

# КОММЕНТАРИИ К НОВОМУ ВАРИАНТУ ЕВРОПЕЙСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

С.Р. Гиляревский

Отделение неотложной кардиологии для больных инфарктом миокарда Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3

Новые клинические рекомендации по тактике лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без стойкого подъема сегмента ST (ОКСБПST) были впервые представлены в конце августа 2011 г. на Европейском конгрессе кардиологов и официально опубликованы в журнале *European Heart Journal* [1] в декабре 2011 г. Новый вариант рекомендаций стал обновлением предыдущего варианта рекомендаций, вышедшего в 2007 г., [2] и содержит несколько новых принципиальных положений.

По мнению председателя экспертной группы по подготовке текста рекомендаций — директора кардиологической клиники Керкофф профессора Christian Hamm, одним из главных дополнений стало включение шкалы CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines) для оценки риска развития кровотечений во время пребывания в стационаре. Рекомендация по использованию такой шкалы при стратификации риска развития осложнений соответствует I классу при уровне доказательности B. Применение шкалы CRUSADE для оценки риска развития кровотечений в настоящее время можно считать обоснованным, поскольку она была разработана с учетом анализа данных о более чем 70 000 больных, включенных в регистр острого коронарного синдрома CRUSADE, а ее эффективность была подтверждена в подгруппе, включавшей 17 000 больных.

Следует отметить, что, по мнению ряда экспертов [3], новые европейские рекомендации по тактике ведения больных с ОКСБПST можно считать более прогрессивными по сравнению с американскими рекомендациями [4], которые также были опубликованы в 2011 г., но несколько ранее. В частности, в новых европейских рекомендациях предлагается использовать высокочувствительные реактивы для определения уровня тропонина

в крови при выполнении протокола быстрого исключения острого инфаркта миокарда (ОИМ). В соответствии с таким протоколом концентрация высокочувствительного тропонина (вч-тропонина) определяется дважды в течение 3 ч после госпитализации больного. В новых рекомендациях такой алгоритм применения теста на тропонин для ранней диагностики ОИМ соответствует I классу с уровнем доказательности B, то есть всеми экспертами считается эффективным и безопасным.

В то же время следует помнить о том, что по мере постепенного внедрения вч-тропонина в клиническую практику врачи могут сталкиваться с трудностями интерпретации результатов теста при очень небольшом повышении концентрации вч-тропонина, а также у больных пожилого возраста, у которых часто имеются сопутствующие заболевания, обуславливающие умеренное повышение концентрации тропонина в крови [5]. Например, повышение концентрации тропонина может также отмечаться при аритмиях, сердечной недостаточности, осложненных гипертонических кризах и миокардите.

Предложенный алгоритм быстрой диагностики ОИМ на основании анализа абсолютного изменения концентрации вч-тропонина в крови основывается на предварительных результатах продолжающегося исследования APACE (Advantageous Predictors of Acute Coronary Syndromes Evaluation) [6], которые позволяют предположить, что абсолютные изменения вч-тропонина в течение первого часа после госпитализации имеют большее значение для диагностики ОИМ по сравнению с относительными изменениями. По мнению исследователей, выраженность абсолютного изменения концентрации в течение первого часа после госпитализации в наибольшей степени помогает врачам установить точный диагноз в ранние сроки после госпитализации. Изменение концентрации вч-тропонина в течение первого часа после госпитализации всего на 0,005 мкг/л оказывалось наилучшей точкой разделения для диагностики ОИМ. Следует отметить, что у 98,4% больных с ОИМ в момент госпитализации концентрация вч-тропонина была выше 0,028 мкг/л или

*Сведения об авторе:*

**Гиляревский Сергей Руджерович** — д.м.н., профессор, руководитель 3 кардиологического отделения для больных инфарктом миокарда НИИ СП им Н.В. Склифосовского.  
E-mail: [sgilarevsky@rambler.ru](mailto:sgilarevsky@rambler.ru)

повышалась в течение часа более чем на 0,005 мкг/л. Причем, дальнейшее повышение уровня вч-тропонина уже не имело больших преимуществ для диагностики ОИМ. Важность таких результатов и обусловило включение нового алгоритма диагностики в новый вариант европейских рекомендаций. В то же время следует еще раз отметить, что для окончательного подтверждения обоснованности широкого применения такого алгоритма, вероятно, целесообразно подтвердить полученные данные и в ходе выполнения дополнительных исследований. Однако, если раньше для исключения ОИМ требовалось ждать 6 ч до получения результатов повторного теста на тропонин, то теперь этот период, по-видимому, может быть сокращен до 3 ч.

Кроме того, в новом варианте европейских клинических рекомендаций по тактике ведения больных с ОКСБПST впервые рассматривается возможность выполнения коронарной компьютерной томографической ангиографии в качестве альтернативного инвазивной ангиографии метода — с целью исключения ОКС у больных с низкой или средней вероятностью ишемической болезни сердца в тех случаях, когда как результаты теста на тропонин, так и данные электрокардиографии недостаточно информативны. Использование такой тактики исключения ОКС относится ко IIa классу рекомендаций с уровнем доказательности B. Такой класс рекомендаций свидетельствует о том, что не все эксперты безоговорочно поддерживают мнение о безопасности такого подхода. Напомним, что в соответствии с общепринятой практикой в такой ситуации ранее рекомендовали выполнение нагрузочной пробы.

В отличие от американских рекомендаций по тактике лечения больных с ОКСБПST, в европейские рекомендации включено использование не только нового ингибитора рецепторов P2Y<sub>12</sub> прасугрела, но и тикагрелора. Причем, тикагрелор и прасугрел в такой ситуации рассматриваются как препараты первого ряда, в то время как прием клопидогрела считается допустимым только у больных, которые по той или иной причине не могут принимать тикагрелор (класс рекомендаций I с уровнем доказательности A). Напомним, что в ходе выполнения крупного рандомизированного клинического исследования PLATO (Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes) [7] у больных с ОКС как с подъемом сегмента ST, так и в его отсутствие, прием антиагреганта тикагрелора по сравнению с клопидогрелом приводил к статистически значимому снижению смертности от осложнений сосудистых заболеваний, а также от частоты развития инфаркта миокарда и инсульта, не сопровождался в целом увеличением частоты развития тяжелых кровотечений, но приводил к увеличению частоты развития кровотечений, не связанных с выполнением инвазивных вмешательств. Следует напомнить, что эффективность применения клопидогрела

уменьшается за счет замедленной и вариабельной трансформации пролекарства в активный метаболит, умеренного и вариабельного подавления функции тромбоцитов, повышенного риска кровотечений, а также повышенного риска развития тромбоза стента и ОИМ у больных с недостаточной ответной реакцией на терапию [8]. Применение прасугрела — другого тиенопиридинового пролекарства — по сравнению с приемом клопидогрела приводит к более стойкому и выраженному подавлению функции тромбоцитов, что обуславливает снижение риска развития ИМ и тромбоза стентов, но сопровождается увеличением риска развития тяжелых кровотечений у больных с ОКС, которым выполняются чрескожные вмешательства на коронарных артериях [9].

Важные уточнения были внесены и в тактику инвазивного обследования и лечения, которая теперь должна основываться на результатах оценки клинических симптомов и риска развития неблагоприятных клинических исходов по шкале GRACE. Для оценки по такой шкале необходим компьютер и специальная программа. Если в момент госпитализации выявляется очень высокий риск развития осложнений, связанных с ишемией миокарда (устойчивая к лечению стенокардия, развитие сердечной недостаточности, угрожающих жизни аритмий и нестабильность гемодинамики), необходимо экстренное выполнение инвазивного вмешательства в течение первых 2 ч. В то же время раннее инвазивное вмешательство, в соответствии с рекомендациями, показано у больных с оценкой по шкале GRACE более 140 баллов и такими критериями, как соответствующее повышение или снижение концентрации тропонина в крови, а также динамические изменения сегмента ST и/или зубца T. Напомним, что ранее стандартная тактика подразумевала выполнение инвазивного вмешательства в такие же сроки, но не требовалось использование количественной оценки риска с применением специальной шкалы, которая, несомненно, позволяет еще более дифференцированно подходить к выбору оптимального срока обследования и лечения с использованием инвазивного вмешательства.

Необходимо подчеркнуть важность сохранения в новом варианте рекомендаций такого раздела, как наблюдение за качеством лечения (Performance measures). Цель такого наблюдения включает, прежде всего, обеспечение соответствия тактики лечения имеющейся доказательной информации. Причем, следует помнить, что точное соблюдение подходов к лечению, которые были установлены в ходе выполнения крупных и хорошо организованных рандомизированных клинических испытаний, в реальной практике лечения больных может приводить к более выраженному положительному влиянию на прогноз, чем эффект, который отмечался в группе специально отобранных больных в

ходе выполнения исследований. Для отечественного здравоохранения, где, скорее, сложилась практика периодических проверок в отсутствие регулярной оценки качества лечения и обратной связи, особенно

важны мероприятия, направленные на сокращение разрыва между реальной повседневной тактикой лечения больных с ОКС и тактикой, соответствующей клиническим рекомендациям.

## Литература

1. Hamm C.W., Bassand J.P., Agewall S., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2011;32:2999–3054.
2. Bassand J.P., Hamm C.W., Ardissino D., et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007;28:1598–1660.
3. Woo S. New ESC ACS guidelines: CTA, hs-troponin, ticagrelor in; clopidogrel out. Available at: [www.theheart.org](http://www.theheart.org) August 31, 2011
4. Wright R.S., Anderson J.L., Adams C.D., et al. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:e215–367.
5. Reiter M., Twerenbold R., Reichlin T., et al. Early diagnosis of acute myocardial infarction in the elderly using more sensitive cardiac troponin assays. *Eur Heart J* 2011;32:1379–1389.
6. Nainggolan L. Absolute changes in high-sensitivity troponin in first hour help pinpoint AMI. Available at: [www.theheart.org](http://www.theheart.org) August 31, 2011.
7. Wallentin L., Becker R.C., Budaj A., et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2009;361:1045–1057
8. Kulickowski W., Witkowski A., Polonski L., et al. Interindividual variability in the response to oral antiplatelet drugs: a position paper of the Working Group on antiplatelet drugs resistance appointed by the Section of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society, endorsed by the Working Group on Thrombosis of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2009;30:426–435.
9. Wiviott S.D., Braunwald E., McCabe C.H., et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2007;357:2001–2015.

Поступила 26.03. 2012

Принята в печать 28.03.2012