



Парадоксы острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST в условиях реальной клинической практики

Несова А. К., Рябов В. В.

Цель обзора — определить актуальные барьеры, "парадоксы", в лечении пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST), исходя из критического анализа результатов современных исследований и выявленных пробелов доказательной базы.

ОКСбпST как сложную нозологическую единицу можно рассматривать с позиции следующей "совокупности парадоксов": парадокс "риск-лечение"; парадокс стратификации риска; объем и сроки назначения двойной дезагрегантной терапии; парадокс недостаточной пользы инвазивного лечения; возраст и коморбидность; тактика при многососудистом поражении коронарного русла. Проведен обзор публикаций, индексированных в базах данных Pubmed и Российском индексе научного цитирования (РИНЦ). Глубина поиска составила 10 лет (с 2013г по 2023г). В результате поискового запроса получено 328 исследований, из которых 45 использованы для написания окончательного варианта обзора.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, парадокс "риск-лечение", стратификация риска, гериатрические синдромы, многососудистое поражение коронарного русла.

Отношения и деятельность: нет.

Научно-исследовательский институт кардиологии, ФГБНУ Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия.

Несова А. К.* — аспирант отделения неотложной кардиологии, ORCID: 0000-0002-1513-2087, Рябов В. В. — д.м.н., доцент, зам. директора по научной

и лечебной работе, и.о. научного руководителя отделения неотложной кардиологии, ORCID: 0000-0002-4358-7329.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): nesova1996@yandex.ru

ИМбпST — инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, ИСКА — инфаркт-связанная коронарная артерия, КШ — коронарное шунтирование, МП — многососудистое поражение, НС — нестабильная стенокардия, ОКС — острый коронарный синдром, ОКСбпST — острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, РКИ — рандомизированные клинические исследования, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

Рукопись получена 15.09.2023

Рецензия получена 08.10.2023

Принята к публикации 24.10.2023



Для цитирования: Несова А. К., Рябов В. В. Парадоксы острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST в условиях реальной клинической практики. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(3):5623. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5623. EDN NCENQE

Paradoxes of non-ST-segment elevation acute coronary in real-life clinical practice settings

Nesova A. K., Ryabov V. V.

The aim of the review was to identify current barriers, "paradoxes", in the treatment of patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS), based on a critical analysis of modern studies and identified evidence gaps.

NSTEMI-ACS can be considered from the perspective of the following paradoxes: the risk-treatment paradox; risk stratification paradox; scope and timing of dual antiplatelet therapy; paradox of insufficient benefit of invasive treatment; age and comorbidity; tactics for multi-vessel coronary artery disease.

A review of publications indexed in the Pubmed and Russian Science Citation Index (RSCI) databases was carried out. The search depth was 10 years (from 2013 to 2023). The search resulted in 328 studies, of which 45 were used to write the final review.

Keywords: non-ST segment elevation acute coronary syndrome, risk-treatment paradox, risk stratification, geriatric syndromes, multivessel coronary disease.

Relationships and Activities: none.

Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia.

Nesova A. K.* ORCID: 0000-0002-1513-2087, Ryabov V. V. ORCID: 0000-0002-4358-7329.

*Corresponding author: nesova1996@yandex.ru

Received: 15.09.2023 Revision Received: 08.10.2023 Accepted: 24.10.2023

For citation: Nesova A. K., Ryabov V. V. Paradoxes of non-ST-segment elevation acute coronary in real-life clinical practice settings. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(3):5623. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5623. EDN NCENQE

На сегодняшний день острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST (ОКСбпST) остается ведущей причиной госпитализации пациентов в стационары кардиологического профиля. Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST), представляющий один из основных вариантов ОКСбпST, является главной причиной за-

болеваемости и летальности в структуре сердечно-сосудистых заболеваний [1].

В Российской Федерации ежегодно регистрируется около 500 тыс. случаев ОКС, из них примерно две трети составляет ОКСбпST [2]. Несмотря на усовершенствование подходов к ведению ОКСбпST, обновление клинических рекомендаций, достижение высо-

Ключевые моменты

- Гетерогенная популяция пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST), а также пробелы доказательной базы определяют неоднозначность выбора оптимальных подходов к диагностике и лечению, что является основой возникновения "парадоксов" ОКСбпST.
- Многие положения клинических рекомендаций все еще недостаточно внедрены в реальную клиническую практику, включая осуществление объективной стратификации риска.
- Требуется накопление современных данных в отношении пользы инвазивного лечения в когорте пожилых пациентов с ОКСбпST, особенно, в сочетании с гериатрическими синдромами.
- Затруднения при определении инфаркт-связанной коронарной артерии в условиях многососудистого поражения коронарного русла определяют необходимость внедрения в рутинную практику методов внутрисосудистой визуализации.

ких показателей использования инвазивных методов лечения, в реальной клинической практике признается факт, что бремя на систему здравоохранения по этому вопросу не снижается. В настоящее время не достигнуты необходимые показатели выживаемости, а также не наблюдается дальнейшей положительной динамики в улучшении исходов основных нозологий (ИМбпST, нестабильная стенокардия (НС)), несмотря на оптимизацию траекторий лечения [3].

Материал и методы

Проведен обзор публикаций на русском и английском языках, индексированных в базах данных Pubmed (MEDLINE) и Российском индексе научного цитирования (РИНЦ). Глубина поиска составила 10 лет (с 2013г по 2023г).

В обзор включены данные метаанализов, положения действующих клинических рекомендаций, а также результаты рандомизированных и нерандомизированных, ретроспективных и регистровых исследований. Пациенты должны были иметь основной диагноз ИМбпST или НС. Ключевые слова, используемые при поиске: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, стратификация риска, стратегии инвазивного лечения и их сроки, реваскуляризация миокарда при многососудистом поражении (МП) коронарного русла, инвазивное лечение

Key messages

- The heterogeneous population of patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS), as well as evidence gaps, determine the ambiguity in the choice of optimal diagnostics and treatment, which is the basis for NSTEMI-ACS paradoxes.
- Many provisions of clinical guidelines are still not sufficiently implemented in real-life clinical practice, including the implementation of objective risk stratification.
- Accumulation of current data is required regarding the benefits of invasive treatment in a cohort of elderly patients with NSTEMI-ACS, especially in combination with geriatric syndromes.
- Difficulties in determining the infarct-related coronary artery in multivessel coronary artery disease determine the need to introduce intravascular imaging methods into routine practice.

у пожилых пациентов, парадокс "риск-лечение". Поиск на английском языке проведен с применением следующих сочетаний слов: "NSTEMI ACS: risk stratification"; "NSTEMI ACS: invasive treatment"; "NSTEMI ACS: invasive treatment in elderly patients"; "NSTEMI ACS: multivessel disease"; "NSTEMI ACS: risk-treatment paradox". Языковые ограничения не вводились.

В результате поискового запроса было получено 328 работ (Pubmed, n=274; РИНЦ, n=54). Далее были исключены дубликаты; исследования, не затрагивающие область интересов в рамках основной тематики обзора (с ориентиром на ключевые слова); работы с ограниченным доступом к полному тексту статьи. Дополнительно включены два более ранних исследования (2005г, 2009г), посвященные применению шкалы GRACE на практике. В окончательном варианте обзора используются 45 источников (рис. 1).

Причины, определяющие сложность ведения и неблагоприятный прогноз пациентов с ОКСбпST

Известно, что, несмотря на лучшие госпитальные исходы при ОКСбпST относительно пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, средне- и долгосрочный прогноз хуже именно в группе ОКСбпST, при этом большинство летальных исходов (до 95%) происходит уже после выписки из стационара [4].

Больные ОКСбпST представляют собой крайне гетерогенную группу со множеством вариантов клинических и диагностических данных, что обуславливает неоднозначность подходов к оптимальному ведению пациента [5]. Уже на момент поступления

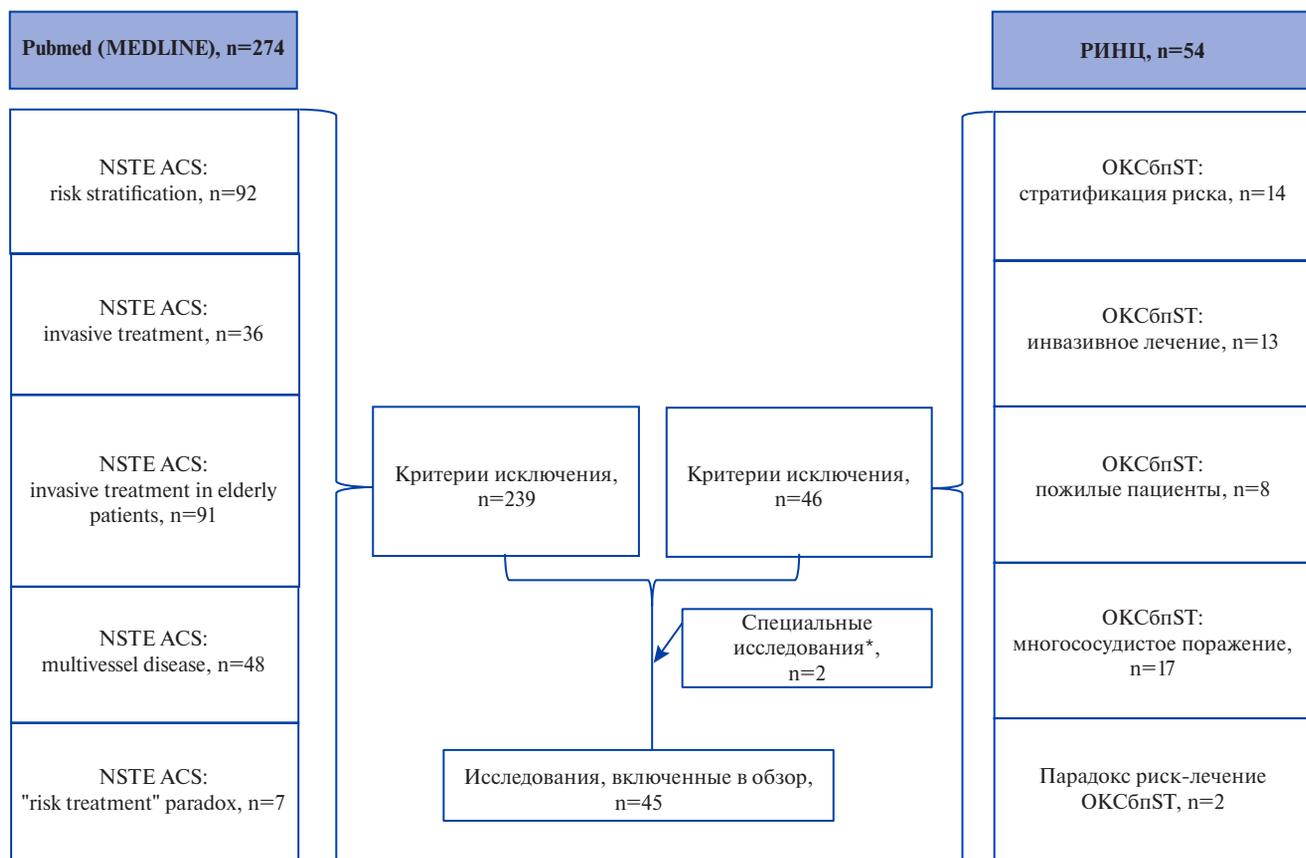


Рис. 1. Дизайн проведенного анализа литературных данных.

Примечание: * — два более ранних исследования (2005г, 2009г), посвященные применению шкалы GRACE на практике и представляющие особый интерес в отношении создания шкал объективной стратификации риска.

Сокращения: ОКСбпСТ — острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, РИНЦ — Российский индекс научного цитирования.

в стационар клинический спектр больных ОКСбпСТ может варьировать от бессимптомного течения до пациентов с продолжающейся ишемией миокарда, электрической или гемодинамической нестабильностью или остановкой сердца [6].

Другими важными аспектами, определяющими гетерогенность когорты больных и сложности лечения, являются значительная доля пациентов пожилого возраста, а также высокая частота встречаемости МП коронарного русла.

Таким образом, гетерогенная популяция больных ОКСбпСТ с различными краткосрочными и долгосрочными клиническими исходами, а также нестандартными патогенетическими механизмами, обуславливающими ишемию миокарда, делает единый стандартизированный подход к лечению неэффективным и нецелесообразным [7].

Подходы к ведению пациентов и парадокс "риск-лечение"

Исследования, проведенные в современную эпоху, продемонстрировали, что более агрессивные подходы фармакоинвазивного лечения улучшают исхо-

ды заболевания у больных ОКСбпСТ с повышенным риском неблагоприятных ишемических событий [8]. Стоит заметить, что доказательная база в отношении данного вопроса по-прежнему несовершенна. Так, в рандомизированные клинические исследования (РКИ), проведенные ранее, группа пациентов очень высокого риска преимущественно не включалась [9], и доказательность применения экстренной инвазивной стратегии лечения по отношению к данным больным в действующих клинических рекомендациях соответствует уровню IC [10, 11]. Кроме того, имеющиеся доказательства относительно критериев различных категорий риска и выбора соответствующего им объема лечения основаны преимущественно на устаревших клинико-демографических данных. В мире признается факт, что за последние 10 лет характеристики популяции изменились, что, вероятно, влияет на ограниченную применимость существующих рекомендаций к пациентам женского пола и пожилым людям [12].

Ограничения текущей доказательной базы, сохраняющиеся спорные аспекты и связанные с ними сложности принятия клинического решения служат

основой возникновения определенных "парадоксов" ОКСбпСТ, каждый из которых представляет определенный барьер в достижении успешного лечения и требует направленного устранения, что будет способствовать изменению подходов к ведению пациентов и позволит улучшить прогноз заболевания, преимущественно отдаленный. Исходя из данных проанализированного объема литературы, основным из них является парадокс "риск-лечение", часто применяемый авторами для описания стратегий ведения пациентов. Данное понятие в настоящее время актуально не только для ОКСбпСТ, но используется и при описании лечения других нозологий, в частности назначения антикоагулянтной терапии у больных фибрилляцией предсердий, а также в рамках хирургического лечения пороков митрального клапана, осложненных тяжелой легочной гипертензией [13, 14].

Для пациентов с ОКСбпСТ парадокс "риск-лечение" подразумевает главным образом несоответствие объективно рассчитанного риска неблагоприятных ишемических событий применяемым подходам в лечении [15]. Многими авторами высказывается мнение, что замедленные темпы снижения летальности, ухудшение отдаленных исходов заболевания, а также недостаточно успешное внедрение исследовательских разработок в клиническую практику в рамках ОКСбпСТ могут быть обусловлены именно данным парадоксом [16]. Он возникает по причине нескольких факторов, основным из которых можно считать субъективность при расчёте степени индивидуального риска. Также играют роль ситуации, когда первичная оценка возможного неблагоприятного исхода изначально не осуществляется, либо проводится неточно, и несвоевременно применяются дополнительные возможности диагностики. Основные проявления данного парадокса заключаются в том, что пациенты с низким, а не с высоким риском чаще подвергаются инвазивной стратегии лечения и получают более агрессивную фармакотерапию [15]. И наоборот, зачастую игнорирование факторов, повышающих вероятность неблагоприятного ишемического события, приводит к тому, что пациенты высокого риска недополучают должный объем диагностики и лечения. Как результат, среди пациентов, которым оказывается оптимальный объем лечения, наблюдается более низкая годовая летальность по сравнению с группой парадокса "риск-лечение" (5,7% vs 15,6% в группе высокого риска) [8].

Механизм стратификации риска как ключ к успешному лечению ОКСбпСТ

В условиях гетерогенности когорты пациентов с ОКСбпСТ объективная стратификация риска неблагоприятных ишемических событий после постановки первичного (рабочего) диагноза является

важным шагом, поскольку это не только определяет решение о сроках проведения реваскуляризации, но также предоставляет наглядную информацию о прогнозе больных с учетом одновременной оценки индивидуальных прогностических факторов [17].

На сегодняшний день показано, что применение инструмента стратификации позволяет избежать субъективизации в принятии клинического решения, преодолеть парадокс "риск-лечение" и достичь объективной оценки состояния пациента [16]. Однако в реальной клинической практике такой подход все еще недостаточно внедрен в работу, что, вероятно, находит отражение в недостаточных темпах снижения летальности и ухудшении отдаленных исходов заболевания, поскольку риск недооценивается у значительного числа пациентов [18]. Например, в австралийском регистре пациентов с ОКС [16] было показано, что из 4512 пациентов с доступными для стратификации риска данными только у 927 человек расчет степени риска был осуществлен. При этом оценка риска, как правило, была получена субъективно клинически, без учета объективных детерминант неблагоприятного исхода. В большинстве случаев пациенты с известным кардиологическим анамнезом автоматически были отнесены к категории высокого риска. Важно, что при последующей переоценке степени риска было найдено значимое несоответствие между градациями клинически рассчитанного риска и баллами по шкале GRACE. Это привело к парадоксу "риск-лечение" и далее нашло отражение в ухудшении исходов заболевания в виде увеличения частоты всех неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в госпитальный и 6-месячный периоды наблюдения. Таким образом, проводимая в условиях реальной клинической практики стратификация риска зачастую опирается преимущественно на клинические, а не на объективные критерии, плохо коррелирует с объективной стратификацией риска, не формирует оптимальную траекторию лечения и не прогнозирует основные исходы заболевания.

В исследованиях было также показано, что неточная стратификация риска находит отражение в недостаточном объеме двойной дезагрегантной терапии, назначаемом как в условиях стационара, так и при выписке на амбулаторный этап [19]. Несмотря на ориентир клинических рекомендаций в пользу выбора тикагрелора/прасугрела (при отсутствии противопоказаний), в реальной клинической практике преобладающим ингибитором P2Y₁₂ рецепторов остается клопидогрел (от 56% [20] до 92,6% [19] всех случаев назначения). Это, в свою очередь, также может быть обусловлено субъективной недооценкой реальной степени риска.

Таким образом, объективная оценка риска и принятое на этом основании решение о дальнейшей так-

тике ведения пациента позволяет осуществить необходимый объем диагностических и лечебных методов и приводит к улучшению краткосрочных и долгосрочных клинических исходов [21]. При этом количественный расчет риска неблагоприятных ишемических событий превосходит субъективную клиническую оценку, и среди существующих в настоящий момент калькуляторов шкала глобального регистра острых коронарных событий (GRACE) известна как основной механизм объективной стратификации риска [6].

Все ли так однозначно с GRACE?

Нельзя не отметить, что, несмотря на мировые рекомендации по применению GRACE в повседневной клинической практике, данная шкала не лишена определенных недостатков.

Во-первых, два более ранних исследования [22, 23], на которых преимущественно была основана рекомендация клинического руководства по использованию данной шкалы, имеют значительно отличающийся от современного населения демографический профиль пациентов.

Во-вторых, как известно, GRACE не учитывает дополнительные риски, связанные с половой принадлежностью пациента. Профиль сопутствующих заболеваний, а также анатомия коронарных артерий в зависимости от пола могут значительно варьировать [12].

В-третьих, оценка риска по шкале GRACE чрезмерно взвешена по возрасту. Так, пожилые пациенты (преимущественно старше 80 лет) и особенно имеющие высокие показатели креатинина сыворотки крови, даже в условиях купированной ишемии миокарда и без признаков острой сердечной недостаточности, с большей вероятностью будут классифицированы как больные высокого риска (сумма баллов >140). Этой группе пациентов инвазивная стратегия лечения рекомендована в течение 24 ч, однако такой подход недостаточно хорошо согласуется с текущей базой данных по лечению пожилых людей с ОКСбпСТ [24].

В первых рекомендациях по диагностике и лечению ОКСбпСТ калькулятор GRACE, как наиболее доступный и показавший определенные преимущества, предполагалось использовать в качестве универсального для оценки риска и принятия решения о дальнейшей тактике лечения. Однако результаты инициированного в 2015г австралийского исследования AGRIS [25] показали, что рутинное использование GRACE в качестве основного инструмента стратификации риска влияло исключительно на принятие решения в пользу применения ранней инвазивной стратегии лечения. На иные аспекты ведения больных, в т.ч. на объем лекарственной терапии, влияния обнаружено не было. И, что представляется наиболее важным, рутинное использование GRACE

не снижало 12-мес. летальность и риск развития рецидива инфаркта миокарда.

Исходя из выводов данного исследования, можно проследить еще один парадокс ОКСбпСТ, связанный, как ни странно, с недостаточной пользой инвазивного лечения. В течение последних лет различные публикации акцентируют внимание на том, что, несмотря на активное внедрение инвазивного лечения в повседневную клиническую практику, показатели госпитальной [20] и отдаленной [26] летальностей остаются высокими. Согласно данным литературы, рутинная инвазивная стратегия лечения в настоящее время остается основной для пациентов с ОКСбпСТ, несмотря на известные ограничения доказательной базы и возможность перипроцедурных осложнений [2].

На наш взгляд, необходимым и при этом вполне доступным шагом к изменению ведения пациентов с ОКСбпСТ является строго персонифицированный подход к выбору способа лечения и реваскуляризации миокарда, основанный на документации факта проведения стратификации риска в истории болезни. Не менее важным является разработка новых/модификация существующих калькуляторов риска, адаптированных под текущие клинико-демографические характеристики популяции. Актуален поиск группы пациентов с ОКСбпСТ, получающих наибольший эффект от инвазивного лечения при одновременном снижении рисков перипроцедурных осложнений.

Лечение пациентов с ОКСбпСТ пожилого и старческого возрастов

В рамках тенденции глобального постарения населения среди пациентов с ОКСбпСТ значительную долю (30-40%) представляют лица пожилого (60-74 года) и старческого (≥ 75 лет) возрастов, что, как правило, усложняет применение установленных подходов к лечению за счет наличия бремени сопутствующих патологий, более тяжелого атеросклеротического поражения коронарного русла и других состояний.

Определение верного объема лечебно-диагностических мероприятий у пожилых пациентов с ОКСбпСТ на сегодняшний день является сложной и актуальной задачей. Известно, что пациенты старше 75 лет преимущественно не участвовали в предыдущих исследованиях, что в настоящее время находит отражение в пробелах доказательной базы [27]. Примечательно, что данные более ранних РКИ свидетельствовали о том, что пожилые пациенты с ОКСбпСТ получают наибольшую пользу от рутинной инвазивной стратегии лечения [28]. Однако такой подход недостаточно хорошо подтверждается текущей базой накопленных данных [12]. Выводы крупных опубликованных за последнее время мета-

анализов, изучавших влияние рутинной инвазивной стратегии лечения на исходы пациентов с ОКСбпСТ старше 65 лет, продемонстрировали только отдельные преимущества такой стратегии без улучшения общих исходов заболевания и снижения смертности от всех причин [29, 30].

С другой стороны, в исследованиях, включавших пожилых пациентов только с ИМбпСТ, были получены более значимые преимущества инвазивного лечения [31], связанные со значительно более низким риском серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий и незапланированной повторной реваскуляризации, чем при выбранной консервативной стратегии. Указанные различия в полученных данных могут быть связаны с тем, что доля пациентов с НС среди всех больных ОКСбпСТ во многом обуславливает значительную гетерогенность характеристик и широкий разброс степени риска [7], что подчеркивает необходимость разграничения принятия решения по выбору стратегии лечения у лиц пожилого возраста с НС и ИМбпСТ.

В дополнение к этому часто в клинической практике встречаются эндемичные для пожилого населения "гериатрические синдромы", которые усугубляют риски неблагоприятных ишемических событий. Основными из них являются синдром "хрупкости" (старческий астенический синдром), ко- и мультиморбидность, когнитивные расстройства, дефицит питательных веществ и полипрагмазия. Нередко гериатрические синдромы у пациентов с ОКСбпСТ ограничивают возможности применения тех или иных способов диагностики и реваскуляризации миокарда за счет высоких рисков инвазивного вмешательства и кардиохирургических подходов, что не может не отражаться на исходах основного заболевания [24]. Однако насколько же оправданы риски инвазивной стратегии лечения в данных ситуациях? В исследовании Sanchis J, et al. [32], направленном на изучение исходов ИМбпСТ при различных стратегиях в условиях коморбидности, было включено 106 пациентов старше 70 лет. Коморбидный статус определялся наличием ≥ 2 клинических состояний (анемия, хроническая болезнь почек, стенозирующий периферический атеросклероз, деменция, цереброваскулярное заболевание, хроническое заболевание легких). Частота катетеризации/реваскуляризации составила 100/58% в инвазивной группе по сравнению с 20/9% в консервативной группе. Наиболее важным представляется вывод исследования, что за период наблюдения инвазивное лечение не повлияло на улучшение долгосрочного исхода заболевания (2,5 года наблюдения).

Актуален выбор стратегии лечения в условиях старческого астенического синдрома ("хрупкости"), который определяется как состояние сниженного

физиологического резерва и плохого восстановления гомеостаза после перенесенного стрессового события [33]. На практике традиционно применяется шкала Фрида, которая позволяет верифицировать данный синдром при наличии ≥ 3 критериев: мышечная слабость, медленная ходьба, истощение, непреднамеренная потеря веса, низкая физическая активность [34]. С одной стороны, доказано, что синдром "хрупкости" у пациентов с ОКСбпСТ ассоциируется с наличием атеросклеротических бляшек высокого риска [35]. Тем не менее, в двух исследованиях [34, 36], изучавших влияние инвазивной стратегии лечения на исходы пожилых пациентов (старше 70 лет) в условиях ОКСбпСТ и синдрома "хрупкости", было показано, что рутинная инвазивная стратегия лечения не улучшила исходы заболевания и не повлияла на увеличение продолжительности жизни (в течение 1 года наблюдения после госпитализации), а также ассоциировалась с повышенным риском перипроцедурных осложнений.

Интересно, что затронутый выше парадокс "риск-лечение" отдельно описан и среди пациентов пожилого возраста. Тем не менее, хоть и ожидалось, что он отрицательно скажется на исходах заболевания, негативное влияние на летальность в течение 1 года наблюдения у таких пациентов было минимальным [37]. Данные выводы подчеркивают отличия в исходах ОКСбпСТ у пожилых, несмотря на выявленный парадокс "риск-лечение".

Таким образом, выбор стратегии лечения пожилых пациентов с ОКСбпСТ обсуждаем и требует вероятной модификации. Существует потребность в поиске новых шкал объективизации риска в условиях коморбидности и синдрома "хрупкости", а также переоценка положительного влияния рутинной инвазивной стратегии лечения на исходы заболевания у данных больных. У пожилых пациентов с ОКСбпСТ с тяжелым бременем сопутствующих заболеваний разумным подходом может быть исключительно консервативное лечение.

ОКСбпСТ в условиях МП коронарного русла

Важным вопросом, влияющим на исходы при ОКСбпСТ, остается выбор оптимальной тактики ведения пациентов с МП коронарного русла. Среди пациентов с ОКСбпСТ при визуализации коронарных артерий МП встречается примерно в 40-60% случаев [38], при этом доказательная база в рамках оптимальных стратегий реваскуляризации ограничена [39]. Отсутствует единый консенсус относительно одномоментности/поэтапности реваскуляризации, ее сроков, а также выбора между чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) и коронарным шунтированием (КШ). Последний из перечисленных вопросов можно считать наиболее спорным, т.к. в настоящее время нет РКИ, сравнивающих эффек-

тивность ЧКВ и КШ у пациентов с ОКСбпСТ. В ретроспективных регистрах, где проводилось прямое сравнение ЧКВ и КШ у пациентов с ОКСбпСТ (на госпитальных и отдаленных этапах), однозначных преимуществ того или иного метода реваскуляризации продемонстрировано не было. Несмотря на это, по результатам исследований все же прослеживается определенная закономерность, связанная с более высокими рисками госпитальной летальности при КШ, чем при ЧКВ, однако отдаленные исходы заболевания достоверно лучше в группах хирургической реваскуляризации, в т.ч. благодаря отсутствию потребности в повторных вмешательствах [40].

Согласно действующим рекомендациям, для определения метода реваскуляризации в ситуациях ОКСбпСТ + МП коронарного русла рекомендуется учитывать количество баллов по индексу SYNTAX и те же принципы, что используются у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца [11]. Окончательное же принятие решения о тактике ведения такого пациента, как правило, возлагается на консилиум ("Кардиокоманда") [41], что по-прежнему определяет субъективность выбора в зависимости от состава консилиума, опыта входящих в него специалистов, а также практик, устоявшихся в том или ином учреждении [42]. В совокупности это отражает неоднозначность подходов и эффективности лечения в различных сосудистых центрах, регионах и т.д.

Правильная идентификация инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) и раннее вмешательство на ней играют основную роль в купировании продолжающейся ишемии миокарда [43], что важно для дальнейшей тактики ведения больных ОКСбпСТ в сочетании с МП коронарного русла. При этом в метаанализах, где сравнивались одномоментное ЧКВ ИСКА и многососудистая эндоваскулярная реваскуляризация, абсолютных преимуществ того или иного способа продемонстрировано не было [44]. Недостаточные успехи однососудистого ЧКВ могут быть обусловлены затруднениями в четкой визуализации ИСКА [42, 44]. В свою очередь, многососудистое вмешательство обеспечивает одномоментную полную реваскуляризацию, однако, как правило, сопряжено с большим количеством перипроцедурных осложнений [45].

Интересно, что доказательства преимуществ возможных методов реваскуляризации, описанные в исследованиях, основаны на прямом сравнении того или иного способа. Однако в условиях реальной клинической практики зачастую наблюдается поэтапная реваскуляризация в виде "ЧКВ-ЧКВ" либо "ЧКВ ИСКА-КШ". При этом, исходя из данных изученной нами литературы, исследования, направленные на изучение исходов таких стратегий, крайне малочисленны.

Таким образом, на сегодняшний день вопрос преимуществ существующих методов реваскуляризации при ОКСбпСТ + МП коронарного русла остается открытым. Как уже было отмечено, низкая эффективность одномоментного эндоваскулярного лечения зачастую обусловлена сложностью верной идентификации ИСКА. В связи с этим, современным вызовом для клиницистов является внедрение в рутинную практику дополнительных высокотехнологичных методов внутрисосудистой визуализации с целью качественного выявления целевой артерии, что повысит эффективность инвазивной стратегии лечения и положительно повлияет на дальнейшую тактику ведения пациента и прогноз заболевания. Успешная верификация ИСКА позволит оптимизировать тактику этапного ЧКВ и КШ, а также взаимодействие применяемых методов реваскуляризации на практике.

Заключение

Таким образом, ОКСбпСТ по-прежнему остается тяжелым синдромом с неблагоприятным прогнозом и множеством неразрешенных проблем, основные из которых затронуты в данном обзоре. С нашей точки зрения, на сегодняшний день можно выделить следующие "парадоксы" ОКСбпСТ, встречающиеся в повседневной клинической практике:

- парадокс "риск-лечение";
- парадокс в осуществлении стратификации риска;
- объем двойной дезагрегантной терапии при ОКСбпСТ;
- парадокс недостаточной пользы инвазивного лечения;
- возраст и коморбидность;
- тактика при МП коронарного русла.

Мы считаем, что каждый из указанных "парадоксов" заслуживает отдельного внимания и указывает на необходимость поиска дополнительных путей в его устранении. С учетом недостаточной силы текущей доказательной базы, изменяющегося профиля больных, внедрения в рутинную практику высокочувствительных тропониновых тестов, совершенствования методик инвазивного лечения, в настоящее время требуются результаты клинических исследований, полученных в современных условиях. Сохраняется потребность в накоплении клинического материала, который бы послужил основой для целенаправленного разрешения каждого из имеющихся спорных аспектов, что будет способствовать изменению подходов к ведению пациентов с ОКСбпСТ и позволит улучшить прогноз заболевания, преимущественно, отдаленный.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.