

Н.Т. Ватулин^{1,2}, А.С. Смирнова¹, Ю.П. Гриценко¹, А.Э. Дегтярева¹,
В.С. Колесников², О.И. Лагуненкова¹, Е.В. Дзюба¹, Е.В. Ещенко¹

¹Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Донецк

²Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака, Донецк

Обзор рекомендаций АНА/АСС по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (2014)

В декабре 2014 г. в журнале *Circulation* были опубликованы новые рекомендации Американской ассоциации сердца и Американского колледжа кардиологов (АНА/АСС) по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST), которые представляют собой полный пересмотр рекомендаций АНА/АСС 2007 г. по ведению пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST.

Целью комитета по написанию рекомендаций, состоящего из кардиологов, интернистов, хирургов, специалистов по неотложной медицине, семейных врачей и гериатрологов, являлось обеспечение клиницистов кратким, четко изложенным современным руководством, которое может быть успешно применено в практике.

Как обычно, при создании подобных рекомендаций авторы руководствовались доказательной методологией с использованием классов рекомендаций и уровней доказательности.

1. Острый коронарный синдром – определение

Острый коронарный синдром (ОКС) – это предварительный диагноз, который отражает острую ишемию миокарда – стенокардию и/или инфаркт, развивающиеся, как правило, вследствие резкого снижения коронарного кровотока.

2. Первичная оценка состояния и тактика ведения пациентов

2.1. Клиническая оценка

1. Пациенты с подозрением на ОКС должны пройти процедуру ранней стратификации для подтверждения

диагноза и оценки степени риска заболевания с целью принять решение о необходимости госпитализации и определения тактики лечения.

2.2. Отделение неотложной помощи

1. Пациенты с подозрением на ОКС и признаками высокого риска (длительная загрудинная боль, выраженная одышка, синкопе/предобморочные состояния или учащенное сердцебиение) должны быть немедленно госпитализированы в отделение интенсивной терапии.

2. При наличии менее опасных симптомов пациент может быть направлен в отделение неотложной помощи или другое (специализированное для этой клинической ситуации) отделение.

2.3. Прогноз – ранняя стратификации риска

1. Пациентам с дискомфортом в грудной клетке или другими симптомами, характерными для ОКС, должна быть записана электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях в течение 10 мин после поступления в отделение неотложной помощи.

2. При сохранении симптомов ишемии и низкой информативности первичной ЭКГ необходимо произвести запись последовательных ЭКГ в динамике (через каждые 15-30 мин в течение первого часа).

3. Всем пациентам с клиническими проявлениями ОКС необходимо определить уровень кардиоспецифических маркеров (тропонина I или T) в момент госпитализации, а также через 3 и 6 ч после манифестации симптомов.

4. У пациентов среднего или высокого риска, имеющих нормальный уровень кардиоспецифических маркеров в пределах 6 ч после появления симптомов,

характерных для ОКС, следует повторно измерить уровень тропонинов.

5. Для оценки прогноза заболевания должна быть использована шкала риска (табл. 1).

6. В случае низкой информативности ЭКГ, записанной в стандартных отведениях у пациентов с клиническими проявлениями ОКС, целесообразна регистрация дополнительных отведений ЭКГ с V7 по V8.

7. У пациентов с высоким риском ОКС и недостаточно информативной первичной ЭКГ альтернативным методом исследования может служить непрерывный мониторинг 12-канальной ЭКГ.

8. У больных с подозрением на ОКС для оценки глобального риска может использоваться измерение В-типа натрийуретического пептида или его N-концевого пропептида.

2.4. Сердечные биомаркеры в диагностике и прогнозе инфаркта миокарда

2.4.1. Биомаркеры: диагностика

1. Всем пациентам с клиническими проявлениями ОКС рекомендуется определять уровень сердечного тропонина I или T через 3 и 6 ч от начала появления симптомов для сравнения их значений в динамике.

2. У пациентов среднего или высокого риска, имеющих нормальный уровень кардиоспецифических маркеров в пределах 6 ч после появления симптомов, характерных для ОКС, следует повторно измерить уровень тропонинов.

3. В случае невозможности определения времени манифестации симптомов, возникновением ОКС следует считать первый контакт пациента с медицинским персоналом (госпитализацию).

4. Из-за низкой информативности определение изофермента МВ креатинкиназы и миоглобина в современной диагностике ОКС не осуществляется.

2.4.2. Биомаркеры: прогноз

1. Для оценки прогноза используется величина прироста тропонина.

Таблица 1. Шкала риска TIMI*

Баллы риска по TIMI	Смертность от всех причин, новый или повторный инфаркт миокарда либо тяжелая возвратная ишемия, требующая проведения urgentной реваскуляризации в течение 14 дней после рандомизации, %
0-1	4,7
2	8,3
3	13,2
4	19,9
5	25,2
6-7	40,9

Примечание: * – балл риска TIMI определяется суммой наличия 7 переменных на момент поступления больного; 1 балл начисляется за каждую из следующих переменных: возраст ≥ 65 лет; ≥ 3 факторов риска ИБС; предшествующий коронарный стеноз $\geq 50\%$; отклонение сегмента ST на ЭКГ; ≥ 2 приступов стенокардии в предшествующие 24 ч; прием аспирина в предшествующие 7 сут; повышение кардиоспецифических биомаркеров.

2. У пациентов с ИМ с целью оценки размера некротической зоны необходимо повторное определение уровня тропонина на 3-й или 4-й день.

3. Для получения дополнительной прогностической информации целесообразно использовать современные биомаркеры, такие как натрийуретический пептид (В-тип).

2.5. Выписка из отделения интенсивной терапии (диагностического отделения)

1. Пациентов с симптомами ОКС без объективных признаков ишемии миокарда (неишемическая первичная ЭКГ и нормальные значения сердечных тропонинов) необходимо наблюдать в диагностическом отделении, где следует записать в динамике серию ЭКГ и определить уровень тропонина.

2. Пациентам с подозрением на ОКС, которые имеют неизменную ЭКГ и нормальный уровень сердечных тропонинов, перед выпиской (или в течение 72 ч после) целесообразно выполнить ЭКГ с нагрузочной пробой (третмил), стресс-эхокардиографию или стресс-исследование перфузии миокарда.

3. Таким же пациентам при отсутствии в анамнезе ишемической болезни сердца целесообразно выполнить коронарную компьютерную томографию-ангиографию для оценки анатомии коронарных артерий (или провести сцинтиграфию миокарда с технецием-99m) для исключения ишемии миокарда.

4. Пациентам с низким уровнем риска, которые выписываются на амбулаторное лечение, необходимо рекомендовать ежедневный прием аспирина, нитроглицерина короткого действия (при болевых приступах), при необходимости – других медикаментов, инструктировать по уровню физической активности и клинического наблюдения.

3. Ранняя госпитальная помощь

3.1. Стандартное медикаментозное лечение

3.1.1. Кислород

Оксигенотерапия показана пациентам при сатурации кислорода в артериальной крови $< 90\%$, наличии респираторного дистресс-синдрома или других факторов высокого риска гипоксемии.

3.1.2. Нитраты

1. Пациенты с ОКСбпСТ и продолжающейся ишемической болью должны сублингвально получать нитроглицерин (0,3-0,4 мг) каждые 5 мин до достижения максимума в 3 дозы, после чего следует оценить необходимость внутривенного введения препарата при отсутствии противопоказаний.

2. Внутривенное введение нитроглицерина показано пациентам с ОКСбпСТ при наличии персистирующей ишемии, сердечной недостаточности (СН) или артериальной гипертензии.

3. Нитраты не следует назначать пациентам с ОКСбпСТ, которые недавно принимали ингибиторы фосфодиэстеразы (в течение последних 24 ч для силденафила или варденафила, 48 ч – для тадалафила).

3.1.3. Обезболивающие

1. У пациентов с ОКСбпСТ при длительном приступе загрудинной боли, несмотря на прием антиишемических лекарственных средств в максимально переносимых дозах, целесообразно внутривенное введение сульфата морфина при отсутствии противопоказаний.

2. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (за исключением аспирина) не должны назначаться (их следует также отменить на время госпитализации по поводу ОКСбпСТ из-за повышения риска неблагоприятных кардиальных событий, связанных с ними).

3.1.4. Блокаторы β -адренорецепторов

1. Пероральная терапия блокаторами β -адренорецепторов (β -адреноблокаторами) должна быть назначена в течение первых суток пациентам с ОКСбпСТ, у которых нет симптомов декомпенсированной СН, низкой фракции выброса, повышенного риска развития кардиогенного шока или других противопоказаний к их приему.

2. При стабилизированной СН со сниженной систолической функцией рекомендуется продолжить прием одного из трех β -адреноблокаторов, снижающих смертность от СН (метопролола сукцинат, карведилол и бисопролол).

3. В первые сутки от начала развития ОКСбпСТ всем пациентам с задокументированными противопоказаниями к приему β -адреноблокаторов необходимо определить их правомерность на момент госпитализации.

4. У пациентов с нормальной функцией левого желудочка целесообразно продолжить лечение β -адреноблокаторами.

5. Внутривенное введение β -адреноблокаторов является потенциально опасным у пациентов с ОКСбпСТ, имеющих факторы риска развития шока.

3.1.5. Блокаторы кальциевых каналов

1. У пациентов с ОКСбпСТ и сохраняющейся или часто возобновляющейся ишемией, а также имеющих противопоказания к приему β -адреноблокаторов, в качестве первичной терапии должен использоваться недигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов (БКК) (например верапамил или дилтиазем) при отсутствии противопоказаний к его приему.

2. Пероральный прием недигидропиридиновых БКК может быть рекомендован пациентам с ОКСбпСТ и продолжающейся ишемией после использования β -адреноблокаторов и нитратов.

3. Прием БКК рекомендован при продолжающихся ишемических симптомах, в случае низкой эффективности, развития побочных эффектов или противопоказания к применению β -адреноблокаторов.

4. Назначение БКК длительного действия и нитратов рекомендовано также больным со спазмом коронарных артерий.

5. Нифедипин не следует назначать пациентам с ОКСбпСТ без терапии β -адреноблокаторами.

3.1.6. Статины

1. У всех пациентов с ОКСбпСТ необходимо проводить терапию статинами.

2. Всем пациентам с ОКСбпСТ целесообразно выполнить исследование липидного профиля натошак в течение суток от начала события.

3.2. Ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

1. Всем пациентам с фракцией выброса (ФВ) < 40%, имеющим артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет (СД) или хроническую болезнь почек (ХБП) в анамнезе, необходимо начать или продолжить прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

2. При непереносимости иАПФ их заменяют блокаторами ангиотензиновых рецепторов.

3. Помимо терапевтических доз иАПФ и β -адреноблокаторов, пациенты с ФВ ЛЖ < 40%, СД или СН должны получать антагонисты альдостерона – если у них нет нарушения функции почек (креатинин > 2,5 мг/дл для мужчин и > 2,0 мг/дл для женщин) или гиперкалиемии (K^+ > 5,0 мэкв/л).

3.3. Первичная антитромбоцитарная/антикоагулянтная терапия

3.3.1. Первичная пероральная и внутривенная антитромбоцитарная терапия при инвазивном лечении

1. Терапию аспирином (в нагрузочной дозе 162–325 мг и поддерживающей – 81–325 мг в сутки) у пациентов с ОКСбпСТ следует начать как можно скорее и продолжать неопределенно долго.

2. Пациентам, которые не могут принимать аспирин ввиду наличия к нему гиперчувствительности или выраженной желудочно-кишечной непереносимости, рекомендуется назначать клопидогрель (нагрузочную дозу с последующим переходом на поддерживающую).

3. Всем пациентам, перенесшим ОКСбпСТ, в добавление к аспирину необходимо назначать ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов (клопидогрель или тикагрелор), по меньшей мере – на протяжении 12 мес при отсутствии противопоказаний. Схемы приема:

- клопидогрель 300 или 600 мг нагрузочной дозы, затем 75 мг в сутки – поддерживающей;
- или тикагрелор 180 мг нагрузочной дозы, затем 90 мг 2 раза в сутки – поддерживающей.

4. При назначении антагониста P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов пациентам с ОКСбпСТ, у которых применяется ранняя инвазивная или антиишемическая стратегия, целесообразно отдавать предпочтение тикагрелору.

5. Пациентам с высоким риском (повышенный уровень тропонинов), у которых применяется ранняя инвазивная стратегия и двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТ), в качестве одного из препаратов выбора может использоваться ингибитор гликопротеиновых рецепторов (ИГР) П₂/П₃а тромбоцитов. При этом предпочтение следует отдать эптифибатиду или тирофибану.

3.3.2. Начальная парентеральная антикоагулянтная терапия

1. Всем пациентам с ОКСбпСТ в дополнение к антитромбоцитарной рекомендуется антикоагулянтная

Таблиця 2. Факторы, ассоциированные с выбором инвазивной или ишемически-направленной стратегии для пациентов с ОКСбпСТ

Немедленное инвазивное вмешательство (в пределах 2 ч)	Рефрактерная стенокардия Признаки/симптомы сердечной недостаточности, возникновение или усугубление митральной регургитации Гемодинамическая нестабильность Возвратная стенокардия или стенокардия покоя Устойчивая желудочковая тахикардия или фибрилляции желудочков
Ишемически-направленная стратегия	Низкий риск по шкале TIMI [0 или 1] Тропонин-негативные пациенты женского пола с низким риском Предпочтение пациента или врача при условии отсутствия признаков высокого риска
Раннее инвазивное вмешательство (в течение 24 ч)	Ни один из вышеперечисленных, индекс GRACE >140 Повышение уровней тропонинов Новая или предположительно новая депрессия сегмента ST
Позднее инвазивное вмешательство (в течение 25-72 ч)	Ни один из вышеперечисленных, наличие сахарного диабета, почечной недостаточности (СКФ < 60 мл/мин/1,73м ²) Снижение систолической функции левого желудочка (ФВ < 40%) Ранняя постинфарктная стенокардия Недавно выполненное ЧКВ (в течение 6 мес) Недавно выполненное АКШ Индекс GRACE 109-140, индекс TIMI ≥ 2

Примечание: СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ФВ – фракция выброса, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, АКШ – аортокоронарное шунтирование.

терапия независимо от первоначальной стратегии лечения. Варианты лечения включают:

- эноксапарин: 1 мг/кг подкожно каждые 12 ч (у пациентов с клиренсом креатинина < 30 мл/мин дозу снижают до 1 мг/кг подкожно 1 раз в сутки) в течение всего срока госпитализации или в период проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ);

- бивалирудин: в нагрузочной дозе 0,10 мг/кг с последующими введением в дозе 0,25 мг/кг в час (только для больных с ранней инвазивной стратегией) в период проведения диагностической ангиографии или ЧКВ с предварительным назначением ИГР Пв/Ппа тромбоцитов на фоне ДАТ;

- фондапаринукс: 2,5 мг подкожно ежедневно, в течение всего времени пребывания в стационаре или в период проведения ЧКВ;

- в том случае, когда ЧКВ выполняется на фоне подкожного введения фондапаринукса, с целью снижения риска катетерного тромбоза необходимо назначить дополнительный антикоагулянт (нефракционированный гепарин [НФГ] или бивалирудин);

- НФГ внутривенно: нагрузочная доза 60 МЕ/кг (максимум 4000 МЕ) с последующей инфузией 12 МЕ/кг в час (максимум 1000 МЕ/ч), скорректированная по активированному частичному тромбопластиновому времени, продолжительностью 48 ч или в период проведения ЧКВ.

2. У пациентов с ОКСбпСТ нельзя использовать внутривенную фибринолитическую терапию.

3.4. Ишемически-направленная (консервативная) стратегия по сравнению с первичной инвазивной

3.4.1. Первичная инвазивная и ишемически-направленная стратегия

Схема первичной инвазивной и ишемически-направленной стратегии представлена на рисунке.

1. Немедленная инвазивная стратегия (диагностическая ангиография с реваскуляризацией при необхо-

димости) показана пациентам с ОКСбпСТ и рефрактерной стенокардией или гемодинамической/электрической нестабильностью (без серьезных сопутствующих заболеваний или противопоказаний к подобным процедурам).

2. Ранняя инвазивная стратегия (диагностическая ангиография с реваскуляризацией при необходимости) показана пациентам со стабильным состоянием при поступлении (без серьезных сопутствующих заболеваний или противопоказаний к подобным процедурам), у которых имеется высокий риск клинических событий (табл. 2).

3. Для пациентов с ОКСбпСТ и стабильным состоянием при поступлении, у которых имеется повышенный риск развития клинических событий, целесообразно выбрать раннюю инвазивную стратегию (в течение 24 ч после поступления) вместо поздней инвазивной стратегии (в течение 24-72 ч). Для пациентов, находящихся вне зоны высокого/среднего риска, приемлема поздняя инвазивная стратегия.

4. Ишемически-направленная стратегия может быть рассмотрена для исходно стабильных пациентов (без серьезной сопутствующей патологии или противопоказания к такому подходу), которые имеют повышенный риск клинических событий.

5. Применение ишемически-направленной стратегии для первоначально стабильных пациентов (без серьезных сопутствующих заболеваний или противопоказаний к такому подходу) может быть целесообразным после рассмотрения предпочтений врача и больного.

6. Раннюю инвазивную стратегию (диагностическая ангиография с реваскуляризацией при необходимости) не рекомендуется проводить у больных:

- с сопутствующими заболеваниями (например печеночная, почечная, легочная недостаточность, рак), при которых риск перевешивает пользу;

- тропонин-негативных пациентов женского пола с острой загрудинной болью и низкой вероятностью ОКС.

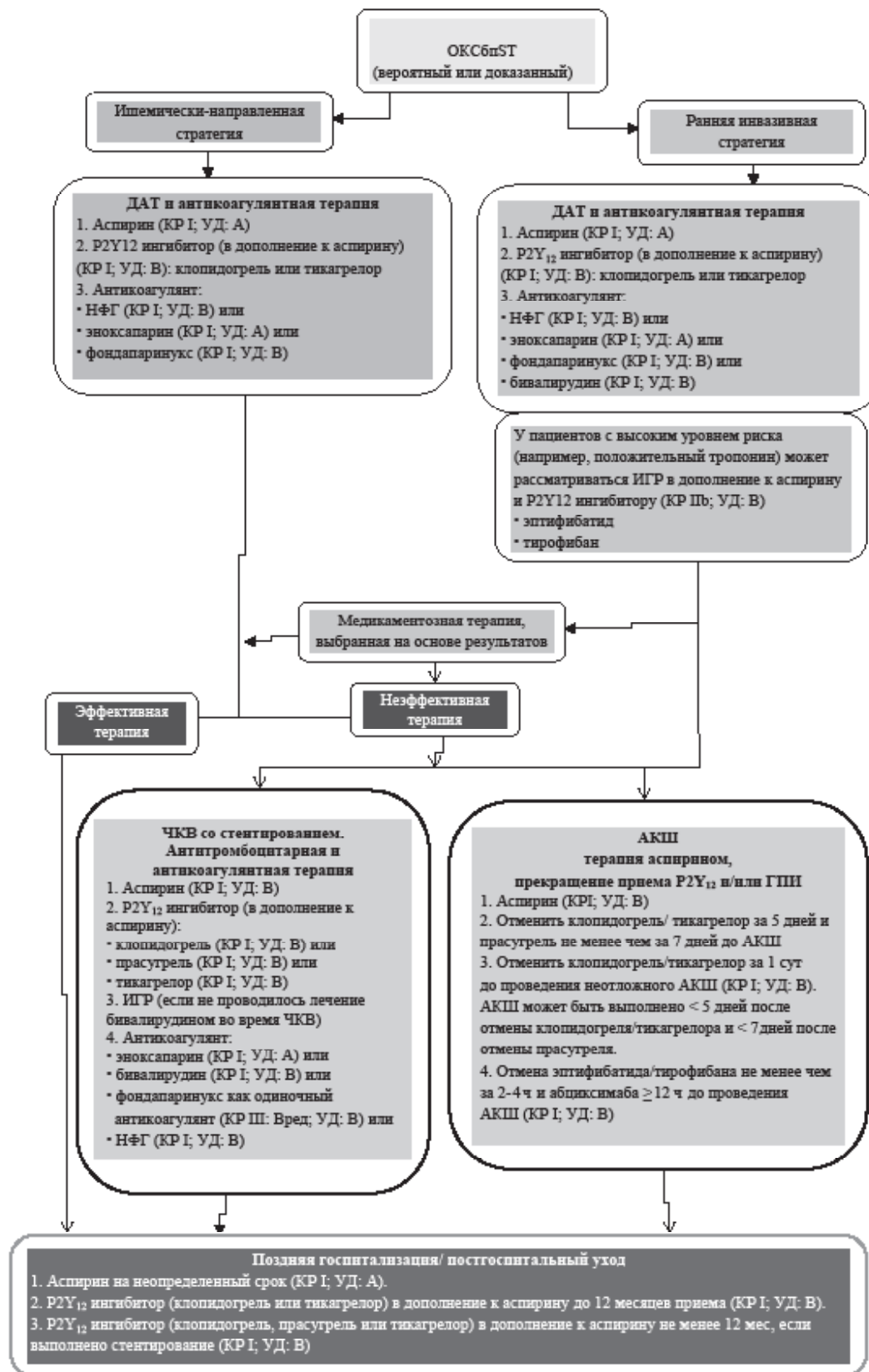


Рисунок. Алгоритм ведения пациентов с вероятным или доказанным ОКСbST

Примечание: КР – класс рекомендаций; УД – уровень доказательств.

Класс рекомендаций (КР)

Класс I: Польза >>> Риск (Вмешательство/лечение должно быть проведено/назначено) – наличие доказательств и/или единства мнений экспертов, что данный метод диагностики или лечения целесообразен и эффективен.

Класс II: наличие противоречивых доказательств и/или расхождения во мнениях экспертов о пользе/эффективности метода диагностики или лечения;

IIa: Польза >> Риск (целесообразно выполнять вмешательство/назначать лечение) – преобладают доказательства и/или мнения экспертов о его пользе и эффективности;

IIb: Польза ≥ Риск (может быть рассмотрено проведение вмешательства/назначение лечения) – его польза и эффективность недостаточно подтверждены доказательствами и/или мнениями экспертов.

Класс III: Пользы не выявлено или **Класс III: Вред** – наличие доказательств и/или единства мнений экспертов, что данный метод диагностики/лечения не является полезным и эффективным, а в ряде случаев может быть и вредным.

Уровни доказательности (УД)

A – рекомендации базируются на результатах нескольких рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.

B – рекомендации базируются на результатах одного рандомизированного клинического или нескольких нерандомизированных исследований.

C – рекомендации базируются на общем мнении экспертов и/или результатах небольших или ретроспективных исследований и регистров.

3.5. Стратификация риска пациентов с ОКСбпСТ и ишемически-направленной стратегией перед выпиской

1. Неинвазивное нагрузочное тестирование рекомендовано пациентам из группы низкого и умеренного риска, у которых отсутствует ишемия в покое или при низкой физической активности в течение как минимум 12-24 ч.

2. Упражнения на тредмиле полезны для пациентов, способных выполнять физические упражнения, у которых на ЭКГ отсутствуют исходные изменения сегмента ST.

3. Методику визуализации следует использовать при ведении пациентов, способных выполнять физические упражнения, у которых имеются депрессия сегмента ST в покое. Если пациенты проходят нагрузочный тест низкого уровня, методика визуализации может повысить чувствительность.

4. Фармакологическое нагрузочное тестирование с визуализацией рекомендуется в тех случаях, когда физические ограничения исключают возможность проведения полноценного тестирования посредством физических упражнений.

5. Неинвазивный метод визуализации рекомендуется проводить для оценки функции левого желудочка у пациентов с установленным ОКС.

4. Реваскуляризация миокарда

4.1. ЧКВ – общие положения

4.1.1. ЧКВ – пероральные или внутривенные антитромбоцитарные средства

1. Пациентам, которые до ЧКВ ежедневно принимали аспирин, перед проведением вмешательства необходимо назначить непокрытую энтеросолюбильной оболочкой форму препарата в дозе 81-325 мг.

2. Пациентам, которые ранее не принимали аспирин, перед проведением ЧКВ необходимо назначить непокрытую энтеросолюбильной оболочкой форму препарата в дозе 325 мг как можно скорее.

3. После проведения ЧКВ следует продолжать прием аспирина в дозе 81-325 мг в сутки неопределенно долго.

4. Перед проведением ЧКВ с имплантацией стентов необходимо назначить нагрузочную дозу ингибитора P2Y12 рецепторов тромбоцитов. Схемы приема:

- клопидогрель 600 мг, либо
- празугрель 60 мг, либо
- тикагрелор 180 мг.

5. Пациентам с ОКСбпСТ и высокой степенью риска (например повышенный уровень тропонина), которым перед проведением ЧКВ были назначены некорректные дозы клопидогреля или тикагрелора, целесообразно рекомендовать прием ИГР Пб/Ша тромбоцитов (абциксимаб, двойную дозу эптифибатида или высокие дозы тирофибана).

6. Пациенты, перенесшие ОКСбпСТ, которым был имплантирован коронарный стент (BMS либо DES), должны принимать ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов по меньшей мере на протяжении 12 мес.

Схемы приема:

- клопидогрель 75 мг в сутки, либо
- празугрель 10 мг в сутки, либо
- тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки.

7. У пациентов с ОКСбпСТ, у которых применяется ранняя инвазивная или антиишемическая стратегия, при выборе антагониста P2Y12 рецепторов тромбоцитов рекомендуется отдавать предпочтение тикагрелору.

8. У пациентов с невысоким риском кровотечений, которым планируется проведение ЧКВ, при выборе антагониста P2Y12 рецепторов тромбоцитов рекомендуется отдавать предпочтение празугрелю.

9. Пациентам с ОКСбпСТ и высокой степенью риска (например повышенный уровень тропонина), которые получали НФГ и адекватные дозы клопидогреля, во время проведения ЧКВ целесообразно назначить ИГР Пб/Ша тромбоцитов (абциксимаб, двойную дозу эптифибатида или высокие дозы тирофибана).

10. После проведения ЧКВ рекомендуется отдавать предпочтение поддерживающей дозе аспирина 81 мг в сутки по сравнению с более высокими дозами препарата.

11. В том случае, когда риск возникновения кровотечения превышает предполагаемую пользу от продолжительного приема антагонистов P2Y12 рецепторов тромбоцитов после имплантации стента, рекомендована досрочная (до 12 мес) отмена препаратов.

12. Прием ДАТ свыше 12 мес иногда может рассматриваться у пациентов с имплантированными стентами.

13. Пациентам, перенесшим транзиторные ишемические атаки, не рекомендуется назначение празугреля.

4.1.2. ЧКВ – антикоагулянтная терапия

1. Пациентам с ОКСбпСТ, которым планируется проведение ЧКВ, с целью уменьшения риска развития интракоронарного или катетерного тромбоза необходимо назначить антикоагулянтную терапию.

2. Таким пациентам, которым планируется ЧКВ, целесообразно назначить НФГ.

3. Пациентам с ОКСбпСТ, которым планируется проведение ЧКВ, целесообразно назначить бивалирудин в комбинации или без НФГ.

4. Пациентам с ОКСбпСТ, которые получили менее двух терапевтических доз эноксапарина (1 мг/кг подкожно) или последняя инъекция была сделана за 8-12 час до ЧКВ, перед вмешательством рекомендуется введение дополнительной дозы препарата (0,3 мг/кг внутривенно).

5. Если ЧКВ выполняется на фоне подкожного введения фондапаринукса, с целью снижения риска катетерного тромбоза необходимо дополнительно назначить НФГ (85 МЕ/кг внутривенно).

6. У пациентов с ОКСбпСТ после проведения ЧКВ антикоагулянтная терапия должна быть прекращена, если нет причины для ее продолжения.

7. У пациентов с ОКСбпСТ и высоким риском кровотечений при проведении ЧКВ предпочтительней использовать монотерапию бивалирудином, чем комбинацию НФГ и ИГР Пб/Ша тромбоцитов.

8. При проведении ЧКВ фондапаринукс не должен использоваться в качестве единственного антикоагулянта в связи с повышенным риском катетерного тромбоза.

4.2. Аортокоронарное шунтирование – антитромбоцитарные средства

1. Всем пациентам перед проведением аортокоронарного шунтирования (АКШ) необходимо назначить аспирин, не покрытый энтеросолюбильной оболочкой, в дозе 81–325 мг.

2. Пациентам, которым планируется проведение АКШ, необходимо прекратить прием клопидогреля и тикагрелора минимум за 5 дней, а празугреля – за 7 дней до операции.

3. Пациентам, которым показано urgentное АКШ, следует отменить клопидогрель и тикагрелор минимум за 1 сут до вмешательства для ограничения кровопотери.

4. Пациентам, которым показано АКШ, следует отменить короткодействующие ИГР ПЬ/ПНА тромбоцитов (эптифибатид, тирофибан) как минимум за 2–4 ч до вмешательства, абсиксимаб – за 12 ч для ограничения кровопотери и объема трансфузии.

5. Ведение пациентов в стационаре, выписка из клиники, амбулаторное наблюдение

5.1. Больничный режим и применение препаратов на момент выписки

1. Прием антиангинальных препаратов, которые использовались в стационаре с целью контроля ишемии, должен быть продолжен после выписки у пациентов с ОКСбпСТ, не подвергавшихся реваскуляризации, с неполной/безуспешной реваскуляризацией, с возобновившимися после реваскуляризации симптомами ишемии. Может потребоваться титрование их доз.

2. Все пациенты, перенесшие ОКСбпСТ, должны получать нитроглицерин сублингвально/в виде спрея с подробными вербальными и письменными инструкциями по его применению.

3. Перед выпиской пациенты, перенесшие ОКСбпСТ, должны быть проинформированы о симптомах ишемии миокарда и ИМ, а также должны получить четкие вербальные и письменные инструкции о последовательности своих действий при возникновении вышеуказанных симптомов.

4. Перед выпиской такие пациенты и/или их попечители должны получить исчерпывающую информацию о группах принимаемых препаратов, цели, дозах, длительности и кратности их приема, возможных побочных действиях.

5. В случае возникновения у пациента, перенесшего ОКСбпСТ, приступа стенокардии длительностью > 1 мин и не купирующегося самостоятельно в течении 3–5 мин, рекомендован прием 1 дозы нитроглицерина сублингвально/в виде спрея. Кроме того, таким пациентам рекомендуется безотлагательно звонить в службу скорой медицинской помощи для получения консультации.

6. В случае развития нестабильной стенокардии (повышение частоты, увеличение продолжительности приступов, снижение толерантности к физической нагрузке, появление стенокардии покоя) пациент должен немедленно обратиться к своему лечащему врачу для определения дальнейшей тактики лечения и обследования.

7. Перед выпиской пациенты должны проходить обучение по модификации факторов кардиоваскулярного риска.

5.2. Прием пероральных антитромбоцитарных препаратов в стационаре и амбулаторно

1. Аспирин должен приниматься неопределенно долго. Для пациентов, принимающих тикагрелор, поддерживающая доза аспирина составляет 81 мг в сутки, для всех остальных – 81–325 мг в сутки.

2. Всем пациентам, перенесшим ОКСбпСТ, в добавление к аспирину необходимо назначать ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов (клопидогрель или тикагрелор), по меньшей мере на протяжении 12 мес при отсутствии противопоказаний. Схемы приема:

- клопидогрель 75 мг в сутки, либо
- тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки.

3. Пациенты, перенесшие ОКСбпСТ, которым был имплантирован коронарный стент (BMS либо DES), должны принимать ингибиторы P2Y12 рецепторов тромбоцитов, по меньшей мере – на протяжении 12 мес. Схемы приема:

- клопидогрель 75 мг в сутки, либо
- празугрель 10 мг в сутки, либо
- тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки.

4. У пациентов, перенесших ОКСбпСТ, вне зависимости от реперфузионной стратегии рекомендуется отдавать предпочтение поддерживающей дозе аспирина 81 мг в сутки по сравнению с более высокими дозами.

5. У пациентов с ОКСбпСТ, у которых применяется ранняя инвазивная или антиишемическая стратегия, при выборе антагониста P2Y12 рецепторов тромбоцитов целесообразно отдавать предпочтение тикагрелору.

6. У пациентов с невысоким риском кровотечений, которым проводится ЧКВ, при выборе антагониста P2Y12 рецепторов тромбоцитов рекомендуется отдавать предпочтение празугрелю.

7. В том случае, когда риск возникновения кровотечения превышает предполагаемую пользу от продолжительного приема антагонистов P2Y12 рецепторов тромбоцитов после имплантации стента, рекомендована досрочная (до 12 мес) отмена препаратов.

8. Прием ДАТ свыше 12 мес может рассматриваться у пациентов с имплантированными стентами.

5.3. Комбинированный прием пероральных антикоагулянтов и антитромбоцитарной терапии

1. Продолжительность приема тройной антитромбоцитарной терапии, включающей антагонисты витамина К, аспирин и антагонисты P2Y12 рецепторов тромбоцитов у больных с ОКСбпСТ, должна быть минимальной (насколько это возможно), чтобы ограничить риск кровотечений.

2. Ингибиторы протонной помпы должны быть назначены пациентам с ОКСбпСТ, нуждающимся в тройной антитромбоцитарной терапии, с наличием в анамнезе эпизодов кровотечений из органов пищеварительного канала.

3. Применение ингибиторов протонной помпы у пациентов с ОКСбпСТ, нуждающихся в тройной антитромбоцитарной терапии, без эпизодов кровотечений из органов пищеварительного канала в анамнезе, также является обоснованным.

4. Поддержание МНО на уровне 2,0-2,5 на фоне приема пероральных антикоагулянтов может быть обоснованным у пациентов с ОКСбпСТ, получающих аспирин и антагонист P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов.

5.4. Стратегии снижения риска при вторичной профилактике коронарных событий

1. Все пациенты с ОКСбпСТ должны быть включены в программу комплексной сердечно-сосудистой реабилитации до выписки из стационара либо во время первого амбулаторного визита.

2. Применение пневмококковой вакцины рекомендовано у пациентов старше 65 лет, а также у лиц с высоким кардиоваскулярным риском.

3. Пациенты должны быть обучены тактике контроля холестерина, артериального давления, осведомлены о необходимости отказа от курения и коррекции образа жизни.

4. Пациенты, перенесшие ЧКВ или АКШ, должны быть проинформированы, что операция по реваскуляризации миокарда не устраняет необходимость коррекции образа жизни.

5. Потребность пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в медикаментозном лечении хронического болевого синдрома должна быть оценена перед выпиской из стационара. Лечение болевого синдрома до назначения НПВП стоит начинать с ацетаминофена, неацетилованных салицилатов, трамадола или невысоких доз наркотических анальгетиков при недостаточном уровне обезболивания.

6. Возможно использование неселективных НПВП, таких как напроксен, если терапия с применением ацетаминофена, неацетилованных салицилатов, трамадола или низких доз наркотических анальгетиков была неэффективной.

7. НПВП с повышением степени относительной ЦОГ-2 селективности могут рассматриваться как препарат выбора для обезболивания только при неэффективности терапии с применением ацетаминофена, неацетилованных салицилатов, трамадола, низких доз наркотических анальгетиков или неселективных НПВП. Прием селективных НПВП допустим в минимально эффективных дозах и короткого промежутка времени.

8. Витамины-антиоксиданты (например витамины E, C или бета-каротин) не должны применяться с целью вторичной профилактики у пациентов с ОКСбпСТ.

9. С той же целью не должны применяться фолиевая кислота, витамины B₆ и B₁₂.

10. Гормональная заместительная терапия, включающая эстроген с/без прогестерона, не должна применяться

для вторичной профилактики коронарных событий у пациенток, перенесших ОКСбпСТ в период постменопаузы. Возобновление данной терапии также не рекомендуется, кроме случаев, когда преимущества от приема гормональной заместительной терапии превосходят риск.

11. НПВП с повышением степени относительной ЦОГ-2 селективности не должны назначаться для обезболивания пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата при наличии удовлетворительного эффекта от терапии ацетаминофеном, неацетилованными салицилатами, трамадолом, низкими дозами наркотических анальгетиков или неселективных НПВП.

5.5. План амбулаторного лечения пациентов с ОКСбпСТ

1. Для предотвращения повторных госпитализаций пациентов, перенесших ОКСбпСТ, должна быть организована эффективная система амбулаторного наблюдения.

2. Алгоритм амбулаторного ведения пациентов, перенесших ОКСбпСТ, сформированный на основе доказательной базы, должен включать повышение приверженности к терапии, своевременное посещение кардиолога, контроль за соблюдением диеты и уровнем физической активности, мероприятия по вторичной профилактике.

3. Пациенты должны быть подробно проинформированы о допустимом уровне физических нагрузок (подъем по лестнице, работа в саду, дома). Особое внимание необходимо уделить вопросам готовности к возобновлению вождения автомобиля, трудовой деятельности и сексуальной активности.

4. Рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа.

6. Особые категории пациентов

6.1. ОКСбпСТ у пожилых (≥ 75 лет) пациентов

1. У пожилых пациентов с ОКСбпСТ должно быть проведено лечение согласно руководству направленной медикаментозной терапии – guideline-directed medical therapy (GDMT) и осуществлена ранняя инвазивная стратегия, а при необходимости – реваскуляризация.

2. Подбор фармакологической терапии таким пациентам должен проводиться в индивидуальном порядке в дозе, скорректированной с учетом массы тела и/или клиренса креатинина для снижения риска возникновения побочных эффектов, связанных с возрастными изменениями фармакокинетики/динамики, объема распределения препарата в организме, коморбидных заболеваний, лекарственного взаимодействия и повышенной фармакочувствительности.

3. Выбор стратегии ведения пожилых пациентов с ОКСбпСТ должен осуществляться с учетом их пожеланий, наличия сопутствующих заболеваний, функционального и когнитивного статуса, а также предполагаемой продолжительности жизни.

4. У пожилых пациентов с ОКСбпСТ использование бивалирудина более предпочтительно, чем комбинированное применение ИГР Пв/Ппа и НФГ, так как

он обладает сопоставимой эффективностью и более низким риском кровотечений.

5. Проведение АКШ у таких пациентов является более предпочтительным, чем ЧКВ, особенно при наличии СД или поражении трех коронарных артерий (индекс SYNTAX > 22) независимо от вовлечения проксимальной части левой передней нисходящей артерии. Это снижает риск возникновения сердечно-сосудистых событий, повторной госпитализации и улучшает их выживаемость.

6.2. Сердечная недостаточность и кардиогенный шок

1. Пациентам с ОКСбпСТ и СН в анамнезе должно быть проведено лечение в соответствии с теми же принципами стратификации риска и рекомендациями, которые применяются у пациентов без признаков СН.

2. Выбор стратегии реваскуляризации должен быть основан на степени, выраженности и объеме ишемического поражения, сопутствующей кардиальной патологии, выраженности дисфункции левого желудочка и наличии реваскуляризации в анамнезе.

3. Ранняя реваскуляризация рекомендована пациентам с кардиогенным шоком в связи с резким ухудшением насосной функции сердца на фоне ОКСбпСТ.

6.3. Сахарный диабет

1. Медикаментозное лечение в острой фазе ОКСбпСТ и решение о том, выполнять ли нагрузочное тестирование, ангиографию и реваскуляризацию, должны быть одинаковыми применительно к пациентам с СД и без него.

6.4. Пациенты с АКШ в анамнезе

1. Пациентам с ОКСбпСТ и АКШ в анамнезе должна быть назначена антиагрегантная и антикоагулянтная терапия в соответствии с рекомендациями GDMT. Ввиду высокого риска у таких пациентов необходимо рассмотреть возможность раннего инвазивного лечения.

6.5. Периоперационный ОКСбпСТ

при некардиальных вмешательствах

1. Пациентам с периоперационным ОКСбпСТ, возникшим при проведении некардиальных вмешательств, должно быть проведено лечение согласно рекомендациям GDMT, как и лицам общей популяции с учетом специфики проведенной операции и тяжести синдрома.

2. Терапия пациентов с ОКСбпСТ, возникшим после проведения некардиального вмешательства, должна быть направлена на устранение его причины.

6.6. Хроническая болезнь почек

1. У пациентов с ОКСбпСТ следует оценивать клиренс креатинина и соответствующим образом корректировать дозировку выводимых почками препаратов с учетом их фармакокинетики.

2. Пациентам, которым планируется проведение коронарографии или ангиографии левого желудочка, рекомендовано назначение адекватной гидратации.

3. Инвазивная стратегия оправдана у лиц с легкой (стадия 2) и умеренной (стадия 3) ХБП.

6.7. Пациенты женского пола

1. Женщин с ОКСбпСТ следует вести посредством такой же фармакотерапии, что и мужчин, как в стационаре, так и при вторичной профилактике, корректируя дозу антитромботических и антикоагулянтных препаратов с учетом массы тела и почечной функции, для снижения риска кровотечений.

2. При наличии высокого риска (например повышение уровня тропонина) таким пациентам рекомендовано раннее инвазивное вмешательство.

3. Реваскуляризация миокарда является оправданной у беременных женщин с ОКСбпСТ в том случае, если медикаментозная тактика лечения ишемии миокарда является неэффективной в предупреждении жизнеугрожающих осложнений.

4. Женщинам с ОКСбпСТ с низким риском не рекомендовано проведение раннего инвазивного вмешательства ввиду отсутствия пользы и возможности нанесения вреда.

6.8. Анемия, кровотечения и гемотрансфузии

1. У всех пациентов с ОКСбпСТ должен быть оценен риск кровотечений.

2. С целью снижения риска кровотечений коррекция антикоагулянтной и антиагрегантной терапии должна быть проведена по массе тела пациентов и состояния функции почек (у лиц с ХБП).

3. Не рекомендуется прибегать к рутинному переливанию крови гемодинамически стабильным пациентам с ОКСбпСТ, у которых уровень гемоглобина > 8 г/дл.

6.9. Лица, употребляющие кокаин и метамфетамин

1. Лечение пациентов с ОКСбпСТ должно быть одинаковым применительно и к пациентам, употребляющим кокаин и метамфетамин в анамнезе.

2. Пациентам с ОКСбпСТ и признаками острой интоксикации кокаином/метамфетамином на фоне АГ и тахикардии рекомендовано назначение бензодиазепинов (возможна комбинация с нитроглицерином).

3. Пациентам с ОКСбпСТ и признаками острой интоксикации кокаином/метамфетамином (эйфория, тахикардия, АГ) не следует назначать β-адреноблокаторы в связи с риском усиления коронарного спазма.

6.10. Вазоспастическая стенокардия (Принцметала)

1. У пациентов с вазоспастической стенокардией рекомендовано использовать блокаторы кальциевых каналов или их сочетание с нитратами длительного действия.

2. Для лечения таких пациентов рекомендовано применение ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы, отказ от курения и модификация других факторов риска атеросклероза.

3. Коронарная ангиография (инвазивная или неинвазивная) рекомендована больным с эпизодической болью в грудной клетке, сопровождающейся переходящим подъемом сегмента ST, для исключения тяжелой обструктивной ишемической болезни сердца.

4. Проведение провокационного тестирования во время инвазивной коронарной ангиографии можно рассматривать в отношении пациентов с подозрением на вазоспастическую стенокардию, когда клинические проявления и неинвазивные методы диагностики не информативны для верификации диагноза.

6.11. ОКС у пациентов с нормальными коронарными артериями на ангиографии

1. Если при коронарографии выявлены нормальные артерии и имеется подозрение на наличие эндотелиальной дисфункции, можно рассмотреть проведение инвазивной физиологической оценки, такой как измерение коронарного резерва кровотока.

6.12. Стрессовая (Такоубо) кардиомиопатия

1. Стрессовая (Такоубо) кардиомиопатия должна быть заподозрена у пациентов с ОКС и отсутствием обструктивного поражения коронарных артерий на ангиографии.

2. Для подтверждения/исключения диагноза стрессовой (Такоубо) кардиомиопатии рекомендовано проведение вентрикулографии, эхокардиографии и магнитно-резонансной томографии.

3. Пациентам со стабильной гемодинамикой рекомендовано назначение традиционного лечения (иАПФ, β -адреноблокаторы, аспирин, диуретики).

4. Пациентам с тромбами левого желудочка показаны антикоагулянты.

5. Использование катехоламинов у таких пациентов с симптоматической гипотензией является обоснованным при отсутствии обструкции выходного тракта.

6. Использование внутриаортального баллон-насоса оправдано у лиц с рефрактерным шоком.

7. У пациентов с обструкцией выходного тракта рекомендовано использование β - и α -адреноблокаторов.

8. Профилактическая антикоагуляция должна быть рассмотрена для предупреждения тромбоза левого желудочка.

Подводя итог, следует сказать, что новые рекомендации по ведению пациентов с ОКСбпСТ, созданные Американской ассоциацией сердца и Американским колледжем кардиологов, должны стать руководством к действию для специалистов, занимающихся этой проблемой, на ближайшие несколько лет.

Источник

Amsterdam E.A., Wenger N.K., Brindis R.G. et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // *Circulation*. – 2014. – Vol. 130. – P. 2354-2394.

Лекарство от изжоги может способствовать возникновению сердечного приступа

Сотрудники Стэнфордского университета (Калифорния, США) связали прием препаратов против изжоги с повышенным риском возникновения сердечного приступа. Речь идет об ингибиторах протонной помпы, которые уменьшают секрецию соляной кислоты в желудке. Авторы исследования проанализировали 16 млн медицинских записей и определили почти 300 тыс. человек, которые обращались к врачам с жалобами на изжогу. Затем ученые проанализировали частоту возникновения сердечных приступов у пациентов, принимавших ингибиторы протонной помпы, а также у тех, кто не использовал эти препараты. Согласно данным, представленным в журнале *PLOS One*, прием лекарственных средств, подавляющих выделение кислоты в желудке, повышает риск возникновения сердечного приступа на 21%. Учитывая дизайн

ДАЙДЖЕСТ

исследования, авторы не смогли обосновать полученные данные. «Мы считаем, что пациенты должны подумать о соотношении риска и пользы, а также обсудить это со своим лечащим врачом», – считает соавтор исследования Николас Липер (Nicholas Leeper). По его мнению, Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (Food and Drug Administration, FDA) должно принять к сведению полученные данные. Ученые высказали мнение, что ингибиторы протонного насоса могут снижать производство окиси азота в тканях сердечно-сосудистой системы. В то же время они подчеркнули, что только проведение клинических исследований позволит подтвердить наличие связи между приемом лекарств от изжоги и сердечным приступом.

По материалам: medportal.ru

Материал подготовлен порталом Медфармконнект:
http://medpharmconnect.com/News/world_market_news/20447.htm