

Г.В. Світлик, М.О. Гарбар, Н.В. Чмир,
М.В. Мигович, Р.А. Ковальчук,
У.Р. Баган, Ю.О. Світлик

Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького

УДК: 616.12-008.6-036.12-052-082

ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ (ЗГІДНО З НАСТАНОВОЮ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА КАРДІОЛОГІВ ВІД 2019 РОКУ)

Резюме. У статті представлено сучасні підходи до лікування пацієнтів із хронічним коронарним синдромом (ХКС), згідно з Настановою Європейського товариства кардіологів (ЕТК) від 2019 року [1]. Зазначено, що алгоритм лікувального процесу включає фармакологічний менеджмент, який передбачає контроль симптомів та попередження виникнення серцевих подій, пов'язаних із ХКС, із максимальною прихильністю пацієнта й мінімальними побічними подіями. Наведено поетапну тактику тривалої антиангінальної медикаментозної терапії з урахуванням специфічних базових характеристик пацієнта. Підкреслено важливість антитромботичного лікування (із збереженням балансу між профілактикою ішемічних подій і ризиком кровотечі), застосування гіполіпідемічних та інших препаратів із метою попередження подій. Відмічено, що реваскуляризація міокарда відіграє центральну роль у лікуванні ХКС, сприяючи полегшенню симптомів і покращенню прогнозу, проте завжди є доповненням до медикаментозної терапії. Важливою умовою досягнення успіху в лікуванні ХКС є здоровий спосіб життя пацієнта.

Ключові слова: хронічний коронарний синдром, антиангінальна медикаментозна терапія, лікування з метою запобігання серцевим подіям, реваскуляризація міокарда, здоровий спосіб життя.

Загальний менеджмент ХКС передбачає зменшення симптомів і покращення прогнозу за допомогою відповідного лікування, а також контроль факторів ризику, включаючи стиль життя.

Здоровий спосіб життя зменшує ризик подальших серцево-судинних подій та смертності і є доповненням до відповідної вторинної профілактичної терапії. Правильна поведінка пацієнта включає відмову від куріння, фізичну активність, здорове харчування й дотримання нормальної ваги (табл. 1).

Куріння. Відмова від куріння покращує прогноз у пацієнтів із ХКС, включаючи зниження ризику смертності на 36% для тих, хто кидає курити. Пацієнти також повинні уникати пасивного куріння.

Відмові від куріння сприяють інструктажі, консультації пацієнтів, нікотинозамісна терапія (бупропіон, вареніклін). Набагато ефективнішим та рекомендованим є комбінування психологічного й фармакологічного підходів.

Менш шкідливою альтернативою звичайним сигаретам вважається вживання електронних

Таблиця 1. Рекомендації щодо способу життя для пацієнтів із ХКС

Фактори способу життя	
Відмова від куріння	Використання фармакологічної або поведінкової тактики, щоб допомогти пацієнту припинити курити. Уникання пасивного куріння.
Здорове харчування	Вживання великої кількості овочів, фруктів і цільнозернових. Обмеження жирів до <10% від загальної кількості спожитої їжі. Обмеження вживання алкоголю до 100 г/тиж і 15 г/добу.
Фізична активність	30-60 хв на день помірної фізичної активності, але навіть нерегулярна активність є корисною.
Нормальна вага	Підтримання здорової маси тіла (<25 кг/м ²) або зниження за рахунок рекомендованого споживання енергії та збільшення фізичної активності.
Інше	Приймання ліків за призначенням. Статева активність є низьким ризиком для стабільних пацієнтів, які не мають симптоматики при низькому та середньому рівні активності.

сигарет, проте і вони не є безпечними: сучасні пристрої можуть постачати більш високий вміст нікотину, а самі електронні сигарети виділяють такі компоненти, як карбоніли та інші дрібні й ультрадрібні шкідливі частинки. Водночас результати клінічних досліджень показали, що електронні сигарети є більш ефективними, ніж нікотинозамісна терапія, стосовно відмови від куріння.

Дієта та алкоголь. Важливим фактором виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС) та її прогресування є неправильне харчування. Зміни в структурі харчування в пацієнтів із ХКС приводять до зниження смертності й серцево-судинних подій. Рекомендовані характеристики харчування представлено в табл. 2.

Таблиця 2. Характеристики здорової дієти

Характеристики
Збільшити споживання фруктів та овочів (≥ 200 г щодня)
35-45 г клітковини на день, бажано за рахунок цільнозернових
Помірне споживання горіхів (30 г на день, несолених)
1-2 порції риби на тиждень (одна — для жирної риби)
Обмежене вживання нежирного м'яса, нежирних молочних продуктів і рідких рослинних олій
Насичені жири: $<10\%$ від загального споживання енергії; замінити їх поліненасиченими жирами
Трансненасичені жири: якомога менше; бажано, щоб їх не було в складі перероблених харчових продуктів та вони становили $<1\%$ від загального споживання енергії
$\leq 5-6$ г солі на добу
Якщо вживається алкоголь, обмежити його споживання до ≤ 100 г/тиж та <15 г/добу
Уникати висококалорійних продуктів (підсолоджених цукром безалкогольних напоїв)

Рекомендована середземноморська дієта з високим вмістом фруктів, овочів, бобових, клітковини, поліненасичених жирів, горіхів і риби, при якій необхідно уникати або обмежувати рафіновані вуглеводи, червоне м'ясо, молочні продукти й насичені жири.

Керування вагою. У пацієнтів з ІХС зниження ваги пов'язане із значно нижчим рівнем несприятливих клінічних результатів. Рекомендовано здорове харчування з обмеженням вживання висококалорійних продуктів до такої кількості, яка необхідна для досягнення та підтримки нормальної ваги ($IMT < 25$ кг/м²).

Фізична активність. Рекомендації щодо фізичної активності для пацієнтів із ХКС такі: 30-60 хв аеробіки середньої інтенсивності ≥ 5 днів на тиждень. Кожне зростання пікового споживання кисню при фізичних навантаженнях на 1 мл/кг/хв асоціюється зі зниженням ризику серцево-судинної смерті та смерті від інших причин на 14-17%. Серед пацієнтів із малорухомим способом життя навіть нерегулярна фізична активність у вільний час знижує ризик смертності.

Серцева реабілітація на основі фізичних вправ постійно демонструє свою ефективність у пацієнтів з ІХС щодо зниження серцево-судинної смертності та госпіталізацій. Однак більшість пацієнтів скеровуються на кардіологічну реабілітацію після гострого інфаркту міокарда (ІМ) або після реваскуляризації, і лише 0-24% є пацієнтами з ХКС. Водночас переваги кардіореабілітації виявляються серед пацієнтів різних діагностичних категорій.

Психосоціальні фактори. У пацієнтів із захворюваннями серця вдвічі підвищений ризик

погіршення настрою та тривожних розладів порівняно з особами без серцевих захворювань. Психосоціальний стрес, депресія й тривога пов'язані з гіршими результатами і перешкоджають пацієнтам вносити позитивні зміни в їхній спосіб життя та дотримуватись режиму лікування. Клінічні дослідження показали, що психологічні (наприклад, консультування та/або когнітивна поведінкова терапія) і фармакологічні втручання сприятливо впливають на депресію, тривогу й стрес із наявними доказами зниження серцевої смертності та подій порівняно з плацебо.

Фактори навколишнього середовища. Забруднення повітря вважається одним із 10 провідних факторів ризику глобальної смертності. Вплив забрудненого повітря підвищує ризик виникнення ІМ, госпіталізацій та смерті від серцевої недостатності (СН), інсульту, аритмій. Пацієнтам із ХКС варто уникати районів, надмірно перевантажених транспортом. Як показала практика, засобами захисту є очищувачі повітря з високоефективними повітряними фільтрами для твердих часточок («HEPA»), які зменшують забруднення в приміщенні; у сильно забруднених районах рекомендовано носіння респіраторних масок № 95. Підвищує ризик виникнення серцево-судинних захворювань (ССЗ) також і наявність шуму в навколишньому середовищі. Важливими є нормативні акти, спрямовані на зниження забруднення повітря та шуму в навколишньому середовищі, а також інформування пацієнтів про ці ризики.

Сексуальна активність. Пацієнти з ХКС часто хвилюються з приводу серцево-судинного ризику, пов'язаного із сексуальною активністю, і/або відчувають сексуальну дисфункцію. Коли сексуальна активність відбувається зі стабільним партнером, у знайомому середовищі, без стресу або надмірного вживання їжі та алкоголю, ризик спровокувати раптову смерть або гострий ІМ дуже низький. Незважаючи на те, що сексуальна активність тимчасово підвищує ризик виникнення ІМ, вона є причиною $<1\%$ гострих ІМ і $<1-1,7\%$ раптової смерті. Енергетичні витрати під час статевого життя, як правило, перебувають у межах від низьких до помірних (3-5 метаболічних еквівалентів), а підйом на другий поверх сходами часто розцінюється як еквівалентна діяльність із точки зору витраченої енергії. Регулярна фізична активність знижує ризик виникнення небажаних подій під час статевого життя.

На еректильну функцію можуть негативно впливати тіазидні діуретики і бета-блокатори (ББ) (окрім небівололу), проте вираженого зв'язку між більшістю сучасних серцево-судинних препаратів та еректильною дисфункцією не виявлено. Для лікування еректильної дисфункції в пацієнтів із ХКС безпечними є інгібітори фосфодієстерази-5, але вони не мають застосовуватись у тих, хто приймає нітрати.

Прихильність до лікування. Дотримання вимог щодо модифікації способу життя та вживання медикаментів є складним завданням. Систематичний огляд епідеміологічних досліджень показав, що значна частина пацієнтів не має достатньої прихильності до кардіоваскулярної терапії і що 9% усіх серцево-судинних подій в Європі пов'язані саме з поганою прихильністю до лікування.

Негативну роль у прихильності до лікування відіграє поліпрагмазія, а складність медикamentозного режиму пов'язана з його недотриманням і більш високим показником госпіталізацій. При призначенні ліків варто віддавати перевагу тим, які довели свою користь із найвищим рівнем доказовості.

Щорічна **вакцинація проти грипу** може покращити профілактику гострого ІМ у пацієнтів із ХКС, змінити прогноз за наявності СН і знизити смертність від ССЗ у дорослих віком ≥ 65 років. Вона рекомендована хворим з ІХС, особливо людям старшого віку.

Фармакологічний менеджмент

Метою фармакологічного лікування пацієнтів із ХКС є зменшення симптомів стенокардії та ішемії, зумовлених фізичними навантаженнями, і попередження серцево-судинних подій. Негайне полегшення симптомів стенокардії чи запобігання симптомам за обставин, які, імовірно, зумовлюють стенокардію, зазвичай досягається за допомогою швидкодіючих препаратів нітрогліцерину. Зменшенню або повному усуненню симптомів упродовж тривалого часу сприяють протиішемічні препарати, а також зміна способу життя, регулярні фізичні тренування, освіта пацієнтів та реваскуляризація (довготривала профілактика).

Профілактика серцево-судинних подій спрямована на попередження ІМ і зниження смертності, пов'язаної з ІХС, і фокусується передусім на зменшенні ризику появи гострих тромботичних явищ та виникнення дисфункції лівого шлуночка.

Протиішемічні препарати

Загальна тактика. Оптимальне лікування може бути визначено як лікування, яке задовільно контролює симптоми та запобігає виникненню серцевих подій, пов'язаних із ХКС, із максимальною прихильністю пацієнта й мінімальними побічними подіями. Зазвичай початкове медикamentозне лікування передбачає застосування одного або двох антиангінальних препаратів та, у разі потреби, препаратів для вторинної профілактики ССЗ.

ББ та блокатори кальцієвих каналів (БКК) рекомендовані як препарати першого вибору, хоча до сьогодні немає рандомізованих клінічних

досліджень (РКД), які б порівнювали цей підхід до лікування з альтернативним підходом — із початковим призначенням інших протиішемічних засобів чи комбінації ББ та БКК. Незалежно від початкової стратегії, відповідь на початкову антиангінальну терапію слід оцінити через 2-4 тижні після початку лікування.

Протиішемічні препарати довели свої переваги стосовно симптомів, пов'язаних з ішемією міокарда, однак вони не запобігають виникненню серцево-судинних подій у більшості пацієнтів із ХКС.

Нітрати

Нітрати короткої дії при гострій стенокардії напруги

Сублінгвальні та аерозольні лікарські форми нітрогліцерину забезпечують негайне полегшення стенокардії. Нітрогліцерин у вигляді спрею діє швидше, аніж сублінгвальний.

При виникненні симптомів стенокардії пацієнту необхідно залишатись у положенні сидячи (положення тіла стоячи може призвести до непритомності, а лежачи — посилює венозне повернення крові і переднавантаження серця) та приймати нітрогліцерин (0,3-0,6 мг у вигляді таблеток під язик, не ковтаючи, чи 0,4 мг аерозолу розпилити на язик, не ковтаючи та не вдихаючи) кожні 5 хв, поки не зникне біль, або максимально прийняти до 1,2 мг упродовж 15 хв. Якщо прояви стенокардії зберігаються впродовж цього часового проміжку, необхідна негайна медична допомога. Нітрогліцерин можна застосовувати для профілактики перед фізичним навантаженням, яке провокує напад стенокардії. Ізосорбїду динітрат (5 мг під язик) має дещо повільніший початок дії, аніж нітрогліцерин, унаслідок перетворення до мононітрату в печінці. Дія ізосорбїду динітрату може тривати до однієї години, якщо препарат приймається під язик, і до декількох годин, якщо препарат приймати перорально.

Нітрати тривалої дії для профілактики стенокардії

Нітрати тривалої дії (наприклад, нітрогліцерин, ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат) слід вважати препаратами другого ряду для полегшення симптомів стенокардії, коли початкове лікування ББ чи недигідропіридиновими (НДГП) БКК є протипоказаним, погано переноситься чи недостатньо контролює зменшення симптомів. Насправді існує недостатньо даних, які б порівнювали нітрати з ББ чи БКК для того, щоб зробити ґрунтовні висновки щодо їхньої відносної ефективності. Нітрати тривалої дії викликають звикання із втратою ефективності при довготривалому прийомі, що потребує призначення інтервалу без прийому нітратів чи прийому нітратів у невеликих дозах упродовж 10-14 год. Нітрогліцерин можна приймати перорально чи трансдермально, через

пластирі із повільним вивільненням лікарської речовини. Важливе значення має титрування дози нітратів — для отримання максимального контролю симптомів у допустимій дозі. Припинення застосування нітратів повинно бути поступовим, щоб уникнути повторного зростання проявів стенокардії. Найпоширенішими побічними ефектами є гіпотонія, головний біль та гіперемія. Протипоказання включають гіпертрофічну обструктивну кардіоміопатію, важкий аортальний клапанний стеноз та одночасне застосування інгібіторів фосфодіестерази (наприклад, силденафіл, тадалафіл, варденафіл) або ріоцигуату (III^a, V^b).

Бета-блокатори. Дозу ББ слід регулювати відповідно до обмеження частоти серцевих скорочень (ЧСС) до 55-60/хв у спокої. Припинення їх застосування має бути поступовим і не різким. ББ можуть бути поєднані з дигідропіридиновими (ДГП) БКК із метою зменшення дигідропіридиніндукованої тахікардії, проте додаткове клінічне значення не визначено. Слід з обережністю поєднувати ББ із верапамілом або дилтіаземом через потенційне погіршення проявів СН, появу вираженої брадикардії і/або атріовентрикулярної блокади. Комбінація ББ із нітратом пом'якшує рефлекторну тахікардію останнього. Основними побічними ефектами ББ є втома, депресія, брадикардія, блокади, бронхоспазм, периферична вазоконстрикція, постуральна гіпотонія, імпотенція та маскування симптомів гіпоглікемії.

Блокатори кальцієвих каналів. БКК зменшують симптоми та ішемію міокарда, однак не було показано, що вони знижують основні кінцеві точки захворювання або смертність у пацієнтів із ХКС.

Недигідропіридинові агенти (НДГП БКК, що знижують ЧСС)

Верапаміл. Має широкий спектр визначених показань, включаючи всі варіанти стенокардії (напруги, вазоспастичну, нестабільну), надшлуночкові тахікардії й артеріальну гіпертензію (АГ). Непрямі дані свідчать про безпеку його застосування, але наявний ризик виникнення блокад, брадикардії та СН. Комбінація ББ із верапамілом не рекомендована (через ризик серцевої блокади).

Дилтіазем, з його профілем незначних побічних ефектів, має переваги порівняно з верапамілом при лікуванні стенокардії напруги. Як і верапаміл, він діє шляхом периферичної вазодилатації, зменшує звуження коронарних артерій, зумовлене фізичним навантаженням, має помірний негативний інотропний ефект і пригнічує синусовий вузол.

В окремих пацієнтів для лікування стенокардії недигідропіридинові агенти можуть бути поєднані з ББ. Однак у таких випадках їх слід застосовувати під ретельним моніторингом толерантності

пацієнтів щодо надмірно вираженої брадикардії чи симптомів СН. Використання НДГП БКК у пацієнтів із дисфункцією лівого шлуночка не рекомендується.

Дигідропіридинові агенти (ДГП БКК)

Ніфедипін тривалої дії добре протестований у пацієнтів з АГ за наявності стенокардії в поєднанні з ББ. Відносних протипоказань до застосування ніфедипіну небагато (важкий аортальний стеноз, гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія або СН), обережне поєднання з ББ є зазвичай можливим і рекомендованим. Судинорозширювальні побічні ефекти включають головний біль і набряк щиколоток.

Амлодипін. Дуже довгий період напіврозпаду амлодипіну та хороша переносимість зробили його ефективним антиангінальним і гіпотензивним засобом при прийомі 1 раз на день. Побічних ефектів виявлено небагато, в основному набряк щиколоток. Ішемія, зумовлена фізичним навантаженням, ефективніше усувається амлодипіном шляхом титрування дози від 5 до 10 мг/добу, ніж при застосуванні ББ атенололу, 50 мг/добу, та ще кращою є їх комбінація. Однак комбінація БКК і ББ застосовується недостатньо, навіть у деяких дослідженнях, що повідомляють про «оптимальне лікування» стабільної стенокардії напруги.

Івабрадин не є гіршим від атенололу або амлодипіну в лікуванні стенокардії та ішемії в пацієнтів із ХКС. Додавання івабрадину в дозі 7,5 мг двічі на день до терапії атенололом давало кращий контроль серцевого ритму та ангінальних симптомів. Результати досліджень підтверджують використання івабрадину як препарату другого ряду в пацієнтів із ХКС.

Нікорандил є нітратним похідним нікотинамідом з антиангінальними ефектами, подібними до ефектів нітратів або ББ. Побічні ефекти включають нудоту, блювоту та потенційно важкі виразки слизової оболонки рота, кишківника. Рекомендований як препарат другого ряду в пацієнтів із ХКС.

Ранолазин — селективний інгібітор пізнього потоку натрієвих каналів. Побічні ефекти включають запаморочення, нудоту та закрепи. Крім того, ранолазин подовжує інтервал QT, тому його слід обережно застосовувати в пацієнтів із пролонгованим QT або в поєднанні з препаратами, що подовжують QT. Рекомендований як препарат другого ряду в пацієнтів із ХКС та рефрактерною стенокардією, поряд із застосуванням загальноприйнятих антиангінальних засобів, таких як ББ, БКК та/або нітрати тривалої дії.

Триметазидин має гемодинамічно нейтральний профіль побічних ефектів. Він залишається протипоказаним при хворобі Паркінсона та моторних порушеннях, таких як тремор, ригідність м'язів, порушення ходи й синдром неспокійних ніг. Рекомендований як препарат другої лінії в

пацієнтів із ХКС, симптоми якого недостатньо піддаються контролю, або при непереносимості інших лікарських засобів для лікування стенокардії.

Запропонована покрокова стратегія антиішемічної медикаментозної терапії при ХКС залежно від деяких базових характеристик пацієнта (табл. 3). Недостатня відповідь або погана толерантність на певному кроці виправдовує перехід до наступного кроку. Тактика лікування повинна бути адаптована до індивідуальних особливостей та преференцій кожного пацієнта, проте кроків, зазначених у таблиці, необов'язково дотримуватись.

Алопуринол. Виявлено зв'язок застосування алопуринолу зі зменшенням ризику виникнення ІМ у літніх людей, особливо при застосуванні понад 2 роки. Однак роль алопуринолу в зниженні клінічних подій при ССЗ залишається недостатньо з'ясованою.

Таблиця 3. Пропонована поетапна тактика тривалої протиішемічної медикаментозної терапії в пацієнтів із ХКС та специфічними базовими характеристиками

	Стандартна терапія	Висока ЧСС (наприклад, >80/хв)	Низька ЧСС (наприклад, <50/хв)	Дисфункція ЛШ або СН	Низький АТ
1-й крок	Бета-блокатор або БКК	Бета-блокатор або НДГП-БКК	ДГП-БКК	Бета-блокатор	Низька доза бета-блокатора або НДГП-БКК
2-й крок	Бета-блокатор + ДГП-БКК	Бета-блокатор і НДГП-БКК	Нітрат тривалої дії	Додати нітрат тривалої дії чи івабрадин	Додати низьку дозу нітрату тривалої дії
3-й крок	Додати препарат 2-ї лінії	Додати івабрадин	ДГП-БКК + нітрати тривалої дії	Додати інший препарат 2-ї лінії	Додати івабрадин, ранолазин або триметазидин
4-й крок	Додати нікорандил, ранолазин або триметазидин				

Профілактика подій (табл. 4)

Антитромбоцитарні препарати. Активація та агрегація тромбоцитів є стимулюючим фактором коронарного тромбозу і причиною для використання антитромбоцитарних препаратів у пацієнтів із ХКС з урахуванням балансу щодо профілактики ішемічних подій і підвищеного ризику кровотечі. Подвійна антитромбоцитарна терапія аспірином та пероральним інгібітором P2Y₁₂ є основою антитромботичної терапії після перенесеного ІМ та/або черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ).

Низькі дози аспірину. Аспірин пригнічує тромбоцитарну циклооксигеназу-1 і синтез тромбоксану, що забезпечується при його постійному прийомі в дозі ≥ 75 мг/добу. Для профілактики ішемічних подій у пацієнтів з ІХС із наявністю або без ІМ в анамнезі необхідна щоденна доза аспірину становить 75-100 мг. Оскільки інгібування

аспірином циклооксигенази-1 є послідовним і передбачуваним для прихильних пацієнтів, ніякого тестування функції тромбоцитів для моніторингу індивідуальної реакції проводити не потрібно.

Пероральні інгібітори P2Y₁₂. Інгібітори P2Y₁₂ блокують P2Y₁₂ рецептор тромбоцитів, який відіграє ключову роль в активації тромбоцитів і посиленні утворення артеріальних тромбів. Клопідогрель і прасугрель є тієнопіридиновими проліками, які безповоротно блокують P2Y₁₂ через активні метаболіти. Тикагрелор є зворотно зв'язуючим інгібітором P2Y₁₂, який не потребує метаболічної активації.

Результати досліджень свідчать про більшу користь клопідогрелю в пацієнтів із захворюваннями периферичних артерій (ЗПА). Препарати, які інгібують CYP2C19, такі як омепразол, можуть знижувати чутливість до клопідогрелю.

Прасугрель має більш швидкий, прогнозований і в середньому більш виражений антитромбоцитарний ефект порівняно з клопідогрелем, не сприйнятливий до взаємодії ліків. Прасугрель більш ефективний, ніж клопідогрель, у лікуванні аспірином пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС), що перенесли ЧКВ, але не в пацієнтів із ГКС, яким проводиться лише медикаментозна терапія. Прасугрель асоційований із більшою кількістю нефатальних і фатальних кровотеч порівняно з клопідогрелем у пацієнтів із ГКС, що перенесли ЧКВ, несприятливо впливає на пацієнтів з ішемічним інсультом в анамнезі та характеризується відсутністю явної користі в людей віком старше 75 років чи з масою тіла <60 кг.

Тикагрелор має найбільш передбачуваний і стабільно високий рівень інгібування P2Y₁₂ рецепторів. Терапія тикагрелором у навантажувальній дозі 180 мг із переходом на 90 мг двічі на добу досягає більшого зниження ішемічних подій порівняно з клопідогрелем у пацієнтів із ГКС, що приймають аспірин, незалежно від тактики реваскуляризації, поряд із більшою кількістю нефатальних кровотеч.

Обидві дози тикагрелору (90 або 60 мг двічі на добу) еквівалентні щодо ефективності. Тикагрелор може викликати задишку, часто незначну і короткотривалу, яка легко переноситься, що, однак, іноді потребує переходу на тієнопіридин. Тикагрелор метаболізується через CYP3A, а отже, його не слід застосовувати із сильними інгібіторами чи індукторами CYP3A.

Оптимальні терміни початку інгібування P2Y₁₂ перед коронарною ангіографією та можливим ЧКВ у пацієнтів із ХКС не визначені, однак все частіше використання радіального доступу й клінічний досвід дозволили розглянути питання про попереднє лікування клопідогрелем пацієнтів, які мають високий шанс піддатись ЧКВ. Обмежена кількість фармакодинамічних досліджень

підтримує неліцензійне використання прасугрелю або тикагрелору в стабільних пацієнтів, які піддаються елективним ЧКВ і мають високий ризик тромбозу стента, проте баланс безпеки/ефективності цього підходу, порівняно з клопідогрелем, не встановлено.

Тривалість подвійної антитромбоцитарної терапії (ПАТТ). Після ЧКВ за наявності ХКС призначення ПАТТ на 6 міс. досягає оптимального балансу ефективності й безпеки в більшості пацієнтів. Передчасне припинення прийому інгібітора P2Y₁₂ асоційоване з підвищеним ризиком тромбозу стента та не рекомендується. Однак менша тривалість ПАТТ може розглядатись через 1-3 міс. в осіб, що мають високий ризик небезпечної для життя кровотечі, з огляду на дуже низький ризик тромбозу стента.

Рекомендована тривалість ПАТТ після ГКС — 12 міс., проте менша тривалість може бути розглянута в осіб, які мають високий ризик кровотечі. Згідно з результатами дослідження DAPT, продовження терапії клопідогрелем або прасугрелем понад 12 міс. у пацієнтів після ЧКВ зменшує ішемічні події та тромбоз стента, але не впливає на смертність і сприяє посиленню кровотеч (табл. 5).

Дослідження PEGASUS-TIMI 54 показало, що тривала терапія тикагрелором у дозуванні 60 або 90 мг двічі на добу, розпочата в стабільних пацієнтів ≥ 1 року після ІМ, сприяла зменшенню кількості нефатальних кровотеч. Доза 60 мг, як з'ясувалось, переносилась краще і, згідно із цією властивістю, затверджена в багатьох країнах, зокрема для післяінфарктних пацієнтів високого ризику із цукровим діабетом (ЦД), ЗПА або мультисудинною ІХС (табл. 5).

Антикоагулянтні препарати в пацієнтів із синусовим ритмом. Пригнічуючи дію та/або утворення тромбіну, який відіграє ключову роль як у коагуляції, так і в активації тромбоцитів, антикоагулянти знижують ризик виникнення артеріальних тромботичних подій. Однак висока ефективність і безпека ПАТТ, порівняно з аспірином та антикоагуляцією, у запобіганні тромбозу стента призвели до відмови від останньої стратегії після ЧКВ на користь ПАТТ.

Низькі дози ривароксабану. Ривароксабан, інгібітор Ха фактора, був досліджений у низькій дозі 2,5 мг двічі на добу в кількох популяціях пацієнтів із синусовим ритмом. У стабілізованих пацієнтів після ГКС, які приймали переважно аспірин та клопідогрель, він зменшував випадки ІМ, інсульту й серцево-судинної смерті, хоча зростав ризик кровотеч. Згодом у дослідженні COMPASS було з'ясовано, що той самий режим застосування ривароксабану в поєднанні з аспірином зменшував частоту ішемічних подій, зокрема в пацієнтів із ЗПА, хронічною хворобою нирок (ХХН), а

Таблиця 4. Рекомендації щодо запобігання подіям I

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Антитромботична терапія в пацієнтів із ХКС та синусовим ритмом		
Аспірин 75-100 мг щодня рекомендується пацієнтам із попереднім ІМ або реваскуляризацією.	I	A
Клопідогрель 75 мг щодня рекомендується як альтернатива аспірину пацієнтам із толерантністю до аспірину.	I	B
Клопідогрель 75 мг щодня може вважатися перевагою над аспірином у симптомних чи безсимптомних пацієнтів, із ЗПА або наявністю в анамнезі ішемічного інсульту чи транзиторної ішемічної атаки.	IIb	B
Аспірин 75-100 мг щодня може розглядатися в пацієнтів без ІМ або реваскуляризації в анамнезі, але з переконливими доказами наявності ІХС при візуалізації.	IIb	C
Додавання другого антитромботичного препарату до аспірину для тривалої вторинної профілактики слід розглянути в пацієнтів із високим ризиком ішемічних подій ^c та без високого ризику кровотечі ^d (див. табл. 4 для варіантів).	IIa	A
Додавання другого антитромботичного препарату до аспірину для тривалої вторинної профілактики може бути розглянуто в пацієнтів із принаймні помірно підвищеним ризиком виникнення ішемічних подій ^e та без високого ризику кровотечі ^d (див. табл. 5 для варіантів).	IIb	A
Антитромботична терапія після PCI в пацієнтів із ХКС та синусовим ритмом		
Аспірин 75-100 мг щодня рекомендується після стентування.	I	A
Клопідогрель 75 мг щодня після відповідного навантаження (наприклад, 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) рекомендується як додаток до аспірину впродовж 6 місяців після коронарного стентування, незалежно від типу стента, якщо тільки менша тривалість (1-3 місяці) не показана через ризик або виникнення небезпечної для життя кровотечі.	I	A
Клопідогрель 75 мг щодня після відповідного навантаження (наприклад, 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) має бути розглянутий упродовж 3 місяців у пацієнтів із більш високим ризиком небезпечної для життя кровотечі.	IIa	A
Клопідогрель 75 мг щодня після відповідного навантаження (наприклад, 600 мг або >5 днів підтримувальної терапії) може бути розглянутий упродовж 1 місяця в пацієнтів із дуже високим ризиком небезпечної для життя кровотечі.	IIb	C
Прасугрель або тикагрелор при елективному стентуванні можуть розглядатися принаймні як початкова терапія, у специфічних ситуаціях високого ризику (наприклад, субоптимальне відкриття стента або інші процедурні характеристики, пов'язані з високим ризиком тромбозу стента, складне стовбурове ураження чи мультисудинне стентування) або якщо ПАТТ не може використовуватись через толерантність до аспірину.	IIb	C

Примітки: ^a — Клас рекомендацій. ^b — Рівень доказів. ^c — Дифузна багатосудинна ІХС за наявності щонайменше одного з таких: цукровий діабет, що потребує медикаментозного лікування, рецидивний ІМ, ЗПА або ХХН із рШКФ 15-59 мл/хв/1,73 м². ^d — Наявність в анамнезі внутрішньомозкового крововиливу або ішемічного інсульту, іншої внутрішньочерепної патології; нещодавня шлунково-кишкова кровотеча або анемія внаслідок шлунково-кишкової крововтрати, інша шлунково-кишкова патологія, пов'язана з підвищеним ризиком кровотечі; печінкова недостатність; геморагічні діатези або коагулопатії; старечий вік чи немічність/крихіть; ниркова недостатність, що потребує діалізу, з eGFR <15 мл/хв/1,73 м². ^e — Принаймні одне з такого: багатосудинна/дифузна ІХС, ЦД, що потребує медикаментозного лікування, рецидивний ІМ, ЗПА, СН або ХХН з eGFR 15-59 мл/хв/1,73 м².

також у курців. У дослідженні GEMINI-ACS ривароксабан у дозі 2,5 мг двічі на добу порівнювали з аспірином у пацієнтів, які отримували інгібітор P2Y12 та були стабільними після проведених PCI. Результати вказують на безпеку ривароксабану, подібну до аспірину, однак для обґрунтування цього висновку потрібні більші дослідження.

Таблиця 5. Варіанти подвійної антитромботичної терапії в поєднанні з аспірином 75-100 мг щодня в пацієнтів, які мають високий^c або помірний^e ризик виникнення ішемічних подій і не мають високого^d ризику кровотечі

Препарат	Доза	Показання	Додаткові застереження
Клопідогрель	75 мг 1 р/день	Пацієнти, які перенесли ІМ та які отримували ПАТТ упродовж 1 року	
Прасугрель	10 мг 1 р/день або 5 мг 1 р/день, якщо маса тіла <60 кг чи вік >75 років	Пацієнти після ЧКВ із приводу ІМ, які отримували ПАТТ упродовж 1 року	Вік >75 років
Ривароксабан	2,5 мг 2 р/день	Перенесений >1 року ІМ чи багатосудинна ІХС	Кліренс креатиніну 15-29 мл/хв
Тикагрелор	60 мг 2 р/день	Пацієнти після перенесеного ІМ, які отримували ПАТТ упродовж 1 року	

Примітки: ^{c, e, d} — див. примітки до табл. 4.

Антикоагулянтні препарати при фібриляції передсердь (ФП) (табл. 6). Антикоагулянтна терапія рекомендована пацієнтам із ФП і ХКС для профілактики ішемічного інсульту та інших ішемічних подій. Антикоагулянти у хворих на ФП продемонстрували перевагу над монотерапією аспірином або подвійною антитромбоцитарною терапією на основі клопідогрелю для профілактики інсульту і тому рекомендуються за цим показанням. Коли пероральна антикоагуляція розпочинається в пацієнта з ФП, який має право на отримання орального антикоагулянта (ОАС), що не є антагоністом вітаміну К (НОАС: апіксабан, дабігатран, едоксабан або ривароксабан), НОАС рекомендовані як перевага над антагоністом вітаміну К (VKA).

Комбінована антикоагулянтна та антитромбоцитарна терапія після елективного ЧКВ у пацієнтів із ФП. Щодо перипроцедурної тактики, рекомендується уникати переривання прийому VKA, якщо це можливо, тоді як терапію НОАС рекомендовано припинити за 12-48 год до проведення елективного ЧКВ, залежно від функції нирок і конкретного режиму НОАС. Радіальний артеріальний доступ є кращим; внутрішньопроцедурно рекомендовано нефракціонований гепарин у стандартній (70-100 ОД/кг) або (у тих, хто перебуває на безперервному прийомі VKA) меншій дозі — 30-50 ОД/кг. Рекомендовано

передлікування аспірином у дозі 75-100 мг щодня та клопідогрель (навантажувальна доза — 300-600 мг або нетривала підтримувальна терапія) як перевага над прасугрелем чи тикагрелором. Пацієнти, які приймають VKA та отримують аспірин і клопідогрель після ЧКВ, повинні мати Міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) в інтервалі 2,0-2,5 із спрямуванням на високий час перебування в терапевтичному діапазоні (>70%).

Після неускладненого ЧКВ бажана тривалість потрібної терапії (ОАС, аспірин і клопідогрель) становить ≤1 тиждень із раннім припиненням прийому аспірину та продовженням подвійної терапії (ОАС і клопідогрель) протягом 6 міс. Коли ж ризик тромбоутворення переважає над ризиком кровотечі, потрібна антитромботична терапія триває >1 тижня, максимально — до 1 міс. На сьогодні докази на підтримку використання пероральних антикоагулянтів із тикагрелором або прасугрелем в якості подвійної терапії після ЧКВ як альтернативи потрібній терапії є обмеженими [1, 2].

У пацієнтів із ФП та ГКС, які перенесли неускладнене ЧКВ, алгоритм застосування потрібної антитромботичної терапії такий самий, як і в пацієнтів з елективним ЧКВ, однак подвійна терапія (ОАС та інгібітор P2Y12, бажано клопідогрель) рекомендована протягом 12 міс. [2].

Монотерапія ОАС після ЧКВ, як правило, рекомендована пацієнтам із ФП через 6 міс. після елективного ЧКВ і через 12 міс. — після ЧКВ із приводу ГКС [2].

Інгібітори протонної помпи (ІПП) знижують ризик виникнення шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів, що лікувались антитромботичними препаратами. Довготривале застосування ІПП асоційоване з гіпомагніємією, але роль моніторингу рівня магнію в сироватці крові є невідомою. ІПП, які інгібують CYP2C19, зокрема омепразол та езомепразол, можуть зменшити фармакодинамічну відповідь на клопідогрель. Хоча не було показано, що ці препарати впливають на ризик виникнення ішемічних подій або тромбозу стента, одночасне застосування омепразолу або езомепразолу з клопідогрелем, як правило, не рекомендується.

Кардіохірургія та антитромботична терапія. Аспірин, як правило, слід продовжувати в пацієнтів із ХКС, які піддаються елективним кардіохірургічним втручанням, застосування інших антитромботичних засобів припиняється з інтервалами відповідно до їх тривалості дії та показань (прасугрель припиняють за ≥7 днів до втручання, клопідогрель — за ≥5 днів, тикагрелор — за ≥3 дні, а ривароксабан, апіксабан, едоксабан і дабігатран — за 1-2 дні до втручання залежно від дози та функції нирок). Вживання аспірину після операції коронарного шунтування (КШ) може

Таблиця 6. Рекомендації щодо запобігання подіям I (продовження)

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b	Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Антитромботична терапія в пацієнтів із ХКС та ФП					
Якщо пероральна антикоагуляція розпочата в пацієнта з ФП, який має право на отримання NOAC ^c , останні рекомендовані як перевага порівняно з VKA.	I	A	При застосуванні дабігатрану, у випадку переважання високого ризику кровотечі ^d над ризиком тромбозу стента ^h або ішемічного інсульту ^e , дабігатран у дозі 110 мг двічі на добу слід розглядати як перевагу над дабігатраном у дозі 150 мг двічі на добу впродовж супутньої моно- чи подвійної антитромбоцитарної терапії.	Ila	B
Довготривала терапія OAC (NOAC або VKA з часом у терапевтичному діапазоні >70%) рекомендована в пацієнтів із ФП та показником за CHA ₂ DS ₂ -VASc ^c ≥2 — у чоловіків та ≥3 — у жінок.	I	A	Після неускладненого ЧКВ слід розглянути можливість раннього припинення застосування аспірину (≤1 тиж.) та продовження подвійної терапії OAC і клопідогрелем, якщо ризик виникнення тромбозу стента ^h є низьким або якщо ризик кровотечі переважає над ризиком виникнення тромбозу стента ^h , незалежно від типу застосованого стента.	Ila	B
Довготривалу терапію OAC (NOAC або VKA з часом у терапевтичному діапазоні >70%) слід розглянути в пацієнтів із ФП та показником за CHA ₂ DS ₂ -VASc ^c 1 — у чоловіків і 2 — у жінок.	Ila	B	Потрійну терапію аспірином, клопідогрелем та OAC >1 тижня слід розглядати, коли ризик тромбозу стента ^h переважає над ризиком кровотечі; загальна тривалість (≤1 міс.) такої терапії визначається відповідно до оцінки цих ризиків і має бути чітко зазначена при виписці з лікарні (згідно з Настановами ЕТК, 2020, ФП).	Ila	C
Аспірин 75-100 мг щодня (або клопідогрель 75 мг щодня) може розглядатися як доповнення до довготривалої терапії OAC у пацієнтів із ФП, ІМ в анамнезі та високим ризиком повторних ішемічних подій ^c ; за умови відсутності високого ризику кровотечі ^d .	Ilb	B	У пацієнтів, які приймають VKA в поєднанні з аспірином та/або клопідогрелем, інтенсивність дози VKA слід ретельно регулювати відповідно до МНВ у межах 2,0-2,5, з часом у терапевтичному діапазоні >70%.	Ila	B
Антитромботична терапія після ЧКВ у пацієнтів із ФП або іншими показаннями до застосування OAC			Подвійна терапія OAC і тикагрелором або прасугрелем може розглядатися як альтернатива потрійній терапії OAC, аспірином та клопідогрелем у пацієнтів із помірним або високим ризиком тромбозу стента ^h , незалежно від типу застосованого стента.	Ilb	C
Пацієнтам, які піддаються імплантації коронарного стента, рекомендується перипроцедурно призначати аспірин та клопідогрель.	I	C	Застосування тикагрелору або прасугрелю в рамках потрійної антитромботичної терапії аспірином та OAC не рекомендовано.	III	C
Пацієнтам, які мають право на отримання NOAC, рекомендовано їх приймати (апиксабан 5 мг двічі на добу, дабігатран 150 мг двічі на добу, едоксабан 60 мг один раз на добу або ривароксабан 20 мг один раз на добу) ^f як перевагу порівняно з VKA в поєднанні з антитромбоцитарною терапією.	I	A	Застосування інгібіторів протонної помпи		
При застосуванні ривароксабану, у випадку переважання високого ризику кровотечі ^d над ризиком тромбозу стента ^h або ішемічного інсульту ^e , ривароксабан у дозі 15 мг один раз на добу слід розглядати як перевагу над ривароксабаном у дозі 20 мг один раз на добу впродовж супутньої моно- чи подвійної антитромбоцитарної терапії.	Ila	B	Однотимчасне застосування ІПП рекомендовано пацієнтам, які отримують монотерапію аспірином, ПАТТ або монотерапію OAC та які мають високий ризик шлунково-кишкової кровотечі.	I	A

Примітки: ^a — Клас рекомендацій. ^b — Рівень доказів. ^{c,d} — див. примітки до табл. 4. ^f — Перегляньте характеристику препарату щодо зменшення доз або протипоказань для кожного з NOAC у пацієнтів із ХХН, масою тіла <60 кг, віком >75-80 років та/або взаємодією ліків. ^g — Застійна СН, гіпертензія, вік ≥75 років (2 бали), діабет, попередній інсульт / транзиторна ішемічна атака / емболія (2 бали), судинні захворювання (ІХС за наявності візуалізації або ангіографії, перенесений ІМ, ЗПА або аортальна бляшка), вік 65-74 роки та жіноча стать. ^h — Ризик тромбозу стента включає (i) ризик виникнення тромбозу та (ii) ризик смерті в разі виникнення тромбозу стента, обидва вони стосуються анатомічних, процедурних і клінічних характеристик. Факторами ризику для пацієнтів із ХКС є стентування стовбура лівої коронарної артерії, проксимальної LAD або останньої, що залишилась, видимої артерії; субоптимальне розкриття стента; довжина стента >60 мм; ЦД; ХХН; біфуркація з двома імплантованими стентами; лікування хронічної тотальної оклюзії; попередній тромбоз стента на адекватній антитромботичній терапії.

покращити прохідність трансплантату. Роль ПАТТ або подвійної терапії аспірином і ривароксабаном після КШ не визначена, оскільки недостатньо великих проспективних досліджень. Однак результати РКД свідчать про більш високий рівень прохідності трансплантату при застосуванні ПАТТ порівняно з монотерапією аспірином.

Несерцева хірургія та антитромботична терапія

Несерцева хірургія пов'язана з підвищеним ризиком ІМ. Після ЧКВ, коли це можливо, рекомендується відкласти планову хірургію до завершення рекомендованого курсу ПАТТ. Зазвичай це означатиме затримку операції до 6 місяців після ЧКВ, проте хірургічне втручання в проміжку від 3 до 6 міс. може бути розглянуте мультидисциплінарною командою, включаючи

інтервенційного кардіолога, якщо це клінічно показано. При більшості видів операцій аспірин слід продовжувати, оскільки користь переважає над ризиком кровотечі, але це не може стосуватись процедур, пов'язаних із надзвичайно високим ризиком кровотечі (внутрішньочерепні процедури, трансуретральна простатектомія, внутрішньоочні процедури тощо). Дослідження COMPASS, яке включало пацієнтів із ХКС та периферичними реваскуляризаційними процедурами в анамнезі, продемонструвало переваги аспірину та ривароксабану 2,5 мг двічі на добу порівняно з монотерапією аспірином, включаючи зниження основних показників несприятливих подій із боку кінцівки та смертності, що свідчить про необхідність стратифікації ризику пацієнтів після несерцевої судинної хірургії з приводу атеросклеротичної хвороби.

Статини та інші гіполіпідемічні препарати (табл. 7)

Дисліпідемію слід лікувати відповідно до рекомендацій щодо ведення дисліпідемій із використанням фармакотерапії та зміни способу життя. Пацієнти з доведеною ІХС вважаються пацієнтами дуже високого ризику серцево-судинних подій, тому лікування статинами слід розглядати незалежно від рівня ХС ЛПНЩ. Мета лікування — знизити рівень ХС ЛПНЩ до $<1,8$ ммоль/л (<70 мг/дл) або принаймні зменшити його на 50%, якщо вихідний рівень ХС ЛПНЩ становить 1,8-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл). Якщо такого рівня досягнути неможливо, слід додати езетиміб.

Окрім фізичних вправ, дієти та контролю ваги, які слід рекомендувати всім пацієнтам, рівень ХС ЛПНЩ можуть знижувати меншою мірою дієтичні добавки, включаючи фітостероли, однак покращення клінічних результатів не спостерігалось.

Дуже ефективними щодо зниження холестерину є інгібітори proprotein convertase subtilisin-kexin type 9 (PCSK9) (evolocumab, alirocumab), які стабільно знижують ХС ЛПНЩ до $<1,3$ ммоль/л (50 мг/дл). Дуже низький рівень холестерину добре переноситься і пов'язаний із меншою кількістю подій, але висока вартість інгібіторів PCSK9, недоступна для багатьох систем охорони здоров'я, та їх невідома довгострокова безпека обмежили їх використання на сьогодні. Аферез ліпопротеїдів низької щільності й нові методи лікування, такі як mipomersen і lomitapide, потребують подальших досліджень.

Блокатори системи ренін-ангіотензин-альдостерону

Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) можуть знизити смертність, ризик виникнення ІМ, інсульту та СН серед пацієнтів із дисфункцією ЛШ, попередніми судинними захворюваннями й діабетом високого ризику. Рекомендовано інгібітори АПФ (чи блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) у випадку їх непереносимості) розглядати для лікування пацієнтів із ХКС та супутньою АГ, ФВ ЛШ $\leq 40\%$, діабетом або ХХН, якщо вони не протипоказані (наприклад, важке порушення функції нирок, гіперкаліємія тощо).

Неприлизин — ендогенний фермент, який руйнує вазоактивні пептиди, такі як брадикінін і натрійуретичні пептиди. Фармакологічне інгібування неприлизину підвищує рівні цих пептидів, посилюючи діурез, натрійурез, міокардіальну релаксацію та антиремоделювання, знижує секрецію реніну й альдостерону. Першим у цьому класі є сакубітріл/валсартан. У пацієнтів із СН (ФВ ЛШ $\leq 35\%$), які залишаються симптомними, незважаючи на оптимальне лікування інгібітором

АПФ, ББ та антагоністом мінералокортикоїдних рецепторів (АМР), сакубітріл/валсартан рекомендований як заміна інгібітора АПФ для подальшого зниження ризику госпіталізації й смерті амбулаторних пацієнтів із приводу СН.

Блокада альдостерону спіронолактоном чи еплереноном рекомендована пацієнтам із перенесеним ІМ, які вже отримують терапевтичні дози інгібітора АПФ та ББ, мають ФВ ЛШ $\leq 35\%$, а також діабет або СН.

Слід бути обережними при застосуванні АМР у пацієнтів із порушенням функції нирок (eGFR <45 мл/хв/1,73 м²) та в тих, хто має рівень калію в сироватці крові $\geq 5,0$ ммоль/л.

Таблиця 7. Рекомендації щодо запобігання подіям II

Ліпідознижувальні препарати	Клас ^a	Рівень ^b
Статини рекомендовані всім пацієнтам із ХКС ^c .	I	A
Якщо мета пацієнта не досягнута застосуванням максимально переносимої дози статину, рекомендовано поєднання з езетимібом.	I	B
У пацієнтів із дуже високим ризиком, які не досягають мети застосуванням максимально переносимої дози статину та езетимібу, рекомендована комбінація з інгібітором PCSK9.	I	A
Інгібітори АПФ		
Інгібітори АПФ (або БРА) рекомендовані, якщо в пацієнта є інші стани (наприклад, серцева недостатність, гіпертензія чи діабет).	I	A
Інгібітори АПФ повинні бути розглянуті в пацієнтів із ХКС, які мають дуже високий ризик серцево-судинних подій.	IIa	A
Інші препарати		
Бета-блокатори рекомендовані пацієнтам із дисфункцією ЛШ або систолічною СН.	I	A
У пацієнтів із попереднім STEMI слід розглянути можливість тривалого перорального лікування бета-блокатором.	IIa	B

Примітки: ^a — Клас рекомендацій. ^b — Рівень доказів. ^c — Цілі лікування вказані в Керівних принципах Європейського товариства кардіологів / Європейського товариства з атеросклерозу щодо лікування дисліпідемій.

Замісна гормональна терапія

Результати великих рандомізованих досліджень показали, що гормонозамісна терапія не має прогностичної користі та збільшує ризик ССЗ у жінок віком >60 років.

Реваскуляризація

У пацієнтів із ХКС оптимальна медикаментозна терапія є ключовою для зменшення симптомів, зупинки прогресування атеросклерозу та попередження атеротромботичних подій. Реваскуляризація міокарда відіграє центральну роль у менеджменті й лікуванні ХКС, але завжди є доповненням до медикаментозної терапії, не витісняючи її. Реваскуляризація передбачає досягнення двох цілей — це полегшення симптомів у пацієнтів зі стенокардією та/або покращення прогнозу.

Реваскуляризація за допомогою ЧКВ або КШ може ефективно полегшити стенокардію, зменшити частоту вживання антиангінальних препаратів і покращити здатність до фізичних навантажень та якість життя порівняно зі стратегією винятково медикаментозної терапії.

Реваскуляризація шляхом ЧКВ або КШ також має на меті ефективне усунення ішемії міокарда та її несприятливих клінічних проявів серед пацієнтів зі значним коронарним стенозом, а також зменшення ризику великих гострих серцево-судинних подій, включаючи ІМ і серцево-судинну смерть.

Список використаної літератури

1. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2019;00:1-71.
2. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. 2020;00:1-125.

CHRONIC CORONARY SYNDROME: MANAGEMENT OF PATIENTS (ACCORDING TO EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC) 2019 GUIDELINES)

H.V. Svitlyk, N.V. Chmyr, M.O. Harbar, R.A. Kovalchuk, M.V. Myhovych, U.R. Bahan, Y.O. Svitlyk

Abstract. This article presents contemporary approaches to treatment in patients with chronic coronary syndromes (CCS), according to European Society of Cardiology (ESC) 2019 guidelines [1]. It is stated that the algorithm of the treatment process includes pharmacological management, which envision control of symptoms and prevention of occurrence cardiac events that are related to CCS with the maximum patient compliance and with minimal side effects. A step-by-step tactics of long-term antianginal drugs therapy are given, taking into account the patient's specific baseline characteristics. The importance of antithrombotic treatment is underlined (with saving of the balance between prevention of ischemic events and the risk of bleeding), applying of lipid-lowering and other drugs to prevent events. It is noted that myocardial revascularization plays central role in the treatment of CCS, contributing to symptom relief and improving prognosis, but it is always a supplement to drug therapy. A healthy lifestyle for the patient is an important condition for achieving success in the treatment of CCS.

Keywords: chronic coronary syndrome, antianginal drugs therapy, treatment to prevent cardiac events, myocardial revascularization, healthy lifestyle.

Для цитування: Світлик ГВ, Гарбар МО, Чмир НВ, Мигович МВ, Ковальчук РА, Баган УР, Світлик ЮО. Хронічний коронарний синдром: менеджмент пацієнтів. Практикуючий лікар, 2023. № 1, с. 27-37. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-1.27.

Адреса для листування: Світлик Галина Володимирівна, h.svitlyk@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Гарбар Мирослава Орестівна, mirasvit@yahoo.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Чмир Наталія Василівна, nataljakushnir@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Ковальчук Ростислав Андрійович, rostykwave@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Мигович Марина Володимирівна, marinabegej077@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Баган Ульяна Романівна, ulyana_bagan@ukr.net; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Світлик Юлія Орестівна, juliasvit@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Світлик Галина Володимирівна, д-ка мед. наук, професорка, професорка кафедри сімейної

медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-1083-3204; Гарбар Мирослава Орестівна, канд. мед. наук, доцентка, доцентка кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0003-0749-6427; Чмир Наталія Василівна, асистентка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0001-8208-7303; Ковальчук Ростислав Андрійович, аспірант кафедри сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0001-6093-0689; Мигович Марина Володимирівна, аспірантка кафедри сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-6438-8740; Баган Ульяна Романівна, аспірантка кафедри сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-5790-2705; Світлик Юлія Орестівна, канд. мед. наук, асистентка кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-6321-5952.

Особистий внесок: Світлик Г.В. — генератор ідеї, редагування матеріалу, оформлення статті. Гарбар М.О. — аналіз фрагмента Настанов Європейського товариства кардіологів. Чмир Н.В. — аналіз фрагмента Настанов Європейського товариства кардіологів. Ковальчук Р.А. — аналіз фрагмента

Настанов Європейського товариства кардіологів. Мигонич М.В. — аналіз фрагмента Настанов Європейського товариства кардіологів. Баган У.Р. — аналіз фрагмента Настанов Європейського товариства кардіологів. Світлик Ю.О. — аналіз фрагмента Настанов Європейського товариства кардіологів.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Національної академії медичних наук України.

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 16.03.2023, прийнята на друкування 22.03.2023, надрукована 28.03.2023.

For citation: Svitlyk HV, Harbar MO, Chmyr NV, Kovalchuk RA, Myhovych MV, Bahan UR, Svitlyk YO. Chronic coronary syndrome: management of patients. The Practitioner, 2023. № 1, p. 27-37. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-1.27.

Correspondence address: Svitlyk Halyna, h.svitlyk@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Harbar Myroslava, mirasvit@yahoo.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Chmyr Natalia, nataljakushnir@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Kovalchuk Rostyslav, rostykwave@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Myhovych Maryna, marinabegej077@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Bahan Ulyana, ulyana_bagan@ukr.net; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Svitlyk Yulia, juliasvit@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Svitlyk Halyna, Doctor of Medicine, Professor of the Department of Family Medicine

FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-1083-3204; Garbar Myroslava, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Intensive Care FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0003-0749-6427; Chmyr Natalia, assistant professor of Department of Propaedeutic of Internal Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8208-7303>; Kovalchuk Rostyslav, PhD student of the Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0001-6093-0689; Myhovych Maryna, PhD student of the Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6438-8740; Bahan Ulyana, PhD student of the Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-5790-2705; Svitlyk Yulia, Doctor of Medical Sciences, assistants professor of the Department of Anesthesiology and Intensive Care FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6321-5952.

Personal contribution: Svitlyk HV — an idea generator, material editing, article design. Harbar MO — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines. Chmyr NV — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines. Kovalchuk RA — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines. Myhovych MV — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines. Bahan UR — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines. Svitlyk YO — analysis of the part of European Society of Cardiology Guidelines.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 16.33.2023, accepted 22.03.2023, published 28.03.2023.