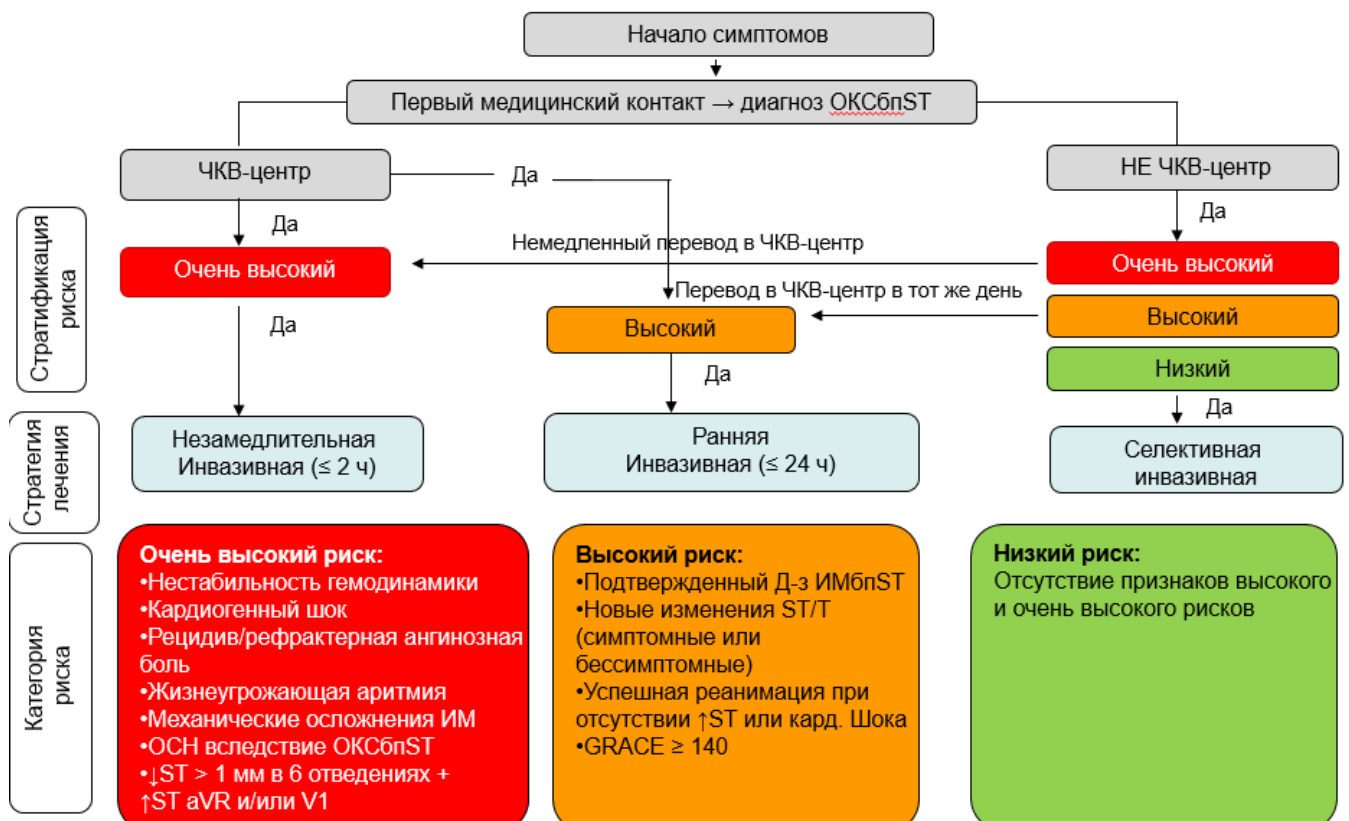
Положение	Класс рекомендаций
Рекомендации по диагнозу	
В качестве альтернативы алгоритму 0/1 ч рекомендовано использовать алгоритм 0/2 ч с забором крови в точках 0 и 2 часа, если доступен валидированный вч-Тн тест	I
Не рекомендовано с диагностической целью рутинно определять такие бимаркеры, как КФК, КФК-МВ, БСЖК или копеппин в дополнение в определению вч-Тн	III
Рекомендации по стратификации риска	
Определение концентрации в крови BNP и NT-proBNP может рассматриваться для получения дополнительной прогностической информации	IIa
Рекомендации по антитромботической терапии	
Прасургел должен рассматриваться как предпочтение перед тикагрелором для больных ОКСбпСТ, подвергающимся ЧКВ	IIa
Не рекомендовано рутинное раннее назначение ингибиторов P2Y12 у больных с неизвестной коронарной анатомией и планирующимся ранним инвазивным вмешательством	III
Больным с ОКСбпСТ, которым не планируется раннее инвазивное вмешательство, может быть рассмотрено раннее назначение ингибиторов P2Y12	IIb
Деэскалация терапии P2Y12 (т.е. переход с прасургела или тикагрелора на клопидогрел) может рассматриваться в качестве альтернативной стратегии ДААТ у подходящих для этой цели пациентов на основании оценки клинической картины, агрегации тромбоцитов или генотипа CYP2C19	IIb
У пациентов с ФП (CHA2DS2-VASc ≥ 1 у мужчин и ≥ 2 у женщин) после короткого периода ТАТТ (до 1 недели после острого события) рекомендуется использовать ДАТТ в качестве стратегии по умолчанию с использованием ПОАК в рекомендованных дозах для профилактики инсульта и одного из антиагрегантов (предпочтительно клопидогрел)	I
Прекращение приема антиагреганта у лиц, получавших ДАТТ, рекомендовано через 12 месяцев	I
ДАТТ (ОАК в сочетании с тикагрелором или прасургелем) может рассматриваться в качестве альтернативы ТАТТ (ОАК + клопидогрел + аспирин) у больных с умеренным или высоким риском тромбоза стента, независимо от типа стента	IIb
Рекомендации по инвазивному лечению	
Ранняя инвазивная стратегия лечения в первые 24 часа рекомендована больным, имеющим любой из следующих критериев высокого риска: <ul style="list-style-type: none"> • Подтвержденный ИМбпСТ • Динамические или предположительно новые изменения сегмента ST/T в смежных отведениях, связанных с ишемией • Преходящая элевация ST • GRACE > 140 баллов 	I
Больным низкого риска рекомендована селективная инвазивная стратегия после выполнения тестов, определяющих ишемию или выявления обструктивного поражения коронарных артерий при КТ-КАГ	I
У гемодинамически стабильных больных, переживших остановку сердца, после успешной реанимации должна быть рассмотрена отсроченная, а не немедленная инвазивная стратегия.	IIa

У пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий без шока должна быть рассмотрена полная реваскуляризация	IIa
У пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий полная реваскуляризация миокарда может быть выполнена во время проведения индексного ЧКВ	IIb
Реваскуляризация других коронарных артерий, не ответственных за развитие ОКСбпST, основанная на значениях ФРК, может быть выполнена во время проведения индексного ЧКВ	IIb

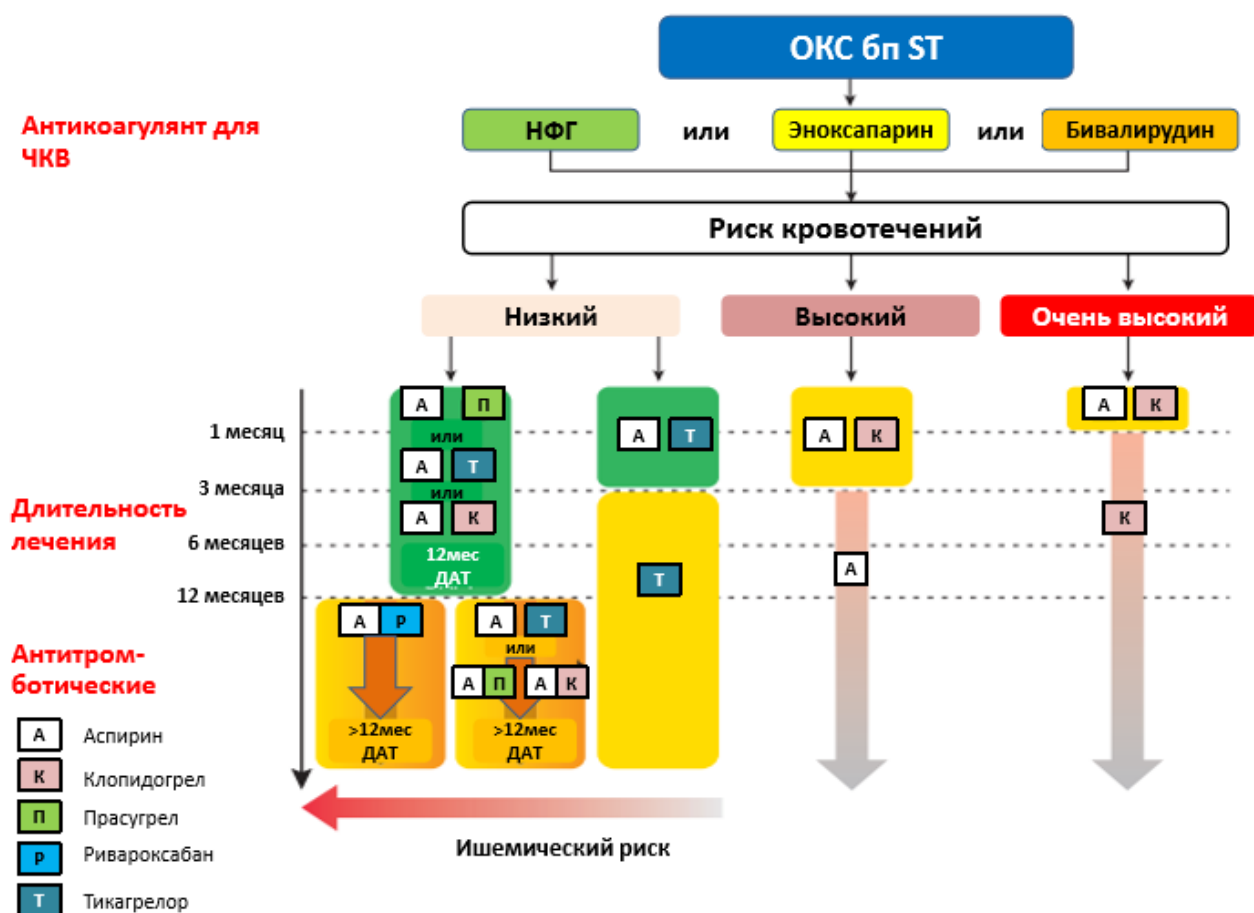
Сокращения: БСЖК – белок, связывающий жирные кислоты, ДААТ – двойная антиагрегантная терапия, ДАТТ – двойная антитромботическая терапия, вч-Тн – высокочувствительный тропонин, ИМбпST – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, КФК – креатинфосфокиназа, КФК-МВ – МВ фракция креатинфосфокиназы, ОАК – оральные антикоагулянты, ОКС – острый коронарный синдром, ПОАК – прямые оральные антикоагулянты, ТАТТ – тройная антитромботическая терапия, ФП – фибрилляция предсердий, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

КЛЮЧЕВЫЕ ОБНОВЛЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ЛЕЧЕНИЯ

А) ВЫБОР СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКОВ



Б) АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ с ОКСбпСТ и ЧКВ без ФП



В) АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ с ОКСбпСТ и ЧКВ с ФП

