**Рекомендации ESC по ведению пациентов с ОКСбпST (2011) - что нового?**

На конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC) 2011, завершившемся 2 сентября этого года, рабочая группа по ведению больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST (ОКСбпST) представила обновленные тематические рекомендации. Первой новинкой этих рекомендаций стало внедрение шкалы CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina рatients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines) для оценки риска развития крупного госпитального кровотечения в стратификацию риска для больных с ОКСбпST (I, B). Данная шкала учитывает такие показатели, как исходный уровень гематокрита, клиренс креатинина, частота сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, пол больного, наличие в анамнезе сосудистых заболеваний и сахарного диабета, наличие признаков сердечной недостаточности на момент госпитализации. В новых рекомендациях повысился статус результатов высокочувствительных тропониновых тестов – применение этого метода в диагностических и прогностических целях в течение 3 ч после развития ОКС получило класс рекомендаций I, B. Впервые получила поддержку компьютерная томографическая ангиография (КТА) как альтернатива инвазивной ангиографии, позволяющая исключить ОКС у больных с низким или умеренным риском ИБС в тех случаях, когда результаты ЭКГ и теста на тропонин являются неубедительными (IIa, B). В разделе, обсуждающем медикаментозную терапию ОКС, новшества коснулись антитромбоцитарных препаратов – празугреля и тикагрелора. Авторы руководства рекомендуют назначать празугрель больным с ОКСбпST, подлежащим интервенционному вмешательству (особенно – больным сахарным диабетом), а тикагрелор – всем больным группы среднего и высокого риска, независимо от стратегии лечения (I, B). Третий антитромбоцитарный препарат – клопидогрель – рекомендуется назначать только тем пациентам, которые не могут принимать празугрель и тикагрелор (I, А). Назначение ингибиторов протонной помпы (желательно не омепразола) рекомендуется пациентам, принимающим двойную антитромбоцитарную терапии и имеющим в анамнезе желудочно-кишечные кровотечения или пептические язвы, а также пациентам с множественными факторами риска кровотечения, включая хеликобактерную инфекцю, возраст ≥65 лет, прием антикоагулянтов или стероидов (I, A). Антикоагулянты, назначаемые в дополнение к двойной антитромбоцитарной терапии при ОКСбпST, были распределены по степени предпочтительности – от фондапаринукса (I, A) через эноксапарин (I, B) к нефракционированному или низкомолекулярным гепаринам (I, C). Четко распределились показания к проведению инвазивных вмешательств у больных с ОКСбпST. Так ургентная инвазивная стратегия (до 2 ч) показана пациентам с очень высоким риском ишемических исходов (рефрактерная стенокардия с признаками сердечной недостаточности и угрожающими жизни желудочковыми аритмиями или гемодинамической нестабильностью) (I, C). Ранняя инвазивная стратегия (до 24 ч) рекомендуется пациентам группы высокого риска (оценка по шкале GRACE >140) (I, A). Рутинная инвазивная стратегия (в течение 72 ч) показана пациентам, имеющим хотя бы один фактор высокого риска или больным с рецидивом миокардиальной ишемии (I, A).

Источник:Hamm C., Bassand J. P., Agewall S. et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting with out persistent ST segment elevation. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehr236

Medicine Review <http://atio-irk.ru/rekomendacii-esc-po-vedeniyu-pacientov-s-oksbpst-2011-chto-novogo.html>