



Інфаркт міокарду: чотири універсальні дефініції (ESC) 2018 р.

Источник: Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; ESC Scientific Document Group (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Eur Heart J. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462. [Epub ahead of print]

Клінічні критерії ІМ:

1. Наявність гострого пошкодження міокарда, що підтверджується рівнем кардіальних біомаркерів (сТп)

+

2. Наявність доказів гострої ішемії міокарда.

Виявлення підвищення рівнів сТп вище 99 перцентиль URL (upper reference limit) визначається як пошкодження міокарда. Пошкодження вважається гострим, якщо є нещодавно виявлений динамічний підйом та/або падіння показника значень сТп вище 99 перцентиль URL.

сТпI та сТпT є рекомендованими біомаркерами для оцінки пошкодження міокарда. Високочутливі (hs) -сТп аналізи рекомендовані для звичайного клінічного використання. Інші біомаркери, наприклад креатинкіназа (СК-МВ), менш чутливі та менш специфічні.

- Повторний інфаркт міокарда – випадок ІМ, що виник через > 28 діб після перенесеного гострого ІМ.

- Реінфаркт (рецидив ІМ) – випадок ІМ, що виник до 28 доби після перенесеного гострого ІМ.

Причини підвищення рівнів сТп, що пов'язані з пошкодженням міокарда:

- Пошкодження міокарда внаслідок гострої ішемії (пошкодження атеросклеротичної бляшки з тромбозом);

- Пошкодження міокарда внаслідок гострої ішемії спричиненої порушенням балансу постачання/використання кисню (спазм коронарних артерій (КА), коронарний емболізм, розшарування КА, гіпотензія, шок, тяжка анемія, стійка тахіаритмія);

- Інші причини пошкодження міокарда (серцева недостатність, міокардит, кардіоміопатія, синдром Такоцубо, дефібриляційний шок, сепсис, хронічна хвороба нирок, інсульт, субарахноїдальний крововилив, хіміотерапевтичні агенти).

Клінічна класифікація ІМ.

1. Інфаркт міокарда тип 1:

- виникає внаслідок атеротромботичної хвороби коронарних артерій (coronary artery disease (CAD)) і, як правило, спричинений пошкодженням атеросклеротичної бляшки (розрив або ерозія).

Критерії для ІМ тип 1:

- Виявлення підйому та / або падіння значень сТп принаймні на одне значення, що перевищує 99 перцентиль URL, і принаймні одного з наведених нижче:

- Симптоми гострої ішемії міокарда;

- Нові ішемічні зміни ЕКГ;

- Поява патологічного зубця Q;

- Виявлення коронарного тромбу за допомогою ангіографії, включаючи інтракоронарне зображення або аутопсію;

- Візуалізація доказів свіжої втрати життєздатного міокарда або нової аномалії руху на стінках, що відповідає ішемічній етіології.

2. Інфаркт міокарда тип 2:

- виникає внаслідок ішемічного ураження міокарда, що спричинений порушенням між забезпеченням і потребою міокарда у кисні.

Критерії для ІМ тип 2:

- Виявлення підйому та / або падіння значень сТп принаймні на одне значення, що перевищує 99 перцентиль URL, і докази дисбалансу між забезпеченням і потребою міокарда у кисні, не пов'язаним з коронарним тромбозом, і принаймні одного з наведених нижче:

- Симптоми гострої ішемії міокарда;

- Нові ішемічні зміни ЕКГ;

- Поява патологічного зубця Q;

- Візуалізація доказів свіжої втрати життєздатного міокарда або нової аномалії руху на стінках, що відповідає ішемічній етіології.

3. Інфаркт міокарда тип 3:

- висока підозра на гостру ішемію міокарда, але відсутність кардіальних біомаркерів в крові. Пацієнти можуть продемонструвати типові симптоми ІМ, включаючи передбачувані нові ішемічні зміни ЕКГ або фібриляцію шлуночків, і померти до того, як

можна визначити в крові серцеві біомаркери.

Критерії для ІМ тип 3:

- Пацієнти, які страждають серцевою смертю, мають симптоми, що супроводжують ішемію міокарда, супроводжуються передбачуваними новими ішемічними змінними ЕКГ або фібриляцією шлуночків, але вмирають до того, як отримані зразки крові для кардіальних біомаркерів, або до того, як можна виявити кардіальні біомаркери, або виявити ІМ через аутопсію.

4. Інфаркт міокарда, асоційований з перкутанним коронарним втручанням (ІМ тип 4а):

Критерії для ІМ тип 4а:

- Підвищення значень сТп більш ніж у п'ять разів 99 перцентиль URL у пацієнтів з нормальними вихідними значеннями. У хворих з підвищеним допроцедурним рівнем сТп, у яких рівень сТп стабільний ($\leq 20\%$ варіації), постпроцедурний рівень сТп повинен збільшуватися на $> 20\%$. Проте, для постановки ІМ тип 4а абсолютний постпроцедурний рівень повинен бути як мінімум в п'ять разів вище 99 перцентиль URL, і принаймні одного з наведених нижче:

- Нові ішемічні зміни ЕКГ;
- Розвиток нового патологічного зубця Q;
- Візуалізація доказів свіжої втрати життєздатного міокарда або нової аномалії руху на стінках, що відповідає ішемічній етіології;
- Результати ангіографії узгоджуються з процедурними ускладненнями порушення кровотоку (procedural flow-limiting complication), такими як коронарна дисекція, оклюзія великої епікардіальної артерії або закупорка/тромб бокової гілки, порушення колатерального кровообігу або дистальна емболізація.

ІМ асоційований з тромбозом раніше встановленого стента (stent/scaffold) (ІМ тип 4b):

- Підтвердженний ангіографією чи аутопсією, використовуючи ті ж критерії, які використовуються для ІМ тип 1. Важливо вказати час виникнення тромбозу стента відносно часу проведення процедури PCI. Запропоновані наступні тимчасові категорії:

гострий 0-24 год;

підгострий - від 24 годин до 30 днів;

пізній - від 30 днів до 1 року;

дуже пізній - > 1 рік після імплантації.

ІМ асоційований з рестенозом внаслідок PCI (ІМ тип 4с):

- визначається як фокальний або дифузний рестеноз або комплекс уражень з підвищенням і/або зниженням значень сТп вище 99 перцентиль URL, використовуючи ті ж критерії, які використовуються для ІМ тип 1.

5. Інфаркт міокарда асоційований з аортокоронарним шунтуванням (ІМ тип 5):

- CABG-асоційований ІМ визначається підвищеним рівнем сТп більш ніж у 10 разів 99 перцентиль URL у пацієнтів з нормальними вихідними рівнями сТп. У хворих з підвищеним допроцедурним рівнем сТп, у яких рівень сТп стабільний ($\leq 20\%$ варіації), постпроцедурний рівень сТп повинен збільшуватися на $> 20\%$. Проте, для постановки ІМ тип 5 абсолютний постпроцедурний рівень повинен бути як мінімум в 10 разів вище 99 перцентиль URL, і принаймні одного з наведених нижче:

- Розвиток нового патологічного зубця Q;
- Візуалізація доказів свіжої втрати життєздатного міокарда або нової аномалії руху на стінках, що відповідає ішемічній етіології;
- Ангіографічно підтверджена нова оклюзія трансплантата або нова оклюзія власної коронарної артерії.

Джерело: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehy462/5079081>