**1,1; Определение.**

      Острый коронарный синдром (ОКС) — 1,2. Этиология и патогенез ОКСпST ЭКГ – как правило, следствие окклюзирующего тромбоза КА. Тромб возникает чаще всего на месте разрыва так называемой ранимой (нестабильной) атеросклеротической бляшки (А)Б с большим липидным ядром, богатой воспалительными элементами и истонченной покрышкой, однако возможно образование окклюзирующего тромба и на дефекте эндотелия (эрозии) КА над АБ. В большинстве случаев окклюзия развивается в месте гемодинамически незначимого стеноза КА.
      В КА больных с ОКС обычно находят несколько ранимых АБ, в т. Имеющих надрывы. Из-за высокого риска возникновения повторных окклюзий КА при 1,3. Эпидемиология Коды МКБ 10 не позволяют с уверенность выделять больных с ОКСпST и ИМпST. В частности, при трансмуральном ИМ не всегда (хотя и часто) в ранние сроки заболевания отмечаются стойкий подъем сегмента ST ЭКГ. Механизм возникновения и размеры повторного ИМ в МКБ 10 не учитываются. В разных странах частота ИМпST варьируется и по данным регистров с наиболее полным популяционным охватом в странах Европы и США составляют в настоящее время около 70 на 100000 населения в год. Хотя на фоне широкого внедрения современных подходов к ведению больных (прежде всего своевременного реперфузионного 1,4. **Кодирование по МКБ.** 10 Острый инфаркт миокарда (I21).
      **I21,0.** Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки.
      **I21,1.** Острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки.
      **I21,2.** Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций.
      **I21,3.** Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации.
      **I21,4.** Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда.
      **I21,9.** Острый инфаркт миокарда неуточненный.
      **Повторный инфаркт миокарда (I22).**       **I22,0.** Повторный инфаркт миокарда передней стенки.
      **I22,1.** Повторный инфаркт миокарда нижней стенки.
      **I22,8.** Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации.
      **I22,9.** Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации.
      **Другие формы острой ишемической болезни сердца (I24).**       **I24,0.** Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда.
      **I24,8.** Другие формы острой ишемической болезни сердца.

**1,5; Классификация.**

      ОКСпSTдиагностируют у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким (сохраняющимся не менее 20 мин) подъемом сегмента ST или «новой»( впервые возникшей) блокадой ЛНПГ на ЭКГ. Как правило, в тех случаях, когда у больных заболевание начинается как ОКСпST, позже наблюдаются признаки некроза миокарда. Появление признаков некроза означает, что у больного развился ИМ. На основании клинических, морфологических и других признаков согласительный документ, принятый рядом международных кардиологических сообществ в 2007г. , предлагает разделить течение ИМ на несколько периодов:
      • развивающийся ИМ – от 0 до 6 часов;
      • ОИМ – от 6 часов до 7 суток;
      • заживающий (рубцующийся) ИМ – от 7 до 28 суток;
      • заживший ИМ – начиная с 29 суток.
      Относительность такого деления очевидна, однако оно может оказаться полезным для статистических и исследовательских целей.
      Под повторным понимают ИМ, развившийся после 28 суток от предыдущего. Если же этот срок меньше, то речь идет о рецидивирующем ИМ.

**Диагностика**

      • Рекомендуется в 2,2. Физикальное обследование. • Рекомендуется физикальное обследование для выявления симптомов, позволяющих оценить наличие и тяжесть других заболеваний, провоцирующих или осложняющих течение ИМ и способных повлиять на выбор подходов к 2,3. Лабораторные методы исследования • Рекомендуется определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови, предпочтительно сердечного тропонина Т или I [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарии.** Помимо сердечного тропонина клиническое значение сохраняет только определение массы МВ. Преходящее повышение уровня сердечного тропонина в крови свидетельствует о некрозе кардиомиоцитов вне зависимости от причины, которая может быть связана как с первичным ограничением коронарного кровотока, так и другими, в том числе внесердечными факторами (приложения Г1, Г2, Г3). Повышение уровня сердечного тропонина выше 99-го перцентиля здоровых лиц в условиях, указывающих на наличие ишемии миокарда, свидетельствует об остром ИМ.
      • Рекомендуется забор крови в острой фазе заболевания на определение биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов. При этом не следует дожидаться результатов до начала реперфузионного 2,4. Инструментальные методы исследования • Рекомендуется регистрация ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое у всех больных с подозрением на ОКС [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарий.** Для ИМпST характерно возникновение подъема ST как минимум в двух последовательных отведениях, который оценивается на уровне точки J составляет ³ 0,2 мВ у мужчин или ³ 0,15 мВ у женщин в отведениях V 2. Важный диагностический прием – сравнение с ЭКГ, зарегистрированной до наступления настоящего коронарного приступа. Поэтому следует приложить максимум усилий, чтобы предыдущая ЭКГ оказалась в Вашем распоряжении. Важно помнить, что подъемы сегмента ST могут наблюдаться, не только при ИМ, но и при синдроме ранней реполяризации, полной блокаде ЛНПГ, обширных рубцовых изменениях в миокарде (хронической аневризме ЛЖ), перикардите, синдроме Бругада и пр. (Приложение Г5). Поэтому диагноз ИМ должен основываться на комплексе признаков и всегда соотноситься с клинической картиной заболевания.
      • Рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в течение 10 мин на месте первого контакта с медицинским работником (как правило, догоспитально) и безотлагательно интерпретировать ее квалифицированным врачом [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется у больных с подозрением на ИМ нижне-базальной локализации использование дополнительных отведений ЭКГ (V 7 -V 9 ), при подозрении на ИМ правого желудочка (ПЖ) – V 3 R и V 4 R [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарий.** Для отведений V 7. В сложных случаях возможно регистрация ЭКГ и в других отведениях (на 2 ребра выше ). Депрессия сегмента ST больше 0,1mV в 8 и более отведениях при подъеме сегмента ST в отведении aVR и/илиV 1 предполагает поражение ствола левой КА или многососудистое поражение бассейна левой КА.
      • Рекомендуется у больных с подозрением на ИМ нижне-базальной локализации рекомендовано использование дополнительных отведений ЭКГ V 7 -V 9 , при подозрении на ИМ правого желудочка – V 3 R и V 4 R [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется у больных с подозрением на ИМпST скорейшее начало мониторирования ЭКГ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется в неясных случаях для уточнения диагноза эхокардиография (ЭхоКГ), однако ее выполнение не должно задерживать транспортировку больного на коронарную ангиографию (КАГ) [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарий.** Выявление локальных нарушений сократимости ЛЖ (а нередко и ПЖ) на фоне соответствующей клинической картины. Вместе с тем локальные нарушения сократительной функции желудочков сердца могут наблюдаться и при тяжелой ишемии, не приведшей к развитию некроза, например, при нестабильной стенокардии, а также в случае рубцового поражения после ранее перенесенного ИМ. ЭхоКГ необходима для оценки функции и геометрии ЛЖ, а также для распознавания таких осложнений, как тромбоз полости, разрывы сердца, нарушение функции клапанов, в частности, митральная регургитация, ИМ ПЖ, перикардит. Существенна роль УЗИ в 2,5. Стратификация риска • Рекомендуется для стратификации риска неблагоприятного исхода осуществлять совокупную оценку анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, результатов определения сердечного тропонина в крови, функции почек (расчетных значений клиренса креатинина или скорости клубочковой фильтрации) [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарии.** Наиболее проста для применения шкала оценки риска TIMI , однако более точно оценить прогноз заболевания позволяет шкала GRACE (Приложение Г6). Один из ее вариантов дает возможность осуществить стратификацию риска при госпитализации, другой — при выписке из стационара. Новая шкала GRACE 2,0 характеризует прогноз заболевания на протяжении ближайших 3 лет без предварительного подсчета суммы баллов. Еще одной особенностью этой шкалы является возможность применения у больных с еще неизвестным уровнем креатинина в крови и классом по KillipДля использования шкалы GRACE 2,0 необходим калькулятор, расположенный в сети Интернет по адресу http://wwwgracescoreorg/WebSite/defaultaspx?ReturnUrl=%2f.

**Лечение**

**3,1; Медикаментозное.**

      3,2,1. Показания к реперфузионной терапии.
      • Рекомендуется реперфузионная терапия всем больным с ОКСпST и длительностью симптомов 12 часов [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарии.** ЭКГ критериями для начала реперфузионной терапии являются стойкие подъемы сегмента ST ≥0,1 мВ как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ (≥ 0,25 мВ у мужчин до 40 лет/0,2 мВ у мужчин старше 40 лет и ≥0,15 мВ у женщин в отведениях V 2. При наличии депрессии сегмента ST ≥0,05 мВ в отведениях V 1 - V 3 , особенно с позитивными зубцами Т, рекомендуется зарегистрировать ЭКГ в отведениях V 7 - V 9 (выявление подъемов ST ≥0,05 мВ/≥0,01 мВ у мужчин моложе 40 лет является основанием для реперфузионного лечения ). Сочетании депрессий сегмента ST ≥0,1 мВ во многих отведениях больше 0,1 мВ в сочетании с подъемами сегмента ST в отведениях aVR и/или V 1, свидетельствующих о многососудистом поражении или поражении ствола левой коронарной артерии. В этих случаях предпочтительна срочная КАГ для уточнения тактики лечения – ЧКВ или операция КШ.
      • Рекомендуется реперфузионная терапия (предпочтительно первичное ЧКВ) больным с ИМпST при сохраняющейся ишемии миокарда и длительностью симптомов больше 12 часов [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется первичное ЧКВ у стабильных больных с ИМпST через 12-24 часа от начала симптомов [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств B).**
      3,2,2. Методы реперфузионного лечения.
      • Рекомендуется предпочесть первичное ЧКВ, ТЛТ в случаях, когда оно может быть выполнено опытной специалистов в первые 120 минут после контакта с медицинским работником [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарии.** При ЧКВ должно использоваться сочетание АСК\*\*, блокатора P2Y 12 рецепторов тромбоцитов (тикагрелор или клопидогрел\*\*) и парентеральнго введения антикоагулянта ( Приложении Г8). В отдельных случаях показано введение блокатора ГП IIb / IIIa тромбоцитов.
      • Рекомендуется предпочесть первичное ЧКВ, ТЛТ у больных с тяжелой острой СН, включая кардиогенный шок, за исключением случаев, когда задержка до инвазивного вмешательства слишком большая или больной обратился за помощью в очень ранние сроки заболевания [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется в большинстве случаев при первичном ЧКВ ограничиться вмешательством на инфаркт-связанном сосуде, кроме больных с кардиогенным шоком и сохранения ишемии после вмешательства на стенозе, который представляется ответственным за ИМ [2-4,6].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется ЧКВ в не инфаркт-связанной артерии у отдельных гемодинамически стабильных больных с многососудистым поражением, либо во время первичного ЧКВ, либо в качестве плановой поэтапной процедуры [2-4,6].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется при первичном ЧКВ предпочесть коронарное стентирование баллонной ангиопластике [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется при наличии соответствующего опыта при первичном ЧКВ предпочесть лучевой доступ бедренному [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств B).**
      • Рекомендуется использовать СВЛ (предпочтительно второго поколения), а не ГМС, у больных с ожидаемой хорошей приверженностью к лечению , не имеющих противопоказаний к длительной ДАТТ и не нуждающихся в длительном использовании антикоагулянтов [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарий.** Не исключено, что современные СВЛ предпочтительнее ГМС и при непродолжительной ДАТТ.
      • Не рекомендуется рутинное выполнение аспирации тромба [2-4,6].
      **Уровень убедительности рекомендаций III (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется начинать ТЛТ в первые 30 минут после контакта с медицинским работником, если у больного нет противопоказаний [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**       **Комментарии.** Em>Абсолютные противопоказания к ТЛТ. Относительные противопоказания к ТЛТ - транзиторная ишемическая атака в предыдущие 6 месяцев; наличие плохо контролируемой АГ (в момент госпитализации – систолическое АД >180 мм и/или ДАД>110 мм ); тяжелое заболевание печени; инфекционный эндокардит; травматичная или длительная (>10 мин) сердечно-легочная реанимация; для стрептокиназы – введение стрептокиназы, в т. Модифицированной, более 5 суток назад или известная аллергия на нее; беременность и 1-я неделя после родов; обострение язвенной болезни; прием антагонистов витамина К (чем выше МНО, тем выше риск кровотечения). Помимо фибринолитика при ТЛТ должны использоваться сочетание АСК\*\*, клопидогрела\*\* и парентерального введения антикоагулянта ( Приложении Г8).
      • Рекомендуется начать ТЛТ на догоспитальном этапе [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется при ТЛТ предпочесть фибрин-специфичный фибринолитик [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется после ТЛТ транспортировать больных в медицинское учреждение, выполняющее неотложные ЧКВ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется при безуспешной ТЛТ (уменьшение подъемов сегмента ST 50% через 60 минут от начала введения фибринолитика) срочное спасающее ЧКВ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется при возобновлении ишемии миокарда или свидетельствах реокклюзии после первоначально успешной ТЛТ срочное ЧКВ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется немедленная коронарная ангиография (КАГ) с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда у больных с СН, включая кардиогенный шок [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется КАГ с намерением выполнить ЧКВ в инфаркт-связанной артерии после успешной ТЛТ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется задержка до КАГ с намерением выполнить ЧКВ в инфаркт-связанной артерии составляет 3-24 часа у стабильных больных после успешной ТЛТ в качестве оптимальной [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций II а (Уровень достоверности доказательств А).**
      3,2,3. Осложнения ИМ.
      **3,2,3,1.** Застой в малом круге кровообращения. Отек легких.
      • Рекомендуется ранняя реваскуляризация миокарда. Выбор между ЧКВ и операцией КШ определяется особенностями поражения коронарного русла [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарий.** ЧКВ предпочтительнее ТЛТ.
      • Рекомендуется срочно выполнить ЭхоКГ для оценки выраженности сократительной дисфункции и поиска механических осложнений ИМ у больных с застоем в легких и особенно с отеком легких [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется оксигенотерапия у больных с насыщением крови кислородом 95%. При более выраженных дыхательных расстройствах рекомендуется поддержка дыхания (обычно достаточно дыхания через маску с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях или двухуровневой дыхательной поддержки) [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение 20-40 мг фуросемида\*\*, при необходимости повторно с интервалом в 1-4 часа [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарии.** У больных с выраженной задержкой жидкости, недостаточным ответом на введение препарата могут применяться более высокие дозы фуросемида.
      • Рекомендуется в/в введение морфина при отеке легких \*\* [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в инфузия нитратов у больных без артериальной гипотонии [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуются ингибиторы АПФ при отсутствии артериальной гипотонии, гиповолемии и выраженной почечной недостаточности [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуются блокаторы рецептора ангиотензина (предпочтительно валсартан) при непереносимости ингибиторов АПФ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B).**
      • Рекомендуется блокатор рецептора альдостерона (предпочтительно эплеренон) у больных с ФВ ЛЖ ≤40% при отсутствии выраженной почечной недостаточности и гиперкалиемии [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B).**
      • Рекомендуется краткосрочная инфузия кардиотонических лекарственных средств (добутамина, допамина) при рефрактерном отеке легких, особенно в сочетании с артериальной гипотонией, которая не связана с гиповолемией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется краткосрочная инфузия левосимендана, при рефрактерном отеке легких у больных без артериальной гипотонии и гиповолемии, особенно если отек легких развился на фоне продолжающегося приема бета-адреноблокаторов [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств C).**
      • Рекомендуется рассмотреть целесообразность использования различных способов поддержки кровообращения в наиболее тяжелых рефрактерных случаях, при механических осложнениях ИМ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств C).**       **3,2,3,2.** Кардиогенный шок.
      • Рекомендуется максимально полная реваскуляризация миокарда с использованием ЧКВ или операции КШ вне зависимости от сроков начала заболевания [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется тромболитическая терапия при недоступности реваскуляризации миокарда [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется срочно выполнить ЭхоКГ для оценки выраженности сократительной дисфункции и поиска механических осложнений ИМ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется оксигенотерапи, при необходимости поддержка дыхания, включая интубацию трахеи с механической ИВЛ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется убедиться в отсутствии гиповолемии [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарии.** У больных без признаков застоя в малом круге кровообращения можно оценить эффективность быстрого внутривенного введения жидкости. В сложных случаях может быть оправдана установка в легочную артерию плавающего катетера для контроля давления заполнения камер сердца.
      • Рекомендуется инотропная поддержка с использованием внутривенной инфузии допмина, добутамина [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется внутривенная инфузия норэпинефрина при выраженной артериальной гипотонии, который в этой ситуации предпочтительнее допмина [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций II в (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется рассмотреть использование различных способов поддержки кровообращения в наиболее тяжелых рефрактерных случаях, при механических осложнениях ИМ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств C).**       **3,2,3,3.** Нарушения ритма и проводимости сердца.
      • Рекомендуется восстановление синусового ритма при возникновении фибрилляции предсердий (ФП) в случаях, когда провоцирующий фактор или причина могут быть устранены (например, ишемия миокарда) [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций II а (Уровень достоверности доказательств C).**
      • Рекомендовано в/в введение бета-адреноблокаторов, дилтиазема или верапамила для уменьшения ЧСС у больных с сохраняющейся ФП, не имеющих проявлений острой СН,. При необходимости в дальнейшем возможен переход на пероральный прием этих лекарственных средств [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарий.** Бета.
      • Рекомендуется в/в введение амиодарона или дигоксина для уменьшения ЧСС у больных с сохраняющейся ФП в сочетании с острой СН, артериальной гипотонией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**
      • Рекомендуется немедленная электрическая кардиоверсия при невозможности адекватного контроля ЧСС с помощью медикаментозной терапии у больных с сохраняющейся ФП в сочетании с ишемией миокарда, артериальной гипотонией, выраженной СН [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**       **Комментарии.** Энергии электрического разряда приведены в Приложении Г10.
      • Рекомендуется в/в введение амиодарона при недавно возникшей ФП у стабильных больных со структурной болезнью сердца для восстановления синусового ритма.
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**
      • Рекомендуется электричеркая кардиоверсия/дефибрилляция у больных с устойчивой желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение амиодарона у больных с рецидивирующей или рефрактерной к электрической кардиоверсии мономорфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение лидокаина у больных с рецидивирующей или рефрактерной к электрической кардиоверсии мономорфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется трансвенозная стимуляция у больных рефрактерной к электрической кардиоверсии или часто рецидивирующей на фоне медикаментозного лечения мономорфной желудочковой тахикардией для устранения аритмии [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций II а (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение бета-адреноблокаторов или амиодарона у больных с полиморфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В для бета.** Адреноблокаторов, С для амиодарона).
      • Рекомендуется срочная КАГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда у больных с полиморфной желудочковой тахикардией в случаях, когда нельзя исключать ишемию миокарда [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение лидокаина у больных с полиморфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIb (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется выявление и устранение электролитных нарушений, а также возможное введение магния у больных с полиморфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется подавляющая электрическая кардиостимуляция через катетер в правом делудочке или в/в инфузия изопреналина у больных с полиморфной желудочковой тахикардией [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется в/в введение атропина у больных с синусовой брадикардией, сопровождающейся артериальной гипотонией, АВ блокадой II степени типа Мобитц II или АВ блокадой III степени с брадикардией, которая вызывает артериальную гипотонию или СН. При его неэффективности рекомендована временная электрическая кардиостимуляция [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется срочная КАГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда у больных с синусовой брадикардией, сопровождающейся артериальной гипотонией, АВ блокадой II степени типа Мобитц II или АВ блокадой III степени с брадикардией, которая вызывает артериальную гипотонию или СН, не получивших реперфузионной терапии.
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется оценить ФВ ЛЖ с помощью ЭхоКГ как минимум через 40 дней после ИМ у больных с ФВ ЛЖ ≤40% для оценки риска внезапной сердечной смерти и целесообразности имплантации кардиовертера-дефибриллятора [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**

**Реабилитация**

      • Рекомендуется включение больных в программы по вторичной профилактике и реабилитации [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарий.** Правильно построенная программа физической и психологической реабилитации способствует повышению приверженности к медикаментозному лечению и мероприятиям по изменению образа жизни, включающим диету, регулярные физические нагрузки и отказ от курения. После определения индивидуальной переносимости физической нагрузки и оценки связанного с ней риска рекомендуется разработать программу реабилитации, при возможности включающую регулярные аэробные физические нагрузки (тренировки) как минимум 3 раза в неделю продолжительностью как минимум по 30 мин. Больных с малоподвижным образом жизни следует активно стимулировать к началу программ физической реабилитации с нагрузками небольшой интенсивности.
      • Рекомендуется использование программ реабилитации, основанных на регулярной физической активности [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств В).**

**Профилактика**

      • Рекомендуется модификация факторов риска и изменение стиля жизни (диета, адекватная физическая нагрузка), отказ от курения и неопределенно долгое (при отсутствии побочных эффектов фактически пожизненное) использование несколько групп лекарственных средств [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств А).**       **Комментарии.** Подходы к вторичной профилактике представлены в Приложении Г11.

**Дополнительно**

      **Организация системы оказания помощи.**
      • Рекомендуется оказание догоспитальной помощи бригадой Скорой медицинской помощи со специально обученным персоналом, оснащенная электрокардиографом (и при необходимости телеметрией), способная начать необходимое лечение , включая тромболитическеую терапию [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B).**       **Комментарии.** Особенности догоспитального лечения ИМп ST изложены в приложении Г8.
      • Рекомендуется создание региональной системы оказания медицинской помощи, обеспечивающей быстрое и эффективное реперфузионное лечение ИМпST, организованное таким образом, чтобы максимальному числу больных было доступно первичное ЧКВ [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B).**
      • Рекомендовано наличие в лечебных учреждениях, выполняющих первичное ЧКВ, службы, работающей 24 часа 7 дней в неделю и позволяющей начать вмешательство как можно быстрее, в пределах 60 минут после первого контакта больного с медицинским работником [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств B).**
      • Рекомендуется, чтобы все подразделения, вовлеченные в лечение ИМпST, имели письменно изложенный протокол лечения заболевания, согласованный с региональной структурой оказания помощи подобным больным [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций I (Уровень достоверности доказательств С).**
      • Рекомендуется, чтобы больные, поступившие для первичного ЧКВ, доставлялись напрямую в ангиографическую лабораторию, минуя все другие подразделения стационара [2-4].
      **Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств В).**

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  | **Критерий качества**  | **Уровень достоверности доказательств**  | **Уровень убедительности рекомендаций**  |
| 1  | Выполнено ЭКГ в течение 10 мин на месте первого контакта с медицинским работником  | I  | А  |
| 2  | Выполнена определение уровня биохимических маркеров повреждения кардиомиоцитов в крови  | I  | A  |
| 3  | Проведена стратификации риска неблагоприятного исхода на этапе диагностики  | I  | А  |
| 4  | Проведен учет временных интервалов от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения  | I  | В  |
| 5  | Выполнено первичное ЧКВ в первые 120 мин после контакта с медицинским работником  | I  | A  |
| 6  | Выполнена ТЛТ в первые 30 мин после контакта с медицинским работником  | I  | В  |
| 7  | Выполнена реперфузионная терапия в первые 12 часов от начала симптомов  | I  | А  |
| 8  | Выполнено лечение АСК\*\*  | I  | A  |
| 9  | Проведено лечение пероральным ингибитором Р2Y 12 -рецепторов тромбоцитов (тикагрелор или клопилогрел\*\*)  | I  | A  |
| 10  | Выполнено использование антикоагулянта  | I  | A  |
| 11  | Выполнено лечение ингибиторами АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов у больных с ФВ ЛЖ ФВ ≤40% или с клиническими проявлениями СН  | I  | A  |
| 12  | Выполнено лечение бета-адреноблокаторами у больных с ФВ ЛЖ ФВ ≤40% или с клиническими проявлениями СН  | I  | A  |
| 13  | Проведено лечение высокой доза статина  | I  | A  |
| 14  | Выполнено ультразвуковое исследование сердца с оценкой ФВ ЛЖ до выписки из стационара  | I  | A  |
| 15  | Выполнено включение больных в программу по вторичной профилактике и реабилитации  | I  | В  |