

**ПАРХОМЕНКО**
Олександр Миколайович

д. мед. н., проф., член-кор.
НАМН України, завідувач відділу
реанімації та інтенсивної терапії
ДУ «Національний науковий
центр «Інститут кардіології імені
академіка М.Д. Стражеска»
НАМН України», Київ, Україна

Сучасні рекомендації щодо ведення хворих із високим атеросклеротичним ризиком: хронічним коронарним синдромом та станами після гострих коронарних подій

Резюме

У статті проаналізовано останні рекомендації Європейського кардіологічного товариства (англ. European Society of Cardiology – ESC) щодо ведення пацієнтів із гострим коронарним синдромом без нього та з елевацією сегмента ST (2020 та 2017 років відповідно), а також щодо діагностики та менеджменту хронічного коронарного синдрому (2019 року).

З метою підвищення прихильності до лікування пацієнтів з хронічним коронарним синдромом та хворих, які перенесли гострий коронарний синдром, після стабілізації їхнього стану доцільним є застосування концепції поліпіл (poly pill) – поєднання декількох препаратів в одній таблетці.

Ключові слова: атеросклероз, ішемічна хвороба серця, атеросклеротичне серцево-судинне захворювання, гострий коронарний синдром, хронічний коронарний синдром, рекомендації ESC, ацетилсаліцилова кислота, статини, інгібітори АПФ, поліпіл (poly pill), Триномія

Україна належить до країн із високою смертністю від ішемічної хвороби серця (ІХС) – 418 випадків на 100 тис. населення у 2021 році¹. Така тенденція спостерігалася і в 2019, і в 2020 роках. Насправді Україна на першому місці у світі за показником смертності не від ІХС, а від атеросклеротичного серцево-судинного захворювання (АСССЗ), поняття якого зараз превалує в медичній англійській літературі. Але найважливішим показником щодо цієї категорії пацієнтів, як і щодо інших категорій хворих, є якість їхнього життя, на яку ми можемо вплинути, перш за все, власним прикладом, позбувшись шкідливих звичок, змінивши спосіб життя, контролюючи рівень холестерину в крові та артеріального тиску (АТ). Це мотивуватиме пацієнтів дотримуватись наших рекомендацій.

Зазвичай атеросклероз вважають лише стенозуючим ушкодженням, проте це не завжди так (рис. 1). У нашому власному клінічному дослідженні за участі 200 хворих на інфаркт міокарда (ІМ; середній вік 37 років) та періодом спостереження 10 років було діагностовано одностудинне ураження у 60 % і багатостудинне ураження – у 40 %

хворих унаслідок як стенозуючого атеросклерозу, так і атеросклерозу без стенозування. Такі ж результати були отримані в інших клінічних дослідженнях. Виявилось, що видалення атеросклеротичного ураження із застосуванням чресшкірного коронарного втручання (ЧКВ) та аортокоронарного шунтування (АКШ) у загальній популяції хворих на ІХС (дослідження ISCHEMIA) не впливало на ризик розвитку суттєвих кардіоваскулярних подій, а саме на такі первинні кінцеві точки як серцево-судинна смерть, виникнення інфаркту міокарда (ІМ), госпіталізація з приводу нестабільної стенокардії (НС), серцевої недостатності (СН) та реанімована зупинка серця². Отже, сукупність отриманих клінічних даних підтверджує, що інвазивні процедури для лікування стенозу, як правило, не запобігають майбутнім тромботичним подіям ефективніше, ніж фармакологічні методи лікування (або фармакоінвазивні за необхідності). Це кидає виклик традиційному погляду на патогенез гострих коронарних синдромів, який майже 200 років приписував провідну роль критично стенозуючим ураженням. Тому не потрібно чекати розвитку прогресуючих симптомів ІХС та коронар-

¹Circulation. 2021;143:e00–e00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000950

²Libby P. N Engl J Med 2013;368:2004-13.

них катастроф, а починати первинну профілактику на етапі виявлення факторів ризику. З огляду на те, що сімейна гетерозиготна гіперхолестеринемія виявляється лише у 8 % хворих, які перенесли ІМ, потрібно звертати увагу на **5 основних факторів ризику**:

1. Артеріальну гіпертензію (АГ);
2. Підвищену вагу;
3. Сімейний анамнез;
4. Куріння;
5. Дисліпідемію.

Дуже важливо вчасно проводити профілактику серцево-судинних ризиків хворим із високим ризиком розвитку гострого ІМ (ГІМ) на тлі нестенозуючого атеросклерозу коронарних судин, а також хворим, які перенесли ГІМ. Особливо це стосується молодих людей. За нашими даними, серед хворих у віці до 45 років (у середньому 37 років), попри те, що у них немає деменції і проблем з пам'яттю, через рік спостереження лише 21 % з них приймають або аспірин, або статин. Для формування прихильності таких пацієнтів до лікування доцільно застосовувати концепцію комбінації препаратів в одній таблетці – поліпіл (poly pill; з англ. poly – «багато» та pill – «таблетка»). Проводячи профілактику таким хворим слід:

1) застосовувати концепцію поліпіл лише приблизно через рік після ГІМ, щоб підібрати ефективну дозу кожного препарату спочатку окремо;

2) контролювати, крім рівня холестерину в крові, ще і рівень С-реактивного протеїну. Справа в тому, що за міжнародними даними і нашими більш ніж двадцятирічними спостереженнями, якщо після перенесеного ІМ статини дійсно «працюють» і холестерин знижується, але не знижується і залишається підвищеним рівень С-активного протеїну, то все одно у цих хворих розвивається повторний ІМ.

Коли ми розглядаємо наслідки гострого коронарного синдрому (ГКС) і ГІМ, зокрема, крім ішемії, великої зони ураження, багатосудинного ураження тощо, у 13 % хворих на ІМ з елевацією сегмента ST (STEMI), які не мали раніше СН, через 2–3 роки вона розвивається. Це доведено у численних дослідженнях. В основі розвитку СН лежить ремоделювання серця. Тому запобігання цим ушкодженням сьогодні є дуже важливим, особливо у пацієнтів, старших 55 років, у яких імовірність розвитку СН значно зростає. Ми повинні звертати увагу на таких хворих ще в стаціонарі та призначати їм відповідне лікування з метою запобігання прогресуванню цього ускладнення.

Щодо обсягів проведення реперфузії та кардіопротекції пацієнтам зі STEMI в реперфузійних центрах України, то, як свідчать дані українського дослідження 2017 року Соколова Ю. М. та Соколова М. Ю., реперфузійна терапія була проведена лише 52,2 % хворим із STEMI (рис. 2). Отже, інші 48,8 % не отримували таку терапію внаслідок невчасного звернення за медичною допомогою (на 2–3 добу від виникнення симптомів) або неможливості її отримати в спеціалізованих реперфузійних центрах. За відсутності адекватної реперфузійної терапії при STEMI відбуваються незворотні процеси в міокарді і підвищується ризик розвитку СН унаслідок порушення метаболічних процесів, гемодинамічного та нейрофізіологічного його ремоделювання.

Розглянемо покроковий підхід до проведення кардіопротекції пацієнтам із ГІМ, які мають дисфункцію лівого шлуночка (ЛШ). **Базисними препаратами з доведеною ефективністю є інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ).** Їх бажано призначати всім хворим на ГКС, зокрема ГІМ, навіть без СН. У двох досліджен-

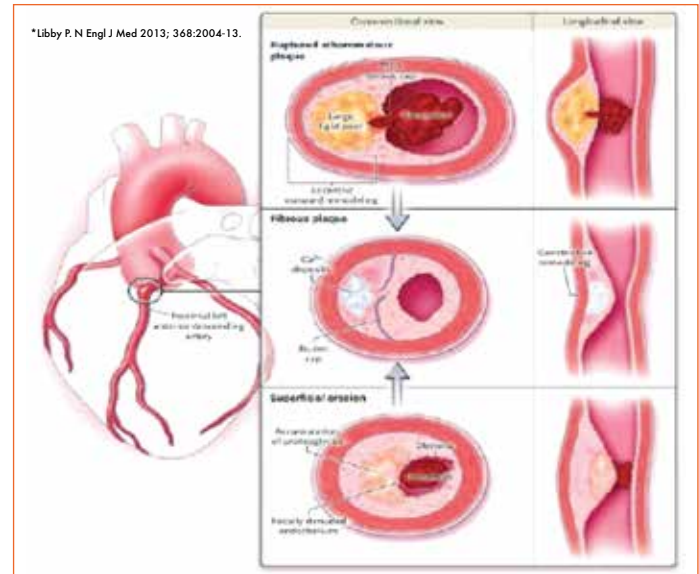


Рис. 1. Характеристика атеросклеротичних бляшок, пов'язаних з різними проявами ішемічної хвороби серця*

нях AIRE та AIREX із 30-місячним спостереженням було доведено, що інгібітор АПФ III покоління раміприл значно знижує смертність у хворих після перенесеного ГІМ з клінічними ознаками СН. З метою кардіопротекції раміприл слід призначати і пацієнтам з невисоким артеріальним тиском (АТ), поступово підвищуючи дозу. Цікаво, що навіть після відміни раміприлу зберігаються його ефекти зниження серцево-судинних ризиків і навіть зниження АТ. Цей феномен був названий «фармакологічною пам'яттю». Зараз, до речі, триває багато досліджень, у яких припиняють лікування і відслідковують, як буде поводитися система, чи залишається ефект терапії після її відміни. У багатьох із них вже доведено, що такий ефект справді залишається.

Артеріальна гіпертензія (АГ) супроводжує життя хворих на ГКС у 60–70 % випадків, але лише приблизно в 15 % випадків вона контролюється до розвитку ГІМ. Тобто більшість хворих не контролює АГ до виникнення гострих коронарних подій. В Україні 20 років тому проф. Ю. М. Сіренко провів цікаве дослідження щодо пролонгованого спостереження за хворими, які мали АГ з ІМ. У ньому було показано, що наявність АГ не має значення для прогнозу у хворих, які перенесли ГКС. Це значення має контроль АТ, а не наявність АГ. Це було підтверджено у проєкті ASCEP (2018) за участі 573 пацієнтів, у якому досліджувалась загальна смертність пацієнтів після ГІМ залежно від контролю АГ протягом 7,2±1,9 років. Виживання хворих, у яких контролювалася

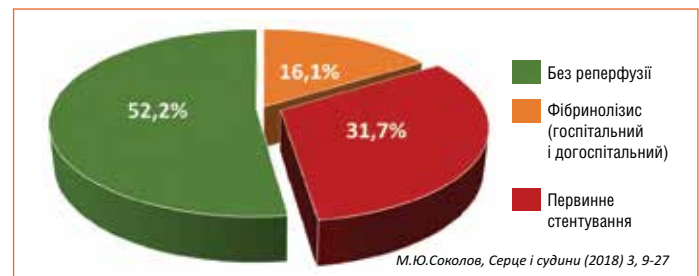


Рис. 2. Співвідношення пацієнтів із гострим коронарним синдромом з елевацією ST, яким проводили і не проводили реперфузійну терапію (Україна, 2017)

АГ, було значно кращим. Отже, потрібно лікувати не окремі синдроми, а хворого з сукупністю захворювань. Це має прогностичне значення.

Як коригувати фактори серцево-судинного ризику, що призводять до небажаного результату у пацієнтів з ГКС залежно від наявності чи відсутності елевації сегмента ST, викладено в останніх рекомендаціях Європейського кардіологічного товариства (англ. European Society of Cardiology – ESC; далі – Рекомендації ESC):

- **Рекомендаціях ESC щодо ведення пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST 2017 року** (далі – Рекомендації ESC (2017));
- **Рекомендаціях ESC щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST 2020 року** (далі – Рекомендації ESC (2020)).

Рекомендації ESC щодо ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST (2020)

В алгоритм **антитромбоцитарної терапії** у пацієнтів із ГКС без елевації сегмента ST і без фібриляції пересердь (ФП), які перенесли ЧКВ (рис. 3), наведений в Рекомендаціях ESC (2020), обов'язково включається **ацетилсаліцилова кислота**, яка має ІА клас і рівень доказів (табл. 1). У перші три місяці після призначення антитромбоцитарної терапії причиною виникнення кровотеч приблизно у 80% хворих є наявність онкологічних захворювань. Це доведено у декількох дослідженнях, зокрема й у дослідженні COMPASS (2017).

При призначенні багатоконпонентної терапії в перші доби після ГІМ не слід застосовувати концепцію комбінації декількох препаратів в одній таблетці (поліпіл) у зв'язку із нестабільною гемодинамікою у таких пацієнтів і необхідністю індивідуального підбору доз кожного з її компонентів. Стратегію поліпіл з фіксованими дозами препаратів, які впливають на всі патогенетичні механізми прогресування АСССЗ, доцільно застосовувати трохи пізніше – приблизно через 1 рік після гострих коронарних подій.

Щодо призначення **ліпідознижувальної терапії** пацієнтам з ГКС без елевації сегмента ST (табл. 2), то призначення статинів рекомендується всім таким пацієнтам (ІА клас і рівень доказів). Відповідно до нових настанов, метою ліпідознижувальної терапії є **зниження рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) на ≥50% від вихідного рівня та/або досягнення рівня ХС-ЛПНЩ <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл)**, тоді як у попередніх рекомендаціях цільовим вважали рівень ХС-ЛПНЩ <1,8 ммоль/л. Одразу зазначаю, що таких цільових рівнів досягати складно. Так, навіть при застосуванні дози 80 мг аторвастатину нам вдалося досягти зниження ХС-ЛПНЩ <1,8 ммоль/л за місяць лікування в стаціонарі тільки у 67% хворих, і рівня менше ХС-ЛПНЩ <1,4 ммоль/л лише приблизно у 6–7% хворих. Крім того, більшість лікарів не призначає статини у високих дозах, побоюючись розвитку їхніх побічних ефектів. Так було у свій час із призначенням тривалої антитромбоцитарної терапії, коли ми боялися призначити

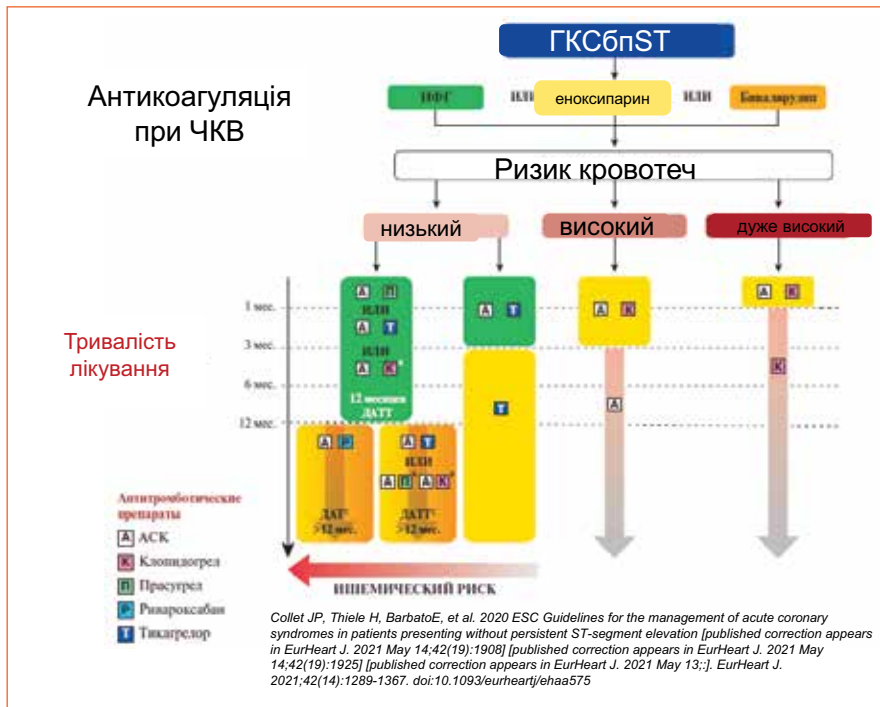


Рис. 3. Алгоритм антитромбоцитарної терапії у пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST і без фібриляції пересердь, які перенесли ЧКВ (Рекомендації ESC, 2020)

Таблиця 1. Рекомендації щодо антитромбоцитарної терапії у пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST і без фібриляції пересердь, які перенесли ЧКВ (Рекомендації ESC, 2020)³

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Антитромбоцитарна терапія		
АСК* рекомендується всім пацієнтам без протипоказань у початковій пероральній дозі 150–300 мг (або 75–250 мг внутрішньовенно), потім – в підтримувальній дозі 75–100 мг на добу для тривалого лікування	I	A
Інгібітор рецептора P2Y12 рекомендується на додаток до АСК*. Підтримувальна терапія – протягом 12 міс., якщо немає протипоказань чи ВРК*	I	A
Прасугрел у пацієнтів, які отримують інгібітор рецептора P2Y12, яким показано ЧКВ (60 мг в початковій дозі, 10 мг/добу у стандартній дозі, 5 мг на добу для пацієнтів віком ≥75 років або з масою тіла <60 кг)	I	B
Тикагрелор незалежно від запланованої стратегії лікування (інвазивної або консервативної) (180 мг в початковій дозі, 90 мг 2 рази на добу)	I	B
Клопидогрел (300–600 мг – початкова доза, добова доза – 75 мг), тільки коли прасугрел або тикагрелор недоступні, не можуть переноситися або протипоказані	I	C

*Список умовних скорочень: АСК – ацетилсаліцилова кислота; ВРК – високий ризик кровотеч.

³Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

Таблиця 2. Рекомендації щодо тривалої ліпідознижувальної терапії статинами у пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевачії сегмента ST (Рекомендації ESC, 2020)⁴

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Ліпідознижувальна терапія		
Статини рекомендуються всім пацієнтам з ГКСбпST*. Метою є зниження рівня ХС-ЛПНЩ* на $\geq 50\%$ від вихідного рівня та/або досягнення рівня ХС-ЛПНЩ* $< 1,4$ ммоль/л (< 55 мг/дл)	I	A
Якщо цільове значення ХС-ЛПНЩ* не досягається через 4–6 тижнів при застосуванні максимально переносимої дози статинів, рекомендується комбінація з езетимібом	I	B
Якщо цільове значення ХС-ЛПНЩ* не досягається через 4–6 тижнів, незважаючи на максимально переносиму терапію статинами та езетимібом, рекомендується додавання інгібітора PCSK9*	I	B
Поточний епізод ГКСбпST* є рецидивом протягом < 2 років після першого ГКС*, при прийомі максимально терапії, що переноситься на основі статинів, може бути розглянутий цільовий рівень ХС-ЛПНЩ* $< 1,0$ ммоль/л (< 40 мг/дл)	IIb	B

*Список умовних скорочень: ГКСбпST – гострий коронарний синдром без елевачії сегмента ST; ХС-ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності; інгібітори PCSK9 – інгібітори сироваткової пропротеїноконвертази субтилізіну/хексину 9; ГКС – гострий коронарний синдром.

ацетилсаліцилову кислоту в комбінації з клопідогрелем через підвищення ризику кровотеч при одночасному їх застосуванні. З цього приводу в Україні в 2009 році навіть було проведено дослідження, в якому хворі отримували впродовж 6 місяців ці лікарські засоби разом, проте у 95 % пацієнтів кровотечі не виникли, що було позитивним результатом, тому така терапія мала право на життя. В останньому номері Журналу Американської асоціації серця (Journal of the American Heart Association – JAMA) надрукована стаття про те, що реальна непереносимість статинів трапляється тільки у 8 % пацієнтів. Такі висновки були зроблені, ґрунтуючись на 4,5 млн аналізів. Отже, внаслідок підвищеної настороженості лікарів щодо негативних наслідків статинотерапії, хворим, які вже отримують 80 мг аторвастатину, через три місяці його доза зменшується на 46 %, відповідно, не досягаються цільові рівні ХС-ЛПНЩ. Це попри те, що сьогодні всі лікарі знають про важливість адекватної ліпідознижувальної терапії щодо прогнозу для життя хворих на ГКС. Тому пацієнтам із високим серцево-судинним ризиком дуже важливо спочатку призначити високі дози статинів, тому що все одно їх буде знижено з різних причин.

Останнім часом змінилися також терміни призначення ліпідознижувальної терапії. Якщо раніше ми призначали статини після стабілізації стану хворого на ГКС, навіть після виписування, то сьогодні призначаємо їх у високих дозах до інтервенційного втручання.

Як довго потрібно проводити ліпідознижувальну терапію? Професор О. А. Коваль сказала фразу, яка стала «крилатою»: «Пожиттєво ні, невідомо довго», тобто поки що постійно. Така мудра відповідь на запитання пацієнта з цього приводу якщо не заспокоїть

його, то прийнятні не налякає, на відміну від відповіді на кшталт: «до кінця життя» або «довічно».

Як зазначалося вище, **інгібітори АПФ** є базисною терапією для ведення пацієнтів, які перенесли ГКС (табл. 3). Ця група препаратів може бути розглянута для призначення всім таким пацієнтам за відсутності протипоказань. Перевагу слід віддавати третій генерації інгібіторів АПФ, яка є інгібіторами тканинної АПФ цієї системи. Інгібітори АПФ III покоління є найкращими антисклеротичними препаратами та застосовуються не тільки для лікування СН, а й для її запобігання.

Стратегії ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевачії сегмента ST (рис. 4) дуже добре реалізуються через концепцію поліпіл – комбінацію декількох препаратів в одній капсулі, а саме: ацетилсаліцилової кислоти, статину аторвастатину та інгібітора АПФ раміприлу (Триномія). Застосування стратегії поліпіл сприяє прихильності пацієнтів до лікування, що дуже важливо, адже не всі наші хворі виконують надані рекомендації і регулярно приймають комбінації

Таблиця 3. Рекомендації щодо тривалої фармакотерапії пацієнтів, які перенесли ГКС (Рекомендації ESC, 2020)⁵

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту або блокатори рецепторів ангіотензину		
іАПФ* (або БРА* у разі непереносимості іАПФ*) рекомендуються пацієнтам із СН* зі зниженою ФВ ЛШ* ($< 40\%$), цукровим діабетом або ХХН*, якщо немає протипоказань (наприклад, тяжка ниркова недостатність, гіперкаліємія тощо), з метою зниження смертності від усіх причин, серцево-судинної смертності та захворюваності	I	A
Бета-блокатори		
ББ* рекомендуються пацієнтам із систолічною дисфункцією ЛШ* або СН* із зниженою ФВ ЛШ* ($< 40\%$)	I	A
У пацієнтів з ІМ* в анамнезі слід розглянути можливість тривалого лікування ББ* з метою зниження смертності від усіх причин, серцево-судинної смертності та захворюваності	IIa	B
Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів		
АМР* рекомендуються пацієнтам із СН* зі зниженою ФВ ЛШ* ($< 40\%$) з метою зниження смертності від усіх причин, серцево-судинної смертності та захворюваності	I	A
Інгібітори протонної помпи		
Одночасне застосування інгібітора протонної помпи рекомендується пацієнтам, які отримують монотерапію АСК*, ПАТ*, ТАТ* або ОАК*, які схильні до високого ризику шлунково-кишкової кровотечі, з метою зниження ризику таких кровотеч	I	A

*Список умовних скорочень: іАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту; БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II; СН – серцева недостатність; ЛШ – лівий шлуночок; ФВ ЛШ – фракція викиду лівого шлуночка; ХХН – хронічна хвороба нирок; ББ – бета-блокатори; ІМ – інфаркт міокарда; АМР – антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів; АСК – ацетилсаліцилова кислота; ПАТ – подвійна антитромбоцитарна терапія; ТАТ – потрійна антитромботична терапія; ОАК – оральні антикоагулянти.

⁴Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

⁵Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

Таблиця 4. Рекомендації щодо тривалої антитромботичної терапії пацієнтів, які перенесли гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (Рекомендації ESC, 2017)⁶

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Тривала антитромботична терапія		
Показано застосування ацетилсаліцилової кислоти у дозі 75–100 мг	I	A
ПАТ* як поєднання аспірину з тикагрелором/ прасургрелем (або клопідогрелем при неможливості застосування зазначених препаратів) рекомендована протягом 12 місяців після ЧКВ* за відсутності протипоказань, таких як підвищений ризик кровотеч	I	A
Інгібітори протонної помпи рекомендовано пацієнтам із підвищеним ризиком шлунково-кишкових кровотеч	I	B
Пацієнтам, що потребують пероральної антикоагулянтної терапії, оральні антикоагулянти додаються до антитромботичної терапії	I	C

*Список умовних скорочень: ПАТ – подвійна антитромбоцитарна терапія; ЧКВ – черезшкірне коронарне втручання.



Рис. 4. Стратегія ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST (Рекомендації ESC, 2020)⁷

найефективніших на сьогодні препаратів. Концепцію поліпіл уперше почав просувати всесвітньовідомий кардіолог Валентин Фустер ще 15 років тому і завдяки спільним зусиллям з президентом Всесвітньої федерації серця Салімом Юсуфом вона вперше увійшла в Рекомендації ESC (2017).

Рекомендації ESC щодо ведення пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (2017)

Рекомендації ESC (2017) щодо тривалої антитромботичної терапії пацієнтів, які перенесли ГКС з елевацією сегмента ST, а також ліпідознижувальної та базисної терапії хворих на ГКС з елевацією сегмента ST, наведено в таблицях 4 і 5 відповідно. У довготривалій перспективі (приблизно через рік після гострої коронарної події) з метою підвищення прихильності до фармакологічних препаратів хворих, які пере-

несли ГКС з елевацією сегмента ST, також доцільно розглянути використання стратегії поліпіл.

Рекомендації ESC щодо діагностики і менеджменту хронічного коронарного синдрому (2019)

У 2019 році було оприлюднено Рекомендації ESC щодо діагностики і менеджменту хронічного коронарного синдрому (ХКС; Рекомендації ESC (2019)). Відповідно до цих настанов, при недостатньому контролі факторів ризику, неоптимальній модифікації способу життя та/або медикаментозної терапії у хворих на ХКС спостерігається вищий серцево-судинний ризик, зокрема, щодо розвитку ішемії міокарда. Рекомендації щодо запобігання серцево-судинним подіям у хворих на ХКС включають:

- контроль факторів ризику;
- модифікацію способу життя;
- проведення адекватної фармакотерапії для вторинної профілактики (**аспірін, статини, ІАПФ включно**), застосування якої у формі поліпіл сприятиме прихильності пацієнтів до лікування (табл. 6);
- проведення реваскуляризації.

Таким чином, з метою зниження серцево-судинної смертності внаслідок ІХС (АСССЗ), потрібно вчасно виявляти пацієнтів з високим ризиком, рекомендувати їм модифікацію способу життя, відмову від шкідливих звичок і лише після цього проводити фармакопрофілактику. Водночас пацієнтам з уже перенесеним ГКС потрібно вчасно призначати багатокomпонентну медикаментозну терапію. Для підвищен-

Таблиця 5. Рекомендації щодо лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST (Рекомендації ESC, 2017)⁸

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Ліпідознижувальна терапія		
Рекомендовано за відсутності протипоказань почати прийом статинів у високій дозі якомога раніше та продовжувати довгостроково	I	A
Цільове значення ЛПНЩ* становить <1,8 ммоль/л або зниження не менше ніж на 50% від вихідного значення, якщо воно становило 1,8–3,5 ммоль/л (70–135 мг/дл)	I	B
ІАПФ* або БРА*		
Терапію ІАПФ* слід розпочинати у перші 24 год для пацієнтів з явищами СН*, систолічною дисфункцією ЛШ*, цукровим діабетом або ІМ* передньої локалізації	I	A
БРА*, переважно валсартан, є альтернативою ІАПФ* для пацієнтів із СН* та/або систолічною дисфункцією ЛШ* при непереносимості ІАПФ*	I	B
ІАПФ* мають бути розглянуті для всіх пацієнтів за відсутності протипоказань	IIa	A

*Список умовних скорочень: ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності; ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту; БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II; СН – серцева недостатність; ЛШ – лівий шлуночок; ІМ – інфаркт міокарда.

⁸Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

⁶Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

⁷Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

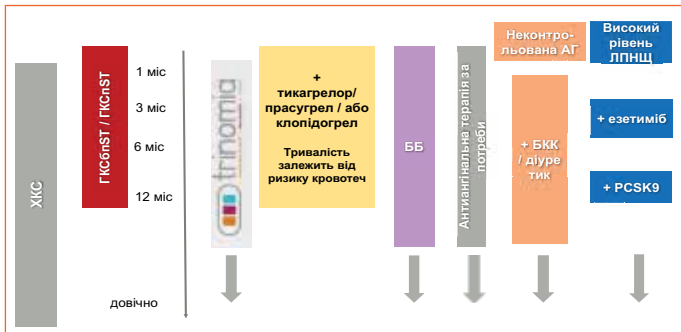


Рис. 6. Місце поліпілу Триномія у терапії гострого коронарного синдрому та хронічного коронарного синдрому

ня ймовірності прийому пацієнтами всіх складових тривалої комбінованої терапії слід використовувати стратегію поліпіл, особливо у молодих людей, хворих похилого віку та у пацієнтів з низькою прихильністю до лікування (рис. 6). Звертаю Вашу увагу, що використовувати цю концепцію з перших днів розвитку ГКС недоцільно. Спершу потрібно стабілізувати гемодинаміку хворого, підібрати ефективні дози препаратів, оцінити ризики, а тоді вже застосовувати концепцію поліпіл. Тобто найдоцільніше призначати комбінацію препаратів в одній таблетці при ХКС, особливо якщо він виник після перенесеного ГКС. До базисної терапії у формі поліпіл (ацетилсаліцилова кислота, статини, інгібітори АПФ) за потреби додають інші лікарські засоби:

- бета-блокатори (ББ);
- антиангінальні препарати;
- блокатори кальцієвих каналів (ББК) та діуретики з метою контролю АГ;
- езетиміб (10 мг) та інгібітори сироваткової пропротеїноконвертази субілізіну/кексину 9 (інгібітори PCSK9) у складі ліпідознижувальної терапії.

Отже, з метою досягнення поставлених цілей необхідно поєднувати декілька стратегій, що неодмінно приведе до успіху лікування хворих на ІХС.

Додаткова інформація. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Резюме

Современные рекомендации по ведению больных с высоким атеросклеротическим риском: хроническим коронарным синдромом и состояниями после острых коронарных событий

А. Н. Пархоменко

ДУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии имени академика Н. Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев, Украина

В статье проанализированы последние рекомендации Европейского кардиологического общества (англ. European Society of Cardiology – ESC) по ведению пациентов с острым коронарным синдромом, без него и с элевацией сегмента ST (2020 и 2017 годов соответственно), а также по диагностике и менеджменту хронического коронарного синдрома (2019).

С целью повышения приверженности к лечению пациентов с хроническим коронарным синдромом и больных, перенесших острый коронарный синдром, после стабилизации их состояния целесообразно применение концепции полипил (polypill) – сочетание нескольких препаратов в одной таблетке.

Ключевые слова: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание, острый коронарный синдром, хронический коронарный синдром, рекомендации ESC, ацетилсалициловая кислота, статини, ингибиторы АПФ, полипил (polypill), Триномия

Статья найдшла в редакцию: 02.05.2022

Статья прошла рецензування: 09.05.2022

Статья принята до друку: 16.05.2022

Таблиця 6. Рекомендації щодо запобігання серцево-судинним подіям у хворих на хронічний коронарний синдром (Рекомендації ESC, 2019)⁹

Рекомендації	Клас	Рівень доказів
Антитромботична терапія у пацієнтів з ХКС* та синусовим ритмом		
Ацетилсаліцилова кислота 75–100 мг щоденно рекомендується пацієнтам з перенесеним ІМ* або реваскуляризацією	I	A
Клопидогрел 75 мг щодня рекомендується як альтернатива аспірину при його непереносимості	I	B
Ацетилсаліцилова кислота 75–100 мг щоденно рекомендується після стентування	I	A
Клопидогрел 75 мг щоденно після відповідної дози навантаження (наприклад, 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) на додаток до ацетилсаліцилової кислоти рекомендується протягом 6 місяців після коронарного стентування, незалежно від типу стента, якщо тільки більш коротка тривалість (1–3 міс.) не показана через ризик виникнення небезпечних для життя кровотеч	I	A
Ліпідознижувальна терапія		
Статини рекомендуються всім пацієнтам із ХКС*	I	A
Якщо цільові рівні не досягаються на максимально переносимій дозі статинів, рекомендується їх комбінація з езетимібом	I	B
Для пацієнтів з дуже високим ризиком, які не досягли цільових рівнів на терапії дозами статину та езетимібу, що максимально переносяться, рекомендується їх комбінація з інгібітором PCSK9*	I	A
ІАПФ* або БРА*		
ІАПФ* (або БРА*) рекомендуються за наявності супутніх захворювань (наприклад, ХСН*, АГ* або ЦД*)	I	A

*Список умовних скорочень: ХКС – хронічний коронарний синдром; ІМ – інфаркт міокарда; інгібітори PCSK9 – інгібітори сироваткової пропротеїноконвертази субілізіну/кексину 9; ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту; БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II; ХСН – хронічна серцева недостатність; АГ – артеріальна гіпертензія; ЦД – цукровий діабет.

⁹Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes [published correction appears in Eur Heart J. 2020 Nov 21;41(44):4242]. Eur Heart J. 2020;41(3):407-477. doi:10.1093/eurheartj/ehz425

Summary

Current guidelines for the high atherosclerotic risk patients management: chronic coronary syndrome and conditions after acute coronary events

O. M. Parkhomenko

SI «National Research Center «Institute of Cardiology named after Academician ND Strazheska» National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

The article analyzes the latest recommendations of the European Society of Cardiology (ESC) on the management of patients with acute coronary syndrome without it and with ST-segment elevation (2020 and 2017, respectively), as well as on the diagnosis and management of chronic coronary syndrome (2019).

In order to increase the adherence to treatment of patients with chronic coronary syndrome and patients with acute coronary syndrome, after stabilization of their condition, it is advisable to use the concept of polypills (polypill) – a combination of several drugs in one tablet.

Key words: atherosclerosis, coronary heart disease, atherosclerotic cardiovascular disease, acute coronary syndrome, chronic coronary syndrome, ESC recommendations, acetylsalicylic acid, statins, ACE inhibitors, polypill, polypill, Trinomia

Received: 02.05.2022

Reviewed: 09.05.2022

Published: 16.05.2022