



## Тактика ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) сегодня

находится в центре внимания украинской медицинской общественности. В ходе многочисленных семинаров и конференций, посвященных этой теме, обсуждаются преимущества разных методов реперфузии миокарда, организационные проблемы в области оказания медицинской помощи при ОКС и другие важные вопросы. С просьбой рассказать о современной тактике и стратегии лечения ОКС мы обратились к заведующему отделением реанимации и интенсивной терапии Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско», доктору медицинских наук, профессору Александру Николаевичу Пархоменко.

### В чем заключается современная стратегия реперфузии миокарда при ОКС с элевацией сегмента ST?

— Сегодня принципиальным вопросом в концепции ОКС, рассматриваемой с точки зрения проблемы тромбообразования, является не столько выбор способа восстановления кровотока в инфаркт-зависимой коронарной артерии (тромболитический или ангиопластика), сколько осуществление правильной стратегии реперфузии миокарда в целом.

В реализации этой стратегии важнейшую роль играет временной фактор: каждая минута отсрочки реперфузионной терапии увеличивает риск развития фатальных аритмий (фибрилляции желудочков) и увеличивает размер некроза. Поэтому в современных европейских и отечественных рекомендациях по лечению ОКС четко определено время, которое должно пройти с момента развития характерных симптомов до начала проведения реперфузии миокарда.

Реперфузионная терапия показана всем пациентам с болью/ощущением дискомфорта в грудной клетке и элевацией сегмента ST или новой блокадой левой ножки пучка Гисса на ЭКГ в течение первых 12 ч от развития симптоматики ОКС.

На сегодня самым эффективным методом реперфузии миокарда (при условии четкого соблюдения временных рамок и выполнения процедуры бригадой высококвалифицированных специалистов) является чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ).

При поступлении пациента с ОКС в кардиологический центр, в составе которого имеется катетеризационная лаборатория, ЧКВ должно быть проведено на протяжении первых 2 ч после первого медицинского контакта, а у пациентов, доставленных в ранние сроки развития симптоматики ОКС, с обширным инфарктом миокарда (ИМ) и низким риском развития кровотечений, — в течение 90 мин. В случае невозможности осуществления ангиопластики/стентирования пациенту необходимо провести тромболитическую терапию (ТЛТ) на догоспитальном этапе или на протяжении 30 мин от момента поступления в стационар.

### Насколько реальным является сегодня соблюдение жестких временных рамок при осуществлении реперфузионной терапии для отечественной системы оказания неотложной кардиологической помощи?

— На сегодня в сфере оказания неотложной кардиологической помощи населению не решены многие вопросы организационного и экономического характера, что препятствует более широкому внедрению методов реперфузионной терапии в клиническую практику.

Безусловно, важным шагом на пути к улучшению выживаемости пациентов с ОКС является значительное увеличение за последние 2 года числа больных, которым проведена ТЛТ. Выросли и показатели первичного стентирования, проводимого у пациентов данной категории. Тем не менее отечественная кардиология имеет существенный резерв повышения качества оказания медицинской помощи при ОКС: в большинстве случаев не соблюдаются рамки «терапевтического окна» при госпитализации пациентов с ОКС, высокими остаются уровни до- и внутригоспитальной летальности, а также летальности в первый год после развития ИМ.

# Современная стратегия реперфузии миокарда при лечении ОКС: роль антикоагулянтной терапии

Среди основных причин сложившейся ситуации, помимо позднего обращения пациентов, следует рассматривать недостаточное количество тромболитических препаратов, необходимых для осуществления ТЛТ на догоспитальном и госпитальном этапах, и отсутствие широкой сети оснащенных катетерными лабораториями отделений для проведения urgentной коронароангиографии.

Однако есть надежда, что проблема обеспечения станций скорой медицинской помощи и стационаров тромболитическими препаратами будет постепенно решаться. Как было отмечено на телеконференции, состоявшейся в г. Киеве в июне текущего года и посвященной вопросам усовершенствования неотложной помощи при ОКС, в ближайшее время в рамках Программы по профилактике и лечению кардиоваскулярных и цереброваскулярных заболеваний на 2006-2010 гг. планируется закупка около 3 тыс. доз различных фибринолитических препаратов, что позволит дополнительно увеличить количество пролеченных больных.

### Практические врачи часто высказывают опасения по поводу возможных осложнений ТЛТ. Насколько эти опасения оправданы?

— Когда врачи в Украине только начинали проводить ТЛТ, то опасались тяжелых кровотечений, резкого снижения артериального давления и возникновения геморрагического инсульта. Как показывает опыт, эти опасения зачастую преувеличены. Действительно, на фоне терапии фибринолитическими препаратами в сочетании с антикоагулянтами могут возникнуть тяжелые кровотечения и кровоизлияния. Однако частота их невелика — менее 1%, а риск возможных осложнений можно предсказать по наличию клинических признаков. Это дает возможность грамотному врачу выбрать наиболее оптимальную тактику ведения такого больного и снизить риск геморрагических осложнений.

Что касается снижения артериального давления, то это — ожидаемое следствие фибринолитического эффекта, и степень его снижения прямо коррелирует со степенью выраженности данного эффекта. Таким образом, возможные побочные эффекты ТЛТ чаще всего менее опасны, чем последствия преступного бездействия.

Более широкое внедрение в практику ТЛТ, повышение уровня образованности специалистов, задействованных в оказании неотложной помощи при ОКС, и организация эффективного контроля за выполнением необходимых мероприятий будут способствовать повышению качества неотложной медицинской помощи при ОКС в регионах и областях, не обеспеченных достаточным количеством ангиографических установок.

Оптимальный способ реперфузии миокарда у пациентов с ОКС должен определяться в каждом регионе страны с учетом реалий и возможностей местной системы здравоохранения: наличия подготовленных специалистов для проведения фармакологической и механической реваскуляризации миокарда, количества ангиографов в лечебных учреждениях области, а также уровня обеспечения бригад специализированной скорой медицинской помощи тромболитиками и другими средствами, необходимыми для вспомогательной антикоагулянтной терапии.

Однако нельзя забывать и о том, что, помимо ТЛТ, ведение пациентов с ОКС включает множество других аспектов, каждый из которых является важным и неотъемлемым звеном в цепи мероприятий, направленных на улучшение отдаленного прогноза больных.

Следует помнить, что понятие реперфузионной терапии на современном этапе не исчерпывается понятиями ТЛТ и ЧКВ и включает такой важный и многогранный аспект, как антитромботическая терапия. Составляющими антитромботической терапии являются антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия.

### Каковы особенности антитромботической терапии при ОКС с элевацией сегмента ST?

— Современная стратегия реперфузии миокарда характеризуется прежде всего интенсивностью проводимой антитромботической терапии. Интенсивность лечения заключается в применении длительной двойной антитромбоцитарной терапии с использованием нагрузочных доз ацетилсалициловой кислоты (АСК) и клопидогреля. Кроме того, пациенты, которым проведена ТЛТ, должны получать антикоагулянтную терапию на протяжении не менее 48 ч, а желательно до 8 сут в связи с высоким тромбогенным потенциалом, сохраняющимся в данный период. Введение антикоагулянтного препарата в дополнение к ТЛТ способствует улучшению проходности инфаркт-зависимой коронарной артерии, улучшает тканевую кровотока на уровне микроциркуляции, уменьшает риск развития ретромбоза и снижает летальность у пациентов с ОКС.

Если при этом на начальном этапе антикоагулянтной терапии применялся нефракционированный гепарин (НФГ), то по истечении 48 ч его необходимо заменить на низкомолекулярный гепарин (НМГ). Это продиктовано наличием проблем, связанных с осуществлением контроля показателей свертываемости крови при использовании НФГ. Данные проблемы существуют во всем мире, а для Украины они тем более актуальны. Кроме того, НМГ имеют ряд других важных преимуществ перед НФГ: меньший риск развития геморрагических осложнений; предсказуемость антикоагулянтного эффекта, обусловленную высокой биодоступностью при подкожном введении и низким связыванием с белками плазмы, а также более простую методику расчета суточной дозы препарата.

### Какие антикоагулянты обладают доказанной эффективностью при лечении ОКС и от чего зависит выбор антикоагулянтного препарата?

— Антикоагулянтами, для которых на сегодня доказана эффективность в лечении ОКС, являются: НФГ, НМГ, эноксапарин, фондапаринукс и прямой ингибитор тромбина бивалирудин.

Выбор препарата осуществляется в зависимости от способа, при помощи которого проводилось восстановление кровотока в инфаркт-зависимой коронарной артерии.

Согласно современным европейским рекомендациям, НФГ или НМГ (эноксапарин) могут применяться при любой стратегии лечения пациентов с ОКС и элевацией сегмента ST, в том числе при плановом ЧКВ. В случае применения фондапаринукса до осуществления интервенционного вмешательства перед проведением ЧКВ дополнительно используют НФГ. При использовании фибринолитического тромболитика (стрептокиназы) применяются: фондапаринукс (предпочтительнее), эноксапарин или, как вариант, НФГ. При проведении ТЛТ фибринолитическим препаратом могут использоваться НМГ, НФГ, фондапаринукс.

### Другими словами, на выбор антикоагулянта влияет вид тромболитического препарата, используемого при проведении ТЛТ?

— Да. При осуществлении ТЛТ фибринолитическими препаратами (альтеплаза, тенектеплаза) препаратом выбора для проведения антикоагулянтной терапии является эноксапарин.

Эффективность НМГ, а также их преимущества перед НФГ в лечении ОКС с элевацией сегмента ST доказаны в ходе международных клинических исследований. Следует отметить, что украинские кардиологические центры не только принимали активное участие в некоторых таких исследованиях, но и продемонстрировали высокое качество выполнения заданных программ. Так, наша страна заняла 6-е место среди 48 стран-участниц по качеству проведения международного исследования ExTRACT TIMI 25, в ходе которого были доказаны преимущества эноксапарина перед НФГ при проведении антикоагулянтной терапии после реперфузии (ТЛТ или ЧКВ).

Отмечу, что специалисты нашего института начали применять НМГ около 13 лет назад, и уже тогда мы провели собственное исследование, в котором сравнили эффективность и безопасность НМГ, НФГ и ингибитора тромбина гирудина у пациентов с ОКС. Согласно данным исследования, эффективность гирудина и НМГ оказалась сопоставимой и более высокой по сравнению с НФГ. В то же время НМГ продемонстрировал большую безопасность по сравнению с гирудином в плане риска развития кровотечений.

При этом не следует забывать, что в схему лечения таких больных обязательно входит антитромбоцитарная терапия. На сегодня всем больным рекомендовано использование сочетания АСК в низких дозах (нагрузочная доза 325-500 мг и затем 75-100 мг в сутки) и клопидогреля (нагрузочная доза 300 мг и затем 75 мг в сутки).

### Какой должна быть тактика врача при наличии характерных болей за грудной и отсутствии элевации сегмента ST?

— В первую очередь следует провести электрокардиографическое исследование и дифференцировать боль, так как под маской характерного для ИМ болевого синдрома могут протекать тромбоэмболия легочной артерии, спонтанный пневмоторакс или расслоение аневризмы у гипертоников.

Характерный болевой синдром, сочетающийся с другими признаками ОКС без элевации сегмента ST, требует особого внимания со стороны врача бригады скорой медицинской помощи.

При подозрении на ОКС без элевации сегмента ST за пациентом необходимо установить тщательное наблюдение в стационаре с проведением мониторинга изменений на ЭКГ и уровней биохимических маркеров повреждения миокарда.

Если изменения не наблюдаются, правомочно говорить об эпизоде нестабильной стенокардии. В случае же повышения уровня сердечных тропонинов в крови диагностируется инфаркт миокарда без элевации сегмента ST.

Основу патогенетической терапии ОКС без элевации сегмента ST составляет комбинированная антитромботическая терапия, в которой значительная роль принадлежит антикоагулянтным препаратам. В крупных клинических исследованиях, в том числе в исследовании OASIS 5, была показана эффективность НМГ, в частности эноксапарина, и фондапаринукса при ОКС без элевации сегмента ST. Как и у больных с элевацией сегмента ST, во всех случаях должна назначаться двойная антитромбоцитарная терапия (АСК с клопидогрелем).

Если на фоне проводимых мероприятий (антиишемической, антикоагулянтной терапии) у пациента вновь появляются боли за грудной или регистрируются проходящие ишемические изменения, следует провести коронарографию и решить вопрос о необходимости стентирования коронарных артерий.

Таким образом, современная стратегия лечения пациентов с ОКС с элевацией и без элевации сегмента ST предполагает обязательное проведение антитромботической терапии с использованием антикоагулянтных препаратов, что предоставляет дополнительные возможности влияния на выживаемость и прогноз больных данной категории.

Подготовила Наталья Очеретяная