

# Тактика ведення пацієнтів після гострого коронарного синдрому: погляд клініциста

**Гострий коронарний синдром (ГКС) є одним із найважливіших питань у практиці лікаря-кардіолога і однією з найбільш поширених причин смерті у світі. Прогноз і тривалість життя пацієнта після ГКС значною мірою залежать від того, наскільки чітко лікар і хворий виконують вимоги щодо проведення медикаментозного лікування, яке включає декілька важливих напрямів.**

Окремим аспектам сучасної діагностики, лікування та вторинної профілактики ГКС було присвячено розмову нашого кореспондента з доктором медичних наук, професором кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Олегом Йосиповичем Жаріновим.

— Важливість ведення пацієнтів з ГКС визначається високим рівнем смертності у цієї когорти хворих, який перевищує відповідний показник у пацієнтів з хронічною формою ішемічної хвороби серця (ІХС). Рівень смертності у цих хворих протягом першого року становить не менше 10%, а в подальшому — 5% на рік, при цьому переважна більшість випадків смерті зумовлена ІХС.

Діагностика цього захворювання ґрунтується на європейських рекомендаціях, серед яких окремо виділені ГКС з підйомом сегмента ST (ГКСпST) і ГКС без підйому сегмента ST (ГКСбST). У пацієнтів з ГКСпST інфаркт міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST діагностується у випадку підвищення рівнів біомаркерів некрозу (перевага надається серцевим тропонінам I і T) на тлі клінічних ознак ішемії міокарда. У пацієнтів з ГКСбST і змінами на ЕКГ (транзиторна депресія сегмента ST, інверсія, згладженість або псевдонормалізація зубця T) діагноз визначається рівнем серцевих тропонінів: у разі його підвищення діагностується ІМ без підйому сегмента ST, а при нормальному рівні встановлюється діагноз нестабільної стенокардії. Такий самий підхід у діагностиці зберігається для пацієнтів, у яких на момент звернення наявний больовий синдром та відсутні зміни на ЕКГ. Навіть абсолютно нормальна ЕКГ у хворих із симптомами, що вказують на ГКС, не виключає його наявності. Необхідно підкреслити, що діагноз ГКС може зберігатися протягом 72 год, по закінченні яких визначення остаточного діагнозу (ІМ або нестабільна стенокардія) є обов'язковим.

— **Які проблеми, пов'язані з ГКС, потребують особливо пильної уваги?**

— Значної уваги потребує проблема раптової серцевої смерті (РСС), що є однією з найбільш поширених причин смерті хворих із ГКС. У пацієнтів, які перенесли ІМ, сукупна аритмічна смертність становить орієнтовно 5% за 1 рік та 9% за 2 роки, частота ж неаритмічної кардіальної смерті досягає відповідно 4 і 7%. Імовірність розвитку РСС знаходиться у зворотній залежності від часу, який минув після серцево-судинної події, і становить найбільшу небезпеку в перші години та дні після ГКС. Тобто ступінь ризику з часом знижується, тому необхідна його рання оцінка.

Адекватна оцінка ризику несприятливого перебігу захворювання, а також призначення правильної терапії є ключовими моментами у лікуванні пацієнтів із ГКС. Передумовою успішного ведення пацієнта, який переніс ГКС, є проведення напередодні виписки зі стаціонару стратифікації ризику, ступінь якого залежить від анамнестичних, лабораторних, клінічних даних, зокрема наявності ознак серцевої недостатності (СН), даних ЕКГ, поширеності зони некрозу, функції нирок та ін. Одним із найважливіших елементів стратифікації ризику є здійснення навантажувальних тестів з метою оцінки функції лівого шлуночка (ЛШ), а також для діагностики залишкової ішемії міокарда, наявності якої свідчить про високу ймовірність розвитку повторних гострих коронарних подій і є підставою для застосування інвазивних методів дослідження, зокрема коронарографії.

— **У яких випадках рекомендовано проведення коронарографії пацієнтам, що перенесли ГКС?**

— Для проведення коронарографії у пацієнтів, що перенесли ГКС, існує низка показань, які можна умовно розподілити на три групи. Перша група включає показання, що характеризуються високим ступенем ризику внаслідок поширеної зони некрозу, перенесеного переднього або задньобазального ІМ, а також повторної кардіальної події. До другої групи належать показання, пов'язані зі збереженням ішемії після перенесеного ГКС, особливо ранньої постінфарктної стенокардії; за наявності позитивних результатів навантажувального тесту на момент виписки зі стаціонару; а також практично всі випадки ІМ без зубця Q — «незавершений інфаркт», оскільки у таких пацієнтів існує досить висока ймовірність повторних серцево-судинних катастроф. Третя група причин, які зумовлюють необхідність проведення коронарографії, пов'язана як з гемодинамічними (СН, набряк легень, кардіогенний шок), так і з аритмічними ускладненнями інфаркту (атріовентрикулярні блокади, блокади ніжок пучка Гіса, пароксизми стійкої шлуночкової тахікардії). Одним із показань для проведення коронарографії, яке досить часто зустрічається в клінічній практиці, є дисфункція ЛШ після перенесеного ІМ, оскільки своєчасно проведена ревазуляризація життєздатного міокарда здатна забезпечити поліпшення функції ЛШ і підвищити ймовірність виживання конкретного пацієнта. Крім того, існує група суб'єктивних показань для проведення коронарографії, зокрема за вимогою пацієнта, який переніс ІМ, за необхідності проведення експертизи працездатності, у випадку молодого віку постінфарктного хворого.

— **Наступним кроком після коронарографії може бути проведення ревазуляризації. Які існують підстави для виконання цієї процедури, і як сьогодні оцінюється її вплив на прогноз пацієнтів з ІМ?**

— Широке впровадження методів прямої ревазуляризації міокарда значною мірою впливає на зниження летальності у популяції хворих з ГКС, тому у наш час рівень госпітальної смертності пацієнтів з ІМ у провідних клініках світу не перевищує 5%. Керуючись рекомендаціями Європейського товариства кардіологів з ревазуляризації міокарда (2010), усі показання до проведення ревазуляризації коронарних артерій можна умовно поділити на дві категорії. До першої групи входять показання, пов'язані з можливістю суттєвого покращення прогнозу виживання хворих після ревазуляризації, а саме за наявності стовбурового ураження, проксимального пошкодження лівої передньої низхідної артерії або у хворих з багатосудинним ураженням, яке поєднується з дисфункцією ЛШ; до другої — показання, пов'язані з усуненням симптомів ішемії міокарда та покращенням якості життя, зокрема при тяжкій стенокардії, відсутності ефекту оптимальної медикаментозної терапії, задишці, СН, ішемії обширної ділянки міокарда, що постачається стенозованою коронарною артерією. Як правило, пацієнтам, які перенесли ІМ (особливо це стосується хворих з Q-ІМ), за відсутності нестабільності та ранньої постінфарктної стенокардії коронарографія здійснюється через 6-8 тиж, і за її результатами у разі наявності показань може бути виконана ревазуляризація.

Безперечною підставою для проведення ревазуляризації хворим, які перенесли ІМ, є наявність доказових даних щодо ефективності відповідних видів втручань. Доведеним є вплив на прогноз аортокоронарного шунтування у пацієнтів зі стовбуровим або трисудинним ураженням, зі стенозом лівої передньої низхідної артерії і дисфункцією ЛШ. Основним показанням для проведення стентування хворим із хронічними формами ІХС, у тому числі з ГКС в анамнезі, є доведена можливість поліпшити якість життя пацієнта за відсутності впливу такого методу на прогноз виживання.

— **За підсумками сучасних досліджень, близько 60-70% випадків коронарної смерті зумовлено розвитком повторного ІМ, що доводить медико-соціальну важливість проведення заходів вторинної профілактики. Які профілактичні заходи належать до найбільш ефективних?**

— Сучасна кардіологія має у своєму розпорядженні низку профілактичних заходів, що сприятливо впливають на прогноз і рівень виживання таких пацієнтів. Одним із найважливіших компонентів вторинної профілактики є



О.Й. Жарінов

модифікація способу життя, що включає припинення паління, відновлення помірних аеробних фізичних навантажень під контролем фахівця, усунення шкідливих звичок щодо дієти (зменшення вживання солі та насичених жирів, збагачення раціону омега-3 жирними кислотами), зниження маси тіла.

З метою вторинної профілактики для лікування хворих, які перенесли ІМ, застосовуються лікарські засоби, ефективність яких доведено в багатьох вагомих міжнародних дослідженнях. Протягом останніх десятиліть смертність пацієнтів, які перенесли ГКС, істотно знизилася, що зумовлено активним використанням у клінічній практиці таких рутинних методів медикаментозної терапії, як призначення антиагрегантів, тромболітиків, антикоагулянтів, β-блокаторів, статинів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

Одним із найважливіших компонентів фармакологічного лікування ІМ після виписки зі стаціонару є застосування антиагрегантів, з яких найбільшою клінічною ефективністю, підтвердженою численними контрольованими дослідженнями, характеризуються ацетилсаліцилова кислота (АСК) та клопидогрель. Терапія АСК показана всім пацієнтам, які перенесли ІМ, за відсутності протипоказань. Необхідно акцентувати увагу на тому, що ризик застосування АСК є практично однаковим для різних категорій хворих, а користь від лікування є найбільшою для пацієнтів з ГКС та перенесеним ІМ в анамнезі. За умови недостатньої ефективності АСК у низці випадків хворі потребують призначення двох антиагрегантів одночасно, другим з яких найчастіше є клопидогрель, що характеризується високою ефективністю у зниженні комбінованого ризику ішемічного інсульту, ІМ та серцево-судинної смерті. За результатами ретроспективного аналізу, застосування АСК у поєднанні з клопидогрелем є найбільш ефективним у пацієнтів із доведеною ІХС, серцево-судинною патологією або захворюванням периферичних артерій та дозволяє досягти зменшення частоти повторного інфаркту та смерті на 25% у хворих з ІМ в анамнезі. В останніх європейських рекомендаціях вперше зазначена можливість застосування новітніх та більш потужних антиагрегантів (тікагрелору або прасугрелю) в якості альтернативи клопидогрелю.

Абсолютно необхідним є лікування артеріальної гіпертензії шляхом модифікації способу життя та застосування антигіпертензивних препаратів, серед яких особливу перевагу мають β-блокатори та ІАПФ, що одночасно сприяють зменшенню смертності та зниженню частоти виникнення повторного ІМ,

а також запобігають розвитку патологічного ремоделювання міокарда після інфаркту. Відповідно до сучасних рекомендацій β-адреноблокатори за відсутності протипоказань слід призначати всім пацієнтам, які перенесли ІМ або ГКС. Сприятливий вплив на прогноз хворих у постінфарктному періоді зумовлений здатністю β-адреноблокаторів знижувати вірогідність розвитку повторної коронарної катастрофи, зменшувати кількість випадків смерті в результаті порушень серцевого ритму, запобігати виникненню СН, обмежуючи зону некрозу.

Важливе значення у вторинній профілактиці надається ІАПФ, призначення яких показане для лікування пацієнтів з ІХС та артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом (ЦД), ІМ в анамнезі або ознаками СН. Застосування препаратів названої групи призводить до зниження загальної смертності хворих у постінфарктному періоді, ризику розвитку повторного ІМ і госпіталізації у зв'язку з СН. Результати дослідження EUROPA свідчать на користь застосування ІАПФ, насамперед у пацієнтів з ІМ в анамнезі та після перенесеної ревазуляризації міокарда.

Доведеною ефективністю щодо зниження летальності та ризику розвитку серцево-судинних подій характеризуються також антагоністи альдостерону, призначення яких рекомендується пацієнтам після ІМ із дисфункцією ЛШ та СН.

Серед заходів вторинної профілактики обов'язковою є оптимізація лікування ЦД, оскільки порушення толерантності до глюкози є доведеним фактором ризику несприятливих серцево-судинних подій після ІМ. З метою досягнення цільових рівнів глікозильованого гемоглобіну зазвичай на додаток до фармакотерапії показана активна модифікація способу життя.

У кількох дослідженнях переконливо доведено користь тривалої терапії статинами у профілактиці наслідків ішемії і смерті у пацієнтів з коронарною хворобою серця. У сучасній кардіології статини є рутинними і єдиними з гіполіпідемічних препаратів, які мають доведену ефективність у хворих з ГКС, найвищий клас показань і рівень доказів. Метою застосування згаданих препаратів є досягнення цільового рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), який згідно з новими рекомендаціями з лікування дисліпідемії Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства атеросклерозу (2011) становить <1,8 ммоль/л для пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику. Як правило, досягнення такого рівня ХС ЛПНЩ потребує призначення досить високих доз (не менше 40 мг на добу) аторвастатину або застосування розувастатину, який характеризується найбільш потужним впливом на ліпідний спектр крові і може забезпечити зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50% у разі неможливості досягнення цільового рівня, що є альтернативною метою лікування. Необхідно зазначити, що молекула та доза статину визначаються вихідними й цільовими рівнями ХС ЛПНЩ і підбираються індивідуально для кожного пацієнта.

Останнім часом у літературі багато уваги приділяється питанням безпеки застосування препаратів із групи статинів і ступеню ризику виникнення таких побічних ефектів, як міопатія та

рабдоміоліз, розвиток яких було зафіксовано в клінічній практиці та в деяких контрольованих дослідженнях; їх появу пов'язують із застосуванням комбінованої терапії статинами та фібратами. Однак виникнення цих побічних ефектів за умови призначення адекватних доз сучасних препаратів зустрічається вкрай рідко. Іншим найбільш обговорюваним питанням статинотерапії є здатність статинів підвищувати ризик розвитку ЦД, про що свідчить низка досліджень. Дійсно, на тлі застосування практично всіх сучасних препаратів з групи статинів (симвастатину, аторвастатину, розувастатину) дещо збільшується небезпека виникнення нового ЦД. Проте аналіз співвідношення користі та ризику свідчить, що для розвитку нового ЦД статини мають бути застосовані протягом року майже у 500 пацієнтів, а для запобігання одній серцево-судинній події – у 155 хворих, тобто абсолютне зниження ризику виникнення серцево-судинної патології переважає незначне підвищення частоти розвитку ЦД. Крім того, статини в сучасній фармакотерапії серцево-судинних захворювань є єдиною групою препаратів, які впливають на темпи прогресування атеросклерозу і таким чином поліпшують перспективи виживання хворих з ІХС та іншою локалізацією атеросклерозу. Отже, наявність порівняно невисокого ризику виникнення побічних ефектів не має впливати на прийняття рішення щодо призначення терапії статинами хворим, що перенесли ІМ, оскільки користь від цих препаратів є відчутно більшою, ніж вірогідність розвитку негативних наслідків.

Невід'ємною частиною вторинної профілактики ІМ також є лікування порушень серцевого ритму за допомогою призначення антиаритмічних препаратів або імплантації кардіовертера-дефібрилятора – єдиного методу лікування аритмій, що знижує ризик як РСС, так і смерті від будь-яких причин. Крім того, не варто нехтувати такими важливими заходами, як лікування депресії, що є незалежним предиктором смертності у хворих із встановленою ІХС, а також організацією навчання і підвищенням рівня освіти пацієнтів після ІМ.

Запорукою високої ефективності заходів вторинної профілактики ІМ є комплексний підхід до вирішення проблеми. Якщо кожен із засобів профілактики з доведеною ефективністю окремо здатний покращити прогноз виживання пацієнтів, які перенесли ГКС, на 25-30%, то їх комбінація дозволяє поліпшити цей показник більш ніж на 75%.

Таким чином, тактика ведення пацієнтів, які перенесли ГКС, має ґрунтуватися на результатах стратифікації ризику, призначенні адекватної фармакотерапії із використанням препаратів з доведеною ефективністю. Ведення пацієнтів з перенесеним ГКС обов'язково включає оцінку доцільності проведення таких інтервенційних процедур діагностики та лікування, як коронарографія та ревазуляризація. Широке використання цих підходів дозволяє суттєво зменшити рівень смертності, знизити ризик повторного ІМ та інших серцево-судинних подій, покращити якість життя постінфарктних пацієнтів.

Підготувала **Наталія Малютина**



**Передплата з будь-якого місяця!  
У кожному відділенні «Укріошита»!  
За передплатними індексами:**

**Здоров'я України**

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА  
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

**35272**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

**37639**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

**37631**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

**37633**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

**37632**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

**37634**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,  
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

**37635**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПЕДІАТРІЯ»

**37638**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

**49561**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

**89326**

**НАШ САЙТ:**

**www.health-ua.com**

Архів номерів  
«Медичної газети  
«Здоров'я України»  
з 2003 року

У середньому  
понад 8000  
відвідувань  
на день