

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра терапии ИПО

Заведующий кафедрой:

д.м.н., профессор Гринштейн Юрий Исаевич

РЕФЕРАТ

на тему

«Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST»

Выполнил:

Клинический ординатор
кафедры терапии ИПО
Самсонов Никита Сергеевич

Проверил:

Профессор терапии ИПО
д.м.н., профессор
Гринштейн Юрий Исаевич

Красноярск, 2021 г.

Содержание

Введение.....	3
Клиническая картина.....	4
Классификация ОИМпST.....	5
Критерии ОИМпST 1 и 2 типов.....	7
Лабораторная диагностика.....	8
ЭКГ-диагностика ОИМ.....	10
Инструментальная диагнтстика ОИМ.....	12
Проведение реперфузии.....	13
Обезболивание.....	16
Коррекция гипоксемии.....	16
Нитраты.....	17
Блокаторы кальциевых каналов.....	17
Бета-адреноблокаторы.....	17
Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.....	18
Липидоснижающая терапия.....	18
Антиагреганты.....	19
Антикоагулянты.....	20
Заключение.....	21
Список литературы.....	21

Введение

Острый коронарный синдром (ОКС) — термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Данный термин используется, когда диагностической информации еще недостаточно для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде и представляет собой предварительный диагноз в первые часы и сутки заболевания.

Термин «ОКС» может использоваться на догоспитальном или раннем госпитальном этапах и в дальнейшем трансформируется в:

- диагноз «острый инфаркт миокарда»;
- в любой другой диагноз, в том числе не кардиологический (по результатам дифференциальной диагностики).

ОКС может быть:

- Проявлением дестабилизации хронического течения ИБС;
- Первым признаком поражения коронарного русла у пациентов, не предъявлявших ранее каких-либо жалоб.

В свою очередь, острый инфаркт миокарда (ОИМ) является острым повреждением (некрозом) миокарда вследствие ишемии. Для диагностики ОИМ, не связанного с ЧКВ или операцией коронарного шунтирования, следует документировать повышение и/или снижение содержания в крови биомаркеров некроза миокарда (обязательно — сердечного тропонина), которое как минимум однократно должно превышать 99-й перцентиль значений у здоровых лиц.

Клиническая картина

Для ишемии миокарда характерны боль или чувство сжатия, давления или тяжести за грудиной, которые иногда описываются пациентом как дискомфорт. Возможны иррадиация в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий, а также нетипичные клинические проявления, такие как потливость, тошнота, боль в животе, одышка, удушье, потеря сознания, которые в некоторых случаях являются единственными или доминирующими.

При ОИМ симптомы сходны по характеру с возникающими при приступе стенокардии, но отличаются по силе и продолжительности. Такие симптомы, как правило, возникают в покое, не устраняются приемом нитроглицерина, а иногда — и повторными инъекциями наркотических анальгетиков.

Интенсивность болевого синдрома при этом может быть различной — от незначительной до невыносимой; симптомы могут носить волнообразный характер и продолжаться от 20 мин до нескольких часов.

В клинической картине инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) могут присутствовать, иногда преобладать, симптомы его основных осложнений — острой сердечной недостаточности (отек легких, шок), выраженной брадикардии или тахикардии.

Одним из возможных клинических проявлений ОИМ, иногда единственным доступным для врачебной оценки, может быть набор симптомов, свойственных остановке кровообращения, вызванной желудочковой тахикардией / фибрилляцией желудочков, асистолией или электромеханической диссоциацией. У пациентов с устраненной или спонтанно разрешившейся остановкой кровообращения ведущим симптомом может быть разной степени стойкое

угнетение сознания, вплоть до глубокой комы.

В диагностике ИМпСТ рекомендуется опираться на клинические проявления заболевания, изменения на ЭКГ и фиксировать время от начала болевого эпизода до контакта с врачом.

Для принятия основных решений, касающихся лечения пациента с ИМпСТ, требуются лишь опрос и оценка ЭКГ.

Физикальное обследование не дает информации о признаках ИМпСТ, но рекомендуется для выявления осложнений заболевания и данных, позволяющих помочь в дифференциальной диагностике:

- Шум трения перикарда при перикардите;
- Асимметричный пульс при аневризме аорты;
- Перкуторные и аускультативные признаки наличия воздуха в плевральной полости при пневмотораксе.

Классификация ОИМпСТ

По клинической картине выделяют:

- абдоминальный;
- безболевой;
- церебральный;
- аритмический;
- астматический;
- с нетипичной локализацией болей.

Кроме того, имеется классификация по типам (см. табл.1):

Таблица 1. Классификация ОИМ по типам.

Тип	Описание
Тип 1	ОИМ, развившийся вследствие разрыва или эрозии атеросклеротической бляшки в коронарных артериях с последующим формированием тромба с резким снижением кровотока с последующим развитием некроза миокарда.
Тип 2	ОИМ, развившийся в результате ишемии, вызванной причинами, не связанными с тромботическими осложнениями коронарного атеросклероза.
Тип 3	«Внезапная сердечная смерть» (когда пациенты умирают до появления возможности взятия образцов крови или в период до повышения активности биохимических маркеров некроза миокарда в крови)
Тип 4	А) ОИМ, связанный с осложнениями, возникшими по время процедуры ЧКВ и в ближайшие 48 часов после нее; В) ОИМ, связанный с тромбозом коронарного стента; С) ОИМ, связанный с рестенозом после ЧКВ.
Тип 5	ОИМ, связанный с операцией коронарного шунтирования

Имеются и различные другие классификации ОИМ:

1. На этапе предварительного диагноза:
 - а. ОКС с подъемом сегмента ST (+ остро возникшая БЛНПГ);
 - б. ОКС без подъема сегмента ST;
2. Клинический диагноз:
 - а. ИМ с подъемом сегмента ST (+ остро возникшая БЛНПГ);
 - б. ИМ без подъема сегмента ST;
 - с. Нестабильная стенокардия;
3. На основании последующих изменений на ЭКГ:

- a. ИМ с формированием патологических зубцов Q;
- b. ИМ без формирования патологических зубцов Q;
- 4. На основании глубины поражения мышечного слоя:
 - a. Субэндокардиальный ИМ;
 - b. Трансмуральный ИМ;
- 5. На основании наличия ИМ в анамнезе:
 - a. Повторный ИМ;
 - b. Развившийся через 28 суток и позднее (после предшествующего ИМ);
 - c. Рецидив ИМ;
 - d. Развившийся в течение 28 суток после предшествующего ИМ;
- 6. На основании локализации очага некроза:
 - a. Передний, боковой и т. д.;
- 7. В зависимости от обструкции коронарных артерий
 - a. С обструкцией коронарных артерий (стеноз >50% по данным коронароангиографии);
 - b. Без обструкции коронарных артерий (стеноз <50%) (MINOCA);

Критерии ОИМпST 1 и 2 типов

Повышение и/или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, которая должна как минимум однократно превысить 99-й перцентиль верхней референсной границы в сочетании с хотя бы одним критерием острой ишемии миокарда:

- симптомы ишемии миокарда;
- остро возникшие (или предположительно остро возникшие) ишемические изменения на ЭКГ;

- появление патологических зубцов Q на ЭКГ;
- подтверждение с помощью методов визуализации наличия новых участков миокарда с потерей жизнеспособности или нарушением локальной сократимости, характерных для ишемической этиологии;
- выявление внутрикоронарного тромбоза при коронарной ангиографии или атеротромбоза (или признаков нестабильной АБ) на аутопсии (для ИМ 1 типа).

Лабораторная диагностика

Согласно клиническим рекомендациям, всем пациентам с ОКС необходимо определять:

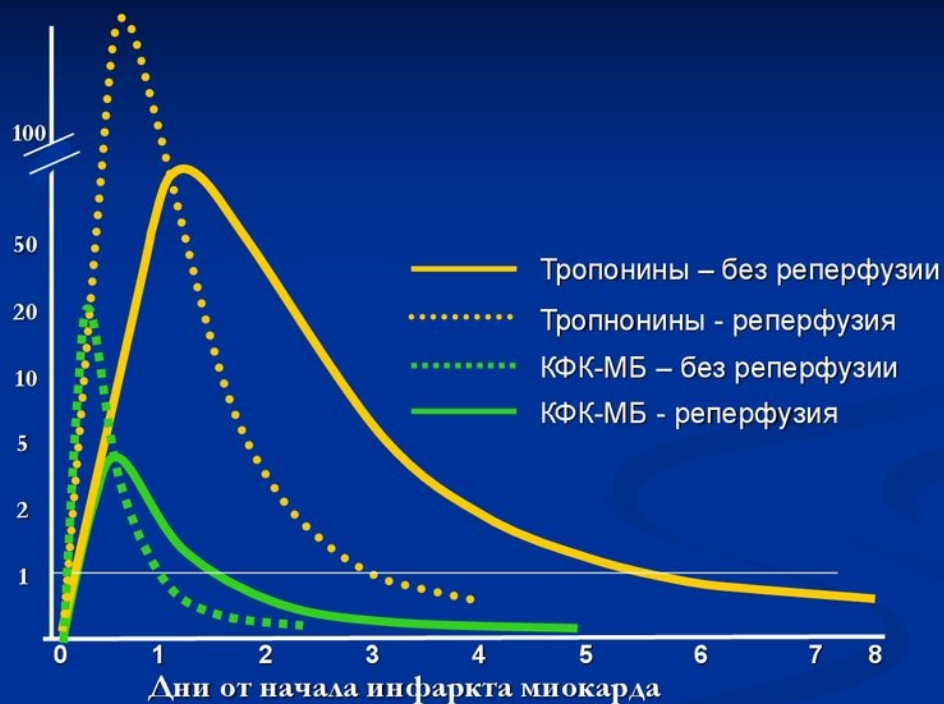
- Уровень биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно — исследование уровня сердечного тропонина I или T;
- Определение уровня креатинина в крови при поступлении в стационар с расчетом клиренса креатинина и СКФ;
- Исследование уровня общего гемоглобина в крови, оценка гематокрита, а также уровней эритроцитов и тромбоцитов;
- Определение концентрации глюкозы в крови при поступлении в стационар, скрининг на наличие сахарного диабета;
- Определение содержания электролитов крови (минимально – калия и натрия, оптимально – калия, натрия и магния).

Ниже представлена почасовая динамика маркеров некроза миокарда (см. табл. 2 и рис. 1).

Таблица 2. Динамика лабораторных маркеров повреждения миокарда в плазме крови.

Маркер	Начало подъема, часы	Пик, часы	Возвращение к норме, сутки
	От начала инфаркта		
КФК	4-8	24-30	1-4
КФК-МВ	3-6	12-24	1,5-3
ЛДГ	12-24	24-72	7-14
АсТ	8-12	24-48	3-5
Тропонины I и T	3-12	12-48	3-16
Миоглобин	1-4	6-7	1

ДИНАМИКА КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ



ЭКГ-диагностика ОИМ

При ОИМ характерно возникновение подъемов сегмента ST на уровне точки J как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ, $\geq 0,1$ мВ во всех отведениях, за исключением отведений V2–V3, где элевация сегмента ST должна составлять $\geq 0,2$ мВ у мужчин в возрасте 40 лет и старше, $\geq 0,25$ мВ у мужчин моложе 40 лет или $0,15 \geq$ мВ у женщин (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ).

Остро возникшие подъемы сегмента ST на уровне точки J $\geq 0,1$ мВ в отведениях V2–V3 в сравнении с ранее зарегистрированной ЭКГ (при отсутствии гипертрофии левого желудочка или БЛНПГ).

Остро возникшие горизонтальные или косонисходящие снижения сегмента ST $\geq 0,05$ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ и/или инверсии зубца T $> 0,1$ мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ с доминирующим зубцом R или соотношением амплитуды зубцов R/S > 1 .

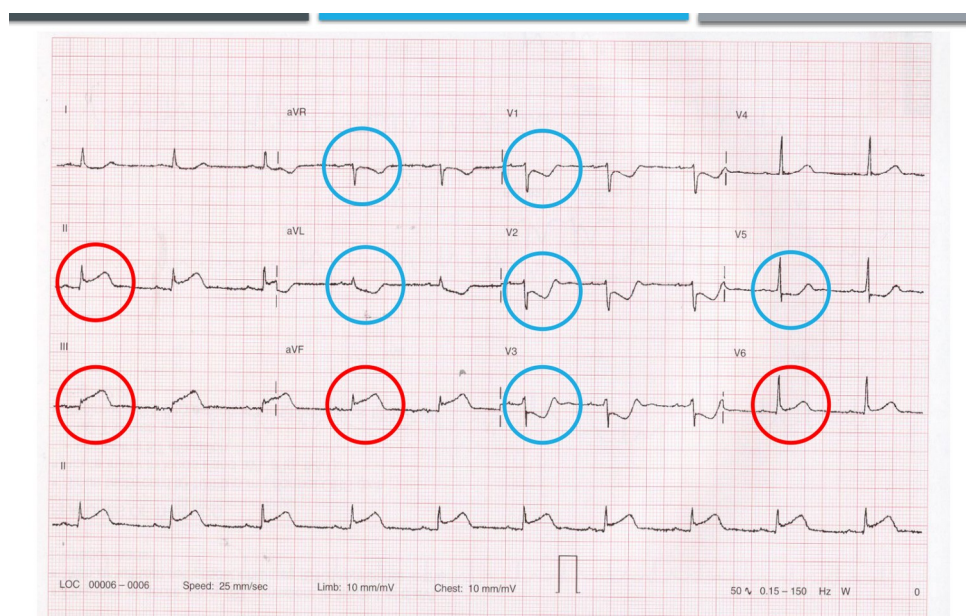


Рис. 2. ЭКГ при ОИМnST. Красным цветом выделены прямые признаки, синим — реципрокные.

Таким образом, для определения пораженной области необходимо понимание топической диагностики ОИП (см. табл. 3).

Топическая диагностика инфаркта миокарда		
Локализация инфаркта миокарда	Отведения ЭКГ, в которых регистрируются	
	прямые признаки	реципрокные признаки
Передний и передне-перегородочный	$V_1-V_4, A, (I)$	III, aVF, D
Переднебазальный	aVL, (I), $V_2^2-V_4^2$	III, aVF, V_1-V_2
Передний распространенный	I, II, aVL, V_1-V_6, A, I	III, aVF, D
Боковой	I, II, aVL, V_5-V_6, I	$V_1, (V_2, aVR)$
Боковой базальный	aVL, $V_5^2-V_6^2$	III, (V_1-V_2)
Заднедиафрагмальный (нижний)	II, III, aVF, D	I, aVL, V_2-V_5, A
Циркулярный верхушечный	II, III, aVF, V_3-V_6, D, A, I	aVR, V_1-V_2, V_{3R}
Заднебазальный	V_7-V_9, D	V_1-V_3, V_{3R}, A
Правожелудочковый	$V_{3R}-V_{4R}$	V_7-V_9

Инструментальная диагностика ОИМ

Обязательно проведение ЭКГ в покое как в минимум в 12 стандартных отведениях. Рекомендуется использовать дополнительные отведения ЭКГ V7–V9 и V3R–V4R у пациентов с ИМпST задней и нижней стенки ЛЖ (для диагностики распространения инфаркта на правый желудочек и базальные отделы левого желудочка). Для подтверждения диагноза, оценки тяжести поражения и определения прогноза рекомендуется эхокардиография.

Для решения вопроса о выполнении ЧКВ рекомендуется КГ, обязательная как в рамках стратегии первичного ЧКВ, так и в рамках стратегии с фармакоинвазивным подходом.

В качестве дополнительных методов исследования могут применяться:

- МРТ сердца при ОКSpST рекомендуется в качестве предпочтительного метода для уточнения локализации и объема поражения миокарда даже при относительно небольших размерах очагов некроза, а также для дифференциальной диагностики поражений миокарда;
- Сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc -пирофосфатом в покое рекомендуется у

пациентов с ИМ в качестве дополнительного метода диагностики;

- МСКТ сердца не рекомендуется как стандартный метод обследования при ИмпСТ.

Проведение реперфузии

Все пациенты ИмпСТ сразу после установления диагноза (независимо от возраста или половой принадлежности) должны рассматриваться как кандидаты на реперфузионную терапию.

Реперфузионная терапия для снижения риска смерти рекомендуется всем пациентам с ИмпСТ и длительностью симптомов <12 часов. Для снижения риска смерти в качестве предпочтительного метода реперфузии при ИмпСТ в указанный временной промежуток, при соблюдении организационных требований, рекомендуется первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ).

Реперфузионное лечение не рекомендуется, если от начала симптомов прошло более 48 часов и у пациента нет дополнительных клинических оснований для вмешательства (продолжающаяся или рецидивирующая ишемия миокарда с симптомами, СН, угрожающие жизни нарушения ритма сердца). Пациентам с ИмпСТ с полным исчезновением симптомов и нормализацией положения сегмента ST на ЭКГ без реперфузионного лечения (спонтанно или после приема нитроглицерина) для уменьшения угрозы ретромбоза рекомендована ранняя (в пределах 24 часов от начала симптомов) КГ с намерением выполнить ЧКВ.

ЧКВ является предпочтительной реперфузионной стратегией в первые 12 часов от начала развития ИмпСТ, если ожидаемое время от момента постановки диагноза до проведения проводника в просвет инфаркт-связанной КА не превышает 120 минут. Рутинная стратегия первичного ЧКВ для снижения риска ишемических

событий рекомендована у пациентов, поступивших в интервале 12–48 часов от начала симптомов ИмпСТ. Рекомендуется предпочесть первичное ЧКВ тромболизису для снижения риска смерти у пациентов с ИМпСТ, осложненным кардиогенным шоком или тяжелой сердечной недостаточностью, независимо от продолжительности задержки, связанной с организацией ЧКВ.

У пациентов с ИМпСТ с противопоказаниями к ТЛТ для снижения риска смерти рекомендуется стремиться выполнить ЧКВ, даже с существенными отклонениями в соблюдении временных требований.

Как правило, рекомендуется обязательное вмешательство на инфаркт-связанном сосуде.

Рекомендуется ЧКВ на не инфаркт-связанных артериях у гемодинамически стабильных пациентов с ИМпСТ и многососудистым поражением. Для снижения риска рецидива ИМ и необходимости в повторной реваскуляризации при первичном ЧКВ у пациентов с ИМпСТ рекомендуется предпочесть коронарное стентирование баллонной ангиопластике.

Для снижения риска рецидива ИМ, тромбоза стента и необходимости в повторной реваскуляризации в случае коронарного стентирования при ИМпСТ рекомендуется использовать СВЛ нового поколения.

Рекомендуется воздержаться от рутинной тромбаспирации. Кроме того, ЧКВ при ИМпСТ рекомендуется выполнять, используя в качестве места доступа лучевую, а не бедренную артерию.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) при отсутствии противопоказаний рекомендована для снижения риска смерти у пациентов с ИМпСТ с длительностью симптомов <12 часов, у которых ожидается, что первичное ЧКВ не будет выполнено в пределах 120 минут после постановки диагноза. Рекомендуется догоспитальное применение данного метода реперфузии. Рекомендовано

проведение тромболитической терапии через 12–24 часа после начала симптомов. Всем пациентам с ИМпСТ, получающим тромболитик рекомендован незамедлительный перевод в учреждения, реализующие ЧКВ в круглосуточном режиме. Рекомендуется предпочесть фибринспецифичные тромболитики нефибринспецифичным.

При безуспешной ТЛТ рекомендуется срочное спасающее ЧКВ и не рекомендуется повторная ТЛТ. После успешной ТЛТ рекомендуется ранняя (2–24 часа после начала тромболизиса) КГ с намерением выполнить ЧКВ в инфаркт-связанной артерии. Если при ИМпСТ после успешной ТЛТ не удалось по каким-то причинам выполнить КГ и ЧКВ в интервале 2–24 ч, для уменьшения риска рецидива ИМ рекомендуется выполнить КГ и определиться с реваскуляризацией в более поздний период.

Рекомендуется КГ с намерением выполнить срочное ЧКВ при:

- рецидиве ишемии миокарда;
- признаках реокклюзии после первоначально успешной ТЛТ;
- развитии острой левожелудочковой недостаточности;
- гемодинамической или электрической нестабильности после первоначально успешной ТЛТ.

Коронарное шунтирование (КШ) у пациентов с ИМпСТ имеет ограниченное применение и не рассматривается среди основных подходов к реперфузии миокарда

Неотложное КШ рекомендуется:

- у пациентов с невозможностью выполнения ЧКВ, но имеющих кардиогенный шок или тяжелую сердечную недостаточность;
- у пациентов с ИМпСТ с невозможностью выполнения ЧКВ или с безуспешной ЧКВ, имеющих продолжающуюся или рецидивирующую

ишемию миокарда;

- у пациентов, подвергнутых кардиохирургическим операциям в связи с механическими осложнениями ИМ, такими как разрыв межжелудочковой перегородки, отрыв или стойкая дисфункция папиллярной мышцы, наружный разрыв миокарда желудочков;
- при осложнениях ЧКВ, а именно при неудачном раскрытии стента, переломе стента или при рецидивирующем остром тромбозе в месте вмешательства;
- при расслоении или перфорации коронарной артерии, если осложнение не удается устранить применением эндоваскулярных методик.

Обезболивание

Для устранения боли, с целью седации и снижения симпатической активности, приводящей к тахикардии и повышению АД, у пациентов с ИМпСТ рекомендуется внутривенное введение морфина. При наличии признаков выраженного беспокойства и возбуждения для их устранения у пациентов с ИМпСТ рекомендуется назначение транквилизаторов.

Коррекция гипоксемии

При наличии гипоксемии ($\text{SaO}_2 < 90\%$ или $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст.) для ее устранения показано ингаляторное введение кислорода (оксигенотерапия).

Оксигенотерапия не показана пациентам с ИМпСТ с уровнем сатурации крови кислородом выше 90%.

Нитраты

Рутинное назначение нитратов при ИМпСТ не рекомендуется (назначают только по показаниям, к которым прежде всего относят постинфарктную стенокардию). Внутривенная инфузия нитратов рекомендуется для симптоматического лечения у пациентов с ИМпСТ и продолжающейся ишемией миокарда, артериальной гипертензией, СН.

Блокаторы кальциевых каналов

Не рекомендуется рутинное назначение блокаторов кальциевых каналов.

При непереносимости бета-адреноблокаторов для контроля за ишемией миокарда рекомендуется рассмотреть назначение верапамила у пациентов с ИМпСТ без СН, без сниженной ФВ ЛЖ и без других противопоказаний.

Бета-адреноблокаторы

Пациентам с ИМпСТ с высоким АД, сохраняющейся ишемией миокарда, тахикардией, не имеющим признаков острой СН, для контроля за ишемией рекомендуется внутривенное введение бета-адреноблокатора. Всем пациентам с ИМпСТ, не имеющим противопоказаний, для снижения риска осложнений ИМ и улучшения прогноза рекомендуется пероральный прием бета-адреноблокаторов. Для уменьшения риска смерти при ИМпСТ с СН или сниженной ФВ ЛЖ (<40%) рекомендуется пероральный прием бета-адреноблокаторов без внутренней симпатомиметической активности (метопролол, карведилол).

Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

Рекомендуется применение ингибитора АПФ у всех пациентов с ИМпСТ, не имеющих противопоказаний.

Рекомендуется раннее (в первые 24 часа ИМпСТ) назначение ингибиторов АПФ у пациентов с СН, сниженной ФВ ЛЖ, сахарным диабетом или ИМ передней локализации.

В случае непереносимости ИАПФ для лечения СН рекомендуется использовать БРА, предпочтительно — валсартан.

У пациентов, переживших ИМпСТ и имеющих явную хроническую СН и ФВ ЛЖ менее 35%, для снижения риска смерти и необходимости госпитализации из-за СН рекомендуется замена ИАПФ (или БРА), принимаемого в максимальной переносимой дозе, на сакубитрил/валсартан. Рекомендуется использовать альдостерона антагонисты, предпочтительно эплеренон, в добавление к бета-адреноблокатору и ингибитору АПФ у пациентов с ИМпСТ и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ в сочетании с СН или с сахарным диабетом при условии, что нет почечной недостаточности и гиперкалиемии.

Липидоснижающая терапия

Статины – всем, при отсутствии противопоказаний. У пациентов, перенесших ИМпСТ, рекомендуется поддерживать уровень ХС ЛНП $< 1,4$ ммоль/л и добиваться его снижения как минимум на 50% от исходных значений. Если целевой уровень не достигнут – добавить эзетимиб. Если при использовании

максимально переносимой дозы статина в сочетании с эзетимибом концентрация ХС ЛПН в крови остаётся повышенной, рекомендуется добавить алирокумаб или эволокумаб.

При непереносимости статинов рекомендуется использовать эзетимиб и/или алирокумаб или эволокумаб.

Антиагреганты

Рекомендуется длительный (неопределенно долгий) прием АСК всем пациентам с ИМпСТ, не имеющим противопоказаний, вне зависимости от исходной стратегии реперфузии.

Всем пациентам с ИМпСТ, не имеющим высокого риска кровотечений, в добавление к АСК на протяжении 12 месяцев рекомендуется прием блокатора P2Y₁₂-рецептора тромбоцитов. После первичного ЧКВ в добавление к АСК при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе, продолжающееся кровотечение) рекомендуется тикагрелор.

При коронарном стентировании у пациентов с ИМпСТ, не получавших других ингибиторов P2Y₁₂-рецептора тромбоцитов, в добавление к АСК, рекомендуется prasugrel. Пациентам с ИМпСТ, которые не могут получать тикагрелор или prasugrel в добавление к АСК рекомендуется clopidogrel.

Рекомендуется продолжать ДАТТ на протяжении 12 месяцев независимо от стратегии реперфузии, методики ЧКВ и типа установленных стентов.

При повышенном риске кровотечений рекомендуемая длительность может быть меньше 12 месяцев.

У пациентов, подвергнутых коронарному стентированию, с высоким коронарным риском и низким риском кровотечений, не имевших кровотечений в течение

первого года лечения рекомендуется продление ДАТТ на более длительный срок (до 36 месяцев). Для защиты слизистой желудочно-кишечного тракта и для возможного снижения риска желудочно-кишечных кровотечений в период назначения ДАТТ рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса.

При кровотечениях рекомендуется рассмотреть переход с прасугрела или тикагрелора на клопидогрел. Блокаторы ГПР IIb/IIIa при ИМпST рекомендуются как спасительное средство только для лечения тромботических осложнений ЧКВ, массивного интракоронарного тромбоза и при развитии феномена no-reflow.

Антикоагулянты

Парентеральное введение антикоагулянтов для снижения риска тромботических осложнений рекомендуется продолжать максимально до 8 суток (или до выписки, если она произойдет раньше этого срока) или до успешного завершения ЧКВ.

Фондапаринукс рекомендуется в качестве антикоагулянта для сопровождения ТЛТ с использованием стрептокиназы и у пациентов, не получивших реперфузионную терапию.

Применение бивалирудина рекомендуется рассмотреть в качестве альтернативы НФГ. Бивалирудин — препарат выбора у пациентов с гепарин-индуцированной тромбоцитопенией

Внутривенная инфузия НФГ в сопровождение ТЛТ рекомендуется для поддержки в случаях, когда фондапаринукс натрия и эноксапарин противопоказаны.

Если пациент с ИМпST получал эноксапарин до ЧКВ (в связи с ТЛТ), процедуру рекомендуется выполнять на фоне его продолжающегося применения. У пациентов с ИМпST, с ожидаемыми высоким риском ишемических событий и низким риском кровотечений, не переносивших в прошлом инсульт или ТИА к

монотерапии АСК или ДАТТ после завершения лечения парентеральным антикоагулянтом рекомендуется добавить ривароксабан. У пациентов с ИМпST и ФП, нуждающихся в сочетании антикоагулянта и антитромбоцитарных препаратов, рекомендуется использовать ПОАК, а не антагонисты витамина К.

Заключение

Таким образом, ОИМ является жизнеугрожающей патологией, которая требует тщательного подхода к диагностике и лечению.

Список литературы

- Острый инфаркмиокарда с подъемом сегмента ST — клинические рекомендации 2021 г.
- Хоролец Екатерина Викторовна, Шлык Сергей Владимирович, Бычкова Ольга Игоревна Возрастные аспекты острого инфаркта миокарда // Consilium Medicum. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozrastnye-aspekty-ostrogo-infarkta-miokarda> (дата обращения: 02.12.2021).
- Thygesen Kristian, Alpert Joseph S., Jaffe Allan S., Chaitman Bernard R., Bax Jeroen J., Morrow David A., White Harvey D., Mickley Hans, Crea Filippo, Van De Werf Frans, Bucciarelli-Ducci Chiara, Katus Hugo A., Pinto Fausto J., Antman Elliott M., Hamm Christian W., De Caterina Raffaele, Januzzi Jr James L., Apple Fred S., Alonso Garcia Maria Angeles, Underwood S. Richard, Canty Jr John M., Lyon Alexander R., Devereaux P. J., Zamorano Jose Luis, Lindahl Bertil, Weintraub William S., Newby L. Kristin, Virmani Renu, Vranckx Pascal, Cutlip Don, Gibbons Raymond J., Smith Sidney C., Atar Dan, Luepker Russell V., Robertson Rose Marie, Bonow Robert O., Steg P. Gabriel, O’Gara Patrick T., Fox Keith A. A. Четвертое универсальное определение инфаркта миокарда (2018) // РКЖ. 2019. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/chetvertoe-universalnoe-opredelenie-infarkta-miokarda-2018> (дата обращения: 02.12.2021).
- Мангушева М.М., Маянская С.Д., Исхакова Г.Г. К вопросу о трудностях ЭКГ диагностики инфаркта миокарда // ПМ. 2019. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-trudnostyah-ekg-diagnostiki-infarkta-miokarda> (дата обращения: 02.12.2021).

- Чаулин Алексей Михайлович ОСНОВНЫЕ СЫВОРОТОЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА // StudNet. 2021. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-syvorotochnye-biomarkery-infarkta-miokarda> (дата обращения: 02.12.2021).
- Спусков А.В. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА // КВТиП. 2021. №S1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-infarkta-miokarda> (дата обращения: 02.12.2021).