

**Руководства Европейского  
общества кардиологов 2017 года по  
ведению острого инфаркта  
миокарда у пациентов с подъёмами  
сегмента ST**

# Классы рекомендаций

<b>Класс I</b>	Имеются доказательства пользы и эффективности процедуры/лечения или они основываются на общем мнении экспертов	Рекомендовано / Показано
<b>Класс II</b>	Неоднозначные доказательства и/или расхождение мнений экспертов по поводу пользы и эффективности процедуры/лечения	
<b>Класс IIa</b>	Больше данных в пользу эффективности (Польза значительно выше риска)	Должно быть рассмотрено
<b>Класс IIb</b>	Польза/эффективность менее убедительны (Польза $\geq$ риск)	Может быть рассмотрено
<b>Класс III</b>	Имеются данные и/или общее мнение экспертов о том, что лечение бесполезно/неэффективно и в некоторых случаях может быть	Не рекомендовано

# Степень убедительности доказательств

- **A**- Результаты многочисленных рандомизированных клинических исследований или их мета-анализа
- **B**-Результаты одного рандомизированного клинического исследования или нерандомизированных исследований
- **C**-Мнение экспертов и/или результаты небольших исследований
- **R**- Данные рандомизированных исследований
- **NR**-Данные нерандомизированных исследований
- **OD**-Ограниченные данные
- **ME**-Мнение экспертов

# Рекомендации по диагностике. ЭКГ-мониторинг

Запись и интерпретация ЭКГ в 12-ти отведениях показаны как можно скорее во время ПМК с максимальной задержкой не более 10 минут – **B**

Пациентам с подозрением на ИМпST как можно скорее показано проведение ЭКГ-мониторинга с возможностью выполнить дефибрилляцию – **B**

У пациентов с подозрением на задний ИМ (окклюзия огибающей ветви) должна быть рассмотрена регистрация дополнительных отведений задней стенки (V7-V9) – **Ia B**

У пациентов с нижним инфарктом миокарда должна быть рассмотрена регистрация правых прекардиальных отведений (V3R-V4R) для выявления сопутствующего инфаркта правого желудочка – **Ia B**

Атипичные ЭКГ-признаки, которые должны быть рассмотрены, как показание для возможного первичного ЧКВ у пациентов с продолжающимися симптомами, связанными с ишемией миокарда

- **БНПГ**
- Критерии, которые могут быть использованы для улучшения диагностики ИМпСТ при
- БЛНПГ
- Конкордантная элевация сегмента ST  $\geq 1$  мм в отведениях с положительным комплексом QRS;
- Конкордантные депрессии сегмента ST  $\geq 1$  мм в отведениях V1-V3;
- Дискордантные элевации сегмента ST  $\geq 5$  мм в отведениях с отрицательным комплексом QRS.
- Наличие полной БПНПГ может затруднять диагностику ИМпСТ
- **Ритм желудочкового ЭКС**
- ЭКГ по время стимуляции, как и при ПБЛНПГ и можно использовать те же правила для диагностики ИМпСТ, однако они менее специфичны
- **Изолированный задний инфаркт миокарда**
- Изолированные депрессии сегмента ST  $\geq 0,5$  мм в отведениях V1-V3 и элевация сегмента ST ( $\geq 0,5$  мм ) в задних прекардиальных отведениях (V7-V9)
- **Ишемия вследствие окклюзии ствола ЛКА или многососудистом поражении**
- Депрессии сегмента ST  $\geq 1$  мм в восьми или более отведениях вместе с элевацией сегмента ST в отведении aVR и/или V1

# Уменьшение Остановки и гипоксии кровообращения симптомов

Стратегия первичного ЧКВ рекомендовано пациентам с успешной реанимацией после остановки кровообращения и ЭКГ, соответствующей ИМпST

Целевое снижение температуры тела\* показано в ранние сроки после реанимации после остановки кровообращения пациентам, остающимся без сознания

Системе здравоохранения необходимо ввести стратегию облегчённой транспортировки всех пациентов с подозрением на ИМ напрямую в больницы, оборудованные для выполнения ЧКВ в режиме 24/7

Весь медицинский персонал, занимающийся транспортировкой пациентов с подозрением на ИМ, должен иметь дефибриллятор и уметь использовать приёмы поддержания жизни

Экстренная КАГ (и ЧКВ при показаниях) должна быть рассмотрена у пациентов после реанимации по поводу остановки кровообращения без диагностических элеваций сегмента ST, но с подозрением на продолжающийся ИМ

Не рекомендовано догоспитальное охлаждение пациента с использованием быстрой инфузии большого объёма холодной жидкости сразу после возвращения спонтанного кровообращения



Догоспитальное ведение пациентов с ИМпСТ рекомендовано проводить на основе региональных сетей, обеспечивающих проведение реперфузионной терапии путём ЧКВ основным методом для максимального большого числа пациентов

Рекомендовано, что стационары должны иметь возможность выполнять ЧКВ в режиме «24/7» и выполнение первичного ЧКВ должно проводиться без задержки

Пациентов, доставленных в больницу оборудованную ЧКВ, напрямую, минуя неотложные отделения, направлять в кат-лаб на первичное ЧКВ

Рекомендовано оснащать бригады скорой помощи для возможности выявления ИМпСТ (кардиограф, при необходимости, телеметрия) и проведения первичной терапии, включающей фибринолизис, при необходимости

Рекомендовано что «Скорая» должна транспортировать пациентов с ИМпСТ в больницы, оборудованные ЧКВ («инвазивные»), минуя больницы без ЧКВ

Рекомендовано, что «Скорая», приёмные отделения и отделения интенсивного лечения должны иметь письменный протокол ведения пациентов с ИМпСТ, преимущественно в пределах географических сетей

Рекомендовано, что пациенты, поступившие в «неинвазивную» больницу и ожидающие перевода для первичного или спасительного ЧКВ должны находиться в специализированных интенсивных подразделениях

## Уменьшение Реперфузионная гипоксии терапия симптомов

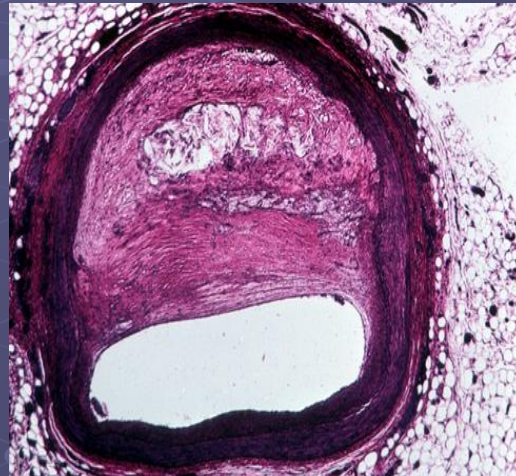
- Реперфузионная терапия показана всем пациентам с симптомами ишемии длительностью  $\leq 12$  часов и пессимирующими подъёмами сегмента ST
- Стратегию первичного ЧКВ в установленные сроки рекомендовано предпочесть фибринолизису
- Если первичное ЧКВ временно не было выполнено после установления диагноза ИМпST, рекомендована фибринолитическая терапия в течение 12 часов от начала симптомов, при отсутствии противопоказаний
- В отсутствии элеваций сегмента ST первичное ЧКВ показано пациентам с подозрением на продолжающиеся ишемические симптомы, подтверждающих ИМ и наличием как минимум одного из следующих критериев:
  - -Гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок
  - -Повторяющаяся или сохраняющаяся боль в груди, рефрактерная к лечению -Жизнеугрожающая аритмия или остановка кровообращения -Механические осложнений ИМ -Острая сердечная недостаточность
  - -Повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T, особенно, возобновляющиеся элевации сегмента ST



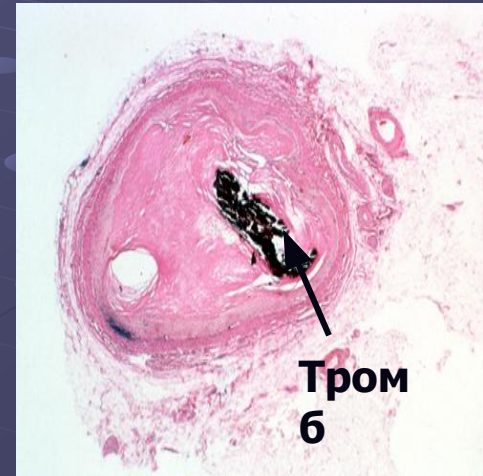
# Атеросклероз и тромбоз коронарной артерии



Нормальная  
коронарная  
артерия



Осложненная  
атеросклеротическая  
бляшка с  
пристеночным  
(неокклюзирующим)  
тромбом



Коронарная  
артерия,  
окклюзированная  
тромбом  
Инфаркт миокарда с  
Q зубцом

Ранняя коронарография (в ближайшие 24 часов) рекомендовано, если симптомы полностью исчезли и элевации сегмента ST полностью нормализовались спонтанно или после использования нитроглицерина (с учётом, что симптомы не повторяются, и нет новых элеваций сегмента ST)

Пациентам с временем от начала симптомов >12 часов показана стратегия первичного ЧКВ при наличии продолжающихся симптомов, подтверждающих ишемию, гемодинамической нестабильности, жизнеугрожающих аритмий

Рутинная стратегия первичного ЧКВ должна быть рассмотрена у поздно поступивших пациентов – 12-48 часов от начала симптомов

Рутинная ЧКВ на окклюзированной ИСА не показана у бессимптомных пациентов после ИМпСТ

## Важные целевые отрезки времени

Максимальное время от первого медицинского контакта до ЭКГ и диагноза  
 $\leq 10$  минут

Максимально ожидаемая задержка от диагноза ИМпСТ до первичного ЧКВ  
(установка проводника) при выборе первичной стратегии ЧКВ перед  
выполнением фибринолизиса  
 $\leq 120$  минут

Максимальное время от диагноза ИМпСТ до установки проводника у  
пациентов, доставленных в «инвазивную» больницу  
 $\leq 60$  минут

Максимальное время от диагноза ИМпСТ до установки проводника у  
переведённых пациентов  
 $\leq 90$  минут

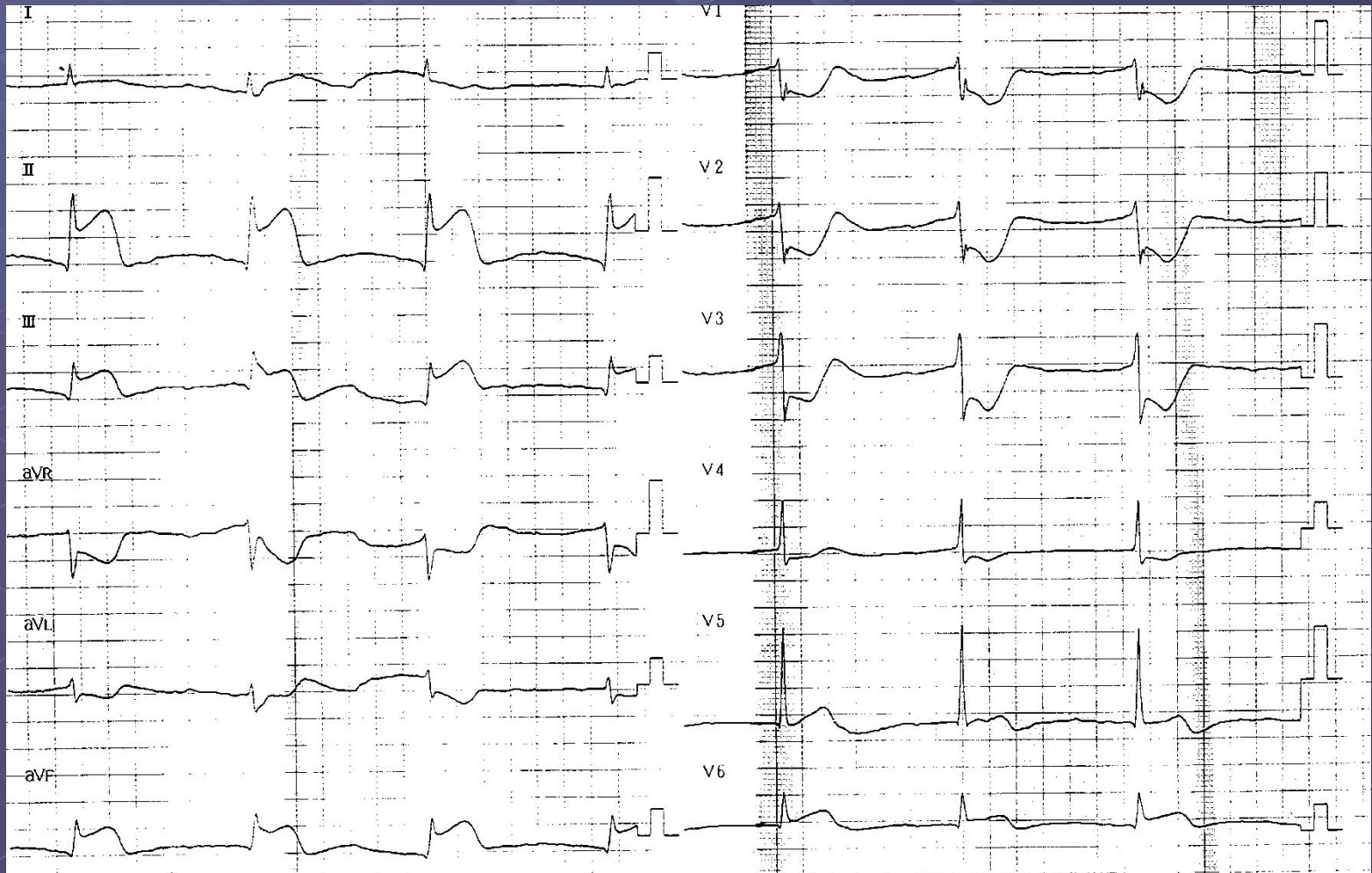
Максимальное время от диагноза ИМпСТ до болюса или старта инфузии  
фибринолитика у пациентов, не подходящих по времени к выполнению  
первичного ЧКВ 10  
 $\leq 10$  минут

Время отсрочки от старта фибринолизиса до оценки его эффективности  
(успешный или неуспешный фибринолизис)  
60-90 минут

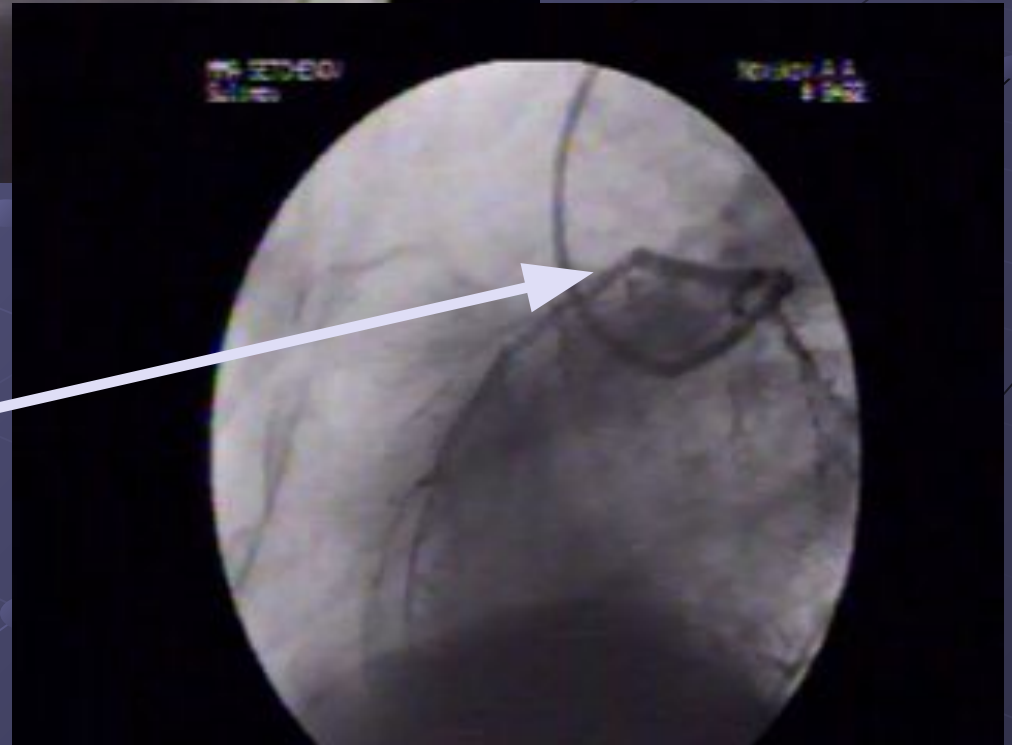
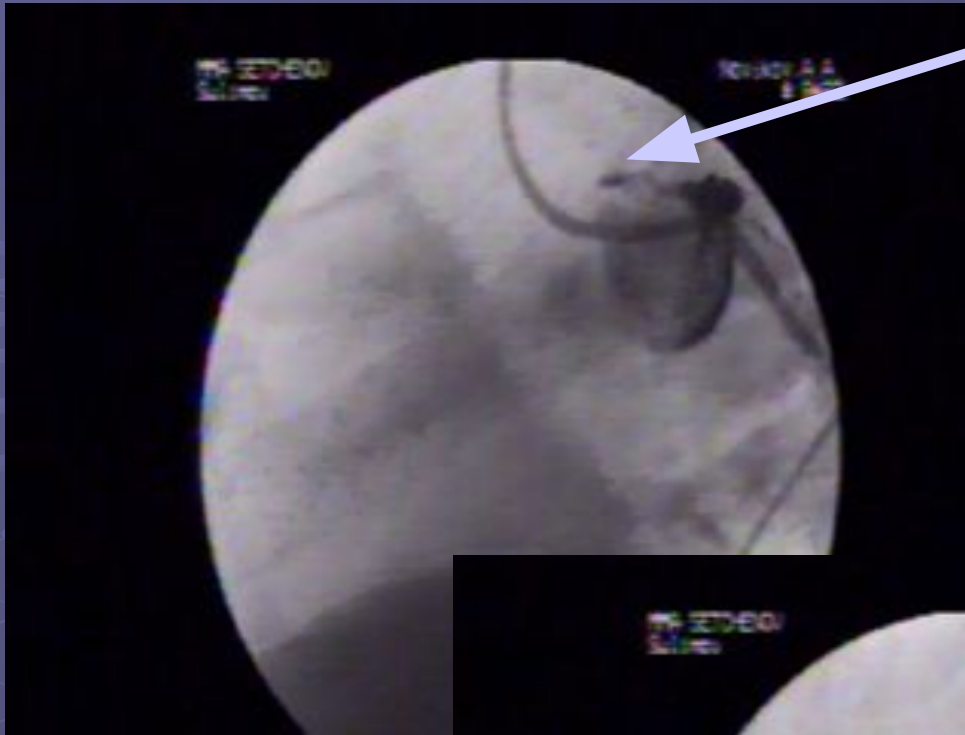
Время отсрочки от старта фибринолизиса до выполнения коронарографии  
(если фибринолизис оказался неуспешным)  
2-24 часа



# ЭКГ при инфаркте миокарда



Окклюзия  
коронарной  
артерии



Стент в  
коронарной  
артерии





# Спасибо за внимание!

