DOI: 10.32751/2310-4910-2021-28-1-10

УДК 616.127-005.8

**В. О. ДЕРЕВ'ЯНКО¹, Н. М. СИДОРОВА¹, Т. В. КУЦ¹,
Д. Д. ТРЕТЯК², І. В. ХОМЕНКО²**

¹—Українська військово-медична академія, Київ, Україна

²— Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь», Київ, Україна

Якість ведення пацієнтів в перший рік після гострого коронарного синдрому без елевації сегменту ST на електрокардіограмі та причини шлунково-кишкових кровотеч у цей період

Мета — визначити якість терапії та реабілітаційних заходів у пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС) без елевації сегменту ST на електрокардіограмі в умовах реальної практики амбулаторних закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації амбулаторного ведення таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних 100 пацієнтів, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST та перебували на лікуванні у 2018–2020 рр. у Національному медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь». Проведено комплексну оцінку клініко-лабораторних та інструментальних даних, ефективності призначеної терапії, наявності в перший рік після індексної події серцево-судинних ускладнень (інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, інсульт, серцево-судинна смерть) та кровотеч.

Результати та їх обговорення. В групі обстежених за перший рік після індексного ГКС не було встановлено жодного випадку гострої серцево-судинної події та встановлено 5 випадків кровотеч (всі шлунково-кишкові). У хворих з ГКС без елевації сегменту ST в анамнезі, у яких розвинулась шлунково-кишкова кровотеча, виявлено суттєві особливості терапії, які могли вплинути на розвиток цього ускладнення: інтенсивна антитромбоцитарна терапія (АТТ), у двох хворих потрібна АТТ з включенням варфарину, ацетилсаліцилової кислоти та клопидогрелю; перерва в АТТ у 3 пацієнтів та відміна інгібіторів протонної помпи у 4 з 5 пацієнтів після виписки зі стаціонару; неповне охоплення препаратами, що впливають на прогноз (інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, β -адреноблокатори та статини); недостатні дози антигіпертензивних препаратів для контролю артеріальної гіпертензії.

Висновки. На амбулаторному етапі ведення пацієнтів після ГКС без елевації сегменту ST з метою профілактики кровотеч слід звернути увагу на контроль таких чинників ризику, як неконтрольована артеріальна гіпертензія, куріння,

порушення харчування. Необхідно максимально обмежувати використання потрібної та ретельно контролювати тривалість та безпеку подвійної АТТ, застосовувати інгібітори протонної помпи у осіб високого ризику кровотеч.

Ключові слова: *гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST, ускладнення, кровотечі, серцево-судинні події, амбулаторний етап впродовж першого року.*

Незважаючи на зусилля світових систем охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання залишаються однією з найперших причин смертності, що також характерно і для України. Значний внесок у цей драматичний показник вносить таке ускладнення ішемічної хвороби серця (ІХС), як гострий коронарний синдром (ГКС). В Україні при оцінці смертності внаслідок ускладнення враховують тільки смертність внаслідок інфаркту міокарда, позаяк частота та наслідки перенесеного ГКС без стійкої елевації сегменту ST на електрокардіограмі (ЕКГ) залишається поза зоною уваги дослідників [3].

Метою роботи було визначити якість терапії та реабілітаційних заходів у пацієнтів із ГКС без елевації сегменту ST на ЕКГ в умовах реальної практики амбулаторних закладів охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України та на підставі отриманих даних запропонувати шляхи оптимізації амбулаторного ведення задля покращення прогнозу щодо повторних серцево-судинних подій та ускладнень у даних пацієнтів.

Матеріали та методи

Було опрацьовано дані амбулаторних карт хворих, історій хвороби, виписок з історій хвороби та результати опитування пацієнтів, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST та перебували на лікуванні з 2018–2020 рр. в Національному медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Проведено комплексну оцінку клініко-лабораторних та інструментальних даних, проаналізовано ефективність призначеної терапії, наявність в перший рік після індексної події серцево-судинних ускладнень (інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії, інсульту, серцево-судинної смерті) та кровотеч як можливого наслідку використання антитромбоцитарної терапії (АТТ), у хворих з ІХС, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST (методом суцільної вибірки відібрано 100 пацієнтів).

Дизайном дослідження попередньо було визначено, що відібрані пацієнти, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST, будуть розподілені для порівняльного аналізу на дві групи залежно від того, чи відбулись в них серцево-судинні події впродовж першого року від розвитку індексного ГКС, чи ні. Але під час виконання дослідження з'ясувалось, що у

відібраних пацієнтів у вказаному періоді не було відмічено гострих серцево-судинних подій, та мали місце лише 5 випадків шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Тому було прийнято рішення зосередитись на індивідуалізованому аналізі випадків кровотечі, додатково до аналізу загальної групи.

Дизайном дослідження у випадках, коли за медичною документацією було неможливо відстежити перебіг етапу амбулаторного спостереження пацієнта, було передбачено уточнення перебігу захворювання за допомогою опитування пацієнтів по телефону. Більшість пацієнтів були обстежені 4 рази за рік (40%). Один раз за період спостереження оглянуто 25%, 2 рази – 17%, 3 рази – 18% пацієнтів. Дослідження проводили із дотриманням принципів Гельсінської декларації.

Результати проведених досліджень обробляли за допомогою статистичних методів. Розраховували та аналізували середнє значення (M) та помилку середнього значення (m), а також частотні показники ознак (y %). Статистичну обробку даних проводили з використанням програмного забезпечення Microsoft Office Excel.

Результати та їх обговорення

Група пацієнтів, яку вивчали (94% чоловіків, середній вік ($69,72 \pm 1,40$) року, середній показник систолічного артеріального тиску (САТ) ($148,2 \pm 2,3$) мм рт. ст., діастолічного (ДАТ) – ($93,25 \pm 0,95$) мм рт. ст.), характеризувалась досить важким перебігом атеросклеротичного ураження коронарних та церебральних судин, артеріальною гіпертензією (АГ) високого ризику розвитку серцево-судинних подій та обтяженим за чинниками серцево-судинного ризику анамнезом (табл. 1 та 2). Крім того, у більшості пацієнтів (52% випадків) виявляли патологію травного тракту, що потребувало додаткової терапії для її профілактики (наприклад, призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП)).

Середні значення лабораторних показників у пацієнтів, включених до дослідження, в періоді госпіталізації суттєво не відрізнялися від нормальних за виключенням підвищеного рівня глюкози (в середньому ($6,47 \pm 0,23$) ммоль/л), аланінової та аспарагінової трансаміназ (відповідно ($40,56 \pm 4,31$) та ($51,75 \pm 4,9$) од./л). «Нормальні» рівні показників ліпідного обміну загалом характерні для пацієнтів з гострими станами за рахунок розвитку синдрому гіперметаболізму, описаного у роботах колективу авторів НВМКЦ «ГВКГ» при гострому інфаркті міокарда [1], а також у пацієнтів із вторинною патологією серцево-судинної системи на тлі перенесеної бойової травми [2].

Препарати, які отримували пацієнти на амбулаторному етапі, представлені в таблиці 3.

Таблиця 1

Основні клінічні ознаки у пацієнтів, які лікувалися у 2018–2020 рр. у НВМКЦ «ГВКГ» з приводу ГКС без елевації сегменту ST (n=100)

Ознака	Кількість пацієнтів з ознакою, абс. (%)
Інфаркт міокарда в анамнезі	28 (28)
Порушення систолічної функції лівого шлуночку	30 (30)
Патологія травного тракту	52 (52)
Дисциркуляторна енцефалопатія	78 (78)
Інсульт в анамнезі	9 (9)
Нестабільна стенокардія в анамнезі	5 (5)
Аритмії в анамнезі	52 (52)
Задишка або відчуття нестачі повітря	66 (66)
АГ	83 (83)

Таблиця 2

Частоти виявлення чинників серцево-судинного ризику у пацієнтів, які лікувалися у 2018–2020 рр. у НВМКЦ «ГВКГ» з приводу ГКС без елевації сегменту ST (n=100)

Чинник	Кількість пацієнтів з ознакою, абс. (%)
Тютюнокуріння	54 (54)
Ожиріння абдомінального типу	12 (12)
Гіподинамія	4 (4)
Нераціональне харчування	32 (32)
Цукровий діабет	19 (19)

АТТ на амбулаторному етапі лікування продовжували 90% хворих, з яких 3% переривали прийом антитромбоцитарних препаратів. 89% пацієнтів отримували в перший рік після ГКС подвійну АТТ (АСК + клопідогрель або тикагрелор), ще 9% додатково до АТТ приймали варфарин (на фоні фібриляції передсердь). Цікаво, що у схемах подвійної АТТ стали призначати препарат, що має переваги порівняно з клопідогрелем при ГКС – тикагрелор, який у нашому дослідженні використовували у 7% випадків.

Надзвичайним є результат, що в групі осіб, які перенесли ГКС без елевації сегменту ST, впродовж першого року не було відмічено жодного випадку гострої серцево-судинної події. В роботі S. Li et al [6] у пацієнтів

Таблиця 3

**Лікування хворих, які перебували у 2018–2020 рр.
у НВМКЦ «ГВКГ» з приводу ГКС без елевації сегменту ST,
на амбулаторному етапі (n=100)**

Препарат (середня добова доза, (M±m) мг/добу)	Кількість пацієнтів, абс. (%)
АСК (82,80±1,19)	100 (100)
Клопідогрель (75)	82 (82)
Тикагрелор	7 (7)
Варфарин	9 (9)
іАПФ, у тому числі:	67 (67)
• еналаприл (15,20±4,33)	49 (73,13)*
• раміприл (4,92±0,80)	14 (20,9)*
• периндоприл (6,0±1,6)	4 (5,97)*
β-адреноблокатори, у тому числі:	84 (84)
• бісопролол (6,1±0,7)	50 (59,52)*
• метопролол (39,37±3,93)	30 (35,72)*
• небіволол (3,43±0,93)	4 (4,76)*
БПКК, у тому числі:	19 (19)
• амлодипін (6,1±0,7)	15 (78)*
• верапаміл (80±0)	2 (11)*
• лерканідипін (10±0)	2 (11)*
Статини, у тому числі:	94 (94)
• аторвастатин (20,40±1,17)	74 (7,7)*
• розувастатин (17,0±2,4)	20 (21,3)*
ІПП	63 (63)
ПКВ виконано	32 (32)

Примітка:

АСК – ацетилсаліцилова кислота;

ПКВ – перкутанне коронарне втручання;

БПКК – блокатори повільних кальцієвих каналів;

іАПФ – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту;

ІПП – інгібітори протонної помпи.

*Відсотки надано відносно кількості пацієнтів, які отримували саме цю групу препаратів

США з середнім віком 80 років (приблизно третина була у віці 66–74 роки, тобто наближено до нашої популяції), за даними 2012 р., впродовж першого року після перенесеного гострого інфаркту міокарда повторний інфаркт міокарда розвивався в 7,2%, інсульт – в 6,7% випадків. У цьому дослідженні значний вплив на результат мав поважний вік пацієнтів, а

також інші, менш ефективні, стратегії лікування та профілактики 2012 року.

У популяції, наближеній до нашої (чоловіки склали біля 70%, середній вік пацієнтів 67,3 року), E. Abu-Assi et al. спостерігали частоту серцево-судинних подій на рівні 6,8% за перший рік, при цьому 2,1% пацієнтів померли внаслідок серцево-судинної причини, у 3,8% розвинувся інфаркт міокарда та у 0,82% – інсульт [4]. Приблизно половина пацієнтів в цьому дослідженні мали ГКС без стійкої елевації сегменту ST. За даними цих авторів, гострий інфаркт міокарда без стійкого підйому сегменту ST є потужним чинником ризику майбутніх серцево-судинних подій (відносний ризик 1,5, 95%; довірчий інтервал 1,18–1,9, $p=0,001$).

На нашу думку відсутність серцево-судинних подій в групі, відібраної нами методом суцільної вибірки, обумовлена, з одного боку, малими розмірами вибірки, з іншого – застосуванням нових ефективних підходів до вторинної профілактики серцево-судинних подій.

Відповідно до отриманих нами даних, у загальній групі за період спостереження було лише 5 випадків ШКК, та не було жодного випадку внутрішньочерепних кровотеч. При цьому кровотечі з цибулини дванадцятипалої кишки були діагностовано у 2 хворих, шлункову кровотечу діагностували у 3 хворих. Пацієнтів з цим ускладненням було розглянуто окремо.

Пацієнти із ШКК мали в середньому менший вік ($65,01 \pm 5,40$) року. Аналіз даних анамнезу 5 хворих, які мали ШКК в перший рік після госпіталізації з приводу ГКС, показав наявність у них чисельної коморбідної патології:

- АГ (у всіх пацієнтів);
- дисциркуляторна енцефалопатія (у всіх пацієнтів);
- патологія органів травного тракту (у всіх пацієнтів);
- перенесений інфаркт міокарда (3 пацієнти);
- порушення систолічної функції лівого шлуночка (2 пацієнти);
- перенесений інсульт (1 пацієнт);
- нестабільна стенокардія (1 пацієнт);
- аритмія (3 пацієнти).

Планове ПКВ було виконане у 3 пацієнтів.

Усі пацієнти, у яких розвинулася ШКК, мали АГ (I–II ступеня – 4 хворих, III ступеня – 1 хворий; 1–2 стадії – 1 хворий, 3 стадії – 4 хворих) з вищими середніми значеннями САТ та ДАТ групи (відповідно ($189,2 \pm 6,9$) та ($107,0 \pm 5,3$) мм рт. ст.).

Особливостями перебігу АГ у пацієнтів, які мали ШКК, була наявність ІМ та інсульту в анамнезі та високі показники САТ і ДАТ, що свідчить

про неконтрольованість перебігу захворювання. Відомо, що наявність неконтрольованої АГ підвищує ризик кровотечі в умовах використання антитромбоцитарних/антитромботичних засобів.

При цьому проведений аналіз показав, що пацієнти цієї підгрупи отримували недостатню антигіпертензивну терапію. ІАПФ (еналаприл в середній дозі ($11,6 \pm 4,4$) мг/добу отримували 3 пацієнти, β -адреноблокатори (бісопролол у дозі 2,5 мг/добу або метопролол у середній дозі ($43,75 \pm 6,25$) мг/добу) – 4 пацієнти та БПКК (амлодипін в дозі 5 мг/добу) – 1 пацієнт.

У всіх хворих, в яких під час амбулаторного лікування та спостереження розвинулись ШКК, виявляли чинники ризику розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань, такі як тютюнокуріння та нерациональна дієта. Відомо, що куріння негативно впливає на кровопостачання органів, зокрема травного тракту, спричиняє їх гіпоксію, порушення мікроциркуляції, що може призвести до ерозій слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки. Порушення харчування також могли спровокувати ускладнення з боку травного тракту.

Усі пацієнти, які перенесли ШКК в перший рік після індексного ГКС, мали дисліпідемію з вищим рівнем загального холестеролу порівняно з загальною групою (в середньому відповідно ($6,70 \pm 0,80$) та ($4,72 \pm 0,12$) ммоль/л), холестеролу ліпопротеїнів низької щільності (в середньому відповідно ($5,50 \pm 0,11$) та ($2,74 \pm 0,12$) ммоль/л) та нижчим рівнем холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (в середньому відповідно ($1,01 \pm 0,10$) та ($1,87 \pm 0,84$) ммоль/л).

Важливим чинником розвитку кровотечі є характер антитромбоцитарної/антитромботичної терапії. Всі 5 пацієнтів на стаціонарному етапі лікування отримували подвійну АТТ, що включала АСК у низьких дозах та клопідогрел. Цей режим АТТ зберігали два пацієнти, перерву в АТТ зробили троє пацієнтів, після поновлення якої розвинулася ШКК.

Ще однією особливістю АТТ у хворих з ГКС без елевації сегменту ST, у яких розвинулась ШКК, є те, що двоє з них отримували потрібну АТТ з додаванням варфарину у середній дозі ($3,75 \pm 1,25$) мг/добу.

Таким чином, у хворих з ГКС без елевації сегменту ST, у яких розвинулась ШКК, виявлено суттєві особливості терапії, які могли вплинути на розвиток кровотечі. По перше, це інтенсивна АТТ – у двох хворих була застосована потрібна терапія з включенням варфарину, АСК та клопідогрелю. По друге, це перерва в АТТ у 3 пацієнтів та відміна ІПП у 4 з 5 пацієнтів після виписки зі стаціонару. По третє, неповне охоплення антигіпертензивними препаратами, що впливають на рівень артеріального тиску і прогноз та недостатні дози їх, що призвело до неконтрольованої АГ та додаткового підвищення ризику кровотеч.

Ці дані в цілому є співпадають з даними літератури [7]. Середня частота значних кровотеч в перший рік після ГКС коливається у різних літературних джерелах від 1 до 8%. Так, в дослідженні N. Ismail et al. [5] показано, що в когорті 27 660 пацієнтів, виписаних зі стаціонару після ГКС, у 3 620 (13%) спостерігали кровотечі впродовж 123 діб (міжквартильний діапазон 45–223 доби). В цьому дослідженні ШКК діагностували у 705 пацієнтів (2,55%), що менше ніж зареєстрованих випадків в нашому дослідженні.

Висновки

1. Лікування пацієнтів після ГКС без елевації сегменту ST на амбулаторному етапі в амбулаторних закладів охорони здоров'я МО України відбувається відповідно до актуальних стандартів. Можливо саме з цим пов'язана відсутність серцево-судинних подій у включених до дослідження пацієнтів в перший рік після індексного ГКС.

2. Аналіз даних 5 пацієнтів, у яких після ГКС без елевації сегменту ST в перший рік спостереження розвинулись ШКК, виявив певні особливості, які могли вплинути на розвиток такого ускладнення: ознаки неконтрольованої АГ на рівні показників артеріального тиску, характерних для АГ III ступеня. Два чинники, які часто виявляють у цих хворих (куріння та порушення харчування), можуть також вплинути на розвиток кровотеч та підлягають модифікації.

3. Неконтрольований характер АГ (основний чинник ШКК), яка має місце у пацієнтів, у яких впродовж 1 року після ГКС розвинулася ШКК, можна пояснити недостатньою антигіпертензивною терапією, що впливає на рівень артеріального тиску і прогноз, та недостатніми дозами антигіпертензивних препаратів.

4. Як другорядні чинники ризику розвитку ШКК можна розглядати агресивну потріпну АТТ, поновлення АТТ після перерви, відмову від прийому ІПП.

Подальші напрями дослідження. Рекомендовано запланувати масштабне дослідження з аналізом даних реєстру хворих, які перенесли різні форми ГКС та мають серцево-судинні повторні події та кровотечі на фоні АТТ.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Мясников Г. В., Левшова З. В., Сидорова Л. Л. Плейотропные эффекты статинов в раннем периоде инфаркта миокарда с зубцом Q на электрокардиограмме. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2014. Вип. 21. С. 462–472.
2. Сидорова Н. М., Галушка А. М., Воронко А. А., Казмірчук А. П., Третяк Д. Д., Спаська Г. О., Хоменко І. В., Наumenко М. В. Сучасні воєнні конфлікти та вторинна патологія серцево-судинної системи: статистика, можливості прогнозування та попередження. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2019. Вип. 26. Частина 2. С. 70–79. DOI: 10.32751/2310-4910-2019-26-29
3. Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики (посібник) / під ред. В. М. Коваленка та В. М. Корнацького. Київ : Гордон, 2020. 198 с.
4. Abu-Assi E., López-López A., González-Salvado V., Redondo-Diáñez A., Peña-Gil C., Bouzas-Cruz N., Riziq-Yousef Abumuaileq R., García-Acuña J. M., González-Juanatey J. R. The Risk of Cardiovascular Events After an Acute Coronary Event Remains High, Especially During the First Year, Despite Revascularization. *Rev. Esp. Cardiol. (Engl Ed)*. 2016. Vol. 69(1). P. 11–8. DOI: 10.1016/j.rec.2015.06.015
5. Ismail N., Jordan K. P., Kadam U. T., Edwards J. J., Kinnaird T., Mamas M. A. Bleeding After Hospital Discharge Following Acute Coronary Syndrome: Incidence, Types, Timing, and Predictors. *J. Am. Heart Assoc.* 2019. Vol. 8(21). e013679. DOI: 10.1161/JAHA.119.013679
6. Li S., Peng Y., Wang X., Qian Y., Xiang P., Wade S. W., Guo H., Lopez J. A. G., Herzog C. A., Handelsman Y. Cardiovascular events and death after myocardial infarction or ischemic stroke in an older Medicare population. *Clin. Cardiol.* 2019; 42: 391–399. <http://doi.org/10.1002/clc.23160>
7. Tersalvi G., Biasco L., Cioffi G.M., Pedrazzini G. Acute Coronary Syndrome, Antiplatelet Therapy, and Bleeding: A Clinical Perspective. *Journal of Clinical Medicine*. 2020. Vol. 9(7). 2064. <http://doi.org/10.3390/jcm9072064>

References

1. Mjasnikov, G. V., Levshova, Z. V., Sidorova, L. L. (2014). Pleiotropnye jeffekty statinov v rannem periode infarkta miokarda s zubcom Q na jelektrokardiogramme. *Suchasni aspekty vijs'kovoï medicini*, 21, 462–472. [In Russian].
2. Sydorova, N. M., Halushka, A. M., Voronko, A. A., Kazmirchuk, A. P., Tretiak, D. D., Spaska, ..., Naumenko, M. V. (2019). Suchasni voïenni konflikty ta vtorynna patolohiia sertsevo-sudynnoi systemy: statystyka, mozhlyvosti prohnouzuvannia ta poperedzhennia. *Suchasni aspekty viiskovoï medytsyny*, 26(2), 70–79. <http://doi.org/10.32751/2310-4910-2019-26-29> [in Ukrainian].

3. Kovalenko, V. M., Kornatskyi V. M. (Ed) (2020). Stan zdorovia narodu Ukrainy. Novi zahrozy ta vyklyky. Kyiv: Hordon. [In Ukrainian].
 4. Abu-Assi, E., López-López, A., González-Salvado, V., Redondo-Diéguez, A., Peña-Gil, C., Bouzas-Cruz, N., Raposeiras-Roubín, S., Riziq-Yousef Abumuaileq, R., García-Acuña, J., ... González-Juanatey, J.R. (2016). The Risk of Cardiovascular Events After an Acute Coronary Event Remains High, Especially During the First Year, Despite Revascularization. *Rev. Esp. Cardiol.* (Engl Ed), 69(1), 11–18. <http://doi:10.1016/j.rec.2015.06.015>
 5. Ismail, N., Jordan, K. P., Kadam, U. T., Edwards, J. J., Kinnaird, T., & Mamas, M.A. (2019). Bleeding After Hospital Discharge Following Acute Coronary Syndrome: Incidence, Types, Timing, and Predictors. *J. Am. Heart Assoc.*, 8(21), e013679. <http://doi:10.1161/JAHA.119.013679>
 6. Li, S., Peng, Y., Wang, X., Qian, Y., Xiang, P., Wade, S.W., Guo, H., ... Handelsman, Y. (2019.) Cardiovascular events and death after myocardial infarction or ischemic stroke in an older Medicare population. *Clin. Cardiol.*, 42, 391–399. <http://doi.org/10.1002/clc.23160>
 7. Tersalvi, G., Biasco, L., Cioffi, G. M., Pedrazzini G. (2020). Acute Coronary Syndrome, Antiplatelet Therapy, and Bleeding: A Clinical Perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2064. <https://doi.org/10.3390/jcm9072064>
-

**V. O. DEREVIANKO¹, N. M. SYDOROVA¹, T. V. KUTS¹,
D. D. TRETIK², I. V. HOMENKO²**

¹ – Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

² – National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Kyiv, Ukraine

Quality of patient management in the first year after acute coronary syndrome without ST-segment elevation on electrocardiogram and causes of gastrointestinal bleeding during this period

Summary

The aim is to determine the quality of therapy and rehabilitation measures in patients with acute coronary syndrome (ACS) without elevation of the ST segment on the electrocardiogram in the real practice of outpatient facilities of the Ministry of Defense of Ukraine and on the basis of the obtained data to offer ways to optimize outpatient management.

Materials and methods. The data of 100 patients who experienced ACS without ST segment elevation and were treated from 2018–2020 at the National Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital» were analyzed. A comprehensive assessment of clinical, laboratory and instrumental data, as well as effectiveness of prescribed therapy was conducted, the presence in the first year after the index event of cardiovascular complications (myocardial infarction, unstable angina, stroke, cardiovascular death) as well as bleeding was controlled.

Results and discussion. *In the group examined for the first year after the index ACS, no case of acute cardiovascular events and 5 cases of bleeding (all gastrointestinal) were found. In patients with history of ACS without ST segment elevation, who had experienced gastrointestinal bleeding, significant features of therapy were identified that could influence the development of this complication: intensive antiplatelet therapy (ATT), in two patients triple ATT with the inclusion of warfarin and clopidogrel additionally to aspirin; discontinuation of ATT in 3 patients and withdrawal of proton pump inhibitors in 4 of 5 patients after discharge from the hospital; incomplete coverage of drugs that affect the prognosis (angiotensin-converting enzyme inhibitors, β -blockers, and statins); insufficient doses of antihypertensive drugs to control hypertension.*

Conclusions. *In the outpatient phase of management of patients after ACS without ST segment elevation to prevent bleeding, attention should be paid to the control of such risk factors as uncontrolled hypertension, smoking, unhealthy diet. It is necessary to limit the use of triple ATT and carefully monitor the duration and safety of dual ATT, to use proton pump inhibitors in people at high risk of bleeding.*

Key words: *acute coronary syndrome without ST segment elevation, complications, bleeding, cardiovascular events, outpatient management during the first year.*

**В. А. ДЕРЕВЯНКО¹, Н. Н. СИДОРОВА¹, Т. В. КУЦ¹,
Д. Д. ТРЕТЯК², И. В. ХОМЕНКО²**

¹–Українська військово-медична академія, Київ, Україна

²–Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь», Київ, Україна

Качество ведения пациентов в первый год после острого коронарного синдрома без элевации сегмента ST на электрокардиограмме и причины желудочно-кишечных кровотечений в этот период

Резюме

Цель – *определить качество терапии и реабилитационных мероприятий у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST на электрокардиограмме в условиях реальной практики амбулаторных учреждений здравоохранения Министерства обороны Украины и на основании полученных данных предложить пути оптимизации амбулаторного ведения таких пациентов.*

Материалы и методы. *Проведен анализ данных 100 пациентов, перенесших ОКС без подъемов сегмента ST и находившихся на лечении с 2018–2020 гг. в Национальном медицинском клиническом центре «Главный военный клинический госпиталь». Проведена комплексная оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных, эффективности назначенной терапии, наличия в первый год после индексного события сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, инсульт, сердечно-сосудистая смерть) и кровотечений.*

Результаты и их обсуждение. *В группе обследованных за первый год после индексного ОКС не было установлено ни одного случая острого сердечно-*

сосудистого события и установлено 5 случаев кровотечений (все желудочно-кишечные). У больных с ОКС без подъема сегмента ST в анамнезе, у которых развилось желудочно-кишечное кровотечение, выявлены существенные особенности терапии, которые могли повлиять на развитие этого осложнения: интенсивная антитромбоцитарная терапия (АТТ), у двух больных тройная АТТ с включением варфарина, ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля; перерыв в АТТ у 3 пациентов и отмена ингибиторов протонной помпы у 4 из 5 пациентов после выписки из стационара; неполный охват препаратами, влияющими на прогноз (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы и статины) недостаточные дозы антигипертензивных препаратов для контроля артериальной гипертензии.

Выводы: На амбулаторном этапе ведения пациентов после ОКС без подъема сегмента ST с целью профилактики кровотечений следует обратить внимание на контроль таких факторов риска, как неконтролируемая артериальная гипертензия, курение, нарушения питания. Необходимо максимально ограничивать использование тройной и тщательно контролировать продолжительность и безопасность двойной АТТ, применять ингибиторы протонной помпы у лиц высокого риска кровотечений.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, осложнения, кровотечения, сердечно-сосудистые события, амбулаторный этап в течение первого года.

Стаття надійшла до редакції 18.05.2021