

## Стратегія ведення пацієнтів хворих на ГКС із підйомом сегмента ST

У хворих на ГКС із підйомом ST, особливо за можливості підтвердження діагнозу кількісним визначенням тропоніну, тактика визначена — якнайшвидша реваскуляризація інфарктзалежної судини. Головною метою організації допомоги пацієнтам із ГКС із підйомом ST є прагнення виконання черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) досвідченою бригадою операторів із мінімальною часовою затримкою з моменту появи симптомів.

Згідно з Рекомендаціями Європейського товариства кардіологів по веденню пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з підйомом сегмента ST 2012 року [263]\* велика увага надається прегоспітальній і госпітальній логістиці надання допомоги хворим на ІМ з підйомом ST з метою скорочення часу від початку симптомів до моменту відновлення коронарного кровотоку\*\*.

Установлені такі часові параметри логістики догоспітальної допомоги:

- перший медичний контакт до першої ЕКГ < 10 хв;
- перший медичний контакт до реперфузійної терапії:

\* для фібринолізу ≤ 30 хв,

\* для первинної ЧКВ ≤ 90 хв.

Незважаючи на те, що 50% пацієнтів на ГКС із підйомом ST мають значні багатосудинні ураження, первинне реваскуляризаційне втручання повинно проводитися тільки на інфарктзалежній артерії. Єдиним винятком, коли багатосудинне ЧКВ може бути виправданим, є лише пацієнти з кардіогенним шоком при наявності багатосудинних, дійсно критичних (>90% в діаметрі) стенозів або вкрай нестабільних бляшок

**Таблиця 1. Класи рекомендацій**

Клас	Визначення	Формулювання
Клас I	За даними клінічних досліджень і/або на загальну думку експертів, метод лікування або втручання корисний і ефективний	Рекомендовані / показані
Клас II	Суперечливі дані і/або розходження думок з приводу користі/ефективності методу лікування або втручання	
Клас IIa	Існуючі дані свідчать на користь ефективності методу лікування або втручання	Повинні бути розглянуті
Клас IIb	Користь і ефективність методу лікування або втручання встановлені менш переконливо	Можуть бути розглянуті
Клас III	За даними клінічних досліджень або на загальну думку експертів, метод лікування або втручання не є корисним/ефективним і деколи може бути шкідливим	Не рекомендовані

\* Повний текст рекомендацій розміщений на сайті Європейського товариства кардіологів — [www.escardio.org](http://www.escardio.org)

\*\* Рівень доказів і силу доказів класифікують за спеціальними шкалами (табл. 1 і 2)

**Таблиця 2. Рівні доказів**

<b>Рівень А</b>	Результати кількох рандомізованих клінічних досліджень або метааналізу
<b>Рівень В</b>	Результати одного рандомізованого клінічного дослідження або крупних нерандомізованих досліджень
<b>Рівень С</b>	Загальна думка експертів і/або невеликі дослідження, ретроспективні дослідження, реєстри

(агіографічні ознаки можливого тромбозу чи розриву бляшки) і якщо зберігається ішемія після ЧКВ інфарктзалежної артерії. Інші важливі аспекти проведення первинного ЧКВ подаються в табл. 4.

Пацієнти з первинним ЧКВ мають отримувати подвійну антитромбоцитарну терапію з аспірином і блокатором рецепторів аденозиндифосфату якомога раніше (перед ангіографією) і парентерально антикоагулянти.

Аспірин приймається перорально 150-300 мг (розжувати), але може вводитися довенно пацієнтам, які нездатні ковтати.

Серед блокаторів рецепторів аденозиндифосфату перевага надається прасугрелю (60 мг перорально навантажувальна доза, 10 мг — підтримуюча доза) або тікагрелору (180 мг усередину навантажувальна доза й 90 мг — підтримуюча доза двічі на день). Коли ці препарати є недоступними чи протипоказаними, застосовують клопідогрель 600 мг усередину (навантажувальна доза) і 75 мг — підтримуюча [205].

Блокатори глікопротеїнів (GP) IIb / IIIa (абсіксімаб) повинні бути розглянуті для терапії порятунку, якщо є ангіографічні докази масивного тромбозу, феномену slow чи no reflow або тромботичні ускладнення.

Для первинного ЧКВ застосовуються наступні антикоагулянти: нефракціонований гепарин (НФГ), еноксапарин і бівалірудин. Бівалірудин та еноксапарин мають переваги над нефракціонованим гепарином. НФГ

**Таблиця 3. Рекомендації з реперфузійної терапії**

<b>Рекомендації</b>	<b>Клас</b>	<b>Рівень</b>	<b>Посилання</b>
Реперфузійна терапія показана всім пацієнтам із тривалістю симптомів <12 год і стійким підйомом сегмента ST або (ймовірно) нової БЛНПГ.	I	A	87, 86
Реперфузійна терапія (надається перевага первинному ЧКВ) показана, якщо є доказ персистуючої ішемії, навіть якщо симптоми, можливо, почалися > 12 год або якщо біль і зміни на ЕКГ зберігаються	I	C	144
Реперфузійна терапія з первинним ЧКВ може розглядатися в стабільних пацієнтів із тривалістю симптомів 12-24 години після їх появи.	IIb	B	250, 223
Рутинне ЧКВ тотально оклюзованої артерії >24 год після появи симптомів захворювання в стабільних пацієнтів без ознак ішемії (незалежно від того, чи був проведений фібриноліз, чи ні) не рекомендується.	III	A	164, 198, 210

**Таблиця 4. Первинне ЧКВ: показання та процедурні аспекти**

Рекомендації	Клас	Рівень	Поси- лення
<b>Показання до первинного ЧКВ</b>			
Первинне ЧКВ є рекомендованою реперфузійною терапією (має переваги перед фібринолізом), якщо виконується до-свідченою командою в межах 120 хв від першого медичного контакту	I	A	184, 114
Первинне ЧКВ показано пацієнтам із тяжкою гострою серцевою недостатністю або кардіогенним шоком, якщо очіку-ване ЧКВ не пов'язане із надмірною затримкою і пацієнт поступає в ранні терміни після появи симптомів хвороби	I	B	165
<b>Процедурні аспекти первинного ЧКВ</b>			
Стентування рекомендовано (має перевагу над балонною ангіопластикою) для первинного ЧКВ.	I	A	225, 267
Первинне ЧКВ повинно бути обмежене інфарктзалежною судиною, за винятком кардіогенного шоку та стійкої ішемії після ЧКВ інфарктзалежної судини	IIa	B	304, 154, 286, 294
Променевий доступ має переваги над стеговим, якщо виконується досвідченим оператором	IIa	B	176, 244
Якщо пацієнт не має протипоказань до пролонгованої подвійної антитромбоцитарної терапії, (показання для пероральних антикоагулянтів або прогнозованого висо-кого довгострокового ризику кровотечі) і, ймовірно, буде прихильним до терапії, еплітінгстенти мають перевагу над непокритими металевими стентами	IIa	A	180, 271, 305, 120
Рутинна аспірація тромба може бути розглянутою	IIa	B	275, 295, 85
Рутинне використання дистальних захисних пристроїв не рекомендується	III	C	79, 185
Рутинне використання аортальної балонної контрпульсації не рекомендується	III	A	237, 257

з чи без рутинного використання GP IIb / IIIa блокаторів повинен вико-ристовуватися у пацієнтів, які не отримують бівалірудин чи еноксапарин. Використання фондапаринуксу асоційоване з потенційним погіршенням і тому при первинному ЧКВ не рекомендовано.

Фібриноліз є важливою реперфузійною стратегією, особливо в тих випадках, коли первинне ЧКВ не може бути виконане пацієнтам у реко-мендованих часових рамках. Переваги фібринолітичної терапії у хворих на інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST є незаперечними: фібрино-ліз попереджує 30 ранніх смертей із 1000 пацієнтів, лікованих протягом 6 годин від початку симптомів.

Фібринолітична терапія рекомендована протягом 12 годин від початку симптомів у хворих без протипоказань, якщо первинне ЧКВ не може бути виконане в межах 120 хв від першого медичного контакту (I, A). У пацієнтів