

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Руда М. Я. (председатель), Аверков О. В., Панченко Е. П., Явелов И. С.

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБЩЕСТВА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ. ЧАСТЬ 3

РЕКОМЕНДОВАНО МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, 2015

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, диагностика, лечение.

Ссылка для цитирования: *Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций Руда М. Я., Аверков О. В., Панченко Е. П., Явелов И. С. Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Часть 3. Кардиология. 2017;57(10):98–104.*

Working group on preparation of the text of recommendations

Ruda M. Ya. (Chairman), Averkov O. V., Panchenko E. P., Yavelov I. S.

RECOMMENDATIONS OF THE SOCIETY OF SPECIALISTS IN URGENT CARDIOLOGY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-ST- SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME. PART 3

RECOMMENDED BY THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION, 2015

Keywords: Non-ST-elevation acute coronary syndrome, diagnosis, treatment.

For citation: *Working group on preparation of the text of recommendations Ruda M. Ya., Averkov O. V., Panchenko E. P., Yavelov I. S. Diagnosis and treatment of patients with acute coronary syndrome without an elevation of the ST segment of the electrocardiogram. Part 3. Kardiologiia. 2017;57(10):98–104.*

Список членов комитета экспертов:

д. м. н. Аверков О. В. (Москва); академик РАН, профессор Алесян Б. Г. (Москва); профессор Аронов Д. М. (Москва); профессор Архипов М. В. (Екатеринбург); профессор Барбараш О. Л. (Кемерово); профессор Белялов Ф. И. (Иркутск); профессор Болдуева С. А. (Санкт-Петербург); профессор Бойцов С. А. (Москва); профессор Васильева Е. Ю. (Москва); профессор Габинский Я. Л. (Екатеринбург); профессор Галявич А. С. (Казань); профессор Говорин А. В. (Чита); профессор Голицын С. П. (Москва); профессор Гринштейн Ю. И. (Красноярск); профессор Довгалецкий П. Я. (Саратов); к. м. н. Ерегин С. Я. (Ярославль); профессор Затеищников Д. А. (Москва); академик РАН, профессор Карпов Р. С. (Томск); профессор Карпов Ю. А. (Москва); д. м. н. Комаров А. Л. (Москва); профессор Космачева Е. Д. (Краснодар); профессор Куимов А. Д. (Новосибирск); профессор Лопатин Ю. М. (Волгоград); профессор Марков В. А. (Томск); академик РАН, профессор Моисеев В. С. (Москва); профессор Панченко Е. П. (Москва); к. м. н. Певзнер Д. В. (Москва); профессор Перепеч Н. Б. (Санкт-Петербург); профессор Репин А. Н. (Томск); профессор Руда М. Я. (Москва); профессор Самко А. Н. (Москва); профессор Сеницын В. Е. (Москва); д. м. н. Староверов И. И. (Москва); профессор Сулимов В. А. (Москва); профессор Сыркин А. Л. (Москва); профессор Терещенко С. Н. (Москва); профессор Туев А. В. (Пермь); профессор Хрипун А. В. (Ростов-на-Дону); профессор Хрусталева О. А. (Ярославль); академик РАН, профессор Чазов Е. И. (Москва); чл.-корр. РАН, профессор Чазова И. Е. (Москва); профессор Шалаев С. В. (Тюмень); профессор Шальнова С. А. (Москва); профессор Шпектор А. В. (Москва); д. м. н. Явелов И. С. (Москва); к. м. н. Яковлев А. Н. (Санкт-Петербург); профессор Якушин С. С. (Рязань).

Часть 3.

8. Инвазивное лечение

Реваскуляризация является неотъемлемой частью лечения значительной доли больных с ОКСбпСТ. Однако подход к реваскуляризации при обсуждаемом состоянии радикально отличается от такового при ИМпСТ. В последнем случае главным пособием для абсолютного большинства больных является неотложное первичное ЧКВ, как альтернативный вариант – ЧКВ, выполняемое вслед за тромболизисом.

В более разнородной группе больных с ОКСбпСТ, представленной как больными с острой окклюзией крупной ветви коронарной артерии, иногда в сочетании с многососудистым поражением, так и пациентами с ангиографически малоизмененными или нормальными артериями сердца, вариантов применения инвазивного обследования и лечения больше. Эти варианты различаются как временным интервалом от поступления до инвазивного обследования, так и выбором сроков и методов реваскуляризации по результатам этого обследования.

В настоящее время рекомендуется рутинная инвазивная тактика ведения больных с ОКСбпСТ как стандартная. В ее основе – стремление подвергнуть КАГ большую часть больных, но срочность выполнения этого обследования различна и определяется риском ишемических событий, установить который следует как можно быстрее (Приложение 9). Данной тактикой допускается, что после выполнения КАГ не обязательно следует неотложное ЧКВ. У значительной части больных решение о сроках и методе реваскуляризации может быть принято несколько позже. Разумеется, что у больных с очень высоким риском ишемических событий крайне важно быстро выявить и попытаться сразу устранить нарушение коронарного кровотока, определяющее этот очень высокий риск.

У больных с более низким риском при проведении КАГ в пределах от 2 до 72 ч после поступления и даже позже выполнение одномоментного (по итогам КАГ) ЧКВ будет определяться обнаружением острой/подострой окклюзии, признаками пристеночного коронарного тромбоза или другими критериями «осложненного» стеноза, при условии, что данное поражение подходит для ЧКВ.

При отсутствии ангиографических признаков высокого риска выполнение одномоментного ЧКВ оправдано при обнаружении единичных дискретных явно значимых сужений, однозначно подходящих для ЧКВ. В остальных случаях у больных без признаков очень высокого риска (например, с многососудистым поражением без очевидного стеноза, ответственного за развитие ОКС, без сужения ствола левой коронарной артерии, при сомнениях в гемодинамической значимости выявленных стено-

зов, при обнаружении «старых» коллатерализованных окклюзий) результаты ангиографии должны стать основанием для взвешенного выбора сроков и метода реваскуляризации. Несмотря на важность результатов самой ангиографии (распределение и ангиографические характеристики стенозов, индекс SYNTAX), главным фактором в реализации данного выбора должно быть клиническое состояние больного. Кроме него на выбор способа и сроков реваскуляризации могут влиять возраст больного, сопутствующие лечение и болезни, пожелания больного или врача, которому предстоит наблюдать и вести пациента на амбулаторном этапе.

Важное место в решениях по реваскуляризации у больных с ОКСбпСТ отводится специализированному врачебному консилиуму. В работе такого консилиума, собираемого на регулярной основе и при экстренной необходимости, должны участвовать кардиолог, ведущий данного больного, кардиохирург и врач, выполняющий ЧКВ. Кроме этих лиц к обсуждению тактики лечения и совместному принятию решений могут привлекаться специалисты по имеющимся у больного сопутствующим заболеваниям. Важно, что при принятии решений о реваскуляризации данный консилиум должен руководствоваться своими локальными алгоритмами и протоколами, учитывающими ресурсы, местные стандарты лечения и наличие опыта в выполнении экстренных вмешательств.

Принимая во внимание ключевую роль инвазивного обследования и лечения в ведении больных с ОКСбпСТ, важным элементом ведения этих больных становятся срочные переводы пациентов из больниц без возможностей для инвазивного лечения в стационары, выполняющие экстренные ЧКВ в режиме 24 ч в сутки 7 дней в неделю. Эти переводы должны выполняться аналогично тому, как это происходит с больными с ИМпСТ, отличаясь лишь тем, что у значительной части больных с ОКСбпСТ (без признаков очень высокого и высокого риска) переводы эти не столь экстренны.

8.1. Инвазивная тактика с разделением по срокам выполнения КАГ

8.1.1. Неотложная инвазивная тактика (КАГ в пределах 2 ч после поступления)

Больные с признаками очень высокого риска (Приложение 9) должны быть подвергнуты неотложной КАГ. Очевидность плохого прогноза в случае воздержания от инвазивного лечения у этих больных определяет необходимость выполнения КАГ в пределах 2 ч от поступления с намерением выполнить реваскуляризацию в режиме первичного ЧКВ. Неотложная инвазивная тактика должна быть реализована у таких больных независимо от уровня сердечных маркеров, изменений ЭКГ и количества баллов по различным шкалам риска.

Больницы без возможности выполнить экстренное ЧКВ должны переводить таких больных в инвазивные центры в неотложном порядке. Больные, пришедшие в сознание после устранения остановки кровообращения, должны подвергнуться немедленной КАГ. Больным в коме, сохраняющейся, несмотря на восстановление кровообращения, требуется мультидисциплинарное консультирование и дообследование, если это возможно, с целью исключения некоронарных причин остановки кровообращения. Сразу вслед за этим, при отсутствии явных некоронарных причин, им следует выполнить КАГ.

Кардиогенный шок встречается примерно у 3% больных с ОКСбпСТ и является самой частой причиной смерти в период госпитализации. Оптимальным методом ревазуляризации у больных с шоком считается ЧКВ с восстановлением полноценного кровотока по всем измененным и доступным для ЧКВ артериям. При невозможности выполнить ЧКВ следует рассматривать выполнение КШ, которое является методом выбора при наличии механических осложнений ИМ. Значение баллонной контрпульсации у этих больных в настоящее время оспаривается, но считается оправданным при механических осложнениях ИМ. У отдельных больных для стабилизации состояния могут быть применены экстракорпоральная мембранная оксигенация и имплантируемые вспомогательные устройства для ЛЖ.

8.1.2. Ранняя инвазивная тактика (КАГ в пределах от 2 до 24 ч после поступления)

Пациенты с ОКСбпСТ и критериями высокого риска (Приложение 9) – достаточно многочисленная и хорошо изученная категория больных. Важно, что у больных этой категории не должно быть признаков очень высокого риска при поступлении или в ходе наблюдения в стационаре. В последнем случае КАГ должна быть выполнена в неотложном режиме. Стационары без возможностей для выполнения ЧКВ должны переводить таких больных в инвазивные центры.

8.1.3. Инвазивная тактика (КАГ в пределах от 24 до 72 ч после поступления)

Таким образом, 72 ч – максимальная задержка с выполнением КАГ у больных, имеющих один из признаков умеренного риска (Приложение 9), повторение симптомов или ишемии по результатам неинвазивного обследования. Это время не может быть превышено даже тогда, когда для проведения КАГ (и последующего вмешательства) требуется перевод в другой стационар.

8.1.4. Избирательная инвазивная тактика

Больных без повторения симптомов и без критериев очень высокого, высокого и умеренного риска

(Приложение 9) можно рассматривать как больных с низким риском ишемических событий. У них для окончательного решения об инвазивной тактике (выполнение КАГ до выписки из стационара и ревазуляризация по ее итогам) следует выполнить стресс-тест, оптимально с визуализацией миокарда или с оценкой его сократимости. Считается, что у этой категории больных стресс-тест может быть заменен МСКТ-коронарографией.

8.2. Консервативная тактика

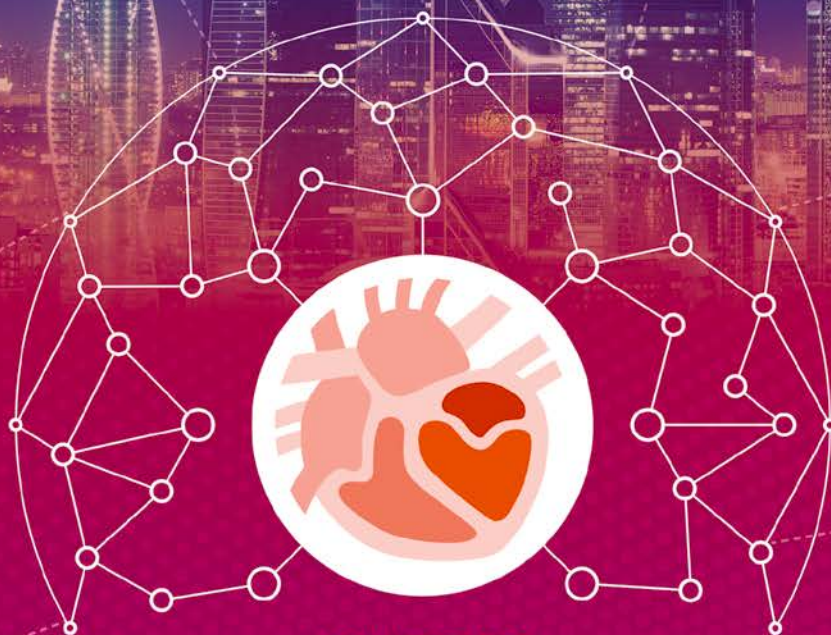
Воздержание от ревазуляризации – нередкая ситуация при ОКСбпСТ. Консервативная тактика считается уместной в нескольких подгруппах больных. Среди тех, у кого имеется коронарный атеросклероз, можно выделить следующие категории.

Больные без гемодинамически значимых стенозов. У этих больных, как правило, нет показаний для ЧКВ и особенно для КШ. Кроме того, консервативная тактика у таких больных оправдывается хорошим прогнозом в виде низкого риска смерти и ИМ.

Больные с высоким и умеренным риском ишемических событий, но с сомнительной пользой от ревазуляризации. У части больных с ОКСбпСТ коронарная ангиография и ревазуляризация не рассматриваются из-за того, что воспользоваться последствиями успешно выполненной процедуры им вряд ли удастся. При этом риск осложнений, связанных с КАГ и ревазуляризацией, окажется неоправданным. Это лица с такими сопутствующими заболеваниями, как деменция, тяжелая хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования с малой ожидаемой продолжительностью жизни. Уместен такой подход и у больных с высоким риском развития крупных кровотечений. У больных старческого возраста (старше 75 лет) должна рассматриваться и инвазивная тактика и, если это выполнимо, ревазуляризация. Но применяться они должны после тщательного взвешивания потенциальных рисков и пользы, с учетом личных предпочтений больного.

Больные с очень высоким, высоким и умеренным риском ишемических событий, которым необходима ревазуляризация, но она технически не выполнима. Сюда же, наверное, следует отнести больных, отказавшихся от ревазуляризации (чаще в виде КШ). Такие пациенты, как правило, характеризуются плохим прогнозом и низким качеством жизни.

Среди больных с ОКСбпСТ без очевидного коронарного атеросклероза (с нормальными коронарными артериями по данным КАГ) могут встречаться пациенты с кардиомиопатией такоубо, спазмом крупных ветвей коронарных артерий и микрососудистым поражением. Ведение этих больных с позиции применения ревазуляризации будет консервативным.



КОНГРЕСС
**СЕРДЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
2017**



МОСКВА 08-09.12.2017

МВЦ «Крокус Конгресс Холл». Москва, метро «Мякинино».

Целесообразность ДАТТ в рамках консервативного лечения ОКСбпСТ не вызывает сомнений. При отсутствии противопоказаний препаратом выбора, дополняющим АСК, является тикагрелор. Вопрос о назначении одного или двух антитромбоцитарных средств у лиц с нестенозирующим атеросклерозом и у больных с нормальными коронарными артериями решается индивидуально.

8.3. Выбор между ЧКВ и КШ

С точки зрения полноценности реваскуляризации в условиях ОКС польза от ЧКВ и операции КШ различна. ЧКВ является более быстрым способом реваскуляризации, обеспечивающим меньше геморрагических и церебральных осложнений. Оно позволяет избежать повреждающего влияния сердечно-легочного шунтирования на ишемизированный миокард. Операция КШ, в случае успешной реализации, обеспечивает более полноценную реваскуляризацию и существенно снижает потребность в повторных реваскуляризациях.

У большинства больных с однососудистым поражением следует выполнить ЧКВ на «виновном» стенозе (окклюзии) сразу после диагностической КАГ. У больных с многососудистым поражением выбор метода реваскуляризации требует специального обсуждения с учетом клинического состояния больного, его предпочтений, распространенности коронарного атеросклероза и ангиографических данных. При выборе метода следует использовать индекс SYNTAX.

8.4. Одномоментные и поэтапные вмешательства

Вопрос о выполнении полной или частичной, одномоментной или поэтапной реваскуляризации у каждого больного решается индивидуально. В настоящее время доказательная база не позволяет аргументированно принять решение. Важно помнить, что полная реваскуляризация, особенно с помощью ЧКВ, у больных со сложной анатомией, множественными осложненными стенозами или хроническими окклюзиями, сопряжена с повышенным риском тромботических и геморрагических осложнений. В целом при принятии решения о полноте реваскуляризации следует учитывать возраст, общее состояние больного и наличие сопутствующих болезней.

Выбор между одномоментной или поэтапной реваскуляризацией должен быть основан на оценке клинического состояния больного с учетом сопутствующих болезней, особенностей коронарной анатомии, функции ЛЖ, возможностей конкретного учреждения и предпочтений больного.

8.5. ЧКВ: практические аспекты и технические возможности

- ЧКВ в виде стентирования предпочтительнее, чем в виде баллонной ангиопластики.

- Стенты, выделяющие лекарственные средства (только второго поколения), предпочтительнее стентов без лекарственного покрытия, в том числе в ситуации, когда из-за повышенного риска кровотечений обсуждается ранняя отмена одного из препаратов ДАТТ.
- Нет оснований не выполнять ЧКВ при отсутствии стентов новых поколений.
- Независимо от вида стентов ДАТТ должна продолжаться 12 мес, а у больных с очень высоким и высоким риском ишемических событий при отсутствии кровотечений может быть продлена на больший срок. У больных, подвергнутых ЧКВ, при принятии решения о продолжении ДАТТ после 12 мес можно воспользоваться индексом DAPT (<http://www.daptstudy.org>).
- Предпочтительным доступом для КАГ и ЧКВ является доступ через лучевую артерию. Обязательное условие – освоенность этого доступа в учреждении, оказывающем помощь больным с ОКСбпСТ.
- Тромбоэкстракция не может быть рутинным элементом ЧКВ, но может быть использована в индивидуальном порядке, исходя из результатов конкретной КАГ или осложнений ЧКВ.
- Ценность использования фракционного резерва кровотока для определения значимости сужений коронарных артерий при ОКСбпСТ сомнительна и может быть оправдана только при выполнении полной реваскуляризации.

8.6. КШ: практические аспекты

- Из-за неизбежных задержек с организацией КШ, неблагоприятного воздействия сердечно-легочного шунтирования и кардиopleгии на миокард, ЧКВ остается средством выбора у больных с ОКСбпСТ, нуждающихся в немедленной реваскуляризации. Выполнение КШ у таких больных можно рассматривать только при безуспешности или невыполнимости ЧКВ. Важным фактором, снижающим привлекательность КШ, является значительное увеличение опасности ишемических осложнений в период отмены антитромботической терапии, практикуемой некоторыми хирургами из-за боязни периперационных кровотечений.
- Больных с ОКСбпСТ и высоким риском ишемических событий следует прооперировать как можно скорее, не дожидаясь восстановления функции тромбоцитов после отмены блокатора P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов.
- У всех остальных больных КШ может быть более успешным, если будет выполнено через несколько дней на фоне относительной стабилизации и отмены блокатора P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов (Приложение 10). У больных без признаков продолжающейся ишемии КШ следует отложить на 5 дней после отмены тикагрелора или клопидогрела.

- Прием АСК, как правило, должен продолжаться до операции. Исключение составляют больные с особенно высоким риском тяжелой периоперационной кровопотери, например, с повторным КШ или с комбинированными, сложными операциями. Сюда же следует отнести больных, отказывающихся от переливания препаратов крови. Таким пациентам нужно прервать прием АСК за 3–5 дней до операции.
- Лечение АСК должно быть возобновлено в пределах 6 ч после окончания КШ. У больных с непереносимостью АСК в эти сроки должен быть назначен клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг.
- У больных с недавней установкой коронарного стента или неполной реваскуляризацией следует возобновить приема блокатора P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов как только это станет возможно, исходя из риска послеоперационных кровотечений.
- В целом у нестабильных больных с ОКСбпСТ с продолжающейся ишемией или гемодинамической нестабильностью и необходимостью выполнения КШ экстренная операция должна состояться практически

сразу, независимо от присутствия и состава антитромбоцитарной терапии. Все стабилизированные больные подвергаются КШ после соблюдения требуемого перерыва в приеме блокаторов P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов.

8.7. Внутриаортальная баллонная контрпульсация

Применение внутриаортальной баллонной контрпульсации у больных с ОКСбпСТ может рассматриваться при тяжелой ишемии миокарда, сохраняющейся несмотря на активное медикаментозное лечение, в особенности если ожидается КАГ и реваскуляризация миокарда. Однако ее использование основано в основном на клиническом опыте и результатах нерандомизированных исследований, предназначенных для наблюдения. В рандомизированных контролируемых исследованиях способность внутриаортальной баллонной контрпульсации положительно повлиять на исходы ОКС не подтверждается.

Продолжение в следующем номере журнала «Кардиология».

Приложение 9. Рекомендации по инвазивной коронарной ангиографии и реваскуляризации при ОКСбпСТ

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказанности
Немедленная инвазивная стратегия (КАГ <2 ч) рекомендуется у больных как минимум с одним из следующих критериев очень высокого риска: • гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок; • повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению; • угрожающие жизни желудочковые аритмии или остановка кровообращения; • острая сердечная недостаточность с сохраняющимися стенокардией или смещениями сегмента ST на ЭКГ; • повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т, особенно преходящие подъемы сегмента ST	I	C
Ранняя инвазивная стратегия (КАГ в пределах от 2 до 24 ч) рекомендуется у больных как минимум с одним из следующих критериев высокого риска: • подъем или снижение уровня сердечного тропонина, соответствующие ИМ; • динамические изменения сегмента ST или зубца Т (с симптомами или без них); • риск по шкале GRACE выше 140 баллов	I	A
Инвазивная стратегия (КАГ в пределах от 24 до 72 ч) рекомендуется у больных с как минимум одним из следующих критериев умеренного риска: • сахарный диабет; • почечная недостаточность (СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м²); • ФВ ЛЖ менее 40% или застойная сердечная недостаточность; • ранняя постинфарктная стенокардия; • недавнее ЧКВ; • КШ в прошлом; • риск по шкале GRACE от 109 до 140 баллов; • повторение симптомов или ишемии при неинвазивном обследовании	I	A
У больных без перечисленных критериев риска и без повторения симптомов до решения о выполнении КАГ рекомендуется неинвазивное обследование для выявления ишемии (предпочтительно с визуализацией)	I	A

Приложение 9. Рекомендации по инвазивной коронарной ангиографии и реваскуляризации при ОКСбпСТ (продолжение)

Рекомендация	Класс рекомендаций	Уровень доказанности
В учреждениях с достаточным опытом применения лучевого доступа он рекомендуется для выполнения КАГ и ЧКВ	I	A
У больных, подвергаемых ЧКВ, рекомендуются использовать выделяющие лекарства стенты нового поколения	I	A
У больных с многососудистым поражением для выбора стратегии реваскуляризации (например, ЧКВ только виновного стеноза сразу после диагностической КАГ, многососудистое ЧКВ, КШ) рекомендуется исходить из клинического состояния больного, сопутствующих болезней и тяжести поражения коронарных артерий (включая распределение, ангиографические характеристики и индекс SYNTAX) в соответствии с локальным протоколом для Кардиокоманды (Heart Team)	I	C
У больных с планируемой из-за высокого риска кровотечений непродолжительной ДАТТ (30 дней) выделяющие лекарства стенты нового поколения следует использовать вместо голометаллических	IIb	B

Приложение 10. Рекомендации по периоперационному использованию антитромбоцитарной терапии у больных с ОКСбпСТ, которым требуется операция КШ

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказанности
Независимо от стратегии реваскуляризации в дополнение к АСК рекомендуется блокатор P2Y ₁₂ -рецепторов тромбоцитов, и его прием должен продолжаться более 12 мес, если только нет противопоказаний, таких как повышенный риск кровотечений	I	A
Рекомендуется рассчитать индивидуальные риски ишемических событий и кровотечения и определить время выполнения КШ и соответствующие операции изменения в ДАТТ	I	C
Рекомендуется без задержки и независимо от антитромбоцитарной терапии выполнить операцию КШ у больных с гемодинамической нестабильностью, продолжающейся ишемией миокарда, поражением коронарных артерий с очень высоким риском	I	C
Рекомендовано продолжать прием АСК до операции КШ	I	B
Рекомендовано при отсутствии продолжающегося кровотечения возобновить прием АСК через 6–24 ч после операции КШ	I	A
У стабилизированных больных, получающих ДАТТ, следует рассмотреть возможность отмены тикагрелора и клопидогрела за 5 дней, а прасугрела – за 7 дней до операции КШ	IIa	B
После операции КШ возобновление приема блокатора P2Y ₁₂ -рецепторов тромбоцитов должно быть рассмотрено, как только это будет считаться безопасным	IIa	C
Оценка функции тромбоцитов может быть рассмотрена в случае укорочения временного интервала между отменой блокатора P2Y ₁₂ -рецепторов тромбоцитов и операцией КШ	IIb	B