

Гострий коронарний синдром: настанова NICE-2020



18 листопада 2020 р. фахівцями Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence — NICE) представлено рекомендації щодо клінічного ведення пацієнтів із гострим коронарним синдромом на ранньому етапі та у віддалений період реабілітації. Настанова охоплює питання діагностики та лікування осіб з інфарктом міокарда з елевацією (STEMI) та без елевації сегмента ST (NSTEMI), а також із нестабільною стенокардією. Матеріали опубліковано на офіційному ресурсі NICE.

Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI)

Діагностика

1. Терміново оцінити доцільність (незалежно від віку, етнічної приналежності чи статі) проведення коронарної реперфузійної терапії (первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) або фібриноліз) у пацієнтів зі STEMI.
2. Рівень свідомості пацієнта на тлі розвитку ішемії міокарда, викликаній підозрою на STEMI, не має слугувати критерієм для визначення доцільності проведення коронарної ангіографії (з подальшим первинним ЧКВ за наявності показань).
3. Якомога швидше провести коронарну реперфузійну терапію (первинне ЧКВ або фібриноліз) пацієнтам, які цього потребують.

Первинна фармакотерапія

4. Якомога швидше призначити пацієнтам зі STEMI одноразово навантажувальну дозу ацетилсаліцилової кислоти 300 мг за відсутності у пацієнта чітких доказів алергії на цей засіб.
5. Пацієнтам зі STEMI, яким заплановано проведення первинного ЧКВ, не призначати рутинно інгібітори глікопротеїну IIb/IIIa або фібринолітичні препарати до моменту прибуття пацієнта в катетерну лабораторію.

Коронарна ангіографія з подальшим первинним ЧКВ

6. Пропонувати проведення коронарної ангіографії з подальшим первинним ЧКВ, якщо показано, як кращу стратегію коронарної реперфузії для осіб зі STEMI за таких умов:
 - пацієнта госпіталізовано протягом 12 год від появи симптомів і
 - первинне ЧКВ може бути виконано протягом 120 хв з моменту можливого проведення фібринолізу.
7. Пропонувати коронарну ангіографію з подальшим первинним ЧКВ за наявності показань особам зі STEMI та кардіогенним шоком, яких госпіталізовано протягом 12 год після появи симптомів STEMI.
8. Розглянути можливість проведення коронарної ангіографії з подальшим первинним ЧКВ, якщо показано, для осіб зі STEMI, яких госпіталізовано у відділення через більше ніж 12 год від моменту появи симптомів, за наявності даних про продовження ішемії міокарда.
9. Розглянути можливість здійснення коронарної ангіографії з метою проведення коронарної ревазуляризації за наявності показань для пацієнтів зі STEMI, які потрапили до стаціонару через більше ніж 12 год після появи симптомів і мають кардіогенний шок чи перебувають у стані, близькому до цього.
10. Надавати перевагу променевому (порівняно з феморальним) артеріальним доступу для осіб, яким призначено проведення коронарної ангіографії (з подальшим ЧКВ, якщо показано).

Подвійна антитромбоцитарна терапія для осіб зі STEMI та первинним ЧКВ

11. Пацієнтам зі STEMI, яким проводиться первинне ЧКВ, пропонувати:
 - прасугрел у складі подвійної антитромбоцитарної терапії з ацетилсаліциловою кислотою, якщо їм ще не призначений

пероральний антикоагулянт (застосовувати підтримувальну дозу, зазначену в фармакологічній інструкції до препарату; для осіб віком ≥ 75 років оцінити співвідношення переваг призначення препарату порівняно з ризиком розвитку кровотечі; у разі негативного висновку запропонувати пацієнту тікагрелор або клопідогрел як альтернативу);

- клопідогрел у складі подвійної антитромбоцитарної терапії з ацетилсаліциловою кислотою, якщо пацієнти вже застосовують пероральний антикоагулянт.

Антиромботична терапія під час первинного ЧКВ

12. Пропонувати призначення нефракціонованого гепарину та інгібітора глікопротеїну IIb/IIIa (допоміжна терапія порятунку — bailout) у поєднанні з подвійною антитромбоцитарною терапією пацієнтам зі STEMI, які проходять первинне ЧКВ із променевого доступу.

13. Розглянути можливість застосування бівалірудину з інгібітором глікопротеїну IIb/IIIa (в режимі «bailout») в поєднанні з подвійною антитромбоцитарною терапією для осіб зі STEMI, яким проводиться первинне ЧКВ з необхідністю феморального доступу.

Екстракція тромба під час первинного ЧКВ

14. Розглянути можливість аспірації тромба під час первинного ЧКВ у пацієнтів зі STEMI.

15. Не проводити рутинної механічної екстракції тромба під час первинного ЧКВ у осіб зі STEMI.

Повна ревазуляризація чи ревазуляризація ураженої судини з ЧКВ у пацієнтів зі STEMI, яким раніше проводили первинне ЧКВ

16. Пропонувати проведення повної ревазуляризації з ЧКВ пацієнтам зі STEMI та множинним ураженням коронарних артерій без кардіогенного шоку під час первинної госпіталізації.

17. Надавати перевагу ревазуляризації ураженої судини з первинним ЧКВ, на противагу повній ревазуляризації для пацієнтів зі STEMI та множинним ураженням коронарних артерій, що супроводжується кардіогенним шоком.

Стенти з лікувальним покриттям при первинному ЧКВ

18. За наявності показань до здійснення стентування пропонувати стент із лікувальним покриттям пацієнтам зі STEMI, яким проводиться ревазуляризація шляхом первинного ЧКВ.

Фібринолізис

19. Пропонувати проведення фібринолізису пацієнтам зі STEMI, які поступили до стаціонару протягом 12 год від моменту появи симптомів, якщо первинне ЧКВ не може бути виконано протягом 120 хв після того, як можна було провести фібринолізис.

20. На тлі проведення фібринолізису одночасно призначати пацієнтам антитромбін.

21. Пропонувати проведення електрокардіографії (ЕКГ) пацієнтам зі STEMI, яким здійснювали фібринолізис, через 60–90 хв після проведення останнього. Для осіб, у яких залишкове підвищення сегмента ST свідчить про невдачу коронарної реперфузії:

- запропонувати термінову коронароангіографію з подальшим ЧКВ, якщо показано;

- не призначати повторно фібринолітичну терапію.

22. Якщо у пацієнта зі *STEMI* спостерігається рецидив ішемії міокарда після фібринолізу, терміново звернутися до фахівця-кардіолога та за необхідності — запропонувати коронароангіографію з подальшим ЧКВ за наявності показань.

23. Розглянути можливість проведення коронароангіографії під час тієї ж госпіталізації для осіб зі *STEMI*, стан яких клінічно стабільний після успішного проведення фібринолізу.

Спостереження пацієнтів зі *STEMI*, яким не проводили ЧКВ

24. Пропонувати тікагрелор як частину подвійної антитромбоцитарної терапії поряд з ацетилсаліциловою кислотою пацієнтам зі *STEMI*, яким не проводили ЧКВ, за відсутності високого ризику кровотечі.

25. Розглянути можливість призначення клопідогрелю як частини подвійної антитромбоцитарної терапії з ацетилсаліциловою кислотою або лише ацетилсаліциловою кислотою для пацієнтів зі *STEMI*, яким не проводили ЧКВ, за наявності у них високого ризику розвитку кровотечі.

26. Пропонувати медичне спостереження для осіб зі *STEMI*, яким не може бути проведена реперфузійна терапія.

Діагностичні тести перед випискою зі стаціонару

27. Оцінити функцію лівого шлуночка для всіх пацієнтів, які перенесли *STEMI*.

Інфаркт міокарда без елевачії сегмента ST (*NSTEMI*) та нестабільна стенокардія: ведення пацієнтів на ранньому етапі Первинна фармакотерапія

1. Якомога швидше призначати ацетилсаліцилову кислоту всім пацієнтам із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI*, продовжуючи тривале лікування за відсутності протипоказань щодо ризику кровотечі або гіперчутливості до ацетилсаліцилової кислоти.

2. Якомога швидше запропонувати пацієнтам із нестабільною стенокардією або *NSTEMI* одноразову навантажувальну дозу ацетилсаліцилової кислоти 300 мг за відсутності чітких доказів алергії на цей засіб.

3. Пропонувати фондапаринукс пацієнтам із нестабільною стенокардією або *NSTEMI*, які не мають високого ризику розвитку кровотечі, якщо їм не призначена термінова коронароангіографія.

4. Як альтернативу останньому розглянути призначення нефракціонованого гепарину з корекцією дози під контролем функції згортання для осіб із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* та значним порушенням функції нирок (креатинін >265 мкмоль/л).

5. Детально обґрунтувати вибір та дозу антитромбіну для осіб із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI*, які мають високий ризик кровотечі, пов'язаний з будь-яким із нижченаведених факторів:

- похилий вік;
- відомі факти кровотечі;
- ниркова недостатність;
- недостатня маса тіла.

6. Не пропонувати подвійну антитромбоцитарну терапію пацієнтам із боєм за грудиною до того часу, як буде встановлений діагноз нестабільної стенокардії чи *NSTEMI*.

Оцінка ризиків

7. З моменту встановлення діагнозу нестабільної стенокардії чи *NSTEMI* та призначення фармакотерапії (ацетилсаліцилова кислота й антитромбін) варто оцінити індивідуальний ризик несприятливих серцево-судинних подій у майбутньому, використовуючи встановлену систему оцінки ризику, яка прогнозує виживаність протягом 6 міс.

8. При оцінці ризиків враховувати нижченаведене:

- повний клінічний анамнез, включаючи вік, дані про попередній інфаркт міокарда та попередні ЧКВ або аортокоронарне шунтування;
- дані медичного огляду, включаючи вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень;
- ЕКГ у стані спокою у 12 відведеннях, зокрема з метою виявлення динамічних або нестабільних патернів, які вказують на ішемію міокарда;
- аналіз крові (наприклад рівень тропоніну I або T, креатинін, глюкоза, гемоглобін).

9. Зафіксувати результати оцінки ризиків у медичну карту пацієнта.

10. Використовувати оцінку ризиків у клінічному веденні, зіставляючи користь лікування з будь-яким ризиком пов'язаних несприятливих явищ.

11. Для класифікації ризиків несприятливих серцево-судинних подій у майбутньому використовувати карту прогнозування смертності протягом 6 міс (табл. 1).

Таблиця 1. Класифікація ризику майбутніх несприятливих серцево-судинних подій

Прогнозована смертність протягом 6 міс, %	Ризик майбутніх несприятливих серцево-судинних подій
≤1,5	Найнижчий
>1,5–3,0	Низький
>3,0–6,0	Середній
>6,0–9,0	Високий
>9,0	Найвищий

Категорії ризику сформовано на основі Бази даних Національного проекту аудиту ішемії міокарда (*Myocardial Ischaemia National Audit Project — MINAP*).

Коронароангіографія з подальшим ЧКВ

12. Пропонувати термінове проведення коронароангіографії пацієнтам із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* за умови лабільного клінічного стану.

13. Розглянути можливість проведення коронароангіографії (з подальшим ЧКВ за наявності показань) протягом 72 год після первинної госпіталізації для осіб із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI*, які мають середній або вищий ризик несприятливих серцево-судинних подій (прогнозована смертність протягом 6 міс >3,0%) і не мають протипоказань до здійснення ангіографії (наприклад активна кровотеча або супутнє захворювання).

У табл. 2 наведено інформацію щодо переваг та ризиків раннього інвазивного лікування порівняно з консервативним лікуванням.

14. Розглянути можливість проведення коронарної ангіографії (з подальшим ЧКВ за наявності показань) для осіб з нестабільною стенокардією чи *NSTEMI*, у яких первинно визначали низький рівень ризику несприятливих серцево-судинних подій (прогнозована смертність протягом 6 міс ≤3,0%), якщо в подальшому розвивається або підтверджується відповідними тестами ішемія.

Див. табл. 2 — інформація щодо переваг та ризиків раннього інвазивного лікування порівняно з консервативним лікуванням.

15. Зважати на те, що деякі пацієнти молодого віку з низькими показниками ризику смертності протягом 6 міс можуть все ж мати високий ризик несприятливих серцево-судинних подій і, відповідно, отримати користь за умов раннього проведення ангіографії.

16. Пропонувати системне призначення нефракціонованого гепарину пацієнтам із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI*, які перебувають у катетерній лабораторії та яким проводять ЧКВ, незалежно від того, чи застосовували вони фондапаринукс раніше.

17. Для пацієнтів із нестабільною стенокардією, яким здійснюється коронарографія чи *NSTEMI*, запропонуйте:

- прасугрел або тікагрелор — як частину подвійної антитромбоцитарної терапії з ацетилсаліциловою кислотою, якщо у них немає окремих протипоказань для тривалої антикоагулянтної терапії (застосування прасугрелу — лише після уточнення анатомічних особливостей коронарних артерій та призначення ЧКВ, застосовуючи підтримувальну дозу, згідно з інструкцією до лікарського засобу; для осіб віком ≥75 років варто додатково оцінити співвідношення ризику можливої кровотечі та користі від призначення цього препарату);
- клопідогрел у складі подвійної антитромбоцитарної терапії з ацетилсаліциловою кислотою, якщо пацієнти мають окремі показання до тривалої антикоагулянтної терапії.

18. За наявності показань до стентування запропонуйте стент з лікарським покриттям пацієнтам із нестабільною стенокардією або *NSTEMI*, яким проводиться реваскуляризація шляхом ЧКВ.

Спостереження за відсутності показань до ЧКВ

19. Розглянути можливість консервативного лікування без ранньої коронароангіографії для пацієнтів із нестабільною стенокардією або *NSTEMI* з низьким ризиком несприятливих серцево-судинних подій (прогнозована смертність протягом 6 міс ≤3,0%).

Таблиця 2. Переваги та ризики раннього інвазивного втручання (коронароангіографія з ЧКВ за необхідності) порівняно з консервативним лікуванням у пацієнтів із нестабільною стенокардією та NSTEMI

Переваги/ ризик/інші фактори	Коронароангіографія та, можливо, ЧКВ протягом 72 год	Консервативний нагляд з можливою коронароангіографією, якщо симптоми не зникають або поглиблюються
Користь/ Переваги	Зниження смертності від усіх причин через 6–12 міс та через 2 роки. Зниження смертності від серцевих проблем на 1-му та 2-му році. Зниження частоти інфаркту міокарда (ІМ) через 30 днів, від 6 до 12 міс та 2 років. Зниження частоти інсульту через 1 рік, особливо у людей з високим ризиком майбутніх несприятливих явищ. Зниження частоти повторних госпіталізацій та резистентної до лікування стенокардії в середньостроковій перспективі, особливо у людей з високим ризиком майбутніх несприятливих явищ. Психологічні переваги – пацієнти не турбуються з приводу затримки проведення ангіографії	Дозволяє уникнути безпосередніх ризиків інвазивного втручання: Смерть протягом 4 міс, пов'язана із процедурою від інших причин, крім ІМ. ІМ на тлі виконання процедури. Серйозні кровотечі в лікарні та до двох років після процедури, особливо актуальні для людей з низьким ризиком майбутніх несприятливих явищ. Психологічні переваги – люди не турбуються про проведення інвазивної процедури
Ризики/ Небезпека	Підвищений ризик смерті протягом перших 4 міс, особливо для людей з низьким ризиком майбутніх несприятливих явищ. Ризик ІМ, пов'язаного з процедурою. Підвищений ризик серйозних кровотеч на початку, через 30 днів та 2 роки. Екстрене проведення лікування залишає мало часу для спільного прийняття рішень	Підвищений ризик розвитку ІМ через 6 міс. Підвищений ризик інсульту через 1 рік, особливо у людей з високим ризиком майбутніх несприятливих явищ. Психологічні фактори – пацієнти можуть хвилюватися у зв'язку із затримкою проведення ангіографії
Інші фактори	Останні удосконалення техніки виконання ЧКВ можуть сприяти підвищенню користі для пацієнта в найближчий час після виконання процедури (особливо це стосується зменшення кровотечі). Коронароангіографія протягом 72 год забезпечує швидке втручання та збільшення часу для діагностики інших станів і корекції симптоматики	–

20. Пропонувати тікагрелор як частину подвійної антитромбоцитарної терапії поряд з ацетилсаліциловою кислотою пацієнтам із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* за відсутності показань до ЧКВ та відсутності високого ризику кровотечі.

21. Розглянути можливість призначення клопідогрелю як частини подвійної антитромбоцитарної терапії поряд з ацетилсаліциловою кислотою або лише ацетилсаліцилової кислоти для осіб із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* за відсутності показань до ЧКВ та наявності високого ризику розвитку кровотечі.

Консультації зі стратегій спостереження

22. Надати пацієнту з нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* чітку інформацію щодо ризиків та переваг пропонованого лікування, щоб могли зробити усвідомлений вибір. Інформація має відповісти ризикам пацієнта стосовно несприятливих серцево-судинних подій у майбутньому та будь-яких супутніх захворювань.

23. Консультуючи пацієнтів із нестабільною стенокардією чи *NSTEMI* з приводу стратегії ревааскуляризації (ЧКВ або коронарне шунтування) варто брати до уваги результати коронароангіографії, наявність супутніх захворювань, а також переваги та ризики кожного із втручань.

24. Якщо роль ревааскуляризації чи стратегії ревааскуляризації незрозуміла, питання має вирішуватися шляхом обговорення за участю інтервенційного кардіолога, кардіохірурга та інших медичних працівників, участі яких потребує пацієнт. Обговоріть із пацієнтом вибір стратегії ревааскуляризації.

Тестування перед випискою пацієнта

25. Для виявлення та кількісної оцінки індукованої ішемії розгляньте можливість проведення відповідного функціонального тесту перед випискою пацієнтів, яких лікували консервативно та яким не проводили коронароангіографію.

26. Оцінити функціональну здатність лівого шлуночка для всіх осіб, які перенесли *NSTEMI*.

27. Розглянути можливість оцінки функціональної здатності лівого шлуночка для всіх пацієнтів із нестабільною стенокардією.

28. Зафіксувати результати оцінки функції лівого шлуночка в медичній карті пацієнта та відповідній документації служби первинної медико-санітарної допомоги.

Гіперглікемія при гострому коронарному синдромі

Лікування пацієнтів із гіперглікемією в умовах стаціонару протягом перших 48 год з моменту розвитку гострого коронарного синдрому

1. У пацієнтів, госпіталізованих із гострим коронарним синдромом, підтримувати рівень глюкози <11 ммоль/л, водночас уникаючи розвитку гіпоглікемії. Першочергово розглянути можливість інфузії інсуліну з коригуванням дози та регулярним контролем глікемії.

2. Не пропонувати у плановому режимі інтенсивну інсулінотерапію (внутрішньовенне введення інсуліну та глюкози з калієм або окремо) для корекції гіперглікемії (рівень глюкози крові >11 ммоль/л) пацієнтам, госпіталізованим із приводу гострого коронарного синдрому, за відсутності клінічних показань.

Виявлення осіб з гіперглікемією на тлі гострого коронарного синдрому, які мають високий ризик розвитку цукрового діабету

3. Пропонувати всім пацієнтам з гіперглікемією на тлі гострого коронарного синдрому та за відсутності даних діагностики щодо цукрового діабету:

- оцінку рівня HbA1c перед випискою;
- оцінку рівня глюкози крові натще не раніше ніж через 4 дні після розвитку гострого коронарного синдрому.

Проведення зазначених діагностичних тестів не має затримувати виписку пацієнта.

4. Не пропонувати у плановому порядку пероральні тести на толерантність до глюкози пацієнтам із гіперглікемією після гострого коронарного синдрому та за відсутності підтвердженого діагнозу цукрового діабету, якщо рівні HbA1c та глюкози крові натще в межах нормальних референсних значень.

Консультація та постійне спостереження пацієнтів із гіперглікемією після гострого коронарного синдрому та за відсутності цукрового діабету

5. Надати пацієнтам із гіперглікемією після гострого коронарного синдрому та за відсутності цукрового діабету рекомендації щодо способу життя за такими аспектами:

- здорове харчування;
- фізичні вправи;
- контроль маси тіла;
- відмова від тютюнопаління;
- вживання алкоголю.

6. Звернути увагу пацієнтів без цукрового діабету, але таких, що мали гіперглікемію на тлі гострого коронарного синдрому, на те, що вони:

- мають схильність та підвищений ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу;
- мають проконсультуватися із сімейним лікарем при появі таких симптомів:
 - підвищення частоти сечовипускань;
 - надмірна спрага;
 - втрата маси тіла;
 - втомлюваність.

7. Варто пропонувати діагностичні тести з метою скринінгу цукрового діабету не рідше 1 разу на рік.

7. Інформувати лікарів загальної практики про необхідність здійснення принаймні щорічного моніторингу рівня HbA1c та

глікемії натще особам без цукрового діабету, які мали епізод гіперглікемії на тлі гострого коронарного синдрому.

Фармакотерапія з метою вторинної профілактики

1. З метою вторинної профілактики особам, які перенесли ІМ, рекомендовано пропонувати нижченаведене:

- інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ);
- подвійна антиагрегантна терапія (ацетилсаліцилова кислота у поєднанні з іншим препаратом ряду антиагрегантів), якщо відсутні окремі показання для проведення антикоагулянтної терапії;
- блокатор бета-адренорецепторів;
- статини.

2. Впевнитися, що пацієнт після перенесеного ІМ має чіткий план спостереження, а також він скерований до лікаря загальної практики з рекомендаціями моніторингу нижченаведеного:

- деталі та терміни необхідного в подальшому титрування доз призначених препаратів;
- моніторинг артеріального тиску;
- моніторинг функціональної здатності нирок.

3. Пропонувати всім пацієнтам, які перенесли ІМ, оцінку ризиків кровотечі при їх повторному огляді.

Інгібітори АПФ

4. Пропонувати призначення іАПФ пацієнтам із гострим ІМ за перших ознак гемодинамічної стабілізації. У подальшому продовжувати застосування цих препаратів тривало.

5. Підвищувати дозу іАПФ через короткі періоди (наприклад кожні 12–24 год) перед випискою пацієнта з лікарні доти, поки не буде досягнута максимально прийнятна чи цільова доза. Якщо неможливо завершити титрування протягом цього часу, його варто завершити за 4–6 тиж після виписки.

6. Не пропонувати комбіновану терапію іАПФ та блокатором рецепторів ангіотензину II (БРА) пацієнтам після перенесеного ІМ, якщо відсутні інші причини для використання цієї комбінації.

7. Після перенесеного ІМ запропонуйте пацієнтам із непереносимістю іАПФ БРА замість іАПФ.

8. Перед початком призначення іАПФ варто оцінити функціональний стан нирок, рівень електролітів у сироватці крові та артеріальний тиск, а далі ще раз протягом наступних 1–2 тиж від початку лікування. Стан пацієнтів має відстежуватися протягом терміну підвищення дозування зазначених препаратів до досягнення максимально прийнятної чи цільової дози, в подальшому — не рідше 1 разу на рік. Пацієнти з підвищеним ризиком погіршення функції нирок можуть потребувати частішого скринінгу. Особи із хронічною серцевою недостатністю мають перебувати під спостереженням відповідно до рекомендацій щодо моніторингу стану цих пацієнтів (NICE, 2007).

9. Пропонувати призначення іАПФ особам, які перенесли ІМ більше ніж 12 міс тому. Дозування титрувати до максимально прийнятного або цільової дози (протягом 4–6 тиж) та призначати невизначено тривало.

10. Пропонувати пацієнтам, які перенесли ІМ більше ніж 12 міс тому та мають несприятність іАПФ, призначення БРА замість зазначеної групи препаратів.

Антиагрегантна терапія

11. Пропонувати призначення ацетилсаліцилової кислоти всім особам, які перенесли ІМ, і призначати невизначено тривало за відсутності непереносимості ацетилсаліцилової кислоти або показань до антикоагулянтної терапії.

12. Пропонувати невизначено тривале застосування ацетилсаліцилової кислоти пацієнтам, які перенесли ІМ більше як 12 міс тому.

13. Продовжувати подвійну антитромбоцитарну терапію протягом 12 міс після перенесеного ІМ, якщо відсутні протипоказання.

14. Для осіб з гіперчутливістю до ацетилсаліцилової кислоти альтернативою лікування може розглядатися монотерапія клопідогрелом.

15. Пацієнтам із диспепсією в анамнезі рекомендовано терапію відповідно до чинних рекомендацій щодо гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та диспепсії у дорослих (NICE, 2007, із правками 2013 р.).

16. Після відповідного лікування осіб з виразковою кровотечею на тлі тривалого застосування ацетилсаліцилової кислоти за умов загоєння виразкового процесу та відсутності результатів на наявність *Helicobacter pylori* варто розглянути можливість лікування відповідно до рекомендацій щодо гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та диспепсії у дорослих (NICE, 2007, із правками 2013 р.).

17. Пропонувати призначення клопідогрелю замість ацетилсаліцилової кислоти пацієнтам, які також мають інші судинні захворювання, відповідно до рекомендацій NICE з оцінки призначення клопідогрелю та дипіридамолу з модифікованим вивільненням для запобігання розвитку оклюзійних судинних явищ:

- пацієнтам, які перенесли ІМ та припинили подвійну антитромбоцитарну терапію або
- перенесли ІМ більше як 12 міс тому.

Антиагрегантна терапія для осіб з окремим показаннями до призначення антикоагулянтів

18. Для осіб, які мають окремі показання до призначення антикоагулянтів, при виборі тривалості та типу (подвійна чи одинична) антикоагулянтної терапії протягом 12 міс після гострого коронарного синдрому варто враховувати нижченаведене:

- ризик кровотечі;
- ризик тромбоемболії;
- серцево-судинний ризик;
- побажання пацієнта.

Варто враховувати, що оптимальну тривалість застосування ацетилсаліцилової кислоти не встановлено, і тривале призначення ацетилсаліцилової кислоти, клопідогрелю та пероральних антикоагулянтів (потрійна терапія) значно підвищують ризик розвитку кровотечі.

19. Для осіб, які вже отримують антикоагулянти та перенесли ЧКВ, рекомендовано продовжувати прийом антикоагулянтів та клопідогрелю терміном до 12 міс. Якщо пацієнт приймає пероральний антикоагулянт прямої дії, варто титрувати дозу відповідно до ризику розвитку кровотечі, тромбоемболії та серцево-судинних захворювань.

20. Пацієнтам із показаннями до призначення антикоагулянтів, які перенесли ЧКВ, пропонувати клопідогрел (замість прасугрелу чи тікагрелору) терміном до 12 міс та пероральний антикоагулянт з показаннями, які найбільше відповідають конкретному пацієнту із врахуванням:

- ризику кровотечі;
- ризику тромбоемболії;
- серцево-судинного ризику;
- побажань пацієнта.

21. Для пацієнтів, які вже отримують антикоагулянти, або в осіб з новими показаннями до їх призначення, у яких не проводили ЧКВ (консервативне лікування, коронарне шунтування), рекомендовано продовжувати призначати антикоагулянти і за відсутності високого ризику кровотечі — розглянути можливість продовження застосування ацетилсаліцилової кислоти (або клопідогрелю для осіб із протипоказаннями до ацетилсаліцилової кислоти) терміном до 12 міс.

22. Не пропонувати призначення прасугрелу або тікагрелору в поєднанні з антикоагулянтом, призначення якого обґрунтоване окремим показаннями.

23. Для осіб із постійними показаннями для призначення антикоагулянтної терапії через 12 міс після перенесеного ІМ, розглядаючи необхідність продовження антитромбоцитарної терапії, необхідно враховувати таке:

- показання до антикоагулянтної терапії;
- ризик кровотечі;
- ризик тромбоемболії;
- серцево-судинний ризик;
- побажання пацієнта.

Блокатори бета-адренорецепторів

24. Пропонувати пацієнтам призначення блокатора бета-адренорецепторів якомога швидше після перенесеного ІМ при досягненні гемодинамічно стабільного стану.

25. Зафіксувати план титрування доз блокаторів бета-адренорецепторів максимально прийнятної або цільової дози — наприклад у документах виписки пацієнта зі стаціонару.

26. Розглянути можливість продовження прийому блокаторів бета-адренорецепторів протягом 12 міс після ІМ пацієнтам без зниження фракції викиду лівого шлуночка.

27. Обговорити потенційні переваги та ризики відміни або продовження прийому блокаторів бета-адренорецепторів після 12 міс з моменту ІМ для осіб зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка. Зокрема такі питання:

- відсутність даних про відносну користь та ризики тривалого лікування після 12 міс;
- розвиток у пацієнта побічних ефектів на тлі терапії.

28. Продовжувати призначення блокаторів бета-адренорецепторів на невизначено тривалий термін для осіб зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка.

29. Пропонувати всім пацієнтам, які перенесли ІМ більше як 12 міс тому зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка, призначення блокаторів бета-адренорецепторів незалежно від наявності у них клінічної симптоматики. Ведення пацієнтів із серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка скеровувати відповідно до рекомендацій з лікування дорослих осіб з серцевою недостатністю (NICE, 2013).

30. Не пропонувати пацієнтам без зниженої фракції викиду лівого шлуночка або серцевої недостатності, які перенесли ІМ більше як 12 міс тому, призначення блокаторів бета-адренорецепторів, якщо відсутні додаткові клінічні показання.

Антагоністи кальцію

31. Не пропонувати антагоністи кальцію для зниження ризику серцево-судинних захворювань після перенесеного ІМ.

32. За наявності протипоказань до блокаторів бета-адренорецепторів або якщо пацієнт потребує їх відміни дилтіазем або верапаміл може розглядатись як препарати для вторинної профілактики у пацієнтів без застійних явищ у легенях або зниженої фракції викиду лівого шлуночка.

33. У пацієнтів зі стабільним станом після перенесеного ІМ можна застосовувати антагоністи кальцію з метою лікування артеріальної гіпертензії та/чи стенокардії. Особам із серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду варто вибирати амлодипін та уникати призначень верапамілу, дилтіазему та дигідропіридинів короткої дії, відповідно до рекомендацій з лікування дорослих осіб з серцевою недостатністю (NICE, 2007, із правками 2020 р.).

Активатори калієвих каналів

34. Не пропонувати нікорандил для зниження ризику серцево-судинних захворювань після перенесеного ІМ.

Призначення антагоністів альдостерону пацієнтам із серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка

35. Особам, які перенесли ІМ та мають симптоми та/чи ознаки серцевої недостатності та знижену фракцію викиду лівого шлуночка, починати терапію антагоністом альдостерону протягом 3–14 днів від перенесеного ІМ, бажано після терапії ІАПФ.

36. Особам, які нещодавно перенесли ІМ, мають клінічні ознаки серцевої недостатності та знижену фракцію викиду лівого шлуночка, однак вже приймають антагоніст альдостерону (наприклад на тлі хронічної серцевої недостатності), варто продовжувати прийом антагоніста альдостерону.

37. Для осіб, які в минулому мали підтверджений ІМ та серцеву недостатність внаслідок зниження фракції викиду лівого шлуночка, призначення антагоністу альдостерону має відповідати рекомендаціям щодо лікування дорослих із серцевою недостатністю (NICE, 2007).

38. Контролювати функціональний стан нирок та рівень калію в сироватці крові до та під час лікування антагоністом альдостерону. За умов розвитку гіперкаліємії варто знизити дозування антагоніста альдостерону вдвічі або припинити застосування препарату.

Статини та інші гіполіпідемічні засоби

39. Призначення статинів рекомендовано дорослим із клінічно верифікованими серцево-судинними захворюваннями відповідно до настанов з ведення пацієнтів із кардіоваскулярними патологіями («Серцево-судинні захворювання: оцінка та зменшення ризиків, включаючи ліпідомодифікуючу терапію», NICE, 2014, із правками 2016 р.).

Використана література

National Institute for Health and Care Excellence (2020) Acute coronary syndromes. NICE guideline [NG185].

Наталія Савельєва-Кулик