

ОКС без подъема сегмента ST

Пристром

Андрей Марьянович

Диагноз ОКС-БПСТ

- Анамнез
- Клинические проявления
- ЭКГ
- Биомаркеры
- Результаты оценки риска

Клинические проявления ОКС-БПСТ

- Ангинозная боль в покое более 20 мин
- Впервые возникшая тяжелая стенокардия (ФК II-III)
- Дестабилизация стабильной стенокардии, характеризующаяся ФК III
- Постинфарктная стенокардия

Рекомендации по диагностике и стратификации риска пациентов с ОКС-БПСТ

1

Диагноз и оценка риска (ишемии и кровотечений) должны базироваться на комбинации клинических признаков, анамнеза, физикального обследования, серии ЭКГ и биомаркеров	I A
12-канальная ЭКГ должна быть снята в первые 10 минут медицинского контакта и немедленно прочитана врачом. Повторные ЭКГ снимаются при повторных симптомах, или неясном диагнозе	I B
Дополнительные ЭКГ отведения ($V_{3R}-V_{4R}$, V_7-V_9) рекомендуется снимать, если 12 основных отведений не убедительны	I C

Рекомендации по диагностике и стратификации риска пациентов с ОКС-БПСТ

2

Рекомендована оценка сердечных тропонинов с получением результатов в течение 60 минут	I A
При использовании высокочувствительного тропонина повторная оценка рекомендована через 3 часа	I B
Дополнительно тропонин определяется через 3-6 часов, если первые 2 теста отрицательны, и не исключен ОКС	I B

Рекомендации по диагностике и стратификации риска пациентов с ОКС-БПСТ

3

Рекомендовано использовать установленные шкалы для оценки риска	I B
Использование шкалы CRUSADE может быть рекомендовано пациентам, планирующим ЧКВ для оценки риска кровотечений	IIb B
Пациентам без повторных болей с нормальной ЭКГ и нормальным тропонином, но с подозрением на ОКС, рекомендован неинвазивный стресс-тест для индукции ишемии перед решением о тактике инвазивной стратегии	I A

Рекомендации по диагностике и стратификации риска пациентов с ОКС-БПСТ

4

ЭхоКГ рекомендована для оценки глобальной и регионарной функции ЛЖ и дифференциального диагноза	I C
КТ ангиография может быть выполнена как альтернатива инвазивной ангиографии для исключения ОКС при низкой/умеренной вероятности ИБС с неубедительным тропонином и ЭКГ	IIa A
Мониторирование ритма рекомендовано до тех пор, пока диагноз ИМ-БПСТ не будет установлен или исключен	I C

Рекомендации по диагностике и стратификации риска пациентов с ОКС-БПСТ

5

Пациентам с ИМ-БПСТ рекомендовано мониторинговое наблюдение	I C
Мониторирование ритма до 24 часов или до ЧКВ должно быть рассмотрено пациентам с ИМ-БПСТ и низким риском аритмий	IIa C
Мониторирование ритма более 24 часов должно быть рассмотрено пациентам с ИМ-БПСТ и умеренным/высоким риском аритмий	IIa C
При отсутствии симптомов ишемии мониторинговое наблюдение ритма при НС может быть рассмотрено у отдельных пациентов (при подозрении на коронарный вазоспазм, или симптомах, ассоциированных с аритмией)	IIb C

Шкала GRACE

Возраст

Частота сердечных сокращений

Систолическое АД

Креатинин

Класс тяжести Killip

Остановка сердца

Повышение ТnТ или МВ-КФК

Девияция сегмента ST

Летальность и 6-месячная смертность у пациентов с ОКС-БПСТ

Категории риска	Риск по шкале GRACE	Летальность, %
Низкий	1-108	< 1
Умеренный	109-140	1-3
Высокий	141-372	> 3
Категории риска	Риск по шкале GRACE	6-месячная смертность, %
Низкий	1-88	< 3
Умеренный	89-118	3-8
Высокий	119-263	> 8

Модель оценки риска GRACE

При поступлении (больница/6месяцев)

Возраст

ЧСС

Сист. АД

Креатинин

ЗСН

SI единицы

Остановка сердца при поступлении

Смещение сегмента ST

Повышенные сердечные энзимы/маркеры

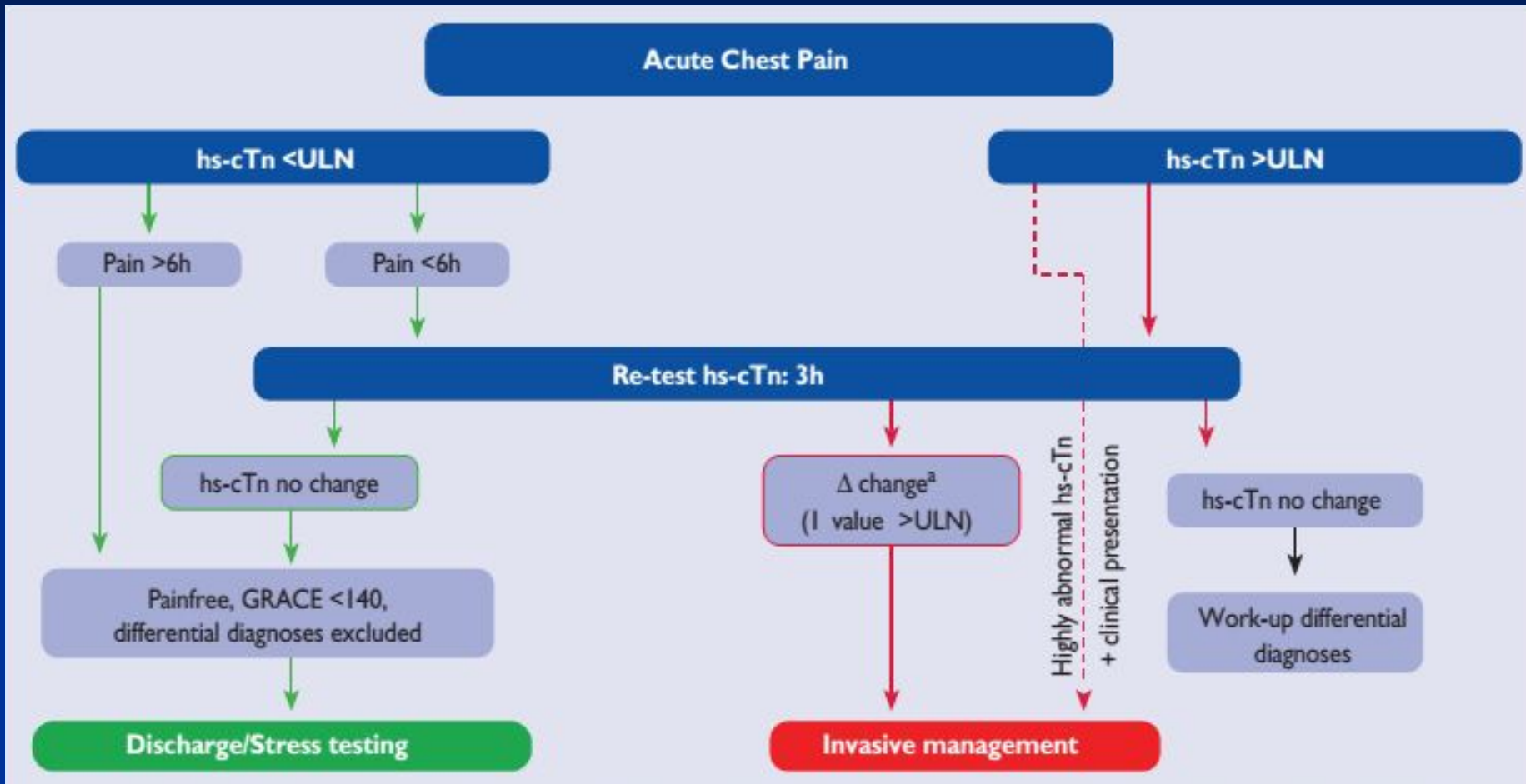
Вероятность	Смерти	Смерти/ИМ
-------------	--------	-----------

Внутри-больничная	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>
-------------------	---------------------------------	---------------------------------

До 6 месяцев	<input type="text" value="--"/>	<input type="text" value="--"/>
--------------	---------------------------------	---------------------------------

Reset

Алгоритм ведения пациентов на основании оценки в/ч тропонина



Тактика ведения пациентов с ОКС- БПСТ

Ведение пациентов с ОКС-БПСТ

шаг 1: начальная оценка

- Госпитализация
- Оценка болевого синдрома и клиническое обследование
- Оценка вероятности наличия ИБС (возраст, факторы риска, перенесенный ИМ, КШ, ЧКВ)
- ЭКГ

Ведение пациентов с ОКС-БПСТ

шаг 2: первичное лечение при установленном диагнозе

Кислород	4-8 л/мин при сатурации менее 90%
Нитраты	Сублингвально или внутривенно при САД > 90 мм рт. ст.
Аспирин	150-300 мг некишечно растворимой формы с последующей дозой 75-100 мг/сут
Клопидогрель	300 (600) мг последующей дозой 75 мг/сут
Антикоагулянты	Выбрать между: Фондапаринукс 2,5 мг/сут подкожно Эноксапарин 1 мг/кг 2 раза/сут подкожно НФГ внутривенно болюс 60-70 МЕ/кг (максимум 5000 МЕ) с последующей инфузией 12-15 МЕ/кг/ч (максимум 1000 МЕ/ч) под контролем АЧТВ (1,5-2,5)
Морфин	3-5 мг внутривенно или подкожно в зависимости от выраженности болевого синдрома
β-адреноблокаторы	При тахикардии и АГ без признаков СН

Ведение пациентов с ОКС-БПСТ

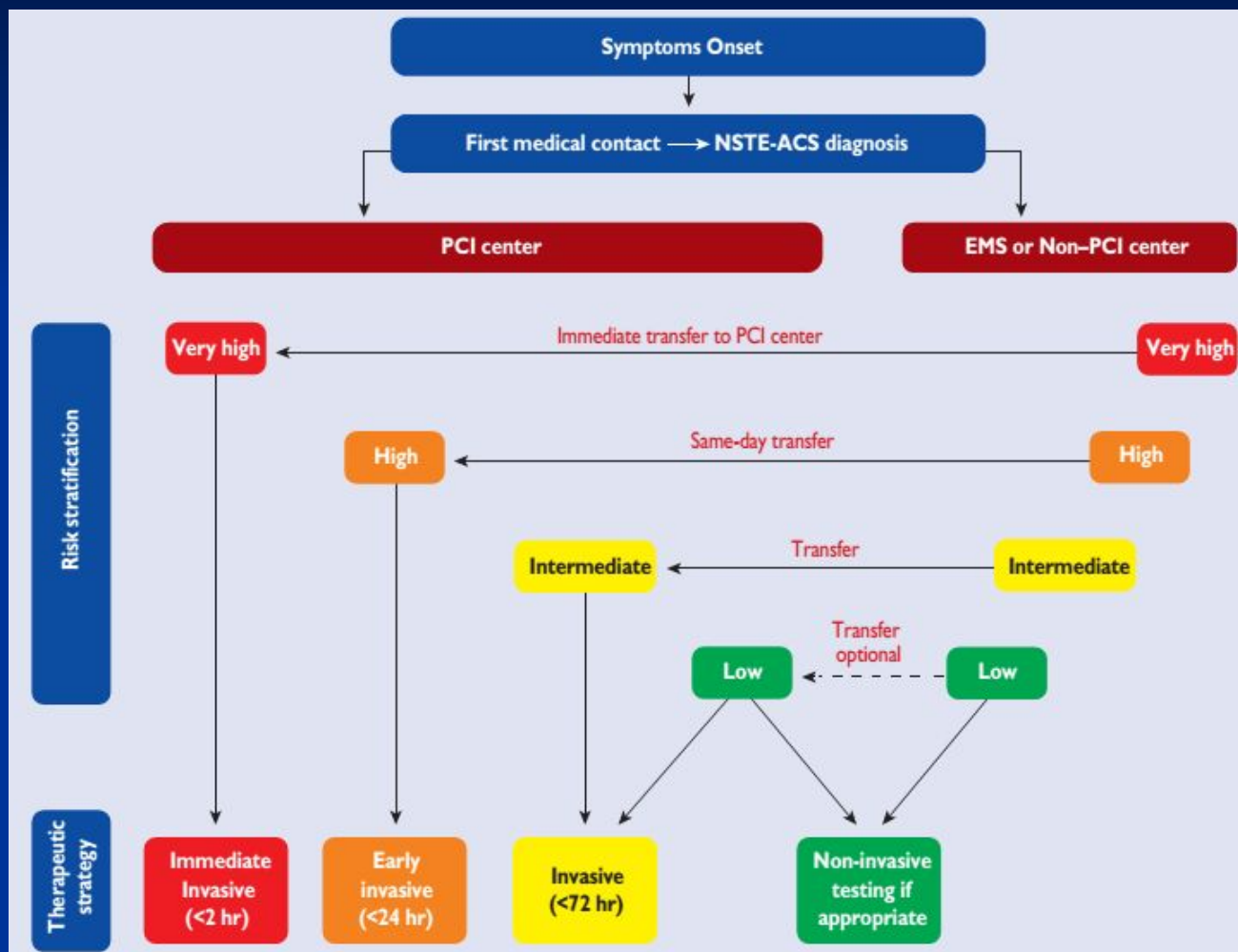
шаг 3: выбор стратегии лечения

1. Консервативное лечение
2. Инвазивное лечение (в течение 72 часов)
 - a. неотложное (в течение 2 часов)
 - b. раннее (в течение 24 часов)

1-годуичная смертность пациентов с ОКС-БПСТ в зависимости от выбранной стратегии

	Инвазивная (n=28112)	Неинвазивная (n=18343)	Относительный риск (95% ДИ)
Мужчины	3,1	13,2	0,45 (0,40-0,52)
Женщины	2,8	12,9	0,46 (0,38-0,55)

Лечебная стратегия пациентов с ОКС-БПСТ в зависимости от риска



M.Roffi et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2015 doi;10.1093/eurheartj/ehv320

Рекомендации по немедленной (< 2 ч)¹ инвазивной КАГ и реваскуляризации у пациентов с ОКС-БПСТ

При наличии одного и более критериев очень высокого риска	I C
гемодинамическая нестабильность, или кардиогенный шок	
ангинозная боль рефрактерная к медикаментозной терапии	
жизнеопасные аритмии, или остановка сердца	
механические осложнения ИМ	
острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией и депрессией ST	
отрицательная динамика ST-T, особенно с преходящим подъемом ST	

Рекомендации по ранней (< 24 ч) инвазивной КАГ и реваскуляризации у пациентов с ОКС-БПСТ

При наличии одного и более критериев высокого риска	I A
подъем или снижение сердечного тропонина на фоне ИМ	
динамика ST-T (симптомная, или бессимптомная)	
GRACE > 140	

Рекомендации по инвазивной (< 72 ч) ³ КАГ и реваскуляризации у пациентов с ОКС-БПСТ

При наличии одного и более критериев умеренного риска	I A
сахарный диабет	
почечная недостаточность (pСКФ < 60 мл/мин/1,73м ²)	
ФВ < 40%, или застойная сердечная недостаточность	
ранняя постинфарктная стенокардия	
ЧКВ в анамнезе	
АКШ в анамнезе	
GRACE 109-140	
появление симптомов или ишемии миокарда при выполнении стресс-теста	

Рекомендации по инвазивной КАГ ⁴ и реваскуляризации у пациентов с ОКС-БПСТ

Пациентам с отсутствием критериев риска и без возвратных симптомов неинвазивный стресс-тест (предпочтительно с визуализацией) рекомендован перед решением об инвазивном вмешательстве	I A
При возможности выполнения лучевой доступ рекомендован при КАГ и ЧКВ	I A
Пациентам, подлежащим ЧКВ, рекомендовано новое поколение DES-стентов	I A

Рекомендации по инвазивной КАГ ⁵ и реваскуляризации у пациентов с ОКС-БПСТ

Пациентам с мультисосудистым поражением рекомендована реваскуляризационная стратегия (отложенное ЧКВ инфаркт-связанных артерий, многососудистое ЧКВ, КШ) с учетом клинического статуса и сопутствующих заболеваний, как только позволит тяжесть заболевания	I C
Пациентам с короткой длительностью ДААТ (30 дней) вследствие высокого риска кровотечений DES-стенты нового поколения предпочтительны перед BMS	IIb B

Критерии очень высокого риска для выбора тактики инвазивной стратегии у пациентов с ОКС-БПСТ 1

Гемодинамическая нестабильность, или кардиогенный шок

Ангинозная боль рефрактерная к медикаментозной терапии

Жизнеопасные аритмии, или остановка сердца

Механические осложнения ИМ

Острая сердечная недостаточность

Отрицательная динамика ST-T, особенно с преходящим подъемом ST

Критерии высокого риска для выбора тактики инвазивной стратегии у пациентов с ОКС-БПСТ

Подъем или снижение сердечного тропонина на фоне ИМ

Динамика ST-T (симптомная, или бессимптомная)

GRACE > 140

Критерии умеренного риска для выбора тактики инвазивной стратегии у пациентов с ОКС-БПСТ

Сахарный диабет

Почечная недостаточность (pСКФ < 60 мл/мин/1,73м²)

ФВ < 40%, или застойная сердечная недостаточность

Ранняя постинфарктная стенокардия

ЧКВ в анамнезе

АКШ в анамнезе

GRACE 109-140

Критерии низкого риска для выбора тактики инвазивной стратегии у пациентов с ОКС-БПСТ

Любая характеристика, неупомянутая выше

Рекомендации по инвазивной оценке и реваскуляризации при ОКС-БПСТ

Ургентная КАГ (< 2 часов) рекомендована пациентам очень высокого ишемического риска	IC
Ранняя инвазивная стратегия (< 24 часов) рекомендована пациентам с наличием хотя бы одного критерия высокого ишемического риска	IA
Инвазивная стратегия (< 72 часов) показана пациентам с наличием хотя бы одного критерия умеренного ишемического риска или повторными симптомами	IA
Выбор реваскуляризационной стратегии рекомендован на клиническом состоянии, коморбидных состояниях, тяжести патологии (индекс SYNTAX)	IB
При кардиогенном шоке рутинная реваскуляризация не-ИСА не рекомендована во время первичного ЧКВ	III B

Выбор стратегии ведения ОКС-БПСТ

Invasive evaluation in Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes

Very High-Risk

- Haemodynamic instability or cardiogenic shock
- Recurrent/ongoing chest pain refractory to medical tx
- Life-threatening arrhythmias or cardiac arrest
- Mechanical complications of MI
 - Acute heart failure
 - Recurrent dynamic ST-T wave changes^a

Immediate Invasive (<2 hours)
IC

High-Risk

- Established diagnosis of non-ST-elevation myocardial infarction based on cardiac troponins
- Dynamic ST/T-changes (symptomatic or silent)
- GRACE score >140

Early Invasive (<24 hours)
IA

Intermediate Risk

- Diabetes mellitus or renal insufficiency^b
- LVEF <40% or congestive heart failure
- Early post-infarction angina or prior PCI/CABG
- GRACE risk score >109 and <140 or recurrent symptoms/ischaemia on non-invasive testing.

Invasive (<72 hours)
IA

Направления лечения ОКС- БПСТ

- Антиишемические лекарственные средства
- Антиагреганты
- Антикоагулянты
- Коронарная реваскуляризация

Рекомендации по антиангинальной терапии пациентов с ОКС-БПСТ

Раннее назначение β -блокаторов рекомендовано пациентам с сохраняющимися симптомами ишемии и без противопоказаний	I B
Рекомендовано продолжить терапию β -блокаторами, если пациенты имеют III-IV класс Killip	I B
Для устранения стенокардии показана сублингвальная или внутривенная терапия нитратами. Внутривенные нитраты рекомендуются пациентам с возвратной стенокардией, неконтролируемой АГ или симптомами сердечной недостаточности	I C
Пациентам с подозрением на вазоспастическую стенокардию должны быть назначены БКК и нитраты и отменены β -блокаторы	IIa B

Рекомендации по использованию антиагрегантов

<p>Аспирин рекомендован всем пациентам без противопоказаний в начальной дозе 150-300 мг (лицам, не принимавшим аспирин) и в поддерживающей дозе 75-100 мг/сут длительно независимо от выбранной стратегии лечения</p>	I A
<p>Ингибиторы P2Y₁₂ рекомендованы дополнительно к аспирину до 12 месяцев, если нет повышенного риска кровотечений</p>	I A

Рекомендации по использованию антиагрегантов

<p>Тикагрелор (180 мг нагрузочная доза и 90 мг дважды в сутки поддерживающая) рекомендуется при отсутствии противопоказаний всем пациентам умеренного/ высокого риска ишемических событий (повышенный тропонин) независимо от выбранной стратегии лечения, включая пациентов, принявших клопидогрель (должен быть отменен, когда начата терапия тикагрелором)</p>	I B
<p>Прасугрель (60 мг нагрузочная доза и 10 мг ежедневная поддерживающая) рекомендуется пациентам, планирующим ЧКА и не имеющим противопоказаний</p>	I B

Рекомендации по использованию антиагрегантов

<p>Клопидогрель (300-600 мг нагрузочная доза и 75 мг ежедневная поддерживающая) рекомендуется пациентам, которые не могут получать тикагрелор или прасугрель или которые требуют оральных антикоагулянтов</p>	<p>I B</p>
<p>Назначение ингибиторов P2Y₁₂ длительностью менее 3-6 месяцев после имплантации DES стентов может быть рассмотрено у пациентов с высоким риском кровотечений</p>	<p>IIb A</p>
<p>Не рекомендуется назначение прасугреля пациентам, у которых коронарная анатомия не известна</p>	<p>III B</p>

Рекомендации по использованию антиагрегантов

Ингибиторы ГП IIb/IIIa во время выполнения ЧКВ должны быть рассмотрены в экстренных ситуациях или при тромботических осложнениях	I B
Кангрелор может быть рассмотрен пациентам, подлежащим ЧКВ и непринимающих ингибиторы ГП IIb/IIIa	IIb A
Не рекомендовано назначение ингибиторов ГП IIb/IIIa пациентам, у которых коронарная анатомия не известна	III A

Рекомендации по использованию антиагрегантов

Назначение ингибиторов P2Y ₁₂ в дополнение к аспирину более 1 года может быть рассмотрено после внимательной оценки риска ишемии и кровотечений	IIb A
Ингибиторы протонной помпы в комбинации с ДААТ рекомендованы пациентам с высоким риском гастроинтестинальных кровотечений (анамнез желудочно-кишечных кровотечений или пептической язвы, терапия антикоагулянтами, длительная терапия НПВС/кортикостероидами, или 2 и более следующих факторов риска: H. pylori, возраст ≥ 65 лет, диспепсия, ГЭРБ, хроническое употребление алкоголя)	I B

Рекомендации по использованию антиагрегантов

<p>Пациентам, принимающим ингибиторы P2Y₁₂, при необходимости неургентных больших хирургических вмешательств, последние откладываются на 5 дней после прекращения приема клопидогреля и тикагрелора и на 7 дней после приема прасугреля, если это клинически обосновано</p>	IIa C
<p>В случаях некардиальных хирургических процедур, которые не могут быть отложены, прерывание терапии ингибиторами P2Y₁₂ может быть рассмотрено через минимум 1 и 3 месяца после ЧКВ с имплантацией BMS и DES соответственно</p>	lib C

Рекомендации по назначению ингибиторов P2Y₁₂

<p>Пациентам со стабильной КБС предпочтение клопидогрелем может быть рассмотрено, если планируется ЧКВ</p>	<p>IIbC</p>
<p>Клопидогрель (600 мг нагрузочная доза и по 75 мг в сутки поддерживающая) рекомендован вместе с АСК пациентам со стабильной КБС, подлежащим коронарному стентированию, и пациентам с ОКС, которые не могут получать тикагрелор или прасугрель, включая перенесенные интракраниальные кровотечения и показания для назначения ОАК</p>	<p>IA</p>
<p>Клопидогрель (300 мг нагрузочная доза у пациентов в возрасте не старше 75 лет и по 75 мг в сутки поддерживающая) рекомендован вместе с АСК пациентам с ИМ-ПСТ, планирующим проведение тромболизиса</p>	<p>IA</p>

Рекомендации по назначению ингибиторов P2Y₁₂

Тикагрелор или прасугрель вместе с АСК могут быть рассмотрены вместо клопидогреля пациентам со стабильной КБС, подлежащим ЧКВ, учитывая ишемический риск (высокий риск SYNTAX, предшествующий тромбоз стента, локализацию и число стентов) и риск кровотечений (шкала PRECISE-DAPT)	IIbC
Пациентам с ОКС-БПСТ с неизвестной анатомией не рекомендовано назначение прасугреля	IIIb

НФГ

- Внутривенное введение
- До 48 часов
- Терапевтическое окно (АЧТВ - 50-75 с)
- Показания:
 - венозный тромбоземболизм (профилактика и лечение)
 - ИБС (НС, ИМ, ЧКВ)
 - Цереброваскулярные заболевания (эмболический инсульт)
 - Периферические сосудистые заболевания (реконструктивная хирургия)
 - Экстракорпоральное кровообращение

Регулирование (подбор) дозы гепарина

(Cruickshank et al., 1991, с изменениями Hirsh и соавт, 2001)

Начальная доза 5000 ЕД в/в струйно (болюс), затем постоянная в/в инфузия, начальная скорость введения из расчета 32000 ЕД за 24 часа (концентрация 40 ЕД/мл).

Первое определение АЧТВ - через 6 час после болюса с последующей коррекцией скорости введения в соответствии с номограммой

АЧТВ (сек)	Повторить болюс (ед)	Прекратить инфузию (мин)	Изменить скорость инфузии (дозу) мл/час* (ЕД/час)	Время следующего измерения АЧТВ
<50	5000	0	+3 (+120)	6 час
50-59	0	0	+3 (+120)	6 час
60-85	0	0	0 (0)	Следующее утро
86-95	0	0	-2 (-80)	Следующее утро
96-120	0	30	-2 (-80)	6 час
>120	0	60	-4 (-160)	6 час

Фондапаринукс

- Фондапаринукс – синтетический пентасахарид, селективный антитромбин-зависимый ингибитор фактора Ха, дозозависимо ингибирует синтез тромбина без влияния на молекулу тромбина
- 100% биодоступность при подкожном введении 1 раз в сутки с периодом полувыведения 17 часов
- Выводится почками, противопоказан при клиренсе креатинина менее 30 мл/мин
- Не индуцирует формирование гепарин-PF4 комплексов, не развивается гепарин-индуцированная тромбоцитопения
- Рекомендуются в дозе 2,5 мг 2-8 дней
- По эффективности сопоставим с эноксапарином в дозе 1 мг/кг 2 раза в сутки
- По сравнению с эноксапарином реже развиваются кровотечения

Рекомендации по использованию антикоагулянтов

Парентеральные антикоагулянты рекомендуются на момент постановки диагноза с учетом ишемического риска и риска кровотечений	I B
Фондапаринукс (2,5 мг подкожно ежедневно) рекомендован – как антикоагулянт, имеющий наиболее предпочтительный профиль эффективности-безопасность несмотря на выбранную стратегию	I B
Бивалирудин (0,75 мг/кг в/в болюс с последующим титрованием 1,75 мг/кг/ч до 4 часов после процедуры) рекомендован как альтернатива НФГ с ингибиторами ГП-рецепторов IIb/IIIa во время ЧКВ	I A

Рекомендации по использованию антикоагулянтов

НФГ 70-100 ЕД/кг в/в (50-70 ЕД/кг вместе с ингибиторами ГП-рецепторов IIb/IIIa) рекомендован пациентам, подлежащим ЧКВ, которые не получали других антикоагулянтов	I B
Пациентам, получающим фондапаринукс (2,5 мг п/к 1 раз в день), подлежащим выполнению ЧКВ, во время выполнения процедуры рекомендуется использовать болюс НФГ (70-85 ЕД/кг, или 50-60 ЕД/кг в случае дополнительного использования ингибиторов ГП-рецепторов IIb/IIIa)	I B
Эноксапарин (1 мг/кг п/к дважды в сутки), или НФГ рекомендованы при отсутствии фондапаринукса	I B

Рекомендации по использованию антикоагулянтов

Эноксапарин должен быть рассмотрен как антикоагулянт при ЧКВ, пациентам, ранее начавшим получать этот препарат	Ia B
Отмена антикоагулянтов должна осуществляться после инвазивной процедуры, если нет других показаний	Ia C
Замена гепаринов (НФГ и НМГ) не рекомендована	III B
Пациентам с ОКС-БПСТ без анамнеза инсульта/ТИА, высоким ишемическим риском и низким риском кровотечений, получающим аспирин и клопидогрель, могут быть рассмотрены низкие дозы ривароксабана (2,5 мг 2 раза в день до 1 года) после прекращения парентеральных антикоагулянтов	IIb B

Дозы антикоагулянтов у пациентов с нормальной и сниженной функцией почек

Препарат	Рекомендации		
	Нормальная функция почек, или ХБП 1-3 стадии	ХБП 4 стадия	ХБП 5 стадия
НФГ	Перед ЧКВ: 60-70 ЕД/кг в/в (маж 5000 ЕД), инфузия 12-15 ЕД/кг/ч (маж 1000 ЕД/ч), целевое АЧТВ 1,5-2,5 раза выше Во время ЧКВ: 70-100 ЕД/кг в/в (50-70 ЕД/кг при введении ингибиторов IIb/IIIa)	Доза не меняется	Доза не меняется
Эноксапарин	1 мг/кг п/к 2 раза в день	1 мг/кг п/к 1 раз в день	Не рекомендован
Фондапаринукс	2,5 мг п/к 1 раз в день	Не рекомендован, если СКФ < 20	Не рекомендован
Бивалирудин	Болюс 0,75 мг/кг в/в, инфузия 1,75 мг/кг/ч	Болюс 0,75 мг/кг в/в, инфузия 1,0 мг/кг/ч	Болюс 0,75 мг/кг в/в, инфузия 0,25 мг/кг/ч

Дозы антикоагулянтов при ОКС-БПСТ

- Фондапаринукс 2,5 мг подкожно 1 раз в день
- НМГ подкожно
 - Эноксапарин 1 мг/кг каждые 12 часов
 - Дальтепарин 120 МЕ/кг каждые 12 часов
 - Надропарин 86 МЕ/кг каждые 12 часов
- НФГ внутривенно струйно 60-70 ЕД/кг (максимум 5000 ЕД) с последующей инфузией 12-15 ЕД/кг (максимум 1000 ЕД/час) под контролем АЧТВ (в 1,5-2,5 раза выше)

Антитромботическая терапия перед ЧКА

Аспирин	Нагрузочная доза перед ЧКА
Ингибитор P2Y ₁₂	Нагрузочная доза тикагрелора или клопидогреля перед ЧКА. Прасугрель используется в возрасте < 75 лет, > 60 кг, без перенесенного инсульта или ТИА
Антикоагулянт	Если введен фондапаринукс, перед ЧКА добавить НФГ Если введен эноксапарин, при необходимости ввести повторно Если введен НФГ, титровать до АВСК > 250 с, или переключить на бивалирудин
Ингибитор ГП-рецепторов IIb/IIIa	Назначить тирофибан или эптифибатид пациентам высокого риска или с повышенным тропонином Абциксимаб назначить пациентом высокого риска только перед ЧКА

Рекомендации по долгосрочному ведению пациентов с ОКС-БПСТ

1

Рекомендована консультация всех пациентов по изменению образа жизни (включая прекращение курения, регулярную физическую активность и здоровое питание)	I A
Рекомендовано начинать высокоинтенсивную терапию статинами как можно раньше за исключением противопоказаний и продолжать ее длительно	I A
Ингибиторы АПФ рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ или СН, АГ, СД за исключением противопоказаний. АРА назначаются как альтернатива при непереносимости ИАПФ	I A

Рекомендации по вторичной профилактике ОКС-БПСТ

В-блокаторы рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ за исключением противопоказаний	I A
АМР, предпочтительно эплеренон, рекомендованы пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, а также СН или СД, без доказанной почечной дисфункции (креатинин < 221 мкмоль/л у мужчин и < 177 мкмоль/л у женщин) и гиперкалиемии (< 5.0 ммоль/л)	I A
Рекомендовано ДАД < 90 мм рт. ст. (< 85 мм рт. ст. для СД)	I A

Рекомендации по вторичной профилактике ОКС-БПСТ

Должно быть рассмотрено участие пациентов в хорошо структурированной программе сердечной реабилитации для модификации образа жизни и повышения приверженности к лечению	IIa A
Пациентам с ХС-ЛПНП $\geq 1,8$ ммоль/л несмотря на максимальную дозу статина должно быть рассмотрено применение других гипохолестеринснижающих лекарственных средств для снижения ХС-ЛПНП	IIa B
Должно быть рассмотрено снижение САД < 140 мм рт. ст.	IIa B

Ключевые точки ведения пациентов с ОКС-БПСТ

Применение АСК
Применение тикагрелора/прасугреля/клопидогреля
Применение фондапаринукса/бивалирудина/НФГ/эноксапарина
Применение β -блокаторов у пациентов с дисфункцией ЛЖ
Применение статинов
Применение ИАПФ или АРА у пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ, СН, АГ, СД
Применение ранних инвазивных процедур у пациентов умеренного/высокого риска
Прекращение курения совет/консультация
Участие в реабилитационных программах по вторичной профилактике
Разработка региональных и/или национальных программ по систематической оценке показателей и предоставлению обратной связи госпиталям