

Стратифікація ризику як найважливіший аспект ведення пацієнтів з ГКС

Гострий коронарний синдром (ГКС) – дуже важливий етап в еволюції ішемічної хвороби серця (ІХС), який характеризується високим рівнем летальності хворих. Можливості зниження ризику смерті пацієнтів з ГКС значною мірою залежать від того, наскільки правильно здійснюється стратифікація ризику. Ця проблема обговорювалася в ході науково-практичної конференції «Актуальні питання кардіології та кардіохірургії», яка відбулася 28 лютого в Інституті серця МОЗ України (м. Київ). Завідувач кафедри функціональної діагностики Національної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Олег Йосипович Жарінов представив доповідь «Стратифікація ризику і ведення пацієнтів, які перенесли ГКС».

– Рівень смертності хворих у перший рік після виникнення гострого інфаркту міокарда (ІМ) становить не менше 10%, у подальшому – 5% на рік. 85% летальних випадків відбуваються внаслідок ІХС, з них 50% – у перші три місяці, 33% – у перші три тижні після події. Тому дуже важливим є перший етап ведення пацієнтів на ГКС – стратифікація серцево-судинного (СС) ризику. Від результатів стратифікації ризику залежать два наступних етапи ведення цих хворих – тактика медикаментозного лікування та вирішення питання про застосування інвазивних методів лікування ГКС (негайне здійснення в гострій ситуації коронарографії і ревазуляризації або оцінка потреби в цих процедурах).

У стратифікації ризику при ГКС слід дуже чітко виокремити два поняття. Перше – рання стратифікація ризику, яка здійснюється на самому початку ведення пацієнтів та визначає черговість застосування терапевтичних засобів, прогноз, стратегію ведення впродовж госпітального періоду, і друге – стратифікація ризику після перенесеного ІМ. Остання здійснюється по закінченні госпітального етапу з метою визначення подальшого прогнозу та довгострокової стратегії лікування.

Сьогодні є чимало критеріїв та інструментів для визначення як найближчого, так і довгострокового прогнозу хворих із ГКС. Головний критерій для оцінки прогнозу щодо перебігу ГКС – наявність у пацієнта з ГКС проявів серцевої недостатності (СН). З метою виявлення цих ознак використовують класифікацію Кілліпа. Існує прямий зв'язок між класом СН за цією класифікацією і рівнем летальності хворих із ГКС. Особливості дисфункції міокарда при ГКС можливо оцінити також за допомогою інвазивного гемодинамічного обстеження – визначення тиску заклинювання у легневих капілярах та серцевого індексу (використовується класифікація Форестера). Крім того, існує багато простих клінічних критеріїв, які дозволяють орієнтовно оцінити гемодинаміку в деяких ситуаціях.

Важливим предиктором ризику у пацієнтів з ГКС є зміни на ЕКГ. Установлено, що найбільш несприятливим є прогноз при наявності депресії сегмента ST, тоді як для пацієнтів з інверсією зубця Т ризик є суттєво нижчим і наближається до такого у хворих без суттєвих змін на ЕКГ.

Ще одна важлива кардіографічна ознака, яку маємо враховувати, – наявність порушень ритму серця. Вплив цих порушень на рівень смертності пацієнтів з ГКС був підтверджений у здійсненому нами дослідженні,

результати якого показали, що ускладнення ІМ першим епізодом фібриляції передсердь (ФП) зумовлювали погіршення виживаності хворих у 4 рази. У перелік ЕКГ-критеріїв ризику включені також: передня локалізація ІМ/стійка елевація сегмента ST, патологічний зубець Q у багатьох відведеннях, не-Q ІМ, наявність фонові гіпертрофії лівого шлуночка, реципрокна депресія сегмента ST, стійка депресія сегмента ST, тривале збільшення інтервалу QT, порушення провідності/блокади серця, синусова тахікардія/ФП.

Сьогодні підходи до стратифікації ризику у пацієнтів з ГКС у наукових дослідженнях і деяких клініках ґрунтуються на використанні відповідних шкал, які дозволяють оцінити ризик у різні терміни. Наприклад, шкала GRACE застосовується для оцінки ризику на внутрішньогоспітальному етапі ведення хворих на ГКС, шкала TIMI – для ГКС без підйому сегмента ST через 2 тиж після події і т.д. У цих шкалах у якості факторів ризику

із підозрою на ГКС виділити осіб, у яких існує необхідність негайного проведення коронароангіографії (КВГ), тих, кого ще можна спостерігати деякий час, і, нарешті, – суперечливу категорію хворих, у яких надалі може виникнути потреба в більш активному лікуванні. Вказаний поділ має безпосередні наслідки для медикаментозної терапії, яка призначається різним категоріям пацієнтів на ГКС без підйому сегмента ST залежно від ступеня ризику (рис.). Як можна побачити, КВГ посіла дуже важливу позицію в сучасних загальних алгоритмах ведення хворих з ГКС без підйому сегмента ST, як і в цілому при ГКС. З позицій інвазивної тактики та стратегії ведення цих пацієнтів можна констатувати, що впровадження цієї процедури на ранніх термінах розвитку ГКС стало найбільш вагомим кроком на шляху вдосконалення діагностики і лікування цього захворювання. Це суттєво вплинуло на прогноз хворих ІМ, і, за результатами деяких досліджень, інвазивні



О.Й. Жарінов

процедури дозволяють знизити смертність до рівня $\leq 5,3\%$.

Від стратифікації ризику у пацієнтів з ГКС залежать певні аспекти медикаментозного лікування. Це можна продемонструвати на прикладі антитромботичної терапії. При всіх формах ГКС антитромботична терапія включає призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) – препарату, який використовується в клінічній практиці вже понад сто років. АСК має клас і рівень доказів ІА в сучасних європейських рекомендаціях по веденню хворих з ГКС, і сьогодні неможливо уявити схему лікування таких пацієнтів без цього препарату. Але співвідношення «користь/ризик» при її застосуванні різняться залежно від ситуації. Так, найбільша користь і сприятливе співвідношення «користь/ризик» при застосуванні АСК спостерігаються у хворих з нестабільною стенокардією, тобто з активною ішемією міокарда. Достатньо високою є користь прийому АСК у пацієнтів з перенесеним гострим ІМ, гострими порушеннями кровообігу мозку, стабільною стенокардією.

Застосування АСК у комбінації з інгібітором рецепторів P2Y12 є сучасним стандартом лікування хворих з ГКС, ІМ і нестабільною стенокардією.

Оцінювальні критерії	Низький ризик	Проміжний ризик	Високий ризик
Анамнез	<ul style="list-style-type: none"> • Стенокардія напруги II ФК • <2 факторів ризику • Тропоніни (-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Поступове (>4 тиж) прогресування до III-IV ФК • Два серцевих фактори ризику 	<ul style="list-style-type: none"> • Швидке (<4 тиж) прогресування до III-IV ФК • Літній вік • Діагностована раніше ІХС • Після ІМ (<6 тиж)
Фізикальні дані	<ul style="list-style-type: none"> • Без патологічних знахідок з боку СС-системи 	<ul style="list-style-type: none"> • Захворювання/шум над периферичними артеріями • Послаблений пульс 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемодинамічна нестабільність • Ознаки СН • Ритм галопу • Вологі хрипи
ЕКГ	<ul style="list-style-type: none"> • Нормальна/мінімальні зміни 	<ul style="list-style-type: none"> • Мінімальні зміни сегмента ST/зубця Т 	<ul style="list-style-type: none"> • Депресія сегменту ST ≥ 1 мм

фігурують клінічні, ехокардіографічні, деякі лабораторні показники, а також ціла низка супутніх хвороб та особливості фонового лікування.

Окремо слід приділити увагу ІМ з і без елевації сегмента ST, значні відмінності щодо ступеня ризику у порівнянні з ІМ з елевацією сегмента ST спостерігаються лише на ранніх етапах розвитку захворювання. Безпосередньо на фоні події прогноз є значно гіршим у пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST, тоді як з часом різниця поступово зменшується. ІМ без підйому сегмента ST не випадково називають «незавершеним» ІМ – такі хворі потребують надзвичайно великої уваги, особливо з точки зору застосування інвазивних підходів і проведення ангіографічних досліджень.

Пацієнтів з ГКС без підйому сегмента ST поділяють на три групи: низького, проміжного і високого ризику (табл. 1). Цей поділ є надзвичайно важливим, оскільки дозволяє серед хворих

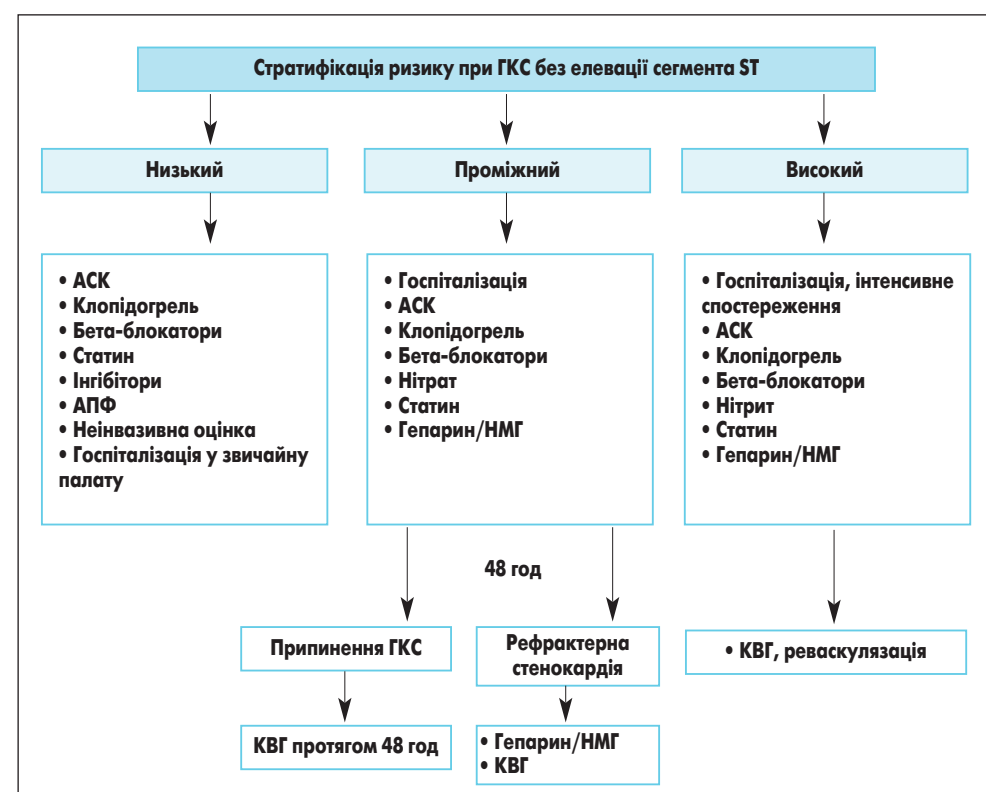


Рис. Стратифікація ризику при ГКС без елевації сегмента ST: медикаментозна терапія

Але складним питанням у веденні пацієнтів з ГКС є поєднане застосування антикоагулянтів і антиагрегантів, особливо довготривале. Це питання пов'язане зі змінами в коагуляційній системі крові після розвитку ГКС, а саме з підвищенням рівня тромбіну. Отже, у розвитку тромботичних ускладнень після ГКС значну роль поряд з активацією тромбоцитів відіграє другий механізм – активація коагуляційного каскаду. Встановлено, що ця активація є довготривалою (Morlini P.A., 1994). Власне, цей факт у свій час став підставою для розгляду питання щодо доцільності застосування антикоагулянтів при ІМ. І сьогодні застосування низькомолекулярних гепаринів (НМГ) є стандартом лікування цього захворювання. Але НМГ при гострому ІМ призначаються на 5-8 днів, тоді як рівень тромбіну залишається підвищеним більш тривалий час (6 міс і довше). Для довготривалої профілактики у деяких випадках використовують варфарин. Це стосується, наприклад, хворих з ФП і супутнім ІМ або хворих з ФП, яким проводиться стентування. У таких випадках завжди виникають питання: чи слід залишити в схемі лікування препарати, які пацієнт приймав раніше, і чи можливо поєднувати варфарин або сучасні пероральні антикоагулянти з одним або двома антиагрегантами? Останнє питання є надзвичайно гострим, і його вирішення має впливати на вибір типу стента в деяких клінічних ситуаціях (у тому числі гострих). Обговорюючи його, слід мати на увазі не тільки варфарин, але й нові пероральні антикоагулянти, які все ширше застосовують у клінічній практиці.

Таблиця 2. Стратифікація ризику за даними навантажувальних тестів через ≥3 тиж після ІМ

Низький ризик	Проміжний ризик	Високий ризик
<ul style="list-style-type: none"> • ≥8 MET • Без симптомів 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤8 MET • Стенокардія при помірному навантаженні • Анамнез СН 	<ul style="list-style-type: none"> • ≤5 MET • Гіпотензія під час навантажувальних проб • Ішемія при низькому рівні навантаження • Збереження ішемії після навантаження • Тривала аритмія

Проте у цьому випадку мова йде про використання пероральних антикоагулянтів у дозах звичайних для профілактики інсульту при ФП, а можливість використання їх у схемах потрійної антитромботичної терапії при поєднанні ФП і ГКС на сьогоднішній день лише вивчаються в клінічних дослідженнях.

Фактично єдиним сучасним пероральним антикоагулянтом, який довів свою ефективність при тривалому застосуванні у хворих після ГКС і призначався додатково до звичайної подвійної антитромботичної терапії у наднизькій дозі – 2,5 мг 2 рази на добу відразу після відміни НМГ, є інгібітор фактора Ха ривароксабан. Цей підхід дозволяє на третину зменшити як СС-смертність, так і загальну смертність у пацієнтів з ГКС, а правильний відбір хворих для призначення ривароксабану дозволяє досягти найбільш вигідного співвідношення «користь/ризик». За розрахунками ривароксабан дозволяє запобігти 159 незворотним ішемічним подіям (СС-смерть, ішемічний інсульт, інфаркт міокарда) ціною трьох незворотних ускладнень, пов'язаних із кровотечами (летальні кровотечі та симптомні внутрішньочерепні крововиливи). Сьогодні в керівництвах

Європейського товариства кардіологів та Асоціації кардіологів України ривароксабан у дозі 2,5 мг на добу рекомендовано до застосування у пацієнтів з ГКС із підвищеним ризиком ішемічних подій (наприклад, із повторним ГКС, СН, цукровим діабетом), які вже приймають один або два антиагреганти (АСК або АСК + клопидогрель). Не слід призначати ривароксабан хворим з інсультом/транзиторною ішемічною атакою в анамнезі і пацієнтам з надмірним ризиком кровотеч.

На завершення хочеться звернути увагу лікарів на деякі аспекти стратифікації ризику у хворих, що перенесли ГКС. На мою думку, це велика проблема, отже доступні методи обстеження, які могли б надати інформацію щодо ступеня ураження серця (прояви ішемії міокарда тощо), українські лікарі використовують недостатньо активно. Наприклад, на сьогодні досить інформативним і найдоступнішим є метод із використанням навантажувальних тестів з реєстрацією ЕКГ, який є показаним більшості пацієнтів після ГКС. Цей метод дозволяє поділити хворих на три групи за ступенем ризику і визначити підходи до їх подальшого ведення (табл. 2). Доступним

методом є також моніторинг ЕКГ за Холтером, яке дозволяє виявити наявність маркерів раптової серцевої смерті, наприклад шлуночкових аритмій.

У пацієнтів з низькою фракцією викиду в ряді ситуацій доцільно проводити КВГ з урахуванням можливості вирішення частини проблем за допомогою ревазуляризації міокарда. Слід пам'ятати, що шлуночкові порушення ритму та дисфункція лівого шлуночка є взаємопотенціюючими факторами ризику смерті, і їх поєднання є важливим предиктором раптової серцевої смерті після перенесеного ІМ. З огляду на сучасні показання до проведення КВГ, цієї процедури потребує більшість пацієнтів, отже її проведення доцільне при високому ризику ускладненого ІМ, залишкової ішемії, а також у хворих молодого віку, фізично активних або з проявами тривоги щодо власного стану. Але треба розуміти, що КВГ найчастіше є «містком» до ревазуляризації і пацієнт має бути налаштований на цю тактику лікування.

Таким чином, стратифікація ризику – найважливіше питання на всіх етапах ведення хворих з ГКС, вирішення якого допоможе правильно визначити стратегію лікування і, як наслідок, покращити прогноз пацієнтів у цілому. Зокрема, правильне використання сучасних підходів до медикаментозного лікування з позицій доказової медицини дає можливість суттєво знизити ризик СС-смерті.

Підготувала **Наталія Очеретяна**



Дата здійснення операції		Сума:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя”	
Платник:		Платник:		ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр	
Місце проживання:		Місце проживання:		МФО банку:	
Отримувач:		Отримувач:		3 8 4 1 9 7 8 5	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		2 6 0 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		Розрахунковий рахунок:	
Платник:		Платник:		Контролер:	
Дата здійснення операції		Дата здійснення операції		Касир:	
Сума:		Сума:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя”	
Платник:		Платник:		ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр	
Місце проживання:		Місце проживання:		МФО банку:	
Отримувач:		Отримувач:		3 8 4 1 9 7 8 5	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		2 6 0 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		Розрахунковий рахунок:	
Платник:		Платник:		Контролер:	
Квитація		Квитація		Касир:	

ПЕРЕДПЛАТА НА 2014 РІК!

Здоров'я України

Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за Каталогом видань України на 2014 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 521-86-98.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»

Передплатний індекс – 37639
Періодичність виходу – 6 разів на рік
Вартість передплати – 300,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами: р/р 26000052613363 ФКВ «ПРИВАТБАНК», РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785;
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.

Телефон/факс відділу передплати (044) 521-86-98,
e-mail: podpiska@health-ua.com