

Рекомендации ACC/AHA/SCAI по чрескожным коронарным вмешательствам: что нового?

В конце 2007 г. опубликованы обновления к руководству ACC/AHA/SCAI по чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ) от 2005 г. с учетом накопившейся за последние три года доказательной базы. Информация об обновлениях размещена в журналах *Circulation*, *Journal of the American College of Cardiology* и *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, а также на официальных сайтах Американского общества кардиологов (American College of Cardiology, ACC), Американской ассоциации сердца (American Heart Association, АНА) и Общества по сердечно-сосудистым вмешательствам и ангиографии (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, SCAI).

Обновленная версия руководства отображает консенсус мнений, основанных на обзорах последних клинических исследований и других новых данных, имеющих отношение к изменению подходов к использованию ЧКВ. В центре внимания экспертов были результаты клинических исследований, представленные в 2005 и 2006 гг. на ежегодных научных конференциях ACC, АНА и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC).

Наиболее важные изменения касаются следующих вопросов: тактика ведения больных с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента *ST* (в свете ранней инвазивной и начальной консервативной (селективно-инвазивной) стратегий); диагностические инструменты для оценки риска; критерии отбора больных для коронарной ангиографии; облегченное ЧКВ; спасительное ЧКВ; ЧКВ после успешного тромболитика; ЧКВ у лиц, не подвергшихся фибринолизу; вспомогательная антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия; вторичная профилактика коронарных событий после ЧКВ. Большинство из обновлений вкратце представлены в нашем обзоре.

Пациенты с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента *ST*

Наиболее существенные изменения были внесены в этот раздел рекомендаций, прежде всего в связи с проблемой выбора стратегии лечения.

Следует подчеркнуть, что в зарубежной и отечественной литературе термины, связанные с консервативной и инвазивной стратегиями, не в полной мере совпадают, что может вы-

зывать некоторые разночтения. Зарубежные авторы широко используют термины «ранняя (первичная) инвазивная» и «инициальная (начальная) консервативная, или селективно-инвазивная стратегия». Ранняя инвазивная стратегия в странах Европы и Северной Америки обозначает использование ЧКВ как можно раньше и практически для всех пациентов рассматриваемой категории, до получения результатов неинвазивных тестов и обнаружения неэффективности фармакотерапии. Инициальная (начальная) консервативная стратегия подразумевает, что лечение для всех лиц рассматриваемой категории стартует с фармакотерапии, а далее в зависимости от показаний в как можно более короткие сроки определяют больных, для которых более целесообразно использование ЧКВ (например, в связи с рефрактерной стенокардией, приступами ангинозной боли в покое или при минимальной активности пациента, невзирая на активную фармакотерапию), в связи с чем данную стратегию называют также «селективно-инвазивной». В то же время отечественные врачи обычно оперируют понятиями «ранней инвазивной» и «консервативной» стратегий ведения пациента, при этом то, что подразумевается под «ранней инвазивной», в наших условиях по сути представляет собой селективно-инвазивную стратегию, а действительно ранняя инвазивная, в силу известных обстоятельств, остается практически нереальной (по меткому выражению профессора Н.А. Грацианского — «недостижимо инвазивная»). Под консервативной стратегией наши специалисты подразумевают полное отсутствие ЧКВ (в зарубежных публикациях этот подход вообще обсуждается достаточно редко, поскольку ЧКВ рассматривается как метод выбора).

Изначально рутинная ранняя инвазивная стратегия считалась наилучшим подходом к ведению больных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента *ST*. Коронарную ангиографию советовали проводить в ближайшие 48 ч после госпитализации и, с учетом полученных данных, как можно скорее выполнять ЧКВ или аортокоронарное шунтирование, что было основано на соответствующей доказательной базе.

Так, в исследовании TACTICS-TIMI 18 (2001) такая стратегия сопровождалась достоверно меньшим риском ИМ и повторной госпитализации в связи с острым коронарным синдромом (ОКС), по сравнению с более избирательным подходом к инвазивному лечению (ангиография с последующей ревас-



куляризацией в соответствии с коронарной анатомией только в случаях возобновления выраженной ишемии миокарда). Вместе с тем по результатам этого исследования ранний инвазивный подход не сопровождался снижением смертности – это преимущество срабатывало только в отдаленной перспективе, обнаруживаясь лишь при более длительных сроках наблюдения. В исследовании FRISC II (2000) ранний инвазивный подход сопровождался снижением смертности и частоты нефатального ИМ, прежде всего у больных высокого риска. Согласно данным исследования RITA 3 (2002), в первый год различий по смертности и частоте ИМ между группами раннего инвазивного и начального консервативного лечения практически не было, но при дальнейшем наблюдении преимущества инвазивной стратегии по этим двум показателям стали очевидны и постоянно возрастали в течение 5 лет исследования.

Метаанализ S.R. Mehta и соавт. (2005) показал несколько худшие результаты в группе рутинной ранней инвазивной стратегии по сравнению с инициальной фармакотерапией на ранних сроках лечения: внутрибольничная смертность при раннем инвазивном лечении составила 1,8% по сравнению с 1,1% в группе начальной консервативной терапии. Однако, согласно результатам этого метаанализа, ранняя инвазивная стратегия обеспечила преимущества при длительном наблюдении (смертность после выписки из клиники – 3,8 vs 4,9%; снижение риска повторных госпитализаций и улучшение качества жизни пациентов), которые были наиболее выраженными у больных более высокого риска.

Переломным стало исследование ICTUS (2005). Оно включило 1200 больных с ОКС без подъема ST и с повышением уровня кардиотропонина, которые, согласно бытующим представлениям, нуждались в раннем инвазивном лечении. Однако по результатам исследования выяснилось, что ранний инвазивный подход к ведению таких больных, по сравнению с селективно-инвазивным, не оказал влияния на первичную конечную точку и смертность, но сопровождался достоверным возрастанием риска ИМ (на 5,2%). Несмотря на то что селективно-инвазивное лечение несколько повышало частоту повторных госпитализаций в связи с ОКС, этим пациентам повторные инвазивные вмешательства требовались на 25% реже. По частоте встречаемости и тяжести стенокардии раз-

личий между группами через 1 год не отмечено.

На основании результатов ICTUS в руководстве ACC/АНА по ведению больных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST от 2007 г. было рекомендовано, что у первично стабилизированных пациентов может рассматриваться возможность применения селективно-инвазивной стратегии в качестве альтернативы раннему инвазивному подходу.

Метаанализ, объединивший результаты исследований, посвященных ЧКВ при ИМ без подъема ST (TACTICS-TIMI 18, FRISC II, RITA 3, TRUCS, VINO, ISAR-COOL, ICTUS), подтвердил долгосрочные преимущества ранней инвазивной стратегии по показателям общей смертности, частоты нефатальных ИМ и госпитализаций (А.А. Bavy et al., 2006). Аналогичный вывод был получен по данным Кокрановского обзора того же года (M.R. Hoenig et al., 2006).

Окончательно этот вопрос еще не решен. На сегодня большинство экспертов склоняются к мнению о том, что срочное применение инвазивного лечения во всех случаях ОКС без подъема сегмента ST является обоснованным для больных высокого риска. Для пациентов низкого риска может рассматриваться возможность проведения начальной консервативной терапии с дальнейшим определением необходимости в ЧКВ. Краткое описание этого подхода в соответствии с руководством ACC/АНА/SCAI по ЧКВ (2007) приведено в таблице 1.

Однако в связи с результатами ICTUS в руководство введена новая рекомендация, которая допускает возможность осуществления начальной консервативной (селективно-инвазивной) стратегии даже у пациентов высокого риска, включая лиц с позитивным тестом на тропонин (IIb, B).

Более подробно обновления рекомендаций 2005 г. представлены в таблице 2. Нововведения опираются главным образом на рекомендации ACC/АНА по ведению пациентов с нестабильной стенокардией и ИМ без подъема сегмента ST от 2007 г.

Диагностика, оценка риска

В рекомендации добавлено пояснение относительно инструментов для стратификации риска пациента, поскольку правильная и быстрая оценка риска лежит в основе принятия клинического решения и выбора той или иной тактики. Так, клиницисту необходимо иметь представление о моделях расчета риска TIMI, GRACE, PURSUIT.

Таблица 1. Выбор начальной стратегии лечения (инвазивной или консервативной)

Предпочтительная стратегия	Критерии отбора
Инвазивная	Рецидивирующая стенокардия или ишемия в покое либо при минимальной активности, невзирая на интенсивную фармакотерапию Повышенный уровень кардиальных биомаркеров в сыворотке крови (тропонин Т или тропонин I) Новая или предположительно новая депрессия сегмента ST Признаки сердечной недостаточности или появления/ухудшения митральной регургитации Высокий риск по результатам неинвазивных методов обследования Гемодинамическая нестабильность Устойчивая желудочковая тахикардия ЧКВ, проведенное в предыдущие 6 мес Выполненное ранее аортокоронарное шунтирование Высокий риск по результатам использования оценочных шкал (например, TIMI, GRACE) Нарушенная функция левого желудочка (ЛЖ) (фракция выброса ЛЖ <40%)
Консервативная	Низкий риск по результатам использования оценочных шкал (например, TIMI, GRACE) Консервативная терапия предпочтительна и для врача, и для пациента при условии отсутствия факторов высокого риска

Таблица 2. Обновленные подходы к ЧКВ у пациентов с нестабильной стенокардией и ИМ без подъема сегмента ST

Рекомендации ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2005)	Рекомендации ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2007)	Комментарии
1	2	3
Класс рекомендаций I		
(существуют достоверные доказательства и/или единогласие экспертов в том, что данная процедура или вид лечения полезны и эффективны)		
<p>Раннее проведение ЧКВ показано пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST при условии отсутствия серьезной сопутствующей патологии* и при наличии поражения коронарных артерий, подлежащих коррекции с помощью ЧКВ. Пациенты должны иметь какой-либо из факторов высокого риска, перечисленных ниже:</p> <p>а) ишемия, рецидивирующая несмотря на интенсивную антиишемическую терапию (уровень доказательности A);</p> <p>б) повышенная концентрация тропонина в крови (уровень доказательности A);</p> <p>в) появление депрессии сегмента ST (уровень доказательности A);</p> <p>г) наличие признаков сердечной недостаточности или появление/усугубление митральной регургитации (уровень доказательности A);</p> <p>д) сниженная систолическая функция ЛЖ (уровень доказательности A);</p> <p>е) нестабильность гемодинамики (уровень доказательности A);</p> <p>ж) устойчивая желудочковая тахикардия (уровень доказательности A);</p> <p>з) ранее проведенное ЧКВ в пределах предыдущих 6 мес (уровень доказательности A);</p> <p>и) ранее выполненное аортокоронарное шунтирование (уровень доказательности A);</p> <p>к) высокий риск по специальным оценочным шкалам (GRACE, TIMI) (уровень доказательности A);</p> <p>л) высокий риск по результатам неинвазивных методов обследования (уровень доказательности A)</p>	<p>Раннее проведение ЧКВ показано пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST при условии отсутствия серьезной сопутствующей патологии* и при наличии поражения коронарных артерий, подлежащих коррекции с помощью ЧКВ, а также факторов, определяющих предпочтительность начальной инвазивной стратегии (см. табл. 1) (уровень доказательности A)</p>	<p>Внесены изменения</p>
–	<p>ЧКВ (или аортокоронарное шунтирование) рекомендовано пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST с одно- или двухсосудистым поражением с/без значительного сужения проксимального отдела передней нисходящей коронарной артерии, при условии наличия достаточно обширной зоны жизнеспособного миокарда и критериев высокого риска по результатам неинвазивных методов обследования (уровень доказательности B)</p>	Новая рекомендация
–	<p>ЧКВ (или аортокоронарное шунтирование) рекомендовано пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST с поражением нескольких коронарных артерий при условии подходящей (удобной для вмешательства) анатомии коронарных сосудов, нормальной функции ЛЖ и отсутствии сахарного диабета (уровень доказательности A)</p>	Новая рекомендация
–	<p>Больным с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, подвергающимся ЧКВ, показано внутривенное введение ингибиторов IIb/IIIa гликопротеиновых (ГП) рецепторов тромбоцитов (уровень доказательности A)</p>	Новая рекомендация
–	<p>Стратегия раннего инвазивного вмешательства показана пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST при наличии рефрактерной стенокардии либо гемодинамической или электрической нестабильности (без серьезной сопутствующей патологии и противопоказаний к проведению таких вмешательств) (уровень доказательности B)</p>	Новая рекомендация

* Например, тяжелая печеночная, почечная или дыхательная недостаточность, активный/неоперабельный рак

1	2	3
Класс рекомендаций IIa		
(имеются противоречивые данные и/или мнения экспертов о полезности/эффективности данной процедуры или вида лечения, однако больше доказательств или мнений в пользу вмешательства)		
<p>ЧКВ целесообразно проводить пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST с одно- или многососудистым поражением, получающим фармако-терапию и имеющим очаговое поражение венозного шунта или множественные стенозы, в том случае если для таких больных нежелательно проведение повторной операции аортокоронарного шунтирования (уровень доказательности C)</p> <p>При отсутствии факторов высокого риска, ассоциированных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, целесообразно проводить ЧКВ у пациентов с наличием коронарных поражений, поддающихся коррекции с помощью ЧКВ, при отсутствии противопоказаний к таким вмешательствам, – в рамках либо стратегии раннего инвазивного вмешательства, либо стратегии начального консервативного лечения (уровень доказательности B)</p>	<p>ЧКВ целесообразно проводить пациентам с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST с очаговым поражением венозного шунта или множественными стенозами, получающим фармако-терапию, в том случае если для таких больных нежелательно проведение повторной операции аортокоронарного шунтирования (уровень доказательности C)</p>	<p>Внесены изменения</p>
–	–	Удаленная рекомендация
–	ЧКВ (или аортокоронарное шунтирование) целесообразно выполнять больным нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST с одно- или двухсосудистым поражением с/без значительного сужения проксимального отдела передней нисходящей коронарной артерии, при условии наличия зоны жизнеспособного миокарда умеренной (средней) распространенности и ишемии по результатам неинвазивных методов исследования (уровень доказательности B)	Новая рекомендация
–	ЧКВ (или аортокоронарное шунтирование) у пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST может быть более полезным, чем фармако-терапия, если имеет место однососудистое поражение со значительным сужением проксимального отдела передней нисходящей коронарной артерии (уровень доказательности B)	Новая рекомендация
<p>Применение ЧКВ целесообразно у лиц с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST при значительном поражении основного ствола левой коронарной артерии (стеноз более чем на 50% диаметра сосуда), если такие пациенты являются кандидатами для реваскуляризации, но имеют противопоказания к аортокоронарному шунтированию (уровень доказательности B)</p>	<p>Применение ЧКВ целесообразно у лиц с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST при значительном поражении основного ствола левой коронарной артерии (стеноз более чем на 50% диаметра сосуда), если такие пациенты являются кандидатами для реваскуляризации, но не могут подвергаться аортокоронарному шунтированию, или нуждаются в срочном вмешательстве (во время проведения ангиографии) в связи с гемодинамической нестабильностью (уровень доказательности B)</p>	<p>Рекомендации 2005 г. остаются действительными, однако формулировка 2007 г. включает некоторые дополнения</p>
Класс рекомендаций IIb		
(имеются противоречивые данные и/или мнения экспертов о полезности/эффективности данной процедуры или вида лечения, однако целесообразность вмешательства менее очевидна)		
<p>При отсутствии факторов высокого риска, ассоциированных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, возможность проведения ЧКВ может рассматриваться, если пациенты получают фармако-терапию и у них имеется 1 или более поражений коронарных артерий, успешность коррекции которых с помощью ЧКВ имеет меньшую, чем оптимальная, вероятность (уровень доказательности B)</p> <p>Возможность проведения ЧКВ может рассматриваться для пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, находящихся на фармако-терапии, имеющих двух- или трехсосудистое поражение и получающих лечение по поводу сахарного диабета или нарушенной функции ЛЖ (уровень доказательности B)</p>	<p>При отсутствии факторов высокого риска, ассоциированных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, возможность проведения ЧКВ может рассматриваться, если пациенты получают фармако-терапию и у них имеется 1 или более поражений коронарных артерий, успешность коррекции которых с помощью ЧКВ имеет низкую вероятность (уровень доказательности B)</p> <p>Возможность проведения ЧКВ может рассматриваться для пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, находящихся на фармако-терапии, имеющих двух- или трехсосудистое поражение со значительным сужением проксимального отдела передней нисходящей коронарной артерии и получающих лечение по поводу сахарного диабета или нарушенной функции ЛЖ, при условии подходящей (удобной для ЧКВ) анатомии коронарных сосудов (уровень доказательности B)</p>	<p>Внесены изменения</p> <p>Рекомендации 2005 г. остаются действительными, однако формулировка 2007 г. включает некоторые дополнения</p>

Окончание таблицы 2

1	2	3
–	У первично стабилизированных пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST может рассматриваться возможность осуществления начальной консервативной (селективно-инвазивной) стратегии, при условии отсутствия серьезной сопутствующей патологии и противопоказаний к такому лечению* и при повышенном риске клинических событий, включая пациентов с позитивным тестом на тропонин (уровень доказательности В). В подобных случаях решение об использовании начальной консервативной стратегии должно приниматься с учетом предпочтений как врача, так и больного (уровень доказательности С)	Новая рекомендация
–	Инвазивная стратегия может быть целесообразной у пациентов с хронической почечной недостаточностью (уровень доказательности С)	Новая рекомендация
Класс рекомендаций III (существуют достоверные доказательства и/или единогласие экспертов в том, что данная процедура или вид лечения бесполезны, неэффективны, а в некоторых случаях могут быть вредными)		
–	ЧКВ (или аортокоронарное шунтирование) не рекомендовано у пациентов с одно- или двухсосудистым поражением без значительного сужения проксимального отдела передней нисходящей коронарной артерии, с отсутствием симптоматики или с симптомами, не имеющими отношения к ишемии миокарда, а также без признаков ишемии по результатам неинвазивных методов обследования (уровень доказательности С)	Новая рекомендация
	При отсутствии факторов высокого риска, ассоциированных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST, ЧКВ не рекомендовано пациентам с одно- или многососудистым поражением, у которых не было попытки фармакотерапии, либо при наличии каких-нибудь из следующих критериев: а) риску подвергается незначительная зона жизнеспособного миокарда (уровень доказательности С); б) все имеющиеся сужения коронарных сосудов или сужение, послужившее причиной ОКС, отличаются строением, которое позволяет предполагать низкую вероятность успешности ЧКВ (уровень доказательности С); в) высокий риск осложнений или смерти, связанных с ЧКВ (уровень доказательности С); г) незначительная степень стеноза коронарных артерий (менее чем на 50% диаметра сосуда) (уровень доказательности С); д) значительное сужение основного ствола левой коронарной артерии, которое является показанием для аортокоронарного шунтирования (уровень доказательности В)	Рекомендации 2005 г. остаются действительными и в 2007 г.
–	У стабильных пациентов с устойчивой окклюзией инфарктсвязанной коронарной артерии после ИМ с/без подъема сегмента ST (в подостром периоде) ЧКВ не показано (уровень доказательности В)	Новая рекомендация

Оценочная шкала **TIMI** (Thrombolysis In Myocardial Infarction), предложенная Е.М. Antman и соавт. в 2000 г. и верифицированная в исследованиях TIMI IIb и ESSENCE, представляет собой простой и достаточно популярный инструмент для оценки риска. Для определения степени риска необходимо использовать 7 критериев: возраст 65 лет и старше; как минимум 3 фактора риска ишемической болезни сердца (ИБС) (гиперхолестеринемия, ИБС в семье, артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение); первичный коронарный стеноз 50% диаметра сосуда и более; отклонение сегмента ST; как минимум 2 приступа стенокардии в предыдущие 24 ч; использование аспирина в предшествующие 7 дней; повышенный уровень кардиальных биомаркеров в сыворотке крови. Наличие каждого из критериев оценивается в 1 балл. Соответственно, чем большее количество баллов получает пациент, тем выше для него риск смерти и сердечно-сосудистых событий (табл. 3).

Модификация оценочной шкалы TIMI – индекс риска TIMI – учитывает конкретный возраст пациента, величину его артериального давления (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и может быть полезным в оценке риска смерти не только в ближайшее время после перенесенного ОКС (включая нестабильную стенокардию, ИМ с/без подъема ST), но и в отдаленные сроки, в частности в течение 30 дней и 1 года. Более подробно о TIMI можно узнать на сайте www.timi.org.

Существует также модель оценки риска **PURSUIT**, основывающаяся на дизайне и результатах соответствующего исследования (Platelet Glycoprotein IIb-IIIa in Unstable Angina: Receptor Suppression Using Integrilin Therapy, 2000). В этой модели учитываются такие критерии, как пожилой возраст, повышенная ЧСС, увеличенное систолическое АД, депрессия сегмента ST, признаки сердечной недостаточности, наличие кардиальных энзимов в сыворотке крови. Они ассо-

цированы с возрастанием смертности и риска ИМ (в том числе повторного) в 30-дневный период.

Модель оценки риска GRACE, которой чаще отдают предпочтение европейские кардиологи, также основывается на соответствующем исследовании, а точнее – регистре (Global Registry of Acute Coronary Events); ее верификация была осу-

Таблица 3. Шкала оценки риска TIMI

Количество баллов	Вероятность смерти от любых причин, развития нового или повторного ИМ либо тяжелой рецидивирующей ишемии, требующих срочной реваскуляризации, в течение 14 дней после рандомизации, %
0-1	4,7
2	8,3
3	13,2
4	19,9
5	26,2
6-7	40,9

ществлена в исследованиях GRACE и GUSTO. С помощью этой модели можно оценить риск внутрибольничной летальности, смертности и развития ИМ, а также смерти и развития ИМ в течение полугодия (в том числе после выписки из больницы); определить наиболее подходящий для данного пациента с ОКС способ лечения и его интенсивность. Эта модель также достаточно проста, необходимая информация может быть получена при первичном обследовании, существуют соответствующие программы для компьютера и КПК. В GRACE используются 8 критериев: пожилой возраст; класс острой сердечной недостаточности по Т. Killip; повышенный уровень систолического АД; изменение сегмента ST; остановка сердца, увеличение концентрации креатинина сыворотки крови; положительные кардиальные биомаркеры; повышенная ЧСС. Более подробную информацию о GRACE можно получить на сайте <http://www.outcomes-umassmed.org/grace> (здесь также можно бесплатно загрузить программу-калькулятор для расчета риска, в том числе для КПК).

Сравнительный анализ представленных шкал риска (TIMI, GRACE и PURSUIT) показал, что все они отличаются хорошей прогностической точностью в отношении риска смерти и ИМ в течение 1 года, в связи с чем могут быть полезны для определения пациентов, которые получают наибольшие преимущества от агрессивной терапии, включая раннюю реваскуляризацию коронарных сосудов (R.P. Giugliano, E. Braunwald, 2005).

В новое руководство добавлена также некоторая информация по **электрокардиографии (ЭКГ)**, где обсуждается большое значение этого метода исследования для оценки риска пациента. ЭКГ играет одну из ключевых ролей в оценке состояния пациента с ОКС и определении наиболее целесообразных подходов к его лечению, предоставляя уникальную диагностическую и прогностическую информацию.

Одним из наиболее важных показателей считается положение сегмента ST. Диагноз ИМ подтверждается обнаружением кардиальных биомаркеров в крови у 90% больных с подъемом ST ≥1 мм не менее чем в двух смежных отведениях. Такие пациенты, как известно, являются кандидатами на проведение активной реперфузионной терапии – без подъема ST последняя противопоказана, за исключением подтвержденных

случаев заднего инфаркта. Кроме того, подъем ST указывает на высокий риск смерти в ранние сроки.

Депрессия ST может быть признаком нестабильной стенокардии или ИМ без подъема ST (в таком случае в основе дифференциального диагноза лежит определение кардиальных биомаркеров в крови) и позволяет прогнозировать высокий риск смерти в ближайшие полгода, при этом степень депрессии ST находится в тесной связи с вероятностью неблагоприятных исходов (S. Savonitto et al., 2005).

Диагностическую и прогностическую ценность при ОКС также имеют зубцы Q, T, о которых столь же подробно рассказывается в новом руководстве.

Хроническая болезнь почек

Также добавлен раздел о тактике ведения пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП). В частности, внесены рекомендации:

1. «У пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема ST следует оценить клиренс креатинина и по результатам этого теста при необходимости корректировать дозы лекарственных препаратов, которые выводятся почками (I, B)».

2. «У пациентов, страдающих ХБП, при необходимости проведения ангиографии следует использовать изоосмолярные контрастные вещества (I, A)».

Эти требования сформулированы еще в руководстве ACC/АНА по ведению больных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST от 2007 г. и обусловлены тем, что ХБП является значительным фактором риска для развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии, в том числе коронарного риска. Так, наличие ХБП, даже на ранней стадии, повышает риск серьезных осложнений после перенесенного ИМ. У пациентов, находящихся на гемодиализе, частота сердечно-сосудистых событий в 10-30 раз выше, чем в общей популяции. Кроме того, как указано в руководстве ACC/АНА по ведению больных с нестабильной стенокардией/ИМ без подъема сегмента ST (2007), почечная дисфункция снижает специфичность такого важного показателя, как тропонин Т (R.J. Aviles et al., 2002). В связи с этим согласно оценочной шкале GRACE концентрация креатинина в крови рассматривается в качестве одного из 8 независимых факторов риска.

Однако следует помнить, что хотя ХБП и обуславливает более высокий риск и худший прогноз для лиц с ОКС, это не обозначает автоматического возрастания преимуществ от лечения таких пациентов. Возможные осложнения лечения ОКС, в частности геморрагические, у этой категории больных встречаются чаще в связи с дисфункцией тромбоцитов и неверным расчетом доз препаратов (почечная недостаточность – независимый фактор риска передозировки лекарственных средств). Эти осложнения могут значительно уменьшить или полностью нивелировать преимущества фибринолитической терапии, антитромбоцитарных препаратов и гемокоагулянтов. Применение ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при ХБП также может быть небезопасным, поскольку у таких пациентов может развиваться гиперкалиемия и ухудшиться функция почек. Дополнительный риск несут инвазивные методы диагностики и лечения ОКС: ангиография способна вызывать контрастиндуцированную нефропатию, а ЧКВ у па-

циентов с ХБП ассоциированы с высоким риском ранних и поздних осложнений (кровотечений, рестенозов, смерти).

Облегченное ЧКВ

Облегченным ЧКВ называется планируемая стратегия немедленного проведения ЧКВ после назначения фармакотерапии, призванной улучшить проходимость коронарных сосудов и повысить эффективность вмешательства. Такая фармакотерапия может включать высокие дозы гепарина, ингибитор Пв/Ша ГП рецепторов тромбоцитов, фибринолиз (в полной или сниженной дозе) или комбинацию ингибитора Пв/Ша ГП рецепторов тромбоцитов и уменьшенной (обычно 50%) дозы фибринолитика. Облегченное ЧКВ следует отличать от первичного ЧКВ без фибринолиза; от первичного ЧКВ с применением ингибитора Пв/Ша ГП рецепторов тромбоцитов, назначенного уже в ходе проведения ЧКВ; от немедленного или отсроченного ЧКВ после успешного фибринолиза; от спасительного ЧКВ после безуспешного тромболитика. Потенциальными преимуществами спасительного ЧКВ считаются более ранняя реперфузия, меньшие размеры инфаркта, улучшение стабильности состояния пациента, более высокий процент успешных вмешательств, более высокая степень коронарного кровотока по TIMI, более высокая выживаемость больных; потенциальным риском – увеличение вероятности геморрагических осложнений, особенно у лиц пожилого возраста. Кроме того, эта процедура влечет за собой заметное удорожание лечения.

Однако на момент выхода предыдущей версии руководства (2005) о реальной эффективности и безопасности этого вида вмешательства было мало что известно, в связи с чем облегченное ЧКВ рекомендовалось в качестве альтернативы у пациентов высокого риска, которым не может быть проведено немедленное первичное ЧКВ.

К настоящему времени появились некоторые доказательные данные, которые позволили уточнить эту рекомендацию. Как оказалось, на сегодняшний день клинические исследования не обнаружили преимуществ облегченного ЧКВ в снижении размеров инфаркта и улучшении исходов. Крупнейшим из таких исследований было ASSENT-4 (2006), в котором облегченное ЧКВ с полной дозой тенектеплазы сравнивалось с обычным (первичным) ЧКВ. Испытание было прекращено досрочно ввиду высокого уровня внутрибольничной смертности в группе облегченного ЧКВ (6 vs 3%, $p=0,01$). Кроме того, в группе облегченного ЧКВ имели место повышение комбинированной первичной конечной точки (смерть, шок и застойная сердечная недостаточность – 18,6 vs 13,4%, $p=0,0045$) и тенденция к увеличению 90-дневной смертности (6,7 vs 4,9%, $p=0,14$). Это исследование имело ряд недостатков, в связи с чем изучение эффективности и безопасности облегченного ЧКВ целесообразно продолжать в более тщательно спланированных испытаниях.

Обзор 17 сравнительных клинических исследований (E.C. Keeley, J.A. Boura, C.L. Grines, 2006) показал, что облегченное ЧКВ с фибринолизом приводило к более высоким уровням смертности, частоте нефатальных повторных инфарктов, необходимости в urgentной реваскуляризации, общих и геморрагических инсультов и серьезных геморрагических ослож-

нений по сравнению с первичным ЧКВ, хотя не было обнаружено различий по эффективности и безопасности между облегченным ЧКВ с ингибитором Пв/Ша ГП рецепторов тромбоцитов и первичным ЧКВ.

В связи с этими данными в руководство ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2007) была введена новая рекомендация: «*Стратегия планируемой реперфузии полной дозой фибринолитика с последующим применением ЧКВ может быть вредной (III, B)*». Указания на возможность проведения облегченной ЧКВ остались прежними, изменив свою формулировку (исключив режим облегченного ЧКВ с полнодозовым фибринолизом) и уровень доказательности: «*Облегченное ЧКВ с использованием различных режимов фармакотерапии, кроме полнодозового фибринолиза, может рассматриваться в качестве вероятной стратегии ведения: 1) для пациентов высокого риска (при условии большой площади инфаркта или гемодинамической/электрической нестабильности); 2) если ЧКВ не может быть проведено в течение ближайших 90 мин; 3) при низком риске геморрагических осложнений (пациенты молодого возраста, отсутствие плохо контролируемой артериальной гипертензии, нормальная масса тела) (IIb, C)*».

Спасительное ЧКВ

На момент выхода руководства ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2005) были известны лишь несколько наблюдений и 2 небольших рандомизированных исследования, посвященные спасительному ЧКВ, то есть вмешательству, проводимому после неудачной попытки фибринолиза. За 2004–2007 гг. были представлены результаты нескольких более крупных и лучше спланированных исследований (MERLIN, REACT) и 3 метаанализов. Они подтвердили, что спасительное ЧКВ у больных высокого риска улучшает исходы по сравнению с фармакотерапией (снижает смертность, риск повторных инфарктов, сердечной недостаточности), хотя в двух небольших исследованиях получены данные, указывающие на повышение риска инсультов. Кроме того, спасительное ЧКВ обуславливает возрастание частоты геморрагических осложнений. Следует учесть, что в большинстве случаев пациенты, которым проводилось спасительное ЧКВ, предварительно получали фибринолитическую терапию с помощью стрептокиназы.

С учетом этих данных, несмотря на то что отношение к спасительному ЧКВ не претерпело существенных изменений к 2007 г., в новых рекомендациях изменены некоторые формулировки, а также уровни доказательности и классы рекомендаций.

ЧКВ после успешного фибринолиза или у пациентов, которым не проводилась первичная реперфузия

ЧКВ после успешного фибринолиза существенно снижает риск реокклюзий и неблагоприятных исходов. Открытие окклюзированной артерии с помощью ЧКВ у лиц, не подвергшихся своевременной реперфузии, увеличивает проходимость коронарных артерий, в том числе коллатеральных, улучшает функцию ЛЖ, повышает электрическую стабильность миокарда, предотвращает ремоделирование миокарда, тем самым также улучшая прогноз.

Среди наиболее важных изменений следует упомянуть введение в руководство 2007 г. следующей рекомендации: «*Проведение ЧКВ на полностью окклюзированной (более чем 24 ч после*

ИМ с подъемом ST) инфарктсвязанной артерии не рекомендовано у пациентов с отсутствием симптоматики и с одно- или двух-сосудистым поражением, если они гемодинамически и электрически стабильны и не имеют признаков тяжелой ишемии (III, B)». Это связано с результатами исследования OAT (2006), в котором было показано отсутствие преимуществ плановых ЧКВ у стабильных больных, перенесших инфаркт миокарда. Следовательно, ЧКВ целесообразно при нестабильном состоянии таких больных и при неэффективности консервативной терапии и не может рассматриваться в качестве компонента вторичной профилактики (для снижения риска) стабильных пациентов.

Наша справка

Результаты исследования COURAGE (2007), в ходе которого обнаружилось, что ЧКВ у стабильных больных с ИБС не снижают смертность, частоту развития ИМ, инсульта и госпитализации по поводу ОКС по сравнению с оптимальной фармакотерапией, не успели учесть в этом обновлении руководства. Однако авторы рекомендаций признают исключительную важность этого исследования, и его результаты обязательно будут включены уже в новую версию руководства по ведению стабильной ИБС, над которой в настоящее время ведется работа.

Вспомогательная терапия при ЧКВ по поводу ИМ с подъемом ST

Этот раздел новый и отражает соответствующее обновление в руководстве ACC/АНА по ведению больных ИМ с подъемом ST. Внесены следующие рекомендации (табл. 4).

Таким образом, проведение ЧКВ на фоне уже используемых антикоагулянтов не требует дополнительных назначений препаратов этого класса, если речь идет о нефракционированном гепарине или эноксапарине. Но поскольку существуют данные о возрастании риска тромбоза катетера на фоне приема фондапаринукса (OASIS-6), в дополнение к этому антикоагулянту при проведении ЧКВ должен быть назначен препарат с анти-IIa-активностью, что позволит снизить риск осложнений со стороны катетера. В таком случае могут использоваться нефракционированный гепарин или бивалирудин, хотя пер-

вый имеет большую доказательную базу в этом отношении.

Напомним, что, согласно предыдущей версии руководства, низкомолекулярные гепарины можно рассматривать как разумную альтернативу нефракционированному гепарину (эта рекомендация не изменилась). Однако в обновленном руководстве подчеркивается, что нельзя экстраполировать данные, полученные для одного препарата, на препарат того же класса; так, FDA США указывает, что для каждого из низкомолекулярных гепаринов следует изучать доказательные данные индивидуально, а не рассматривать эти препараты как в полной мере взаимозаменяемые в пределах своего класса.

Указания на возможность использования бивалирудина базируются на результатах исследования ACUITY (2006), продемонстрировавших, что использование бивалирудина позволяет отказаться не только от гепарина, но и от комбинации гепарина с ингибиторами IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов. По данным этого исследования, частота ишемических событий при применении бивалирудина сопоставима с таковой при использовании этой комбинации, но ассоциируется со значительно меньшим риском геморрагических осложнений.

Антитромбоцитарная терапия

В руководстве ACC/АНА/SCAI по ЧКВ (2005) в качестве базисного антитромбоцитарного препарата рекомендовался аспирин в дозе 325 мг. Эта рекомендация основывалась главным образом на результатах исследований TAXUS IV и SIRIUS. К настоящему времени доказательная база пополнилась сведениями об использовании диапазона доз аспирина от 75 до 325 мг (исследования RAVEL, E-SIRIUS, C-SIRIUS, TAXUS I, TAXUS II, TAXUS III, TAXUS V, TAXUS V ISR, TAXUS VI, DELIVER, ELUTES, ISAR-DESIRE, ISAR-DIABETES, SIRTAX, TAXi, REALITY).

Касательно оптимальной нагрузочной дозы клопидогреля появилась некоторая неопределенность. Результаты рандомизированных исследований свидетельствуют, что эффективность и безопасность препарата наилучшим образом обеспечивает нагрузочная доза 300 мг, с последующим ежедневным приемом в дозе 75 мг. Более высокие нагрузочные дозы (600 или 900 мг) быстрее угнетают агрегацию тромбоцитов,

Таблица 4. Вспомогательная терапия при ЧКВ у больных ИМ с подъемом ST

Класс рекомендаций I
Необходимо следовать определенным рекомендациям по дозированию вспомогательных лекарственных средств у пациентов, подвергшихся ЧКВ на фоне уже назначенных антикоагулянтов:
1. Если изначально использовался нефракционированный гепарин, для поддержки процедуры вмешательства необходимо ввести дополнительный болюс гепарина, принимая во внимание, были ли назначены ингибиторы IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов (уровень доказательности C). Кроме того, у больных, получавших нефракционированный гепарин, может использоваться бивалирудин (уровень доказательности C).
2. Если изначально использовался эноксапарин и последняя подкожная инъекция этого препарата имела место как минимум 8-12 ч ранее, необходимо ввести внутривенно 0,3 мг/кг препарата; если последнее подкожное введение эноксапарина было в пределах предыдущих 8 ч, дополнительное введение препарата не показано (уровень доказательности B).
3. Если изначально использовался фондапаринукс, необходимо дополнительно применять антикоагулянтные препараты с анти-IIa-активностью внутривенно, принимая во внимание, были ли назначены ингибиторы IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов (уровень доказательности C).
Класс рекомендаций III
С учетом риска тромбоза катетера фондапаринукс не следует использовать в качестве единственного антикоагулянта для поддержки ЧКВ. Дополнительно к этому препарату необходимо назначение антикоагулянтного препарата с анти-IIa-активностью (уровень доказательности C).

однако дополнительную клиническую эффективность и безопасность таких доз еще предстоит оценить (но уже сейчас показано, что 900 мг не имеет никаких существенных преимуществ перед 600 мг). В настоящее время проводится исследование OASIS-7, по результатам которого станет ясно, есть ли преимущества у нагрузочной дозы клопидогреля 600 мг по сравнению с 300 мг.

В связи с этим руководство содержит некоторые обновления, обобщенные в таблице 5.

Металлические стенты и стенты с лекарственным покрытием

С 2005 г. стенты с лекарственным покрытием стали использоваться несколько реже в связи со все большим количеством сообщений о повышенном риске тромбозов и соответственно необходимостью более длительного приема двойной антитромбоцитарной терапии после ЧКВ с имплантацией таких стентов. Это требует и высокого комплайенса, и финансовой состоятельности пациента. Как показали результаты одного из недавно проведенных исследований (J.A. Spertus et al., 2006), 14% пациентов прекращают прием двойной антитромбоцитарной терапии в первый месяц после установки стента с лекарственным покрытием — как из-за низкой приверженности к выполнению назначений, так и по медицинским показаниям (начиная с рутинных стоматологических процедур). Все это необходимо принимать во внимание, поскольку преждевременное прерывание двойной антитромбоцитарной терапии после ЧКВ является независимым фактором риска развития тромбоза стента.

В связи с этой насущной проблемой в руководстве 2007 г. появились некоторые новые рекомендации, кроме уже упомянутых в разделе, посвященном антитромбоцитарной терапии:

1. «Перед имплантацией стента с лекарственным покрытием необходимо обсудить с пациентом необходимость и длительность двойной антитромбоцитарной терапии и убедиться в его готовности и состоятельности следовать рекомендованной схеме (I, B)».

2. «У пациентов, которые готовятся к ЧКВ и, скорее всего, будут нуждаться в каких-либо инвазивных процедурах или хирургических вмешательствах в ближайшие 12 мес (что чревато перерывом в приеме антитромбоцитарных средств), следует отдавать предпочтение имплантации стандартного металлического стента или проведению баллонной ангиопластики с имплантацией временного стента взамен использованию стента с лекарственным покрытием (I, C)».

Кроме того, в рекомендациях оговаривается, что у больных с заведомо более высоким риском тромбоза стента (наличие почечной недостаточности, сахарного диабета, установка нескольких стентов, установка стента в область бифуркации артерии) может быть целесообразным продление двойной антитромбоцитарной терапии более 1 года.

Вторичная профилактика

Рекомендации по снижению риска у пациентов, перенесших ЧКВ, также претерпели ряд изменений с 2005 г.

Неизменными или акцентированными в сторону более строгих требований остаются рекомендации по прекращению

курения, контролю артериального давления, массы тела, физической активности, ведению сахарного диабета.

Дополнены рекомендации по контролю уровня липидов в крови, в частности имеются указания на целесообразность более жесткого контроля уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Так, кроме оговоренной в предыдущей версии руководства необходимости снижения уровня холестерина ЛПНП ниже 100 мг/дл (I, A), рекомендовано дальнейшее снижение этого показателя ниже 70 мг/дл (IIa, A). Если упомянутый показатель, невзирая на лечение, остается равным 100 мг/дл или превышает этот уровень, рекомендуется интенсифицировать липидснижающую терапию, при этом может понадобиться комбинация липидснижающих препаратов (I, A).

Несколько новых рекомендаций дано по поводу медикаментозной профилактики. Как и следовало полагать, изменены рекомендации по применению антитромбоцитарных и антикоагулянтных препаратов в сторону увеличения длительности их приема (особенно после имплантации стентов с лекарственным покрытием) и большей гибкости дозировок. Рекомендации по применению аспирина и клопидогреля уже частично описаны в таблице 5:

1. «После процедуры ЧКВ тем пациентам, у которых нет резистентности или аллергии к аспирину и повышенного риска геморрагических осложнений, следует назначить аспирин в дозе 325 мг ежедневно на протяжении как минимум 1 мес после вмешательства с использованием металлического стента; 3 мес — после ЧКВ с применением стента, выделяющего сиролimus; 6 мес — после ЧКВ с использованием стента, выделяющего паклитаксел; по истечении заданного срока аспирин должен приниматься постоянно в дозе от 75 до 162 мг (I, B)».

2. «Лицам, у которых врач предполагает повышенный риск геморрагических осложнений, целесообразно назначение низких доз аспирина (75-162 мг) на протяжении начального периода после имплантации стента (IIa, C)».

3. «Больные, подвергшиеся ЧКВ с использованием стента с лекарственным покрытием, должны ежедневно получать 75 мг клопидогреля по крайней мере 12 мес после вмешательства при отсутствии высокого риска геморрагических осложнений. Пациенты, подвергшиеся ЧКВ с применением металлического стента, должны получать клопидогрель не менее 1 мес, а в идеале — до 12 мес (при повышенном риске геморрагических осложнений — 2 нед) (I, B)».

4. «Для всех больных ИМ с подъемом ST, перенесших ЧКВ без установки стента, лечение клопидогрелем должно продолжаться как минимум 14 дней (I, B)».

5. «Для пациентов с ИМ с/без подъема ST, перенесших ЧКВ без реперфузионной терапии, целесообразна длительная поддерживающая терапия (например, на протяжении 1 года) клопидогрелем в дозе 75 мг в день (IIa, C)».

Для варфарина также несколько изменены требования к дозировке в связи с большим вниманием к безопасности лечения. Если раньше у всех пациентов, которым показан этот антикоагулянт, рекомендовалось поддерживать международное нормализованное отношение (МНО) в рамках 2,5-3,5, то обновленное руководство указывает на МНО 2,0-3,0 в случае изолированного приема варфарина (I, A) и 2,0-2,5 в случае сочетания варфарина с клопидогрелем и аспирином, при этом ан-

титромбоцитарные препараты также должны быть в низких дозах (аспирин – 75-81 мг, клопидогрель – 75 мг) (I, C).

Внесены также некоторые корректировки в рекомендации по использованию ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II, блокаторов альдостерона и β-адреноблокаторов.

Добавлена новая рекомендация о необходимости ежегодной вакцинопрофилактики против гриппа для всех пациентов с сердечно-сосудистой патологией (I, B).

Таблица 5. Обновленные рекомендации по пероральной антитромбоцитарной терапии

Рекомендации ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2005)	Рекомендации ACC/AHA/SCAI по ЧКВ (2007)	Комментарии
Класс рекомендаций I		
Пациентам, которые постоянно ежедневно принимают аспирин, перед процедурой ЧКВ аспирин должен быть назначен в дозе от 75 до 325 мг (уровень доказательности A)		Рекомендации 2005 г. остаются действительными
Больным, которые еще не принимают аспирин ежедневно, перед процедурой ЧКВ аспирин должен быть назначен в дозе от 300 до 325 мг по крайней мере за 2 ч до вмешательства, желательнее – за 24 ч (уровень доказательности C)		Рекомендации 2005 г. остаются действительными
После процедуры ЧКВ тем пациентам, у которых нет резистентности или аллергии к аспирину и повышенного риска геморрагических осложнений, следует назначить аспирин в дозе 325 мг ежедневно на протяжении как минимум 1 мес после вмешательства с использованием металлического стента; 3 мес – после ЧКВ с использованием стента, выделяющего сиролimus; 6 мес – после ЧКВ с использованием стента, выделяющего паклитаксел; по истечении заданного срока аспирин должен приниматься постоянно в дозе от 75 до 162 мг (уровень доказательности B)	После процедуры ЧКВ тем пациентам, у которых нет резистентности или аллергии к аспирину и повышенного риска геморрагических осложнений, следует назначить аспирин в дозе от 162 до 325 мг ежедневно на протяжении как минимум 1 мес после вмешательства с использованием металлического стента; 3 мес – после ЧКВ с использованием стента, выделяющего сиролimus; 6 мес – после ЧКВ с использованием стента, выделяющего паклитаксел; по истечении заданного срока аспирин должен приниматься постоянно в дозе от 75 до 162 мг (уровень доказательности B)	Внесены изменения
Перед процедурой ЧКВ должна быть назначена нагрузочная доза клопидогреля (уровень доказательности A). Установлено, что наиболее эффективна нагрузочная доза 300 мг, принимаемая по крайней мере за 6 ч до вмешательства (уровень доказательности B)	Перед процедурой ЧКВ должна быть назначена нагрузочная доза клопидогреля – обычно 600 мг (уровень доказательности C). Для тех пациентов, у которых ЧКВ проводится в пределах от 12 до 24 ч после полученной фибринолитической терапии, может быть целесообразной нагрузочная доза 300 мг (уровень доказательности C)	Внесены изменения
Пациенты, уже подвергшиеся ЧКВ, должны ежедневно получать 75 мг клопидогреля по крайней мере 1 мес после вмешательства с использованием металлического стента (при повышенном риске геморрагических осложнений – 2 нед); 3 мес – после ЧКВ с применением стента, выделяющего сиролimus; 6 мес – после ЧКВ с использованием стента, выделяющего паклитаксел; а в идеале – 12 мес при отсутствии высокого риска геморрагических осложнений (уровень доказательности B)	Пациенты, уже подвергшиеся ЧКВ с использованием стента с лекарственным покрытием, должны ежедневно получать 75 мг клопидогреля по крайней мере 12 мес после вмешательства при отсутствии высокого риска геморрагических осложнений. Больные, подвергшиеся ЧКВ с использованием металлического стента, должны получать клопидогрель не менее 1 мес, а в идеале – до 12 мес (при повышенном риске геморрагических осложнений – 2 нед) (уровень доказательности B)	Внесены изменения
Класс рекомендаций IIa		
Если клопидогрель принимается во время ЧКВ, можно получить дополнительные преимущества при назначении также ингибиторов IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов для более раннего подавления агрегации тромбоцитов (уровень доказательности B)	Если клопидогрель принимается во время ЧКВ, можно получить дополнительные преимущества при назначении также ингибиторов IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов (уровень доказательности B)	Внесены изменения
Пациентам с наличием абсолютных противопоказаний к аспирину целесообразно назначить нагрузочную дозу клопидогреля 300 мг по крайней мере за 6 ч до ЧКВ и/или ингибиторы IIb/IIIa ГП рецепторов тромбоцитов во время вмешательства (уровень доказательности C)		Рекомендации 2005 г. остаются действительными
–	Пациентам, у которых предполагается повышенный риск геморрагических осложнений, целесообразно назначение низких доз аспирина (75-162 мг) на протяжении начального периода после имплантации стента (уровень доказательности C)	Новая рекомендация
Класс рекомендаций IIb		
–	У пациентов, которым была выполнена имплантация стентов с лекарственным покрытием, терапия клопидогрелем может продолжаться более 1 года (уровень доказательности C)	Новая рекомендация

* * *

В заключение считаем необходимым напомнить, что практические рекомендации создаются для помощи врачам в принятии клинических решений в рамках приемлемых подходов к диагностике, лечению и профилактике конкретных заболеваний и патологических состояний. Подобные руководства ориентированы на практику оказания помощи, которая эффективна для большинства пациентов в большинстве клинических ситуаций. Однако в определенных клинических обстоятельствах для некоторых больных могут использоваться нестандартные, не оговоренные в рекомендациях или обсуждаемые в качестве малоизученных подходы, и решение о них должен принимать непосредственно клиницист в свете всех обстоятельств, присущих данной проблеме. Такое клиническое решение должно опираться на качество и доступность медицинской помощи в конкретной ситуации и максимально служить интересам пациента.

Кроме того, важно помнить, что рекомендованное руководством лечение эффективно только в том случае, если пациент следует рекомендациям врача. Учитывая наличие такой серьезной проблемы, как недостаточная приверженность больных предписаниям врача, каждый клиницист должен не только использовать руководства в своей работе, но и уделять как можно больше внимания вовлечению пациентов в активное сотрудничество с врачом и следование обозначенной стратегии лечения.

Литература:

1. Spencer B. King, III, Sidney C. Smith, Jr, John W. Hirshfeld, Jr. et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2008; 117: 261-295.
2. Smith S.C. Jr., Feldman T.E., Hirshfeld J.W. Jr. et al. ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: e1-121.
3. Anderson J.L., Adams C.D., Antman E.M. et al. 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/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: e1-e157.
4. Antman E.M., Anbe D.T., Armstrong P.W. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: E1-E211.
5. Smith S.C. Jr., Allen J., Blair S.N. et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2130-9.
6. Gibbons R.J., Abrams J., Chatterjee K. et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 159-68.

Автор обзора: Александра Ратманова