

Острый коронарный синдром без элевации сегмента ST: фокус на стратификацию риска

Как показали международные реестры острого коронарного синдрома (ОКС), госпитальная летальность пациентов с элевацией сегмента ST выше, чем пациентов без элевации ST (7 против 3-5% соответственно). Это закономерно в связи с более тяжелым течением острого Q-инфаркта. Однако через 6 мес риск смерти от сердечно-сосудистых причин оказывается сопоставимым у обеих категорий пациентов и составляет 12-13%. При длительном наблюдении выяснилось, что через 4 года смертность среди пациентов с ОКС без элевации сегмента ST вдвое выше. Переоценка проблемы ОКС без элевации ST происходит сейчас во всем мире, и Украина не исключение.



Ведущий научный сотрудник отдела интервенционной кардиологии ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), соучредитель Ассоциации интервенционных кардиологов Украины, эксперт Министерства здравоохранения Украины, доктор медицинских наук, профессор Максим Юрьевич Соколов в беседе с нашим корреспондентом напомнил специ-

фику и основные принципы ведения таких пациентов на разных этапах оказания помощи.

При сравнении статистики госпитализаций пациентов с обоими типами ОКС в Украине и европейских странах обращают на себя внимание существенные различия (рис. 1). По данным национального реестра ОКС, в 2016 г. в Украине госпитализировано почти 26 тыс. пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST (STEMI) и 15 393 пациента с ОКС без элевации сегмента ST (NSTEMI).

Клиническая картина STEMI, как правило, не оставляет сомнений в необходимости экстренной госпитализации. Болевой синдром ярко выражен, поэтому большинство пациентов своевременно обращаются за помощью. На электрокардиограмме (ЭКГ) врач видит типичную графику острого инфаркта с элевацией сегмента ST, инверсию зубца T, формирование патологического зубца Q, что не оставляет сомнений при установлении диагноза.

С 2014 г. наблюдается постоянный прирост доли госпитализированных пациентов со STEMI, и на сегодняшний день мы отстаем от средневропейского показателя только на 15%. Что касается NSTEMI, то в этой категории разрыв между европейскими и украинскими показателями госпитализации больных все еще очень большой. Основные причины отказов от госпитализации – транзиторный характер боли и отсутствие специфических диагностических маркеров, которые можно было бы применить на догоспитальном этапе. На повторных ЭКГ вне приступа патологические отклонения могут отсутствовать, и для подтверждения диагноза требуется определение миокардиальных ферментов, что не всегда доступно. В результате в нашей стране не госпитализируются почти 50% пациентов с NSTEMI, хотя согласно данным международных реестров частота его развития выше, чем частота STEMI, а последствия не менее серьезные. Подписав отказ от госпитализации в день развития NSTEMI, пациент имеет все шансы попасть в больницу на следующий день, но уже с Q-инфарктом.

В 2016 г. приказом Министерства здравоохранения Украины № 164 утвержден Унифицированный клинический протокол медицинской помощи (УКПМД) «Острый коронарный синдром без элевации сегмента

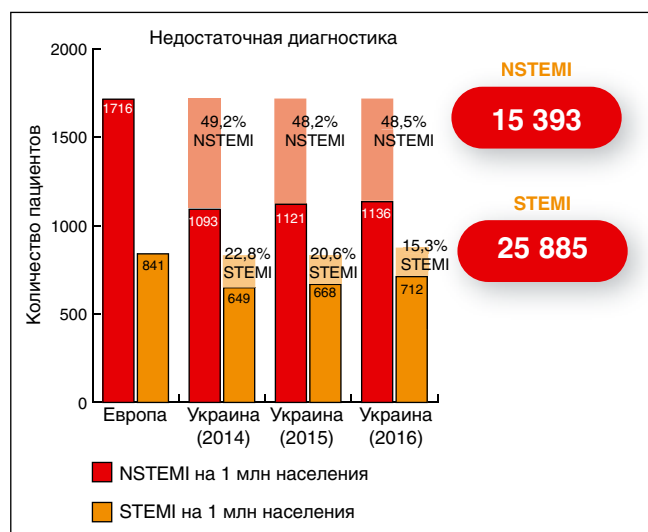


Рис. 1. Соотношение всех госпитализированных с ОКС пациентов (на 1 млн населения) в Украине и Европе

ST», составленный с учетом преемственности этапов медицинской помощи – экстренной, первичной и вторичной (специализированной).

Основной принцип оказания помощи при NSTEMI – это стратификация риска для выделения пациентов, которым показана urgentная инвазивная диагностика (коронарография) с последующей реваскуляризацией миокарда, и тех, у кого может быть целесообразным консервативный подход.

В центре всей системы оказания помощи находится пациент, и крайне важно, чтобы сигнал от него о происходящем поступил своевременно. В связи с этим акцент сегодня делается на информирование населения, повышение обращаемости за помощью. Как уже упоминалось, при NSTEMI, в отличие от STEMI, клиническая картина часто стерта и человек не принимает всерьез очередной затянувшийся приступ стенокардии.

Врачами первого контакта обычно становятся семейный врач или врач экстренной медицинской помощи, что и предусмотрено в УКПМД. При обращении пациента в амбулаторию или получении вызова от больного (родственников, свидетелей) с описанием симптомов, которые могут свидетельствовать об ОКС, врач общей практики – семейной медицины должен обеспечить срочную госпитализацию пациента бригадой экстренной медицинской помощи. До ее прибытия начинается медикаментозная терапия, к обязательным компонентам которой относятся: нитроглицерин (является также средством дифференциальной диагностики с некоронарогенной болью), ацетилсалициловая кислота (АСК), наркотические анальгетики, бета-блокатор при отсутствии противопоказаний. При отсутствии наркотических анальгетиков как исключение можно использовать метамизол и диазепам. Желательным компонентом оказания помощи на первичном этапе является двойная антиагрегантная терапия (АСК + тикагрелор).

На этапе экстренной медицинской помощи обязательным действием бригады является назначение двойной антиагрегантной терапии (если она не была начата семейным врачом): АСК + тикагрелор 180 мг или клопидогрель

в нагрузочной дозе 300 мг. По мере необходимости продолжается применение нитратов, наркотического обезболивания, проводится коррекция артериального давления, кислородотерапия.

При первом контакте пациента необходимо отнести к одной из четырех категорий риска: очень высокий, высокий, промежуточный или низкий. Категория риска устанавливается по совокупности анамнестических, клинических и параклинических данных и определяет дальнейшую тактику ведения пациента (рис. 2).

К категории **низкого риска** следует отнести пациентов без повторения симптомов, у которых не выявлено ни первичных, ни вторичных факторов риска. Например, когда к моменту контакта с врачом приступ уже прошел и не повторяется, нет изменений на ЭКГ.

Промежуточный риск имеют пациенты, у которых присутствует хотя бы один из следующих критериев: сахарный диабет, почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м²), сниженная функция левого желудочка сердца (фракция выброса <45%), ранняя постинфарктная стенокардия, ангиопластика или аортокоронарное шунтирование в анамнезе, умеренный или высокий риск по шкале GRACE.

Критерии **высокого риска**: соответствующее повышение или снижение уровня сердечного тропонина, динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или бессимптомные), оценка по шкале GRACE >140 баллов. Достаточно одного из этих признаков, чтобы отнести пациента к категории высокого риска.

Критерии **очень высокого риска**: рефрактерная стенокардия (отсутствие ответа на антиангинальную терапию), признаки сердечной недостаточности или кардиогенный шок, опасная для жизни желудочковая аритмия, нестабильность гемодинамики. Все это указывает на высокую вероятность тяжелого инфаркта и риск смерти.

В клиническом протоколе лечения NSTEMI очень четко определены дальнейшие действия медперсонала после оценки риска. Пациенты **высокого и очень высокого риска** нуждаются в **немедленной госпитализации в специализированное отделение с рентген-операционной для проведения**



Рис. 2. Стратификация риска пациентов с NSTEMI

Примечание. GRACE – глобальный реестр острых коронарных событий.

коронарографии в пределах 24 и 2 ч соответственно. По результатам инвазивной диагностики сразу же принимается решение о выполнении коронаропластики и стентирования или перевода в кардиохирургическое отделение с возможностью выполнения открытой операции коронарного шунтирования. Таким образом, тактика ведения таких пациентов практически не отличается от тактики при ОКС с элевацией сегмента ST.

Пациентам низкого и промежуточного риска также показана госпитализация. Идеальный вариант – всех пациентов с ОКС доставлять в региональные реперфузионные центры с возможностью выполнения первичных коронарных вмешательств в режиме 24/7. Однако так происходит не всегда даже в развитых странах. Часть пациентов госпитализируются в обычные кардиологические отделения, в которых продолжается диагностика и консервативная терапия. В отличие от STEMI, у больных с NSTEMI низкого и промежуточного риска обычно есть время на плановое дообследование. При низком риске нет необходимости в коронарографии, но следует выполнить неинвазивную оценку индуцированной ишемии (тест с физической нагрузкой) до выписки из стационара для подтверждения или исключения ишемической болезни сердца. При промежуточном риске коронарография показана, но может быть

выполнена в плановом порядке, в сроки до трех суток. За это время пациента можно перевести в специализированную клинику, где есть такая возможность.

Медикаментозная терапия, проводимая в стационаре пациентам с ОКС без элевации сегмента ST, как правило, приводит к стабилизации состояния. К вышеперечисленным компонентам, применение которых начиналось на первичном этапе, добавляются статины и антикоагулянты. Если при STEMI стандартным подходом является использование низкомолекулярных гепаринов, то при ОКС без элевации сегмента ST – применение блокатора фактора Ха фондапаринукса в дозе 2,5 мг подкожно ввиду благоприятного соотношения эффективность/безопасность. Эноксапарин применяется в случае недоступности фондапаринукса*.

Уточняются дополнительные показания, и при их наличии назначаются блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II), антагонисты альдостерона, блокаторы протонной помпы для защиты слизистой оболочки желудка от агрессивного воздействия двойной антиагрегантной терапии.

Если же состояние пациента ухудшается и у него диагностируется ОКС с элевацией сегмента ST, то дальнейшая эффективность оказания помощи на специализированном

*Справка «ЗУ»

Клинический протокол по диагностике и лечению NSTEMI составлен на основе рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК), в соответствии с которыми фондапаринукс рассматривается как препарат выбора у пациентов данной категории (табл.) независимо от выбранной стратегии лечения – консервативной или ранней инвазивной. Рекомендации ЕОК основаны на результатах исследования OASIS-5 с участием пациентов со STEMI. В этом исследовании фондапаринукс продемонстрировал сопоставимые с эноксапарином результаты в отношении предотвращения ишемических осложнений при значительно лучшем профиле безопасности (меньшая частота кровотечений). Уменьшение числа больших кровотечений на фоне использования фондапаринукса реализовывалось в снижении смертности через 30 и 180 дней после начала лечения. Основные результаты исследования OASIS-5 были воспроизведены впоследствии в условиях реальной практики (шведский регистр SWEDEHEART) на более «тяжелой» популяции пациентов.

Таблица. Рекомендации ЕОК по применению антикоагулянтов

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам рекомендуется антикоагуляция в дополнение к антитромбоцитарной терапии	I	A
Антикоагулянты следует выбирать с учетом риска ишемических и геморрагических осложнений и профиля эффективности/безопасности препарата	I	C
Рекомендуется применение фондапаринукса (2,5 мг/сут подкожно), так как он обладает самым благоприятным профилем польза/риск	I	A
Если для антикоагуляции применяется фондапаринукс, то во время чрескожного коронарного вмешательства следует однократно ввести НФГ в виде болюса (95 ед/кг под контролем АВС или 60 ед при сочетанном применении GP IIb/IIIa рецепторов)	I	B
Если невозможно назначение фондапаринукса, рекомендуется применение эноксапарина (1 мг/кг 2 р/сут)	I	B
Если невозможно назначение фондапаринукса и эноксапарина, рекомендуется применение НФГ (целевое значение активированного частичного тромбопластинового времени – 50-70 с) или других НМГ	I	C
Бивалирудин ± блокатор GP IIb/IIIa рецепторов может быть альтернативой применению НФГ и блокатора GP IIb/IIIa рецепторов, если планируются неотложное или раннее инвазивное лечение, особенно у пациентов с высоким риском кровотечений	I	B
При консервативном лечении антикоагуляцию следует продолжать до выписки из стационара	I	A
После инвазивного вмешательства можно прекратить антикоагуляцию при отсутствии других показаний	IIa	C
Переход с одного гепарина на другой (НФГ и НМГ) не рекомендуется	III	B

Примечания. НФГ – нефракционированный гепарин; НМГ – низкомолекулярные гепарины.

этапе зависит от доступности технологий инвазивной диагностики и реваскуляризации.

Транспортирование пациентов, стабилизированных после коронарных вмешательств, может происходить и в обратном направлении – из реперфузионных центров в обычные стационары для прохождения этапа реабилитации.

В завершение еще раз хочу подчеркнуть роль первичного звена здравоохранения в своевременной диагностике и эффективном лечении NSTEMI. Реперфузионные технологии, безусловно, определяют качество и эффективность лечения ОКС, но важнейшим условием эффективной работы системы оказания помощи при данном заболевании является возможность установления предварительного диагноза и оценки риска на уровне первичного звена, а также своевременная госпитализация пациентов.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



Анкета читателя

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Заполните анкету и отправьте по адресу:

Медична газета «Здоров'я України»,
03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.

Укажите сведения, необходимые
для отправки тематического номера
«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом.

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер

«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера

«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении

врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Медична газета «Здоров'я України 21 сторінка». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на включение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись