

УДК 616.12-005.4-036.12-08

ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИЙ

Ибрагимов Мубошшер Музаффар угли¹
Рахмонов Камолдин Хайдарович²

¹ Централно-Азиатский медицинский университет, клинический ординатор по специальности «Кардиология», г. Фергана, Республика Узбекистан

² Доктор медицинских наук (DSc), директор Ферганского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Фергана, Республика Узбекистан

e-mail: muboshsher.ibragimov@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.23025931>

Аннотация. Проведён сравнительный анализ результатов крупных рандомизированных клинических исследований (ISCHEMIA, ISCHEMIA-EXTEND, REVIVED-BCIS2, ORBITA, ORBITA-2, FAME, FAME 2, SYNTAX, FREEDOM) и рекомендаций Европейского общества кардиологов 2024 г. по ведению пациентов с хроническими коронарными синдромами. Показано, что у пациентов без прогностически неблагоприятной коронарной анатомии плановая реваскуляризация в дополнение к оптимальной медикаментозной терапии не снижает общую смертность и суммарную частоту инфаркта миокарда, но обеспечивает выраженный антиангинальный эффект и улучшение качества жизни, пропорциональные исходной тяжести стенокардии. Предложен трёхэтапный дифференцированный алгоритм выбора лечебной тактики.

Ключевые слова: хронические коронарные синдромы, ишемическая болезнь сердца, оптимальная медикаментозная терапия, чрескожное коронарное вмешательство, аортокоронарное шунтирование, фракционный резерв кровотока, стенокардия.

Annotatsiya. Surunkali koronar sindromli bemorlarni davolashda yirik randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar (ISCHEMIA, ISCHEMIA-EXTEND, REVIVED-BCIS2, ORBITA, ORBITA-2, FAME, FAME 2, SYNTAX, FREEDOM) natijalari va Yevropa kardiologlar jamiyatining 2024-yilgi tavsiyalari qiyosiy tahlil qilingan. Prognostik jihatdan noqulay koronar anatomiyasi bo'lmagan bemorlarda optimal medikamentoz terapiyaga qo'shimcha rejali revaskulyarizatsiya umumiy o'lim va miokard infarktining umumiy chastotasini kamaytirmasligi, biroq stenokardiyaning dastlabki og'irligiga mutanosib ravishda yaqqol antiangial samara va hayot sifatining yaxshilanishini ta'minlashi ko'rsatilgan. Davolash taktikasini tanlashning uch bosqichli algoritmi taklif etilgan.

Multidisciplinary research and Innovation (SICMRI 2026)

Kalit soʻzlar: surunkali koronar sindromlar, yurak ishemik kasalligi, optimal medikamentoz terapiya, teri orqali koronar aralashuv, aortokoronar shuntlash, fraksion qon oqimi zaxirasi, stenokardiya.

Abstract. A comparative analysis of large randomized clinical trials (ISCHEMIA, ISCHEMIA-EXTEND, REVIVED-BCIS2, ORBITA, ORBITA-2, FAME, FAME 2, SYNTAX, FREEDOM) and the 2024 European Society of Cardiology guidelines on the management of chronic coronary syndromes was performed. In patients without prognostically high-risk coronary anatomy, elective revascularization added to optimal medical therapy does not reduce all-cause mortality or overall myocardial infarction rate, but provides marked angina relief and quality-of-life improvement proportional to baseline angina severity. A three-step algorithm for choosing the treatment strategy is proposed.

Keywords: chronic coronary syndromes, coronary artery disease, optimal medical therapy, percutaneous coronary intervention, coronary artery bypass grafting, fractional flow reserve, angina pectoris.

Актуальность. Современная кардиология заменила термин «стабильная ИБС» понятием «хронические коронарные синдромы» (ХКС), подчёркивающим динамический, прогрессирующий характер атеросклеротического процесса [11]. Выбор между оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ) и реваскуляризацией миокарда — чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) или аортокоронарным шунтированием (АКШ) — сместился от концепции «механического устранения стеноза» к многофакторной стратификации риска, оценке функциональной значимости поражения и долгосрочному прогнозированию качества жизни.

Цель исследования: на основе анализа результатов крупных рандомизированных клинических исследований (РКИ) и действующих клинических рекомендаций определить место ОМТ и инвазивных стратегий в лечении пациентов с ХКС и сформулировать дифференцированный алгоритм выбора лечебной тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты РКИ ISCHEMIA (n=5179) и его продленной фазы ISCHEMIA-EXTEND, REVIVED-BCIS2 (n=700), ORBITA и ORBITA-2, FAME и FAME 2, SYNTAX (10-летнее наблюдение), FREEDOM, а также рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) 2024 г. по ведению ХКС. Оценивали общую и сердечно-сосудистую смертность, частоту инфаркта миокарда (ИМ), выраженность стенокардии и качество жизни (Сиэтлский опросник стенокардии, SAQ), потребность в повторной реваскуляризации.

Результаты. Прогноз. В исследовании ISCHEMIA у пациентов с умеренной или тяжёлой индуцируемой ишемией рутинная инвазивная стратегия не снизила частоту первичной комбинированной конечной точки по сравнению с консервативной [1]. При медиане наблюдения 5,7 года (ISCHEMIA-EXTEND) общая смертность в группах не различалась (ОР 1,00; 95% ДИ 0,85–1,18); снижение сердечно-сосудистой смертности в инвазивной группе (ОР 0,78; 95% ДИ 0,63–0,96) нивелировалось ростом несердечной смертности (ОР 1,44; 95% ДИ 1,08–1,91) [2]. В инвазивной группе выявлен феномен перекреста кривых ИМ: увеличение частоты перипроцедурных ИМ (ОР 2,98; 95% ДИ 1,87–4,74) и снижение частоты спонтанных ИМ в отдалённом периоде (ОР 0,67; 95% ДИ 0,53–0,83) [1]. У больных ишемической кардиомиопатией

Multidisciplinary research and Innovation (SICMRI 2026)

с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ (REVIVED-BCIS2) добавление ЧКВ к ОМТ не снизило частоту смерти и госпитализаций по поводу сердечной недостаточности (ОР 0,99; 95% ДИ 0,78–1,27; $p=0,96$) [4].

Симптомы и качество жизни. В ISCHEMIA инвазивная стратегия улучшала суммарный балл SAQ пропорционально исходной частоте стенокардии: на 8,5 балла у пациентов с ежедневными или еженедельными приступами и лишь на 0,1 балла у бессимптомных [3]. В плацебо-контролируемом исследовании ORBITA на фоне интенсивной ОМТ ЧКВ не увеличило время нагрузки по сравнению с имитацией процедуры (разница 16,6 с; $p=0,200$) [5], тогда как в ORBITA-2, проведенном после отмены антиангинальных препаратов, ЧКВ достоверно снизило индекс симптомов стенокардии (2,9 против 5,6; ОШ 2,21; 95% ДИ 1,41–3,47; $p<0,001$) [6], подтвердив реальный антиишемический эффект вмешательства.

Функциональная оценка и выбор метода реваскуляризации. ЧКВ под контролем фракционного резерва кровотока ($FFR \leq 0,80$) или моментального резерва кровотока в диастолу ($iFR \leq 0,89$) уменьшает число имплантируемых стентов и частоту неблагоприятных событий (FAME), а в сочетании с ОМТ снижает потребность в экстренной реваскуляризации по сравнению с изолированной ОМТ (FAME 2) [7, 8]. По данным 10-летнего наблюдения SYNTAX, при трёхсосудистом поражении, особенно с высоким баллом SYNTAX (≥ 33), АКШ обеспечивает лучшую выживаемость, тогда как при низком балле (0–22) отдалённые исходы ЧКВ и АКШ сопоставимы [9]. У пациентов с сахарным диабетом и многососудистым поражением АКШ снижает частоту смерти и ИМ по сравнению с ЧКВ (FREEDOM) [10].

Выводы. 1. У пациентов с ХКС без прогностически неблагоприятной коронарной анатомии рутинная реваскуляризация в дополнение к ОМТ не снижает общую смертность и суммарную частоту ИМ; ОМТ является стратегией первой линии.

2. Основная клиническая ниша плановой реваскуляризации — устранение рефрактерной стенокардии, повышение толерантности к нагрузке и улучшение качества жизни; выигрыш пропорционален исходной тяжести симптомов.

3. Предлагается трёхэтапный алгоритм: **этап 1** — анатомический фильтр (стеноз ствола ЛКА $\geq 50\%$, проксимального отдела ПМЖВ $\geq 70\%$, многососудистое поражение при ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, стеноз единственной проходимой коронарной артерии $\geq 50\%$ — показания к реваскуляризации для улучшения прогноза); **этап 2** — ОМТ: антиагреганты, высокоинтенсивные статины $\pm$ эзетимиб (при недостижении цели — ингибиторы PCSK9 или инклисиран) с целевым ХС ЛПНП $<1,4$ ммоль/л и снижением $\geq 50\%$ от исходного, иАПФ/БРА по показаниям, β -адреноблокаторы или пульсурежающие антагонисты кальция с титрованием до ЧСС 55–60 уд/мин, при необходимости — препараты второй линии; **этап 3** — реваскуляризация (ЧКВ под контролем FFR/iFR или АКШ по решению Heart Team) при стенокардии $\geq II$ ФК на фоне ≥ 2 антиангинальных препаратов в адекватных дозах либо при обширной ишемии ($>10\%$ миокарда ЛЖ) по данным стресс-визуализации [11].

Литература

1. Maron D.J., Hochman J.S., Reynolds H.R. et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease // N Engl J Med. – 2020. – Vol. 382, № 15. – P. 1395–1407.

Multidisciplinary research and Innovation (SICMRI 2026)

2. Hochman J.S., Anthopolos R., Reynolds H.R. et al. Survival after invasive or conservative management of stable coronary disease // *Circulation*. – 2023. – Vol. 147, № 1. – P. 8–19.
3. Spertus J.A., Jones P.G., Maron D.J. et al. Health-status outcomes with invasive or conservative care in coronary disease // *N Engl J Med*. – 2020. – Vol. 382, № 15. – P. 1408–1419.
4. Perera D., Clayton T., O’Kane P.D. et al. Percutaneous revascularization for ischemic left ventricular dysfunction // *N Engl J Med*. – 2022. – Vol. 387, № 15. – P. 1351–1360.
5. Al-Lamee R., Thompson D., Dehbi H.M. et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391, № 10115. – P. 31–40.
6. Rajkumar C.A., Foley M.J., Ahmed-Jushuf F. et al. A placebo-controlled trial of percutaneous coronary intervention for stable angina // *N Engl J Med*. – 2023. – Vol. 389, № 25. – P. 2319–2330.
7. Tonino P.A., De Bruyne B., Pijls N.H. et al. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention // *N Engl J Med*. – 2009. – Vol. 360, № 3. – P. 213–224.
8. De Bruyne B., Pijls N.H., Kalesan B. et al. Fractional flow reserve-guided PCI versus medical therapy in stable coronary disease // *N Engl J Med*. – 2012. – Vol. 367, № 11. – P. 991–1001.
9. Thuijs D.J.F.M., Kappetein A.P., Serruys P.W. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting in patients with three-vessel or left main coronary artery disease: 10-year follow-up of the multicentre randomised controlled SYNTAX trial // *Lancet*. – 2019. – Vol. 394, № 10206. – P. 1325–1334.
10. Farkouh M.E., Domanski M., Sleeper L.A. et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes // *N Engl J Med*. – 2012. – Vol. 367, № 25. – P. 2375–2384.
11. Vrints C., Andreotti F., Koskinas K.C. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes // *Eur Heart J*. – 2024. – Vol. 45, № 36. – P. 3415–3537.