

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Краткий обзор актуальных рекомендаций ESC и ACC/AHA с анализом ключевых изменений по сравнению с предыдущими версиями.

Справочный материал для практикующих врачей

О документе

- Представленный материал является обобщённым изложением актуальных рекомендаций двух ведущих международных кардиологических обществ по диагностике и лечению острого коронарного синдрома (ОКС), адаптированным и переведённым на русский язык.
- Часть 1 — актуальные позиции ESC 2023 и ACC/AHA 2025 по темам, в соседних колонках.
- Часть 2 — что изменилось в рекомендациях каждого общества по сравнению с его же предыдущими версиями.

Источники

- ESC 2023: 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J 2023;44:3720–3826.
- ESC — предыдущие версии: отдельные гайдлайны по STEMI (2017) и NSTEMI-ACS (2020).
- ACC/AHA 2025: 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. JACC / Circulation, февраль 2025.
- ACC/AHA — предыдущие версии: 2013 STEMI Guideline; 2014 NSTEMI-ACS Guideline; 2016 DAPT Guideline; 2021 Revascularization Guideline.

Важно: это справочный материал, обобщающий и переводящий позиции первоисточников своими словами, а не клиническая рекомендация от составителя и не официальный перевод. Прямые цитаты сведены к минимуму и атрибутированы. Полные тексты гайдлайнов остаются основным источником для клинических решений.

ЧАСТЬ 1. АКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ — ESC 2023 И ACC/AHA 2025**Условные обозначения уровней доказательности:**

- ESC — Класс I/IIa/IIb/III; Уровень доказательности A/B/C
- ACC/AHA — Класс рекомендаций (COR) 1/2a/2b/3; Уровень доказательности (LOE) A/B-R/B-NR/C-LD/C-EO

СТРУКТУРА И ОХВАТ		
Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Охват гайдлайна	Первый единый гайдлайн ESC, охватывающий весь спектр ОКС — нестабильная стенокардия, NSTEMI и STEMI — в одном документе; заменяет отдельные версии 2017 (STEMI) и 2020 (NSTEMI-ACS).	Первый единый гайдлайн ACC/AHA, объединивший STEMI и NSTEMI в один документ; заменяет 2013 STEMI Guideline, 2014 NSTEMI-ACS Guideline и ряд focused updates по ДААТ и реваскуляризации.
Общий подход	Концепция «рабочего диагноза → финального диагноза» для обеспечения комплексной оценки. Ведение от момента поступления до долгосрочного наблюдения в одном документе. Акцент на персонализацию.	Командный подход, shared decision-making, учёт социальных детерминант здоровья (SDOH). Единый алгоритм оценки ишемического и геморрагического риска на всех этапах.
ДИАГНОСТИКА И ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА		
Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Диагностика STEMI	Стандартная ЭКГ в 12 отведениях немедленно. При нижнем STEMI — правые прекардиальные отведения (V3R/V4R) для исключения ИМ правого желудочка, задние отведения (V7–V9) — для задней локализации. Диагноз STEMI на основе ЭКГ-критериев без ожидания биомаркеров.	Аналогичный подход: немедленная ЭКГ, признание STEMI-эквивалентов (элевация ST в aVR с многоотведённой депрессией, блокада ЛНПГ, де Уинтера паттерн и др.) — отдельный акцент на эти паттерны как показание к тактике STEMI.
Диагностика NSTEMI / нестабильной стенокардии	Высокочувствительный тропонин (hs-cTn) — основа диагностики; рекомендованы стандартные алгоритмы исключения NSTEMI: 0h/1h или 0h/2h. Нестабильная стенокардия — диагноз исключения при отрицательном тропонине.	Аналогично — hs-cTn обязателен; рекомендованы быстрые диагностические протоколы. Отдельный акцент на дифференциальную диагностику с некоронарными причинами (ТЭЛА, расслоение аорты, миокардит).
Шкалы риска	GRACE 2.0 — основная шкала стратификации ишемического риска для NSTEMI-ACS; рекомендована для определения сроков инвазивной стратегии.	TIMI и GRACE — упоминаются как инструменты, однако гайдлайн подчёркивает, что ни одна шкала не заменяет клиническое суждение; более широкая интеграция клинических переменных.
СТРАТЕГИЯ РЕПЕРFUЗИИ — STEMI		
Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Первичное ЧКВ (ППЧКВ)	Метод выбора при возможности выполнения ≤120 мин с момента постановки диагноза. Доступ через лучевую артерию	Аналогично — ППЧКВ как стандарт; лучевой доступ рекомендован для снижения кровотечений, сосудистых осложнений и смертности (класс 1).

	предпочтителен. Немедленная ангиография и ЧКВ — при STEMI и NSTEMI-ACS с признаками очень высокого риска.	
Тромболизис	При невозможности ППЧКВ в течение ≤ 120 мин от постановки диагноза — тромболизис в первые 12 часов от начала симптомов. После тромболизиса — ангиография в течение 2–24 ч.	Аналогичный подход: тромболизис как альтернатива при невозможности своевременного ППЧКВ; рекомендуется последующая ангиография.
Полная реваскуляризация (многососудистое поражение)	Полная реваскуляризация (позатаяная, не немедленная в рамках одной процедуры) — класс IIa. При кардиогенном шоке — реваскуляризация только виновной артерии; рутинная полная реваскуляризация при шоке не рекомендована (класс III).	Изменение 2025: полная реваскуляризация — класс 1 как при STEMI, так и при NSTEMI-ACS; допустима как одномоментно, так и поэтапно. При кардиогенном шоке — только виновная артерия (рутинная полная реваскуляризация не рекомендована, на основе данных CULPRIT-SHOCK).

СТРАТЕГИЯ РЕПЕРФУЗИИ — NSTEMI-ACS (NSTEMI / нестабильная стенокардия)

Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Сроки инвазивной стратегии	- Немедленная (< 2 ч): рефрактерная стенокардия, нестабильная гемодинамика/электрическая нестабильность. - Ранняя (< 24 ч): высокий риск по GRACE, динамика тропонина/ЭКГ, ранняя постинфарктная стенокардия. - Избирательная: низкий риск — после функционального тестирования.	- Немедленная: рефрактерная стенокардия или гемодинамическая/электрическая нестабильность. - Ранняя (< 24 ч): промежуточный или высокий ишемический риск. - Рутинная инвазивная или избирательная: низкий риск — с обязательной ангиографией до выписки при избранной инвазивной стратегии.

ИНТРАСОСУДИСТОЕ ВИЗИРОВАНИЕ ПРИ ЧКВ

Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
ВСУЗИ / ОКТ	Интрасосудистое визуирование (ВСУЗИ или ОКТ) рекомендовано для оптимизации имплантации стента при ЧКВ — класс IIa; особенно при сложных поражениях.	Усиление рекомендации: интрасосудистое визуирование (ВСУЗИ или ОКТ) рекомендовано как класс 1 для ЧКВ при сложных поражениях коронарных артерий у пациентов с ОКС.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Нагрузочная доза АСК	АСК 150–300 мг при подтвержденном диагнозе ОКС — класс IA, при STEMI — как можно раньше.	АСК нагрузочная доза при STEMI — класс IA. Аналогичный подход.
Выбор P2Y12-ингибитора	Прасугрел или тикагрелор предпочтительнее клопидогрела для большинства пациентов с ОКС при ЧКВ. Рутинное пред-лечение P2Y12-ингибиторами до коронарографии при NSTEMI-ACS не рекомендовано.	ACC/AHA 2025: при NSTEMI-ACS + ЧКВ — прасугрел или тикагрелор рекомендованы для снижения MACE и тромбоза стента; прасугрел предпочтителен перед тикагрелором при ЧКВ (на основании ISAR-REACT 5).
Длительность ДААТ	12 месяцев — стандартная стратегия. Для пациентов без высокого ишемического риска, без событий после 3–6 мес ДААТ — переход на монотерапию P2Y12-ингибитором может быть	12 месяцев — стандарт (класс 1) при отсутствии высокого риска кровотечения. При высоком риске кровотечения — тикагрелор монотерапия после 1 мес ДААТ (класс IIa). Де-эскалация

	рассмотрен (класс IIa). При высоком риске кровотечения — аспирин или P2Y12 монотерапия после 1 мес ДААТ (класс IIb).	(переключение с прасугрела/тикагрелора на клопидогрел) в первые 30 дней после ОКС не рекомендована.
ОКС + фибрилляция предсердий (тройная терапия)	После короткого периода тройной антитромботической терапии (до 1 недели) — переход на двойную (ПОАК + клопидогрел). Отмена антиагреганта после 6–12 мес, пожизненный ПОАК.	Аналогичный подход: двойная терапия (ПОАК + один антиагрегант, предпочтительно клопидогрел) при ФП + ОКС после короткого периода тройной терапии.
КАРДИОГЕННЫЙ ШОК		
Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Реваскуляризация	Экстренная реваскуляризация виновной артерии — показана. Рутинная ЧКВ не-инфаркт-связанных артерий при кардиогенном шоке не рекомендована (класс III на основании CULPRIT-SHOCK).	Аналогично: реваскуляризация виновной артерии — показана. Рутинная ЧКВ не-виновных артерий при шоке — не рекомендована.
Механическая поддержка кровообращения	ВАБК (внутриаортальная баллонная контрпульсация) — не рекомендована рутинно. Другие МПК-устройства — при рефрактерном шоке.	Новое: применение микроаксиального насоса (Impella) у отдельных пациентов с кардиогенным шоком при ОИМ — класс IIa для снижения смертности. Оговорка о повышенном риске кровотечений, ишемии конечности и почечной недостаточности.
ДОЛГОСРОЧНАЯ ТЕРАПИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА		
Тема	ESC 2023 (ОКС — единый гайдлайн)	ACC/AHA 2025 (ОКС — единый гайдлайн)
Статины	Высокоинтенсивная статинотерапия всем пациентам с ОКС; цель — ЛПНП <1,4 ммоль/л (или снижение ≥50% от исходного); добавление эзетимиба и/или ингибиторов PCSK9 при недостижении цели.	Высокоинтенсивная статинотерапия — класс 1 всем пациентам с ОКС. Эзетимиб — как опция или альтернатива при непереносимости статинов.
Колхицин	Новая рекомендация ESC 2023: низкие дозы колхицина (0,5 мг/сут) для снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с ОКС — класс IIa (на основании LoDoCo2, COLCOT).	Принята аналогичная позиция: колхицин в низких дозах может быть рассмотрен для снижения повторных сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенёвших ОКС.
Сахароснижающие препараты (SGLT2i / GLP-1)	SGLT2-ингибиторы и агонисты GLP-1 рекомендованы при сопутствующем СД2 с учётом их кардиопротективного эффекта (класс I, уровень A — для SGLT2i при СД2 + сердечная недостаточность).	Аналогичная рекомендация: SGLT2i и агонисты GLP-1 при ОКС + СД2 или ожирении для снижения сердечно-сосудистого риска, независимо от достижения целевого HbA1c.

ЧАСТЬ 2. ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРЕДЫДУЩИМИ ВЕРСИЯМИ

Этот раздел показывает развитие рекомендаций каждого общества относительно самого себя — без сопоставления ESC и ACC/AHA между собой и без сравнения с какой-либо третьей системой.

ESC 2023 vs ESC 2017 (STEMI) и ESC 2020 (NSTEMI-ACS) — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	
Что изменилось	Суть изменения
Объединение STEMI и NSTEMI-ACS	Главное структурное изменение: впервые ESC выпустил единый гайдлайн по всему спектру ОКС, заменив два отдельных документа — по STEMI (2017) и по NSTEMI-ACS (2020). Цель — единый клинический поток ведения от поступления до выписки.
Диагностические алгоритмы hs-cTn	Обновлены и стандартизированы быстрые алгоритмы исключения NSTEMI — 0h/1h и 0h/2h; чётче прописаны популяции, для которых применим каждый алгоритм.
Пред-лечение P2Y12-ингибиторами	В 2020 г. (NSTEMI-ACS) рутинное пред-лечение было спорным. В 2023 г. — явно не рекомендовано рутинное пред-лечение P2Y12-ингибиторами при NSTEMI-ACS до известной коронарной анатомии и при планируемой ранней инвазивной тактике (<24 ч).
Длительность ДААТ — монотерапия P2Y12i	Новое в 2023 г.: у пациентов без событий после 1 мес ДААТ при высоком риске кровотечения — монотерапия P2Y12-ингибитором (класс IIb) стала отдельно выделенной опцией; у пациентов без высокого ишемического риска после 3–6 мес — переход на P2Y12-монотерапию (класс IIa).
Полная реваскуляризация при STEMI	В 2017 г. — класс IIa (поэтапная). В 2023 г. — класс I (поэтапная или непосредственно при индексной процедуре — по выбору). Исключение: кардиогенный шок — класс III (не рекомендована рутинная полная реваскуляризация).
Колхицин — новая рекомендация	Отсутствовал в гайдлайнах 2017/2020. В 2023 г. включён: колхицин 0,5 мг/сут для снижения повторных сердечно-сосудистых событий — класс IIa (на основании данных COLCOT и LoDoCo2).
SGLT2i / GLP-1 при ОКС + СД	В 2017/2020 г. — нет явных рекомендаций по этому классу в контексте ОКС. В 2023 г. — явная рекомендация SGLT2-ингибиторов при СД2 + ОКС для кардиопротекции.
Вовлечение пациента	Впервые: пациент включён как участник рабочей группы по разработке гайдлайна; в документ добавлен раздел с перспективой пациента.

ACC/AHA 2025 vs 2013 (STEMI), 2014 (NSTEMI-ACS), 2016 (DAPT), 2021 (реваскуляризация) — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	
Что изменилось	Суть изменения
Объединение STEMI и NSTEMI-ACS	Главное структурное изменение — аналогично ESC: впервые ACC/AHA объединил STEMI и NSTEMI в единый документ. Предыдущие гайдлайны по STEMI (2013) и NSTEMI-ACS (2014) были отдельными; теперь — единый клинический поток.
Полная реваскуляризация — новый класс 1	В 2021 Revascularization Guideline полная реваскуляризация при STEMI — класс IIa (с предпочтением поэтапной). В 2025 г. — класс 1 при STEMI и NSTEMI-ACS; допустима одномоментно или поэтапно (на основании COMPLETE, FIRE, MULTISTARS-AMI). Исключение: кардиогенный шок.
Интрасосудистое визуирование (ВСУЗИ/ОКТ)	В предыдущих версиях — класс IIa или ниже. В 2025 г. — класс 1 при ЧКВ у пациентов с ОКС при сложных поражениях коронарных артерий. Обоснование: снижение риска тромбоза стента и улучшение долгосрочных результатов ЧКВ.
Выбор P2Y12-ингибитора: прасугрел > тикагрелор	Новый нюанс: при NSTEMI-ACS + ЧКВ прасугрел рекомендован предпочтительнее тикагрелора (на основании ISAR-REACT 5). В предыдущих версиях оба препарата были примерно равнозначны.
Де-эскалация ДААТ в первые 30 дней	Новая явная рекомендация против: переключение с прасугрела/тикагрелора на клопидогрел в первые 30 дней после ОКС не рекомендовано (на основании нескольких РКИ, показавших неблагоприятные исходы при ранней де-эскалации).
Микроаксиальный насос при кардиогенном шоке	Новая рекомендация: применение Impella у отдельных пациентов с острым ИМ + кардиогенный шок — класс IIa. Одновременно оговорены повышенные риски осложнений (кровотечение, ишемия конечности, ОПП).
Колхицин	Аналогично ESC 2023 — добавлен как опция для снижения повторных сердечно-сосудистых событий; отсутствовал в предыдущих версиях.
Трансфузия эритроцитов	Новая практическая рекомендация: при ОКС + острая/хроническая анемия без активного кровотечения — разумно переливание эритроцитарной массы для поддержания гемоглобина на уровне 10 г/дл.

Ограничения и рекомендации по использованию

- Это обобщённый пересказ официальных публикаций ESC и ACC/AHA, а не исчерпывающее изложение всех разделов гайдлайнов и не клиническая рекомендация составителя.
- Для клинических решений рекомендуется обращаться к полным текстам первоисточников.
- Документ не сравнивается ни с каким национальным протоколом и не делает выводов о доступности препаратов в какой-либо стране.
- Перед публикацией рекомендуется вычитка кардиологом на предмет точности перевода терминов и сохранения нюансов классов рекомендаций.