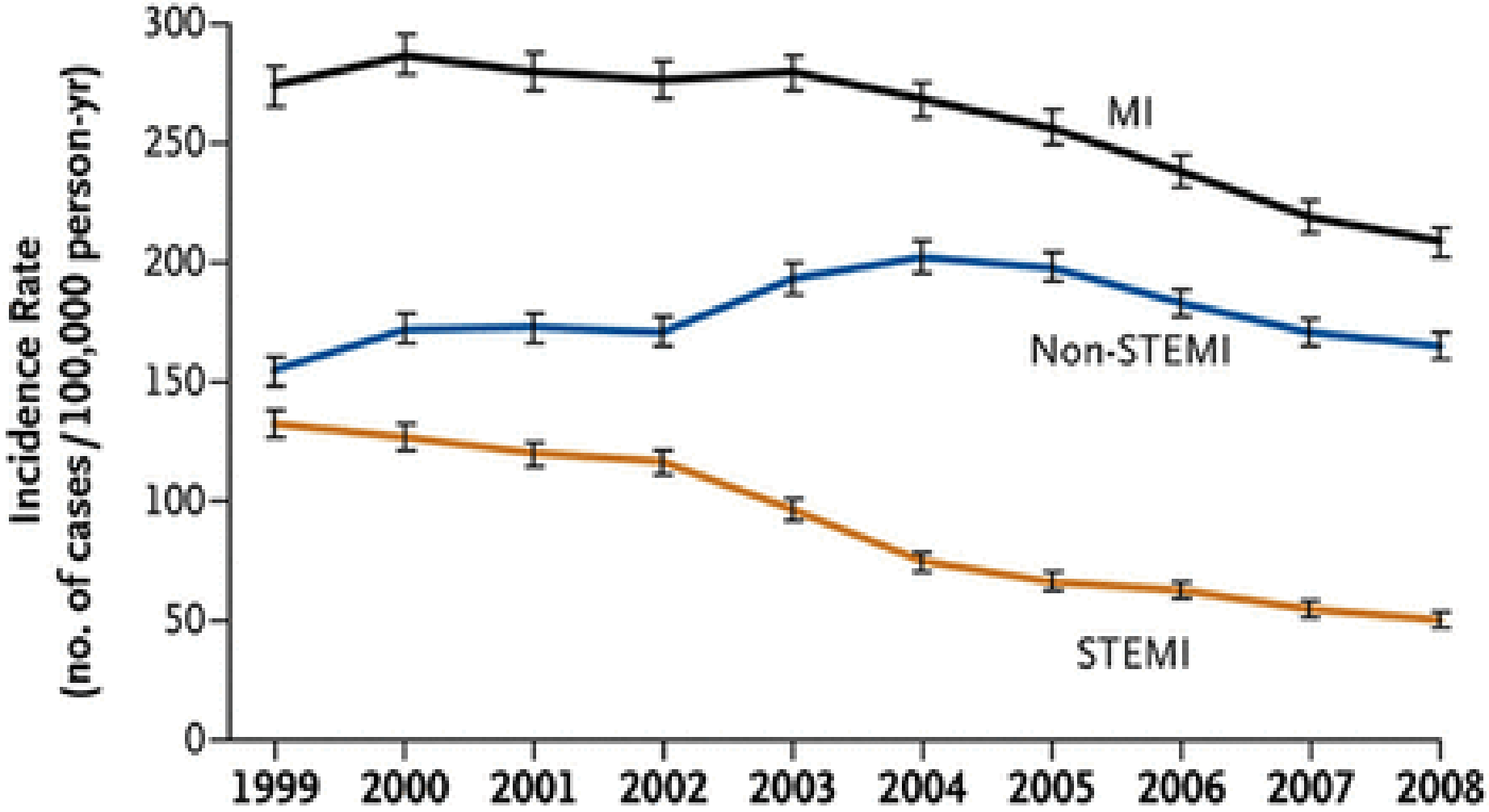
Сравнение между европейските и американски ръководства за лечение на ОКС с ST-елевация

Доц. Пл. Гацов, д.м.
УБ “Лозенец”, гр. София

Болница ЛОЗЕНЕЦ LOZENETZ Hospital

Честота на МИ в САЩ през последните 10 год.



Yeh RW et al. N Eng J Med 2010

Нови моменти в ESC и ACCF/AHA 2012 ръководства

- В ACCF/AHA ръководства (за разлика от ESC):
  Клас III препоръки се разделят на:
  III a – без доказана полза за пациента
  III b – носещо вреда за пациента
- В ESC и ACCF/AHA ръководства:
  Към класа препоръки при сравнения м/у два вида терапии се добавят разяснителни думи и изрази (напр.: МИС не трябва да се използват при първична PCI при хора, които не толерират ДАЛ, поради риск от стент-тромбоза)
- В ACCF/AHA се въвежда понятието: препоръчвано от ръководствата медикаментозно лечение (guideline-directed medical therapy - GDMT)

Нови моменти в ESC и ACCF/AHA ръководства

- В ACCF/AHA ръководства лекарствата, неналични в САЩ (неразрешени от FDA), се обсъждат в текста, без да им се дава клас на препоръка
- ESC ръководствата не поставят такова условие и класират всички медикаменти (или методи на лечение) според световните доказателства за мястото им.
- Ив ESC и в ACCF/AHA препоръки (особено в последните) се отделя голямо внимание за недопускане и пълно разкриване на потенциален конфликт на интереси на авторите.

Дефиниране на ОКС с ST-елевация

- За разлика от ACCF/AHA, ESC отделя специално внимание на дефиницията и критериите за поставяне на диагнозата STEMI – ЕКГ, ензимни маркери, тропонин, при обичайни и специфични ситуации (ЛББ, пейсиран ритъм, оклузия на ствола на ЛКА, изолиран заден инфаркт, стрес-предизвикана – Такоцубо КМП и др.)

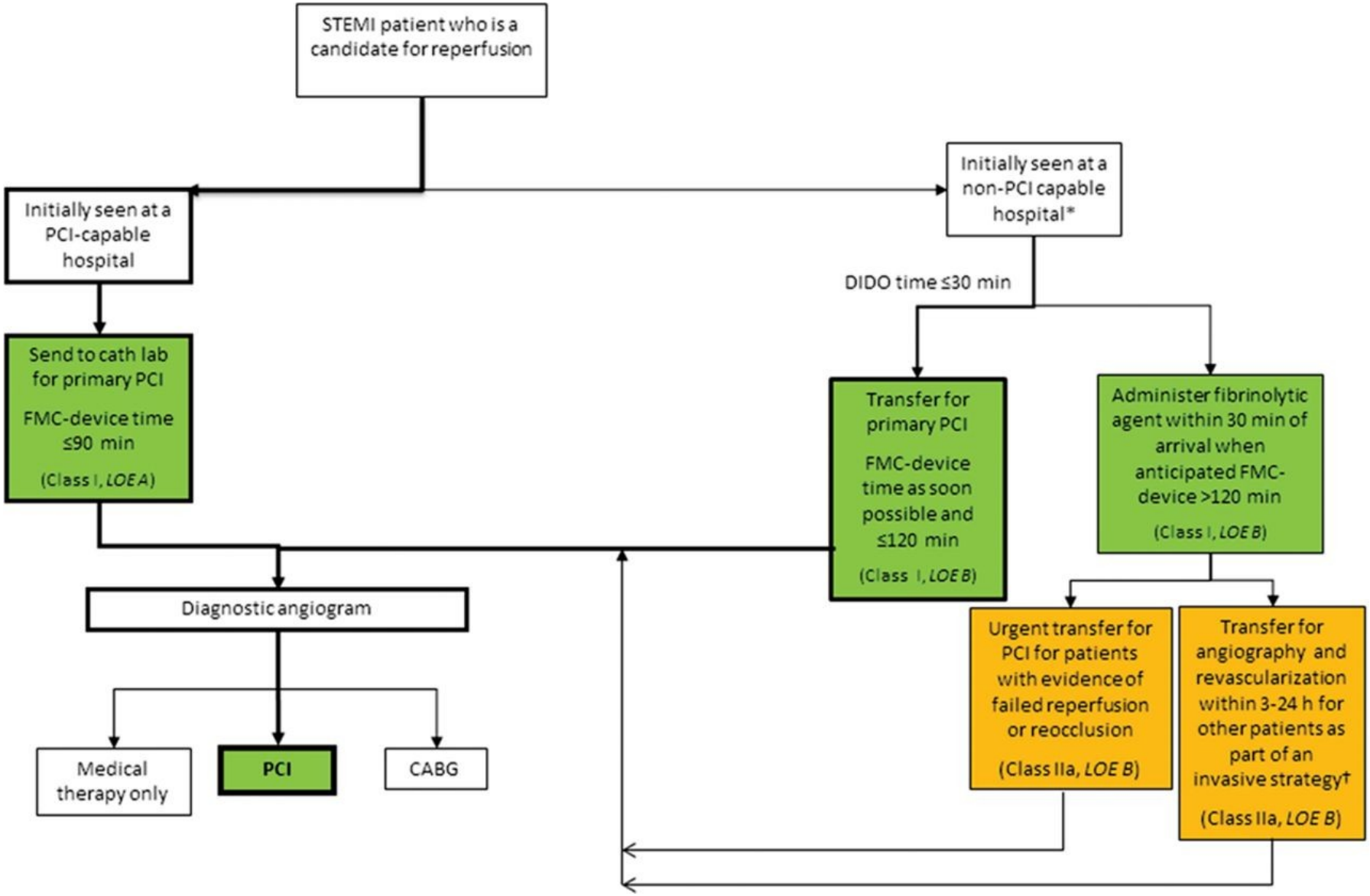
Диагностика, транспорт и лечение в доболничната фаза

- Обучение на пациенти, близки и общество – засегнати и в двете ръководства
- Приема се, че основното забавяне е в периода – начало на симптомите – търсене на помощ - пръв контакт с лекаря (ПКЛ).
- Следващият етап (пръв мед. контакт – прилагане на лечението, т.н. “системно забавяне” е стандартно и трудно променимо)

Насочване на пациента и скъсяване на времената до миокардната реперфузия

- ACCF/AHA и ESC препоръчват поддържане на регионални програми за установяване и лечение на STEMI на принципа 24/7
- Ив двата документа установяването на диагнозата и транспортирането на болния се извършва от обучен Медицински (не парамедицински!) персонал, който може да вземе правилното решение къде да бъде насочен болния и (при такова решение) да извърши фибиринолитично лечение още при транспорта!
- ESC – при вземане на решение за PCI - болният трябва да постъпи направо в катлаб! (не в ИКО!)

Организация на транспортирането на пациента – ACCF/AHA 2012



Вземане на решение – PCI или Фибринолиза?

- Реперфузионно лечение трябва да имат всички болни с начало на симптомите <12ч.(E/A)
- Насочване към болница с PCI – когато болният може да получи PCI до 90 мин! От ПКЛ (ACCF/AHA, ESC)
- Когато е постъпил в болница без PCI - насочване кам болница с възможност за PCI, когато времето от ПКЛ до PCI е <120 мин!(A)
- При очаквано време до PCI > 120мин, се прави вътреболнична фибринолиза (ESC, ACCF/AHA)
- Вътреболничната фибринолиза трябва да се извърши до 30 мин. от постъпването в б-ца!(E/A)

Основни препоръчвани времена

- ПКЛ до ЕКГ < 10 мин (Е)
- ПКЛ до фибринолиза < 30 мин. (Е/А)
- ПКЛ до първична PCI < 90 мин (Е/А)
- Време врата – до PCI < 60 мин (Е)
- Предпочитане на PCI пред фибринолиза при < 120 мин. от ПКЛ (Е)
- От успешна фибринолиза до PCI от 3 до 24ч. (Е)
- Реперфузионно лечение (РЛ) може да се приложи и 12 до 24ч от началото на симптомите, при болни с ЕКГ и клинични белези за продължаваща миокардна исхемия (предпочита се PCI!) (Е/А)
- Не се препоръчва РЛ >24 ч. от началото. (Е)

Процедурни аспекти на първичната PCI(E/A)

- Стентирането се предпочита пред POBA (E)
- Радиалният достъп е за предпочитане пред феморалния (E).
- DES е за предпочитане пред BMS (E), или са равнопоставени (A)
- Препоръчва се мануална тромбаспирация - IIa-B (E/A)
- Не се препоръчва рутинно използване на IABP (E)
- Не се препоръчват рутинно протекционни у-ва (E)
- PCI се прави само на “виновния” съд (?), освен ако болният е в кардиогенен шок, или има белези на исхемия след стентирането му (E/A)

РТ с фибринолиза (Е/А)

- Доказани ползи, с намаление на болничната смъртност (17%) спрямо консервативно лечение!
- В болнични и извънболнични условия, когато времето до евентуална PCI е > 120 мин.
- Предпочита се в отделечени и селски райони
- Предпочитат се дериватите на tPA, пред стептокиназа
- Въпреки лесното приложение – не се използва достатъчно често

Болни със STEMI и сърдечен арест (CA)

- Лечебна хипотермия да се започне веднага при болни със CA, данни за STEMI и КТ/КМ– клас – I - B (A)
- Всички болни ресусцитирани от CA, с данни за STEMI, подлежат на сърдечна катетеризация/PCI – I - B (A)

РЛ при болни с кардиогенен шок

- Първична PCI трябва да се приложи при всички болни с кардиогенен шок или тежка застойна СН, независимо от времето от началото на МИ – I- B (A)
- Спешна PCI или АКБ - при подходящи болни с шок I-B (E)
- Фибринолиза се извършва при липса на вазможност за PCI/АКБ – IIa-C (E)
- IABP може да се приложи – IIb- B(E), както и LVAD IIb – C (E)

Антиагрегантно лечение по време и след PCI (ACCF/AHA)

- Аспирин (160 -325 мг.нас.д. и 81 мг.подд.д.) – I-B
- Подд. терапия с Аспирин – непрекъснато I - A
- P2Y12 рецепторни инхибитори I-B:
  - Клопидогрел (600 мг насищаща и 75 мг. подд. доза)
  - Празугрел (60 мг. нас. и 10 мг. подд. доза)
  - Тикагрелор (180 мг. нас. и 2x90 подд. д.)
- IIbIIIa антагонисти може да се приложат при подбрани болни със STEMI на НФХ –IIa (A,B)
- Може де се приложи i.c. Абциксимаб по време на първична PCI – IIb - B

Антиагрегантно лечение по време и след PCI (ESC)

- Аспирин – p.o. – 150-300 мг. или i.v. – 80-150 мг. и след това 100 (40-50?) мг. дн.
- P2Y12 рецепторни инхибитори:

  - Празугрел – I-B

  - Тикагрелор - I-B

  - Клопидогрел (когато предишните 2 са неналични или противопоказани!) –I-C
- IIbIIIa антагонисти – трябва да се използват като спасяващо (bailout) лечение при: големи тромби, тромботична оклузия, slow или no-reflow! IIa-C
- IIbIIIa ант. биха могли да се използват при PCI, като добавъчно лечение, или при високо рискови болни, транспортирани за PCI в друга болница – IIb - B

Антикоагулантна терапия по време и след PCI при STEMI (ESC)

- Инжекционен антикоагулант по време на PCI –I- C
- Бивалирудин се препоръчва пред НФХ и IIbIIIa ант. –I- C
- Еноксапарин може да се предпочете пред НФХ – IIb – B
- Фондапаринукс не се препоръчва при първична PCI – III - B
- Не се препоръчва фибринолиза преди PCI – III -A
- НФ хепарин или НМ хепарин от 2 до 8 дни след фибринолиза или до PCI процедура

Антикоагулантна терапия по време и след PCI при STEMI (ACCF/AHA))

- НФХ – I – C
- Бивалирудин след или без предходно лечение с НФХ – I- B
- Бивалирудин вместо НФХ или IIb IIIa ант. при висок риск от кървене – IIa – B
- Фондапаринукс – да не се използва! - III

Пренасочване към болница с катлаб след фибринолиза (ACCF/AHA)

- При всички болни с шок или тежка СН, независимо от времето от инфаркта – I – B
- Всички болни с данни за неуспешна фибринолиза или реоклузия след успешна такава – IIa – B
- Всички болни с успешна фибринолиза в рамките на 3(2) до 24ч. –IIa-B

Пренасочване към болница с катлаб след фибринолиза (ESC)

- При всички болни с неуспешна фибринолиза
- При данни за рецидив на исхемия/реоклузия след успешна фибринолиза
- При всички с шок/тежка СН
- При всички болни след успешна фибринолиза в рамките на 3 до 24часа

PCI на неинфарктна артерия след РЛ при STEMI (ESC/ACCF/AHA)

- При болни с рецидив на исхемия в друга зона преди изписването I- C
- При болни с данни за висок риск от неинвазивните тестове –IIa - B

АКБ при STEMI (ACCF/AHA/ESC)

- При болни с неовладяна исхемия, кардиогенен шок и тежка СН, с неподходяща за PCI анатомия – I - B
- При болни с механични усложнения, подлежащи на оперативно лечение – I-B

Антиагреганти и АКБ при STEMI (ACCF/AHA)

- Аспиринът не бива да се спира при болни за спешна АКБ – I-C
- Клопидогрел и тикагрелор трябва да се спрат поне 24ч. преди АКБ – I - B
- Тирофибан и ептифибатид да се спрат 2 до 4ч. преди АКБ – I-B
- Абциксимаб да се спре поне 12 ч преди АКБ – I-B

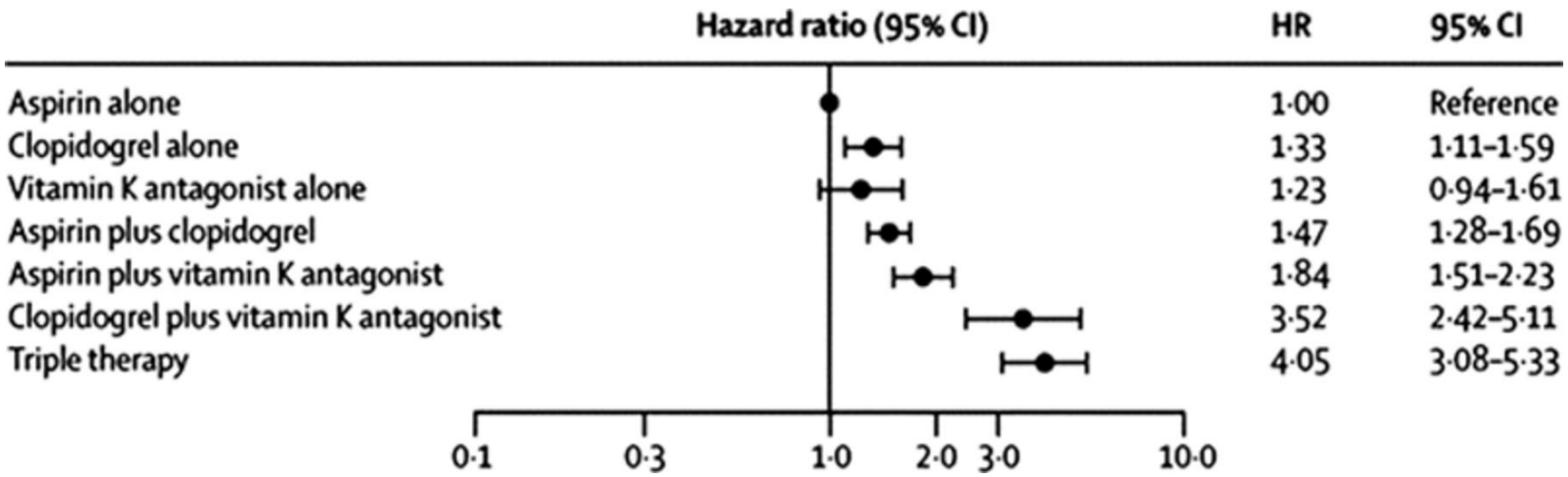
Друго медикаментозно лечение

- Бета блокери
- РААС инхибитори
- Статини
- Нитрати
- Са-антагонисти
- Кислород (O2)
- Аналгетици, НСПВС, COX II инхибитори

Усложнения

- Кардиогенен шок
- Застойна сърдечна недостатъчност
- ДК инфаркт
- Механични усложнения: митрална недостатъчност; руптура на МКП; на свободната стена на ЛК; аневризма на ЛК
- Ритъмни нарушения
- Проводни
- Перикарден излив
- Тромбоемболични и хеморагични усложнения

Adjusted risk of nonfatal and fatal bleeding in patients treated with aspirin, clopidogrel, and/or vitamin K antagonists after first MI. Compared with aspirin alone, triple therapy is associated with a 3- to 4-fold increased risk of fatal and nonfatal bleed…



WRITING COMMITTEE MEMBERS* et al. Circulation 2013;127:e362-e425

American Heart Association
Learn and Live

Copyright © American Heart Association

Показания за имплантиране на AICD

- Показани при болни с продължителни КТ/КМ > 48 ч. след МИ, при липса на провокиращ момент (исхемия, реинфаркт, метаболитни нарушения)I-B (A)
- ICD се имплантира за вторична превенция, при болни след СА от КТ/КМ, в отдалечения от инфаркта период (не се уточнява) I-A (E)
- За първична превенция се оценява ФИЛК >40 дни след изписването при всички болни с ФИЛК <40% - I-A (E)

Оценка на риска след STEMI (ESC/ACCF/AHA)

- Използване на неинвазивни тестове за исхемия
- Оценка на лявокамерната функция
- Оценка на риска от ВСС

План за лечение след дехоспитализацията

- План за възстановяване на физическата, емоционална и социалната активност на пациента
- Спиране на тютюнопушенето
- Сърдечна рехабилитация

Неразрешени проблеми и бъдещи насоки за проучвания (ESC/ACCF/AHA)

- Здравна култура на населението
- Организаци на здравната система по райони
- Антитрамбозно лечение след STEMI
- Намаляване на реперфузионното увреждане, no-reflow феномена и исхемичната подготовка (preconditioning)
- Подход към неинфарктните съдове
- Предпазване от ВСС
- Предпазване от развитие на СН

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!