

УДК 616.12-008: 796.035

О. М. БІЛОВОЛ, І. І. КНЯЗЬКОВА

/Харківський національний медичний університет, Харків, Україна/

Хронічні коронарні синдроми. Загальні напрямки терапії

Резюме

У статті детально описано сучасну стратегію ведення пацієнтів з хронічним коронарним синдромом (стабільною ішемічною хворобою серця), яка має бути спрямована на відновлення балансу між потребою міокарда в кисні та його доставкою, і повинна бути вирішеною адекватним обсягом вторинної профілактики, що має на меті запобігання розвитку гострого коронарного синдрому та несприятливих наслідків. Наведено рекомендації щодо способу життя для пацієнтів з хронічним коронарним синдромом, основні напрямки і цілі терапії, надано рекомендації щодо антиішемічних препаратів, антиагрегантної та антитромбоцитарної терапії для пацієнтів із хронічним коронарним синдромом. Детально перераховано показання до реваскуляризації у хворих на стабільну стенокардію або безбольову ішемію міокарда.

Ключові слова: хронічний коронарний синдром, ішемія, реваскуляризація, медикаментозна терапія

Професійна спільнота з великим інтересом спостерігає за трансформацією уявлень про коронарну хворобу серця: спочатку була ішемічна хвороба серця (ІХС), що, мабуть, у термінологічному осмисленні правильно, далі – коронарна хвороба серця, а потім і хронічні коронарні синдроми (ХКС). Термін «хронічні коронарні синдроми» був запропонований на Європейському Конгресі кардіологів (2019) замість терміну «стабільна коронарна (ішемічна) хвороба серця».

Чому з'явився такий незвичайний термін? Як вважають європейські колеги, впровадження інвазивних методів лікування ішемічної хвороби серця (ІХС), зокрема реваскуляризації, привело до того, що багато пацієнтів з хронічною ІХС не мають ішемії як такої. Тобто, коронарна хвороба залишилася, а ішемія, завдяки реваскуляризації, минула. І європейські колеги підкреслюють той факт, що клінічні прояви ІХС можуть бути класифіковані як гострий коронарний синдром (ГКС) та хронічний коронарний синдром (ХКС). ІХС – це динамічний процес накопичення атеросклеротичних бляшок і функціональних змін коронарного кровообігу, які можуть бути змінені за допомогою модифікації способу життя, медикаментозної терапії і реваскуляризації, що приводить до стабілізації або регресу захворювання.

Хронічний коронарний синдром – клініко-патоморфологічний та патофізіологічний стан, що виникає з моменту утворення атеросклеротичної бляшки до функціональних порушень коронарних артерій, що може характеризуватись як наявністю явних клінічних проявів, так і їх повною відсутністю. Отже, ХКС включає послідовні етапи формування ішемічних змін у міокарді, обумовлених атеросклеротичною бляшкою.

Уперше про коронарну хворобу суспільство дізналося у XVIII столітті. Британський лікар Вільям Геберден у 1768 р. описав незвичайний біль: «локалізація, почуття сильних болів і страху за життя роблять, мені здається, для цього захворювання найбільш підходящою назву «грудна жаба».

У 2019 р. експерти Європейського товариства кардіологів (ESC) характеризували незвичайний больовий синдром при ХКС так.

1. Характер болю. Дискомфорт, викликаний ішемією, зазвичай локалізується в грудній клітці поблизу груднини, але може відчуватися будь-де, від епігастрію до нижньої щелепи або зубів, між лопатками, іррадіювати в обидві руки, зап'ястя, пальці. Пацієнти часто характеризують дискомфорт як тиск напруги, тяжкість, іноді ядуху, стискання, печію, він може супроводжуватися слабкістю, нудотою, занепокоєнням і/або відчуттям смерті, що насувається. Тривалість болю коротка, ≤ 10 хв. Біль, що триває протягом секунд, навряд чи може бути пов'язаний із коронарною хворобою.

2. Зв'язок із навантаженням. Виникає при навантаженні та швидко минає впродовж декількох секунд (не більше 5 хв) після його припинення.

3. Реакція на нітрати. Сублінгвальні нітрати (нітрогліцерин) швидко (в межах 5 хв) купірують біль.

Згідно з рекомендаціями ESC (2019), виокремлюють 6 клінічних сценаріїв хронічних коронарних синдромів:

1. Пацієнти з підозрою на ІХС та симптомами стабільної стенокардії та/або задишкою.

2. Пацієнти з новим епізодом серцевої недостатності або дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) та підозрою на ІХС.

3. Стабільні пацієнти, які перенесли ГКС <1 року, або пацієнти з нещодавною реваскуляризацією.

4. Пацієнти, яким було встановлено діагноз або проведено реваскуляризацію >1 року.

5. Пацієнти зі стенокардією та підозрою на вазоспастичну стенокардію або мікросудинну стенокардію.

6. Асимптомні пацієнти, у яких ІХС встановлена на підставі скринінгу.

Якщо розглянути представлені сценарії з позиції класифікації, що використовується в нашій країні, то **перший** клінічний сценарій – пацієнти з підозрою на ІХС, яку потім, після обстеження, або підтвердили, або виключили; у **другому** сценарії задишка розглядається як еквівалент стенокардії і це може бути ІХС. За **третьім** сценарієм – та ж ІХС і постінфарктний кар-

діосклероз; за **четвертим** – ІХС із перенесеним ІМ, тобто з постінфарктним кардіосклерозом. Чим відрізняється – тривалістю подвійної антитромбоцитарної терапії (ПАТТ) менше 1 року або більше 1 року. Що стосується **п'ятої** форми ХКС, то це дві різні стенокардії і вони по-різному лікуються. Вазоспастична стенокардія – це нестабільний компонент, а мікросудинна стенокардія належить до коронарних синдромів, що стабільно перебігають, і існує проблема в її підтвердженні (так званий синдром Х). І, нарешті, **шостий** – це безбольова ішемія – одна з форм ІХС. Таким чином, формально маємо класифікаційне змішання, але, якщо пам'ятати класифікацію, що застосовується в клінічній практиці, то ми не заплутаємося, ці профілі ХКС добре інтерпретувати.

Природний перебіг ХКС:

- високий ризик серцево-судинних подій при недостатньому контролі факторів ризику, субмаксимальна модифікація способу життя та/або медикаментозна терапія;
- низький ризик з оптимальним контролем факторів ризику, модифікація способу життя, адекватна медикаментозна терапія для вторинної профілактики та своєчасна реваскуляризація.

Отже, пацієнтів треба обстежити якомога раніше і мати на увазі, що рання реваскуляризація може покращити прогноз. Результати дослідження ISCHEMIA, в якому порівнювали інвазивну та неінвазивну стратегії у пацієнтів із стабільною ІХС, показали, що з ранньою реваскуляризацією не варто поспішати. Реваскуляризацію слід проводити тільки тим пацієнтам із ХКС, у яких є вагомий підстав для цієї процедури. Підставою є лише гемодинамічно значущий стеноз. Чим раніше ми виявимо коронарну хворобу, тим краще обстежимо пацієнта і за наявності підстав для реваскуляризації проведемо цю процедуру. Якщо виявляємо гемодинамічно незначущий стеноз – лікуємо консервативно. Сучасна консервативна терапія дозволяє реально покращити прогноз пацієнта.

Раніше було проведено низку досліджень та мета-аналізів, у яких встановлено, що інвазивна стратегія краще, ніж медикаментозна терапія, поліпшує показники якості життя та приводить до зменшення кількості застосовуваних лікарських засобів і болісних ангінозних нападів. У дослідженні COURAGE у хворих з ІХС не отримано достовірних відмінностей між реваскуляризацією та медикаментозною терапією.

Важливо підкреслити, що якщо у пацієнта розвивається ГКС і йому не проведена реваскуляризація (ГКС – це завжди показання до реваскуляризації), в якомусь найближчому майбутньому він перенесе другий ГКС, але реваскуляризація вже під час другого ГКС суттєво не покращить прогноз цього хворого. Отже, проведення реваскуляризації за наявності показань: ГКС – завжди; хронічна коронарна хвороба – лише за наявності вагомих показань. Сьогодні реваскуляризація проводиться пацієнтам з гемодинамічно значущими стенозами, а більшості хворих проводиться медикаментозна терапія з постійним спостереженням з метою вчасного направлення на реваскуляризацію.

Експерти ESC наголошують, що модифікація способу життя та оптимальна адекватна медикаментозна терапія при стабільних коронарних синдромах можуть покращити прогноз.

Основою консервативного лікування стабільної ІХС є усунення факторів ризику, що модифікуються, і комплексна медикаментозна терапія. Як правило, їх проводять невизначено довго (табл. 1). Вкрай важливим є інформування пацієнтів про наявність у них ІХС, характер її перебігу, фактори ризику та стратегію лікування.

Таблиця 1. Рекомендації щодо модифікації способу життя для пацієнтів з ХКС

Чинники способу життя	
Відмова від куріння	Використання фармакологічних та поведінкових стратегій, які допомагають пацієнтам кинути курити, уникнення пасивного куріння
Здорова дієта	Дієта з високим вмістом овочів та цільнозернових. Обмеження вмісту насиченого жиру <10 % загального споживання. Обмеження алкоголю <100 г/тиждень або 15 г/добу
Фізична активність	30–60 хв помірна фізична активність більшість днів, але навіть нерегулярна активність корисна
Здорова вага	Досягнення і підтримання здорової ваги (<25 кг/м ²) або зменшення ваги за рахунок обмеження споживання калорій, що рекомендується, і збільшення фізичної активності
Інші заходи	Прийом ліків, призначених лікарем. Сексуальна активність є низьким ризиком для стабільних пацієнтів, які не симптомні при низьких або середніх рівнях навантаження

Основні напрямки терапії ХКС

Цілі фармакологічної терапії

- Зменшення симптомів стенокардії та ішемії, спричиненої фізичним навантаженням;
- Профілактика серцево-судинних подій та покращення якості життя.

Оптимальна терапія

- Лікування, яке задовільно контролює симптоми та знижує ризик серцево-судинних подій;
- З максимальною прихильністю пацієнта та мінімальними небажаними явищами.

«Оптимальна» антиішемічна терапія у пацієнтів з ХКС

- Не існує універсального визначення «оптимального» лікарського препарату чи комбінації;
- Антиішемічна лікарська терапія повинна підбиратися індивідуально кожному пацієнту відповідно до його особливостей та уподобань.

Стартова лікарська терапія зазвичай включає один або два антиангінальні препарати при необхідності, а також препарати для вторинної профілактики серцево-судинних подій (табл. 2). При цьому беруть до уваги:

- очікувану переносимість терапії, пов'язану з індивідуальним профілем пацієнта та його супутніми захворюваннями;
- потенційні лікарські взаємодії із супутньою терапією;
- переваги пацієнта після інформування про потенційні побічні ефекти;
- доступність лікарського препарату.

Для тривалої терапії больового синдрому та/або задишки пацієнтам з ХКС призначається терапія антиангінальними препа-

Таблиця 2. Рекомендації щодо антиішемічних препаратів для пацієнтів із ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Медикаментозна терапія пацієнтів із симптомним перебігом вимагає використання одного або кількох препаратів для зняття симптомів стенокардії/ішемії у поєднанні з препаратом/препаратами для профілактики подій	I	C
Рекомендовано інформувати пацієнтів про захворювання, фактори ризику та стратегію лікування	I	C
Рекомендовано своєчасно переглядати медикаментозну терапію пацієнтам (наприклад, через 2–4 тижні після призначення препарату)	I	C

ратами (табл. 3). Полегшення стенокардії/ішемії не демонструє користі щодо прогнозу.

Терапія стабільної ІХС в залежності від клінічної ситуації описана в таблиці 4.

Ця таблиця представляє основу фенотипного підходу до при-

значення терапії пацієнтам із ХКС. Стандартна терапія першого кроку включає ББ та БКК. Причому цей пацієнт вже отримує або аспірин, або клопідогрель, інгібітор АПФ/або сартан плюс статин. А ББ та БКК – це стандартна терапія, орієнтована на симптом. За недостатнього ефекту слід додати ДГП-БКК (подвійна терапія) або препарат другої лінії – нікорандил. Якщо у пацієнта вихідна висока ЧСС, то призначається ББ або неДГП-БКК, другий крок – поєднання ББ та неДГП-БКК, якщо не вистачає, додаємо івабрадин. При ЧСС менше 50 уд./хв призначаємо ДГП-БКК (за рахунок зниження переднавантаження, венодилатації, що спричиняє додаткову симпатикотонію). Далі НДД, і далі ДГП-БКК плюс НДД, і далі додати нікорандил, ранолазин або триметазидин. При дисфункції ЛШ рекомендується ББ, але він не знімає симптоми в тому дозуванні, яке рекомендується для лікування СН. Додаємо НДД або івабрадин. На третьому кроці додаємо препарат другої лінії. При низькому АТ – низькі дози ББ або низькі дози ДГП-БКК. На другому етапі додаємо низькі дози НДД.

Таблиця 3. Антиішемічні препарати

Рекомендації	Клас	Рівень
Нітрати короткої дії рекомендуються для швидкого усунення симптомів стенокардії	I	B
Терапією першої лінії є бета-блокатори та/або БКК для контролю ЧСС та симптомів	I	A
Якщо симптоми стенокардії не вдається успішно контролювати за допомогою бета-блокаторів або БКК, слід розглянути комбінацію бета-блокатора з дигідропіридинними блокаторами кальцієвих каналів	IIa	C
Комбінацію бета-блокаторів з дигідропіридинними блокаторами кальцієвих каналів слід розглянути як терапію першої лінії	IIa	B
Нітрати тривалої дії слід розглянути як терапію другої лінії, коли стартова терапія бета-блокаторами та/або не-ДГП-БКК протипоказана, погано переноситься або не підходить для контролю симптомів стенокардії	IIa	B
При призначенні нітратів тривалої дії слід враховувати необхідність створення інтервалів без нітратів або з низьким вмістом нітратів, щоб зменшити ризик виникнення толерантності	IIa	B
Нікорандил, ранолазин, івабрадин або триметазидин слід розглянути як терапію другої лінії для зменшення частоти нападів стенокардії та підвищення толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів з непереносимістю/протипоказаннями, або тих, у яких симптоми недостатньо контролюються при прийомі бета-блокаторів, блокаторів кальцієвих каналів та нітратів тривалої дії	IIa	B
У пацієнтів з початково низькою ЧСС та низьким АТ ранолазин та триметазидин можуть бути розглянуті як терапія першої лінії для зменшення частоти нападів стенокардії та збільшення толерантності до фізичного навантаження	IIb	C
Деяким пацієнтам може бути корисною комбінація бета-блокаторів або БКК із препаратами другої лінії (ранолазин, нікорандил, івабрадин та триметазидин) в якості терапії першої лінії на підставі ЧСС, АТ та толерантності	IIb	B
Нітрати не рекомендуються пацієнтам з гіпертрофічною обструктивною кардіоміопатією або при сумісному прийомі з інгібіторами фосфодіестерази	III	B

Примітка. БКК – блокатори кальцієвих каналів; ЧСС – частота серцевих скорочень; не-ДГП-БКК – недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів.

Таблиця 4. Покрокова стратегія для довгострокової антиішемічної медикаментозної терапії у пацієнтів з ХКС та специфічними вихідними характеристиками

Кроки	Стандартна терапія	Висока ЧСС (більше 80 уд./хв)	Низька ЧСС (менше 50 уд./хв)	Дисфункція лівого шлуночка або серцева недостатність	Низький АТ
1 крок	ББ або БКК	ББ або не-ДГП-БКК	ДГП-БКК	ББ	Низькі дози ББ або низькі дози ДГП-БКК
2 крок	ББ + ДГП-БКК	ББ + неДГП-БКК	НДД	Додати НДД або івабрадин	Додати низькі дози НДД
3 крок	Додати препарат 2-ї лінії	Додати івабрадин	ДГП-БКК + НДД	Додати другий препарат 2 лінії	Додати івабрадин, ранолазин або триметазидин
4 крок			Додати нікорандил, ранолазин або триметазидин		

Важливо проводити обов'язкову оцінку ефективності терапії через 2–4 тижні після призначення препаратів.

Лікування, спрямоване на профілактику серцево-судинних ускладнень

Антиагрегантна терапія (табл. 5). Ацетилсаліцилова кислота (АСК) – основа антитромботичної терапії у пацієнтів з ХКС та синусовим ритмом.

У пацієнтів високого ризику коронарних подій йде додавання другого антитромботичного препарату до аспірину для тривалої профілактики і ця подвійна антитромботична терапія застосовується у пацієнтів високого ризику повторних ішемічних подій і серцево-судинних подій за відсутності високого ризику кровотеч. Ми звикли до додавання другого антитромботичного препарату як мінімум до 36 місяців якщо ризик ішемічних подій високий. Інновація останніх рекомендацій – це додавання другого антитромботичного препарату до аспірину для тривалої вторинної профілактики у хворих помірного ризику ішемічних подій (табл. 6, 7).

Подвійна антитромботична терапія може бути призначена пацієнтам з ІХС та високим/помірним ішемічним ризиком (табл. 7).

Для пацієнтів, які мають високий або помірний ризик ішемічних подій і не мають високого ризику кровотечі, може бути використаний підхід подвійної антитромботичної терапії у поєднанні з АСК 75–100 мг на день.

У руслі схем-алгоритмів антитромботичної терапії у пацієнтів з різними варіантами ІХС представлена антитромботична терапія для хворих з ІХС. Аспірин із клопідогрелем показаний перед ЧКВ, антикоагуляція – перед ЧКВ. Залежно від ризику кровотеч аспірин з клопідогрелем призначається надовго чи на короткий термін. Що це за стабільна ІХС? Та, яка зазнала ЧКВ; а що отримуватиме пацієнт без ЧКВ? Він отримуватиме або аспірин, або клопідогрель. Але кожний, хто переніс ЧКВ, отримуватиме не просто один аспірин, а якийсь проміжок часу отримуватиме аспірин з клопідогрелем. Плюс за кілька годин до процедури або під час процедури – нефракціонований гепарин або еноксапарин внутрішньовенно чи підшкірно. При високому ризику кровотеч на сьогоднішній день рекомендований 3-місячний період антитромбоцитарної терапії, а при низькому ризику – 6-місячний. Хоча антитромбоцитарна терапія після ЧКВ може бути продовжена і більше 6 місяців, якщо у пацієнта є критерії високого ішемічного ризику.

Рекомендації щодо антитромботичної терапії після ЧКВ представлені в таблицях 8, 9.

Слід відмітити, що можуть бути використані й інші препарати, але в той же час для прасургелю та тикагрелору клас ймовірної рекомендації IIb C.

Терапія інгібіторами P2Y12 може бути розглянута в ситуаціях, пов'язаних із високим ризиком серцево-судинних ускладнень.

Особливості перед- та постінтервенційної стратегії з позицій застосування антитромбоцитарної та антитромботичної терапії у пацієнта зі стабільною ІХС, якщо йому виконується черезшкірне втручання.

Рекомендації щодо АТТ при стабільній ІХС із ЧКВ (табл. 10).

У таблиці 10 представлені дози АСК (рекомендовано у навантажувальній дозі) при плановій ЧКВ на тлі стабільної ІХС. Навантажувальна доза клопідогрелю – перед плановою ЧКВ. Антикоагулянти у поєднанні з антиагрегантами, причому останні у день ЧКВ у навантажувальній дозі.

Рекомендації щодо постінтервенційної терапії наведено в таблиці 11.

Таблиця 5. Антитромботична терапія у пацієнтів з ХКС та синусовим ритмом

Рекомендації	Клас	Рівень
АСК 75–100 мг 1 р/добу рекомендована для пацієнтів із попереднім ІМ або реваскуляризацією	I	A
Клопідогрель 75 мг 1 р/добу рекомендований як альтернатива при непереносимості аспірину	I	B
Клопідогрель 75 мг 1 р/добу може бути розглянутий як кращий, ніж АСК, у симптомних або асимптомних пацієнтів із захворюванням периферичних артерій або ішемічним інсультом/ТІА в анамнезі	IIb	B
АСК 75–100 мг 1 р/добу може бути розглянута для пацієнтів без ІМ або реваскуляризації в анамнезі, але з підтверженою під час візуалізації ІХС	IIb	C

Таблиця 6. Антитромботична терапія у пацієнтів з ХКС та синусовим ритмом

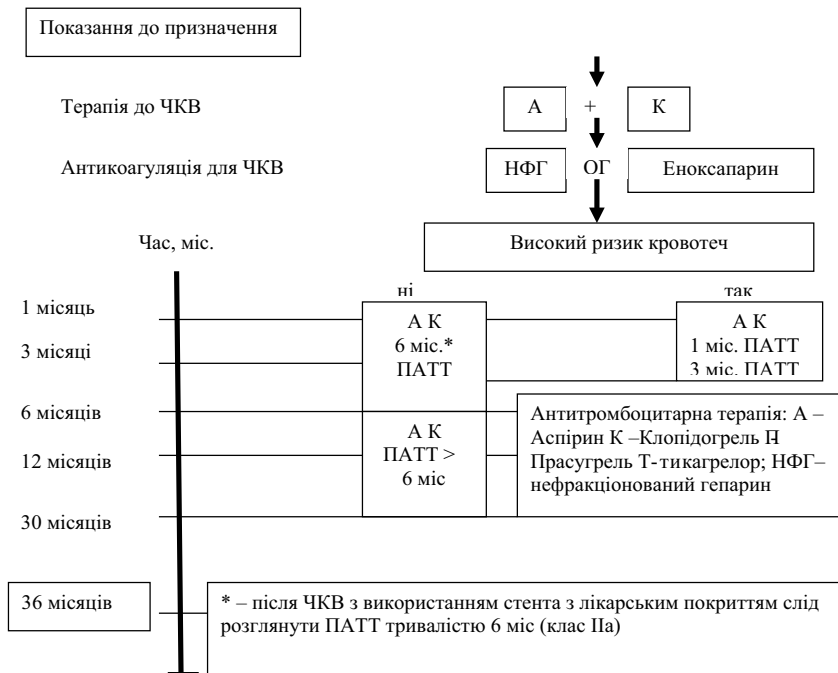
Рекомендації	Клас	Рівень
Додавання другого антитромботичного препарату до АСК для тривалої вторинної профілактики слід розглянути пацієнтам з високим ризиком ішемічних подій* та без високого геморагічного ризику**	IIa	A
Додавання другого антитромботичного препарату до АСК для тривалої вторинної профілактики може бути розглянуто пацієнтам з помірним ризиком ішемічних подій* та без високого геморагічного ризику***	IIb	A

Примітка. * – поширена багатосудинна ІХС у поєднанні з ЦД, що потребує медикаментозної терапії, рецидивом ІМ, ЗПА або ХХН з ШКФ 15–59 мл/хв/1,73 м²; ** – попередній внутрішньомозковий крововилив або ішемічний інсульт, інша патологія в порожнині черепа в анамнезі, недавня ШКК або анемія на тлі можливої ШКК, інша патологія ШКТ з підвищеним геморагічним ризиком, печінкова недостатність, геморагічний діатез або коагулопатія, екстремально літній вік, ХХН, що потребує проведення діалітичної терапії або ШКФ <15 мл/хв/1,73 м²; *** – як мінімум одне з перерахованого: поширена/багатосудинна ІХС або ЦД, що вимагає медикаментозної терапії або ХХН із ШКФ 15–59 мл/хв/1,73 м².

Таблиця 7. Можливості використання препаратів для подвійної антитромботичної терапії

Препарат (МНН)	Доза	Можливість використання	Обмеження
Клопідогрель	75 мг/1 р добу	Пацієнтам після ІМ, які добре переносили ПАТТ протягом року	
Прасургель	10 мг 1 р/добу або 5 мг 1 р/добу, якщо вага тіла <60 кг або вік >75 років	Пацієнтам після ЧКВ з приводу ІМ, які добре переносили ПАТТ протягом року	вік >75 років
Ривароксабан	2,5 мг 2 р/день	Давність ІМ >1 року або при багатосудинній ІХС	2,5 мг 2 р/день Кліренс креатиніну 15–29 мл/хв
Тикагрелор	60 мг 2 р/добу	Пацієнтам після ІМ, які добре переносили ПАТТ протягом року	

Примітка. ПАТТ – подвійна антитромботична терапія; ІМ – інфаркт міокарда; ІХС – ішемічна хвороба серця; ЧКВ – черезшкірне коронарне втручання.



З позицій сьогодення після інтервенційної АТТ передбачає призначення довільно одного препарату, а на короткий період (табл. 11) може бути рекомендована подвійна АТТ (ПАТТ). При цьому раніше, залежно від виду стента, визначалася тривалість призначення ПАТТ. Сьогодні ж наявність ризику кровотеч за шка-

Таблиця 8. Антитромботична терапія після ЧКВ у пацієнтів з ХКС та синусовим ритмом

Рекомендації	Клас	Рівень
АСК 75–100 мг 1 р/добу рекомендована після ЧКВ	I	A
Клопідогрель 75 мг 1 р/добу після відповідної навантажувальної дози (напр. 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) рекомендований на додаток до АСК на 6 місяців після стентування незалежно від типу стента, якщо не показана менша тривалість (1–3 місяці) через ризик виникнення або розвитку загрозливої для життя кровотечі	I	A
Клопідогрель 75 мг 1 р/добу після відповідної навантажувальної дози (напр. 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) слід розглянути на 3 місяці терапії у пацієнтів з високим ризиком загрозливих для життя кровотеч	IIa	A

Таблиця 9. Антитромботична терапія після ЧКВ у пацієнтів з ХКС та синусовим ритмом

Рекомендації	Клас	Рівень
Клопідогрель 75 мг 1 р/добу після відповідної навантажувальної дози (напр. 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) може бути розглянутий на 1 місяць для пацієнтів з дуже високим ризиком загрозливих для життя кровотеч на додаток до АСК на 6 місяців	IIb	C
Прасургель або тикагрелор можуть бути розглянуті принаймні як стартова терапія в специфічних ситуаціях високого ризику при стентуванні (субоптимальне розташування стента або інші особливості процедури, пов'язані з високим ризиком тромбозу стента, складне стентування стовбура лівої коронарної артерії або багатосудинний стент). ПАТТ не може бути використана через непереносимість АСК	IIb	C

лою PRECISE-DAPT >25 вкорочує ПАТТ до 3-х місяців.

Використання інгібіторів протонної помпи рекомендовано при високому ризику шлунково-кишкових кровотеч (табл. 12).

Пацієнтам з ХКС рекомендована гіполіпідемічна терапія (табл. 13, 14). Усім пацієнтам з ХКС одразу після встановлення діагнозу рекомендується призначити інгібітори ГМГ-КоА-редуктази (статини) за відсутності протипоказань до досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ (<1,4 ммоль/л) та його зниження на 50 % від вихідного рівня.

Використання бета-блокаторів при ХКС рекомендовано при певних клінічних ситуаціях (табл. 15).

Пацієнти з цукровим діабетом та серцево-судинними захворюваннями потребують підвищеної уваги (табл. 16–18).

У таблиці 17 представлені напрямки щодо запобігання серцево-судинним ускладненням у пацієнтів з ХКС.

За допомогою додаткових методів дослідження виокремлюються пацієнти з високим ризиком серцево-судинних ускладнень (табл. 18).

Посилення АТТ, необхідне для поліпшення прогнозу пацієнтів з ІХС, рекомендовано Європейським товариством кардіологів (табл. 19).

1. Високий ризик ішемічних подій:

- багатосудинна ІХС у поєднанні, як мінімум, з одним із наступних факторів:
- цукровий діабет, що потребує медикаментозної терапії;
- рецидив/повторний інфаркт міокарда;
- захворювання периферичних артерій;
- хронічна хвороба нирок з рШКФ 15–59 мл/хв/1,73 м².

Таблиця 10. Передінтервенційна терапія

Рекомендації	Клас	Рівень
АСК рекомендовано всім пацієнтам перед плановим ЧКВ	I	A
Навантажувальна доза аспірину (150–300 мг перорально або 75–250 мг внутрішньовенно) рекомендована пацієнтам, які раніше не приймали	I	C
Клопідогрель (600 мг навантажувальна доза та 75 мг на добу підтримувальна доза) рекомендований усім пацієнтам перед плановим ЧКВ	I	A
Антагоністи глікопротеїну IIb/IIa можуть розглядатися лише у виняткових ситуаціях	IIa	C
Прасургель або тикагрелор можуть розглядатися за високого ризику ішемічних подій (тромбоз стента в анамнезі або стентування ЛКА)	IIb	C
Нефракціонований гепарин показаний у стандарті лікування (70–100 ОД/кг)	I	B
Бівалірудин (0,75 мг/кг болюсно, потім 1,75 мг/кг/год протягом 4 годин після процедури) показаний у разі гепарин-індукованої тромбоцитопенії	I	C
Еноксапарин (в/в 0,5 мг/кг) має розглядатися як альтернативне лікування	IIa	B
Кангрелор може застосовуватися у нелікованих пацієнтів під час проведення ЧКВ	IIb	A

Таблиця 11. Постінтервенційна терапія

Рекомендації	Клас	Рівень
Довічно моно-АТТ (зазвичай аспірин) – рекомендована	I	C
Інструктування пацієнта про важливість прихильності до АТТ рекомендовано	I	C
У пацієнтів зі ст-ІХС після ЧКВ ПАТТ, що включає клопидогрель на додаток до АСК, у загальному випадку рекомендована на 6 місяців, незалежно від типу стентів	I	A
У пацієнтів зі ст-ІХС після ЧКВ з BRS ПАТТ має бути розглянута на 12 місяців і до передбачуваної резорбції стента, на основі індивідуального ризику кровотеч та ішемії	IIa	C
У пацієнтів зі ст-ІХС після БАП ПАТТ рекомендовано на 6 місяців	IIa	B
У пацієнтів зі ст-ІХС з високим ризиком кровотеч (PRECISE-DAPT>25) ПАТТ слід розглядати на 3 місяці	IIa	A
У пацієнтів зі ст-ІХС, які переносять ПАТТ без ускладнень у вигляді кровотеч і тим, у кого низький ризик кровотеч, але високий ризик тромбозів, комбінація ПАТТ, що включає клопидогрель >6 міс. і аж до 30 міс. може бути розглянута	IIb	A
У пацієнтів зі ст-ІХС, у яких 3-місячна ПАТТ передбачає небезпечні наслідки терапії, може бути скорочена до 1 міс.	IIb	C

Таблиця 12. Використання інгібіторів протонної помпи

Рекомендації	Клас	Рівень		
Супутнє використання інгібіторів протонної помпи рекомендовано пацієнтам, які отримують монотерапію АСК, ПАТТ або монотерапію ОАК, які мають високий ризик гастроінтестинальних кровотеч	I	A		
Інгібітори протонної помпи, що поєднуються з клопидогрелем				
Інгібітори протонної помпи	НЕРБ	Ерозивний гастрит	Синдром Золлінгера-Еллісона	Виразкова хвороба
Пантопризол, мг	20	40–80	160	40–80 мг
Рабепразол, мг	20	20	120	20 мг
Деклансопризол, мг	30	60	–	–

Таблиця 13. Гіполіпемічна терапія, рекомендована пацієнтам з ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази (статири) рекомендовані всім пацієнтам із ХКС	I	A
Якщо цільові значення не досягаються при прийомі максимально переносимих доз статинів, рекомендується комбінація з езетимібом	I	B
Для пацієнтів дуже високого ризику, які не досягають цільових значень при прийомі максимально переносимих доз статинів і езетимібу, рекомендована комбінація з інгібіторами PCSK9	I	A

Таблиця 14. Рекомендації з використання інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту в пацієнтів з ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Інгібітори АПФ (або блокатори рецепторів 1-го типу до ангіотензину II) рекомендовані пацієнтам, які мають коморбідні стани, такі як серцева недостатність, гіпертензія або цукровий діабет)	I	A
Терапію іАПФ слід розглянути для пацієнтів з ХКС та дуже високим ризиком серцево-судинних подій	IIa	A

Таблиця 15. Рекомендації щодо іншої лікарської терапії при ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Бета-блокатори рекомендовані пацієнтам із дисфункцією лівого шлуночка або систолічною серцевою недостатністю	I	A
При попередньому інфаркті міокарда з підйомом сегмента ST – бета-блокатори слід розглянути для тривалої терапії	IIa	B

Таблиця 16. Рекомендації для пацієнтів з ІХС та ЦД

Рекомендації	Клас	Рівень
Пацієнтам з ІХС та ЦД рекомендований контроль факторів ризику з досягненням цільових значень (АТ, ХС ЛПНЩ, НbA1c)	I	A
Безсимптомним пацієнтам з цукровим діабетом рекомендовано періодичний контроль ЕКГ у спокої для виявлення порушень провідності, фібриляції передсердь та безсимптомного інфаркту міокарда	I	C
Пацієнтам з ССЗ та ЦД рекомендовано лікування інгібіторами АПФ для профілактики подій	I	B
Пацієнтам з ССЗ та ЦД рекомендовано інгібітори натрій-глюкозного ко-транспортера 2 (SLGT-2) – емпагліфлозин, канагліфлозин або дапагліфлозин	I	A
Пацієнтам з ССЗ та ЦД рекомендовано агоністи рецептора глюкагоноподібного пептиду 1 (GLP-1) (ліраглутид або семаглутид)	I	A
У безсимптомних пацієнтів (>40 років) з ЦД можуть бути розглянуті функціональна візуалізація або коронарна КТ-ангіографія для поглибленої оцінки серцево-судинного ризику	IIb	B

Таблиця 17. Рекомендації щодо запобігання серцево-судинним подіям у хворих на ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Статини рекомендуються всім пацієнтам із ХКС	I	A
При недосягненні цільових рівнів ХС ЛПНЩ на максимально переносимих дозах статинів – до терапії рекомендується додати езетиміб	I	B
Пацієнтам із дуже високим ризиком, які не досягли мети на максимально переносимих дозах статинів та езетимібу, додатково рекомендуються інгібітори PCSK9	I	A
Інгібітори АПФ (або БРА2) рекомендуються, якщо пацієнт має супутні стани (ХСН, АГ, ЦД)	I	A
Слід розглянути застосування інгібіторів АПФ пацієнтам із ХКС дуже високого ризику серцево-судинних подій	IIA	A
Пацієнтам з дисфункцією ЛШ або систолічною ХСН рекомендуються бета-блокатори	I	A
Пацієнтам із інфарктом міокарда з підйомом сегмента ST слід розглянути пероральне застосування бета-блокаторів	IIA	B
Жінкам у постменопаузі для зниження ризику не рекомендується гормонозамісна терапія	III	C

Таблиця 18. Критерії високого ризику розвитку несприятливих подій

ЕКГ із навантаженням	Смертність від серцево-судинних захворювань > 3 % на рік за шкалою Duke Treadmill
ОФЕКГ чи ПЕТ	Область ішемії міокарда лівого шлуночка >10 %
Стрес-Ехо-КГ	3 із 16 сегментів з гіпокінезією або акінезією на фоні навантаження
МРТ серця	2 із 16 сегментів з дефектами перфузії на навантаженні або ≥3 сегментів, що провокуються добутином
КТ-ангіографія чи КАГ	Ураження 3 судин з проксимальними стенозами, ураження стовбура ЛКА або проксимальне ураження ПМЖА
Інвазивне функціональне тестування	Функціональний резерв кровотоку ≤ 0,8 мРК ≤ 0,89

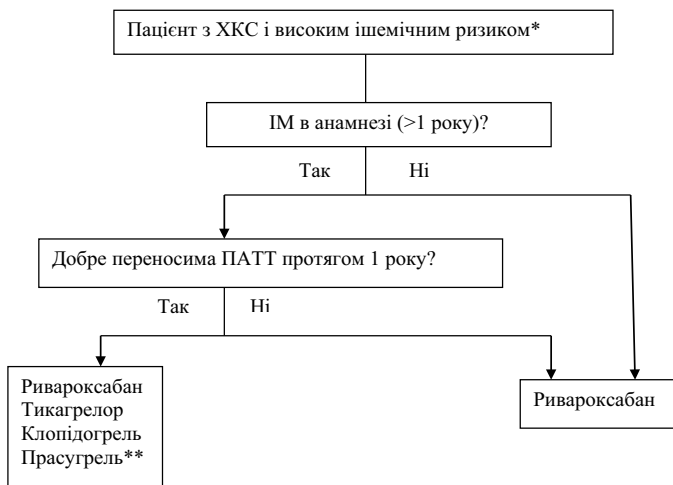


Рис. 2. Варіанти препаратів для подвійної антитромбоцитарної терапії на додаток до АСК 75–100 мг 1 р/д

Примітка. * – поширена багатосудинна ІХС у поєднанні з ЦД, що потребує медикаментозної терапії, рецидивом ІМ, ЗПА, або ХХН з рШСКФ 15–59 мл/хв/1,73 м²; ** - прасургрель розглядається для пацієнтів після ЧКВ з приводу ІМ.

Таблиця 19. Рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо ведення пацієнтів із ХКС

Рекомендації	Клас	Рівень
Антиромботична терапія у пацієнтів з ІХС* та синусовим ритмом		
Додавання другого антиромботичного препарату до АСК для тривалої вторинної профілактики слід розглянути пацієнтам з високим ризиком ішемічних подій ¹ і без високого геморагічного ризику ²	IIa	A
Додавання другого антиромботичного препарату до АСК для тривалої вторинної профілактики може бути розглянуто пацієнтам з помірним ризиком ішемічних подій ¹ та без високого геморагічного ризику ²	IIb	A

Примітка. * – як мінімум одне з перерахованого: поширена багатосудинна ІХС або ЦД, що вимагає медикаментозної терапії, або рецидив ІМ, або ЗПА, або ХСН, або ХХН з рШСКФ 15–59 мл/хв/1,73 м²

Резюме

Хронические коронарные синдромы. Общие направления терапии

А. Н. Беловол, И. И. Князькова

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В статье подробно описана современная стратегия ведения пациентов с хроническим коронарным синдромом (стабильной ишемической болезнью сердца), которая должна быть направлена на восстановление баланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, и должна быть решена адекватным объемом вторичной профилактики, направленной на предотвращение развития острого коронарного синдрома и неблагоприятных последствий. Приведены рекомендации по образу жизни для пациентов с хроническим коронарным синдромом, основные направления и цели терапии, даны рекомендации относительно антиишемических препаратов, антиагрегантной и антиромботичарной терапии для пациентов с хроническим коронарным синдромом. Детально перечислены показания к реваскуляризации у больных стабильной стенокардией или безболевого ишемией миокарда.

Ключевые слова: хронический коронарный синдром, ишемия, реваскуляризация, медикаментозная терапия

Статья найдшла в редакцию: 04.11.2022

Статья прошла рецензування: 11.11.2022

Статья принята до друку: 17.11.2022

Таблиця 20. Показання до реваскуляризації у хворих на стабільну стенокардію або безбольову ішемію міокарда (ESC 2018)

Ступінь ІХС (анатомічна та/або функціональна)	Клас	Рівень
Для покращення прогнозу		
Основний стовбур ЛКА > 50 %*	I	A
Проксимальний стеноз ПМЖА > 50 %*	I	A
2- або 3-судинне ураження (>50 %) та знижена ФВ (<35 %)*	I	A
Велика площа ішемії (>10 % ЛШ) або значна зміна FFR	I	A
Для покращення симптомів		
Гемодинамічно значущий стеноз з лімітуючою стенокардією або її еквівалентами, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію	I	A

Примітка. * – з документованою ішемією, або гемодинамічно релевантний стеноз, який визначається як FFR (функціональний резерв кровотоку) $\leq 0,80$, або wFFR (моментальний резерв кровотоку в безхвилювому періоді) $\leq 0,89$, або стеноз однієї з основних артерій > 90 %.

2. Високий ризик геморагічних подій:

- попередній внутрішньомозковий кроволив або ішемічний інсульт, інша патологія в порожнині черепа в анамнезі;
- недавня ШКК з підвищеним геморагічним ризиком;
- печінкова недостатність, геморагічний діатез чи коагулопатія;
- екстремально літній вік;
- ХХН, що вимагає проведення діалізоної терапії або ШКФ <15 мл/хв/1,73 м².

Отже, сучасна стратегія ведення пацієнтів з ХКС (стабільною ІХС) спрямована на відновлення балансу між потребою та доставкою кисню до міокарда й вирішується адекватним обсягом вторинної профілактики, спрямованої на запобігання розвитку ГКС та несприятливих наслідків.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список літератури знаходиться в редакції

Summary

Chronic coronary syndromes. General directions of therapy

O. M. Bilovol, I. I. Knyazkova

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The article describes in detail the modern management strategy of patients with chronic coronary syndrome (stable coronary heart disease), which should be aimed at restoring the balance between myocardial oxygen demand and its delivery, and should be addressed by an adequate amount of secondary prevention aimed at preventing the development acute coronary syndrome and adverse consequences. Recommendations on lifestyle for patients with chronic coronary syndrome, main directions and goals of therapy, recommendations on anti-ischemic drugs, antiplatelet and antiplatelet therapy for patients with chronic coronary syndrome are given. Indications for revascularization in patients with stable angina pectoris or painless myocardial ischemia are listed in detail.

Key words: chronic coronary syndrome, ischemia, revascularization, drug therapy

Received: 04.11.2022

Reviewed: 11.11.2022

Published: 17.11.2022