

## Европейский конгресс кардиологов 2018 г. Главные результаты для практического врача

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова

## European congress of cardiology 2018. The main results for the practical physician

O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova, Yu. A. Lutai, E.Yu. Turna, E.A. Kostyukova

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7.

**Ключевые слова:** кардиология, конгресс, ацетилсалициловая кислота, ривароксабан, реваскуляризация миокарда, миокардиальное повреждение

### Резюме

#### Европейский конгресс кардиологов 2018 г. Главные результаты для практического врача

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Лутай, Э.Ю. Турна, Е.А. Костюкова

В ходе работы Европейского конгресса кардиологов 2018 г. широко обсуждались результаты ряда крупных международных рандомизированных, плацебо контролируемых исследований, посвященных использованию ацетилсалициловой кислоты и омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) в первичной профилактике сердечно-сосудистых событий, применению при сердечной недостаточности ривароксабана с целью улучшения прогноза, а также исследование по долгосрочной монотерапии тикагрелором после чрезкожного коронарного вмешательства.

Одним из важных итогов ежегодного Европейского конгресса кардиологов стало принятие новых рекомендаций по ведению пациентов с артериальной гипертензией, диагностике и лечению синкопальных состояний, реваскуляризации миокарда. Кроме того, представлены протоколы «Четвертое универсальное определение инфаркта миокарда» и «Сердечно-сосудистые заболевания во время беременности».

Центральным событием конгресса стало утверждение новой версии совместных рекомендаций по ведению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии (АГ). В сравнении с европейскими рекомендациями по АГ 2013 г., внесены изменения в раздел диагностики АГ, определения целевых уровней артериального давления (АД) и стратегий ведения пациентов.

**Ицкова Елена Анатольевна**, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Симферополь, бульвар Ленина 5/7 Кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Доцент, кандидат медицинских наук E-mail: [Co9pultmo@yandex.ru](mailto:Co9pultmo@yandex.ru)

**Костюкова Елена Андреевна**, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Симферополь, бульвар Ленина 5/7 Кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) ассистент, кандидат медицинских наук E-mail: [Co9pultmo@yandex.ru](mailto:Co9pultmo@yandex.ru)

**Крючкова Ольга Николаевна**, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» г. Симферополь, бульвар Ленина 5/7 Кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Профессор, доктор медицинских наук E-mail: [kryuchkova62@yandex.ru](mailto:kryuchkova62@yandex.ru), [Co9pultmo@yandex.ru](mailto:Co9pultmo@yandex.ru)

**Лутай Юлия Александровна**, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины), доцент, кандидат медицинских наук E-mail: [Co9pultmo@yandex.ru](mailto:Co9pultmo@yandex.ru)

**Турна Эльвира Юсуфовна**, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования (ДПО) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Контактная информация: [turna-e@yandex.ru](mailto:turna-e@yandex.ru), 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: европейские рекомендации, сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, острый коронарный синдром, синкопальные состояния, реваскуляризация миокарда, беременность.

### Abstract

## European congress of cardiology 2018. The main results for the practical physician

*O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova, Yu. A. Lutai, E.Yu. Turna, E.A. Kostyukova*

During the work of the European Congress of Cardiology in 2018, the results of a number of large international, randomized, placebo-controlled studies on the use of acetylsalicylic acid and omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs) in primary prevention of cardiovascular events, the use of rivaroxaban in heart failure to improve the prognosis, as well as a study long-term monotherapy with ticagrelor after percutaneous coronary intervention.

One of the important outcomes of the annual European Congress of Cardiologists was the adoption of new recommendations on the management of patients with arterial hypertension, diagnosis and treatment of syncope conditions, myocardial revascularization. In addition, the protocols «Fourth universal definition of myocardial infarction» and «Cardiovascular diseases during pregnancy» were presented.

The central event of the congress was the adoption of a new version of the joint recommendations on the management of hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society for arterial hypertension (AH). In comparison with the European recommendations on AH 2013, changes have been made to the diagnostics section of AH, determination of target blood pressure levels (BP) and patient management strategies.

**Keywords:** European recommendations, cardiovascular diseases, arterial hypertension, acute coronary syndrome, syncope conditions, myocardial revascularization, pregnancy.

В конце лета ежегодно традиционно проводится Европейский конгресс кардиологов. И в этом году ежегодный конгресс состоялся 25-29 августа в столице Баварии – г. Мюнхене. Этот город уже не в первый раз принимает представителей европейских кардиологических школ, последний раз Европейский конгресс кардиологов в Мюнхене проводился в 2012 г. Значимость этого крупнейшего международного научного кардиологического события могут продемонстрировать несколько цифр. Так, в 2018 г. в работе конгресса приняли участие более 31 тысячи делегатов из 150 стран. Обширная научная программа включала более 500 симпозиумов и сессий, на которых обсуждались свыше 400 актуальных тем кардиологии и смежных специальностей.

Итоги работы Европейского конгресса кардиологов имеют огромное значение для практических врачей Российской Федерации, т.к. Российское кардиологическое общество является одной из самых крупных аналогичных общественных научных организаций, входящих в состав Европейского общества кардиологов, и все Национальные рекомендации базируются на принятых Европейских протоколах. Признанием важной роли Российского кардиологического общества стало вручение в рамках церемонии открытия Европейского конгресса кардиологов президенту Российского кардиологического общества, академику РАН Шляхто Е.В. золотой медали – высшей награды европейского кардиологического сообщества.

В ходе работы Европейского конгресса кардиологов широко обсуждались результаты ряда крупных международных рандомизированных, плацебо контролируемых исследований. Исследования ARRIVE (Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events), ASCEND (A randomized trial of aspirin versus placebo for primary cardiovascular prevention in 15,480 people with diabetes), ASCEND (A randomized trial of omega-3 fatty acids (fish oil) versus placebo for primary cardiovascular prevention in 15,480 people with diabetes) ставили своей целью изучить возможность повышения эффективности первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2, 3].

Эффективность ацетилсалициловой кислоты в настоящее время бесспорна при вторичной профилактике коронарных и цереброваскулярных заболеваний, что было установлено в результате более 200 исследований с участием 200 000 пациентов. Однако использование аспирина в первичной профилактике острого коронарного и цереброваскулярного события остается спорным [4]. Целью исследования ARRIVE (Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events) стала оценка эффективности и безопасности 100 мг кишечнорастворимого аспирина по сравнению с плацебо в профилактике первого острого цереброваскулярного события у пациентов с умеренным оценочным риском (20-30% 10-летний кардиоваскулярный риск), не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Однако результаты исследования показали, что лечение аспи-

рином не привело к значительному снижению частоты сердечно-сосудистых событий (HR 0,96, 95% ДИ 0,81-1,13, P = 0,60). Результаты безопасности также соответствовали предыдущим исследованиям первичной профилактики, демонстрирующим повышенный риск нефатальных кровотечений (HR 2.11, 95% CI 1,36-3,28, P = 0,0007). В связи с этим использование аспирина в первичной профилактике, по-прежнему, остается индивидуальным решением, которое должно учитывать оценку кардиоваскулярных и онкологических рисков против рисков кровотечения, предпочтений пациентов, стоимости и других факторов [1].

В исследовании ASCEND (A randomized trial of aspirin versus placebo for primary cardiovascular prevention in 15,480 people with diabetes), ASCEND (A randomized trial of omega-3 fatty acids (fish oil) versus placebo for primary cardiovascular prevention in 15,480 people with diabetes) была предпринята попытка изучить возможность повышения эффективности первичной профилактики при использовании ацетилсалициловой кислоты против плацебо и омега-3 ПНЖК против плацебо у пациентов с диабетом. Наблюдение за 15 480 пациентами с диабетом без известного сердечно-сосудистого заболевания показало, что применение аспирина ассоциировалось с 12%-ным относительным снижением основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий по сравнению с плацебо и 29%-ным относительным увеличением основных случаев желудочно-кишечного кровотечения по сравнению с плацебо. В связи с чем, использование аспирина у пациентов с диабетом без известного сердечно-сосудистого заболевания так же необходимо индивидуализировать. Применение в этой категории пациентов омега-3 ПНЖК не влияло на первичный исход серьезных сосудистых событий, смертность от рака, общего или конкретного заболевания [2, 3].

Исследование COMMANDER HF (Randomized Study Comparing Rivaroxaban with Placebo in Subjects with Heart Failure and Significant Coronary Artery Disease Following an Episode of Decompensated Heart Failure) было посвящено тяжелой категории пациентов с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка, имеющих значительное поражение коронарных артерий и перенесших эпизод декомпенсации. Несмотря на достигнутые в последние десятилетия успехи в лечении сердечной недостаточности, в случае развития декомпенсации прогноз сердечно-сосудистой и внезапной смерти у таких пациентов остается плохим. Идея, что тромбино-опосредованные пути могут играть решающую роль в прогрессировании заболевания и стала предпосылкой для проведения данного исследования, в котором сравнивали Ривароксабан с плацебо у пациентов с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), имеющих значительное поражение коронарных артерий и перенесших эпизод декомпенсации. Результат показал, что у пациентов с ХСН и

низкой ФВ ЛЖ остается высокий долгосрочный риск смерти и сердечно-сосудистых событий, несмотря на предпринятое лечение ривароксабаном. Отрицательный результат свидетельствует о необходимости поиска новых подходов к снижению заболеваемости и смертности у данного контингента пациентов [5].

В исследовании GLOBAL LEADERS TRIAL (A randomized comparison of 24 month ticagrelor and 1 month aspirin versus 12 month dual antiplatelet therapy followed by aspirin monotherapy) была изучена возможность долгосрочной монотерапии тикагрелором у пациентов, подвергшихся чрезкожному коронарному вмешательству. Изучаемый 24-месячный антитромботический режим тикагрелором и одним месяцем ацетилсалициловой кислоты по сравнению с обычной двойной антиагрегантной терапией у пациентов после стентирования продемонстрировал, что долгосрочная монотерапия тикагрелором не улучшает результаты против стандартной двойной антиагрегантной терапии у данного контингента пациентов [6].

Достаточно неожиданными стали результаты проспективного эпидемиологического исследования PURE (Association of dietary quality and risk of cardiovascular disease and mortality in more than 218,000 people from over 50 countries). Наблюдение в течение 7 лет за 135 335 пациентами, которые в результате самооценки пищевых предпочтений были распределены в группы исследования по количеству потребляемых углеводов, жира и белка показало, что группа с наибольшей долей своих калорий, поступающих из углеводов, имела 28-процентную общую смертность, чем группа с самым низким. Между тем, группа с самой высокой долей калорий из жира была на 23% ниже общей смертности, чем группа с самой низкой. Увеличение потребления каждого из трех типов жира (насыщенных, мононенасыщенных и полиненасыщенных) было связано с более низкой общей смертностью [7].

Одним из важных итогов ежегодного Европейского конгресса кардиологов стало принятие новых рекомендаций по ведению пациентов с артериальной гипертензией (АГ), диагностике и лечению синкопальных состояний, реваскуляризации миокарда. Кроме того, были представлены протоколы «Четвертое универсальное определение инфаркта миокарда» и «Сердечно-сосудистые заболевания во время беременности».

Несомненно, центральным событием конгресса стало утверждение новой версии совместных рекомендаций по ведению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по АГ (ESC/ESH). В сравнении с европейскими рекомендациями по АГ 2013 г., внесены изменения в раздел диагностики АГ, определения целевых уровней артериального давления (АД) и стратегий ведения пациентов [8, 9]. Результаты исследования SPRINT и появление новых рекомендаций Американского Колледжа карди-

**Классификация клинического артериального артериального давления**

| Категория                      | САД,<br>мм рт.ст. |       | ДАД,<br>мм рт.ст. |
|--------------------------------|-------------------|-------|-------------------|
| Оптимальное                    | <120              | И     | <80               |
| Нормальное                     | 120–129           | и/или | 80–84             |
| Высокое нормальное             | 130–139           | и/или | 85–89             |
| АГ 1 степени                   | 140–159           | и/или | 90–99             |
| АГ 2 степени                   | 160–179           | и/или | 100–109           |
| АГ 3 степени                   | ≥180              | и/или | ≥110              |
| Изолированная систолическая АГ | ≥140              | и     | <90               |

Табл. 2

**Диагностические критерии АГ по данным СМАД и амбулаторного измерения АД**

| Категория               | САД,<br>мм рт.ст. |       | ДАД,<br>мм рт.ст. |
|-------------------------|-------------------|-------|-------------------|
| Клиническое АД          | ≥140              | и/или | ≥90               |
| СМАД                    |                   |       |                   |
| Дневное (бодрствование) | ≥135              | и/или | ≥85               |
| Ночное (сон)            | ≥120              | и/или | ≥70               |
| Суточное                | ≥130              | и/или | ≥80               |
| Домашнее АД             | ≥135              | и/или | ≥85               |

Табл. 3.

**Классификация АГ по стадиям заболевания и уровню риска с учетом уровня АД, наличия факторов риска, влияющих на прогноз, поражения органов-мишеней, ассоциированного с АГ, и коморбидных состояний**

| Стадия гипертонической болезни | Другие ФР, ПОМ и заболевания                | Высокое нормальное АД  | АГ 1 степени           | АГ 2 степени           | АГ 3 степени               |
|--------------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
| Стадия 1 (неосложненная)       | Других ФР нет                               | Низкий риск            | Низкий риск            | Умеренный риск         | Высокий риск               |
|                                | 1-2 ФР                                      | Низкий риск            | Умеренный-высокий риск | Умеренный-высокий риск | Высокий риск               |
|                                | 3 и более ФР                                | Низкий-умеренный риск  | Умеренный-высокий риск | Высокий риск           | Высокий риск               |
| Стадия 2 (бессимптомная)       | АГ-ПОМ, ХБП 3 стадии или СД без ПОМ         | Умеренный-высокий риск | Высокий риск           | Высокий риск           | Высокий-очень высокий риск |
| Стадия 3 (осложненная)         | Симптомные ССЗ, ХБП ≥ 4 стадии или СД с ПОМ | Очень высокий риск     | Очень высокий риск     | Очень высокий риск     | Очень высокий риск         |

ПОМ – поражение органов-мишеней, АГ-ПОМ – поражение органов-мишеней, связанное с АГ, ФР – факторы риска, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, СД – сахарный диабет, ХБП – хроническая болезнь почек

ологов и Американской Ассоциации Сердца 2017 г. способствовали ожиданиям изменения классификации АГ и в новой версии Европейских рекомендаций [10, 11, 12]. Однако, европейские эксперты оставили без изменений классификацию уровней АД и определение АГ и по-прежнему рекомендует классифицировать АД как оптимальное, нормальное, высокое нормальное и выделять 1-ю, 2-ю и 3-ю степень АГ (класс рекомендаций I, уровень доказательности C) (табл.1).

Но, в сравнении с рекомендациями 2013 г. расширены возможности для использования суточного мониторинга АД и самоконтроля АД в диагностике АГ. Диагноз АГ, по-прежнему, основывается на

данных клинического измерения АД; при этом использование амбулаторных методов измерения АД поощряется и подчеркивается взаимодополняющее значение суточного мониторинга АД (СМАД) и домашнего измерения АД. Приведены диагностические критерии постановки диагноза АГ по данным СМАД и домашнего измерения АД (табл.1).

В разделе определения степени риска новых рекомендаций европейскими экспертами ведено традиционное для российской кардиологической научной школы деление АГ по стадиям (табл.3.).

Для начала антигипертензивной терапии всем пациентам рекомендуется модификация образа жизни. Использование лекарственной терапии (одномо-

ментно с немедикаментозными вмешательствами или отсроченно) определяется уровнем клинического АД, сердечно-сосудистого риска, наличием поражения органов-мишеней или сердечно-сосудистых заболеваний. Так, части пациентов с высоким нормальным АД, в отличие от рекомендаций 2013 г., рекомендуется рассмотреть медикаментозную терапию. Это касается больных очень высокого риска, имеющих установленное сердечно-сосудистое заболевание, прежде всего ИБС. Пациентам с 1-й степенью АГ, имеющим признаки высокого и очень высокого риска, рекомендуется безотлагательная медикаментозная терапия, в то время как пациентам умеренного и низкого риска в течение 3-6 месяцев должна предприниматься попытка модификации образа жизни, и только в случае неэффективности контроля АД может быть использована лекарственная терапия. При 2-й и 3-й степени АГ, независимо от уровня риска, рекомендовано безотлагательное медикаментозное лечение с целью достижения целевого уровня АД в течение 3-х месяцев [8].

Наиболее существенные изменения в новых рекомендациях коснулись определения целевых уровней АД. Эксперты признают существование убедительных доказательств пользы от снижения САД ниже 140 и даже 130 мм рт.ст. Приводятся данные крупного мета-анализа рандомизированных клинических исследований, показавшего значимое уменьшение риска развития основных ассоциированных с АГ сердечно-сосудистых осложнений при снижении САД на каждые 10 мм рт.ст. при исходном уровне 130-139 мм рт.ст. (то есть при достижении на лечении уровня САД менее 130 мм рт.ст.): риска ИБС на 12%, инсульта – на 27%, сердечной недостаточности – на 25%, основных сердечно-сосудистых событий – на 13%, смерти от любой причины – на 11% [13]. Но в тоже время отмечают, что доказательства пользы более низких целевых уровней АД менее убедительны в нескольких важных субпопуляциях пациентов с АГ: пожилых, с СД, ХБП, ИБС.

В Рекомендациях по ведению артериальной гипертензии ESC/ESH 2018 г. предложен подход определения дифференцированного целевого уровня АД, который зависит от возраста и такой сопутствующей патологии, как сахарный диабет, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца, перенесенный инсульт или транзиторная ишемическая атака. При выборе тактики ведения пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется ориентироваться не столько на хронологический, сколько на биологический возраст пациента, который предполагает оценку способности к самообслуживанию, переносимости терапии, выраженности старческой астении.

Так у пациентов возрастного диапазона от 18 до 65 лет с артериальной гипертензией без сопутствующей патологии и при наличии сахарного диабета, ишемической болезни сердца, после перенесенного инсульта или транзиторной ишемической атаки цель лечения АГ – снижение САД менее 130 мм рт.ст.

или ниже, при хорошей переносимости лечения, но не ниже 120 мм рт.ст. При наличии ХБП – менее 140 до 130 мм рт.ст. если переносится.

Пациентам в возрасте 65-79 лет, а также пациентам старше 80 лет во всех клинических ситуациях рекомендован целевой уровень 130-139 мм рт.ст. если переносится. Более низкие уровни САД у пациентов такого возраста не рекомендуются. Целевой уровень диастолического АД для пациентов любого возраста и во всех клинических ситуациях одинаков – 70-79 мм рт.ст.

Изменения в новых рекомендациях по артериальной гипертензии коснулись и раздела лечения. Предложена стратегия «одной таблетки» с использованием фиксированных комбинаций 2-х, а при необходимости 3-х лекарственных препаратов. Начало терапии с 2-х препаратов в 1 таблетке рекомендовано для большинства пациентов. Так же упрощены терапевтические алгоритмы. Предпочтение у большинства пациентов должно быть отдано комбинациям блокатора РААС и антагониста кальциевых каналов или диуретика. Бета-адреноблокаторы должны назначаться только в специфических клинических ситуациях. При неэффективности стартовой терапии двумя препаратами рекомендуется тройная терапия, так же предпочтительно в составе фиксированной комбинации – блокатора РААС, антагониста кальциевых каналов и диуретика. Если и в этой ситуации не удастся достигнуть контроля АД, рекомендуется рассмотреть назначение верошпирона [8].

Основными новыми положениями «Четвертого универсального определения инфаркта миокарда» стало разграничение понятий инфаркта миокарда и миокардиального повреждения. Подчеркивается вероятность перипроцедурного миокардиального повреждения после кардиологических и некардиологических вмешательств.

Термин «миокардиальное повреждение» должен применяться, когда имеется повышение значений сердечных тропонинов, где как минимум одно значение будет выше 99й перцентили верхней границы нормы. Термин «острый инфаркт миокарда» должен применяться, когда имеется острое миокардиальное повреждение с клиническими данными острой ишемии миокарда и с обнаружением подъема и/или падения значений сердечных тропонинов, где как минимум одно значение будет выше 99й перцентили верхней границы нормы при наличии как минимум одного из следующих критериев: симптомы ишемии миокарда; нововыявленные ишемические изменения на ЭКГ; развитие патологических зубцов Q; наличие в данных методов визуализации признаков нововыявленной потери жизнеспособного миокарда, либо нововыявленное нарушение региональной подвижности стенок по типу, характерному для ишемической этиологии. Новой является также рекомендация по применению МРТ для определения этиологии миокардиального повреждения и КТ коронарной ангиографии при подозре-

нии на инфаркт миокарда [14].

В новых рекомендациях 2018 г по диагностике и ведению пациентов с синкопальными состояниями представлена классификация причин обморока, приведены критерии дифференциальной диагностики обморока и схожих клинических состояний, в том числе временной потери сознания. Предложены критерии определения уровня риска пациента, в том числе риска внезапной смерти и лечебный подход в зависимости от степени риска. Кроме подробного протокола неотложной помощи при обмороке на основе оценки клинического риска представлены так же рекомендации по предотвращению рецидивов обморока. Обсуждается также проблема создания такой структуры, как клинический блок синкопальных состояний, задачей которого является диагностика и дифференциальная диагностика синкопальных состояний неясной этиологии и ведение пациентов высокого риска, в том числе применение методов профилактики внезапной смерти [15].

В совместных рекомендациях Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации кардио-торакальных хирургов 2018 г. нашли отражение все последние результаты исследований, посвященных проблеме реваскуляризации миокарда, а также те изменения, которые уже звучали в новых европейских рекомендациях по ведению пациентов с острым коронарным синдромом и рекомендациях по двойной антитромбоцитарной терапии. Пациентов, у которых рассматривается многосудистая реваскуляризация, рекомендуется при выборе тактики вмешательства оценить по шкале риска Syntax и систематически оценивать после реваскуляризации. У стабильных больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST реваскуляризация миокарда рассматривается и выполняется в соответствии с принципами лечения больных со стабильной ИБС. У больных ИБС, сердечной недостаточностью с ФВ ЛЖ 35% и менее предпочтение должно отдаваться аортокоронарному шунтированию (АКШ), а в целом чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является альтернативой АКШ. Кроме того, предпочтительна полная реваскуляризация, а не обособленное вмешательство только на инфаркт-связанной артерии; при всех клинических ситуациях должен рассматриваться лучевой доступ и использование стентов с лекарственным покрытием [16].

При обсуждении антитромботической терапии сопровождения отмечается, что у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, подвергающихся реваскуляризации миокарда, используется антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, и новые оральные антикоагулянты в данной ситуации предпочтительны перед варфарином. У больных с ОКС, подвергающихся ЧКВ и принимающих P2Y12-ингибиторы, определены показания для использования кангрелора и GP IIb/IIIa ингибиторов [16].

В последние десятилетия и в России, и в Европе

прослеживается тенденция увеличения среднего возраста первородящих матерей до 28-31 лет. А наступление беременности в более позднем репродуктивном периоде чаще ассоциируется с увеличением распространенности сердечно-сосудистых факторов риска, особенно на фоне сахарного диабета, артериальной гипертензии и патологического ожирения. Кроме того, все большее число женщин с врожденными пороками сердца достигают детородного возраста, что является главной причиной материнской смертности во время беременности. Эти тенденции и привели к утверждению в 2018 г. Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных, разработанных Комитетом экспертов Российского кардиологического общества [17].

На Европейском конгрессе кардиологов 2018 так же принят протокол по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, совершенно созвучный с последними российскими рекомендациями. Рассмотрены вопросы эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний у беременных, патогенетические механизмы адаптации сердечно-сосудистой системы во время беременности. Значительное внимание уделено аспектам планирования беременности и проведения пренатальной диагностики возможных наследственных врожденных заболеваний, в том числе с использованием методов медико-генетического консультирования. Приведены критерии оценки риска осложнений у матери и плода при различных сроках беременности, методы их профилактики и коррекции, в том числе с использованием кардиохирургических и малоинвазивных вмешательств. Даны рекомендации по выбору метода родоразрешения и ведения послеродового периода, вскармливания со смещением акцентов в большинстве клинических ситуаций на родоразрешение через естественные родовые пути, ассоциирующееся с меньшей кровопотерей, меньшим риском инфицирования и более низкой частотой венозного тромбоза [18].

### Литература

1. ARRIVE (Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events). ARRIVE Executive Committee. *European Society of Cardiology*. August 26 2018. Доступно по: [http://www.clinicaltrialresults.org/Slides/ESC2018/ARRIVE\\_Gaziano.pdf](http://www.clinicaltrialresults.org/Slides/ESC2018/ARRIVE_Gaziano.pdf).
2. Bowman L., Mafham M., Stevens W., Haynes R., Aung T., Chen F., Buck G., Collins R., Armitage J., ASCEND Study Collaborative Group. None. ASCEND: A Study of Cardiovascular Events in Diabetes: Characteristics of a randomized trial of aspirin and of omega-3 fatty acid supplementation in 15,480 people with diabetes. Доступно по: <https://www.mdph.ox.ac.uk/publications/810726>.
3. ASCEND (A randomized trial of omega-3 fatty acids (fish oil) versus placebo for primary cardiovascular prevention in 15,480 people with diabetes). Jane Armitage and Louise Bowman on behalf of the ASCEND Study Collaborative Group. Доступно по: [https://www.aac.org/~/media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2018/08/21/ESC-2018-Slides/Aug26-Sun/1045amET\\_ASCEND\\_Omega-3.pdf](https://www.aac.org/~/media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2018/08/21/ESC-2018-Slides/Aug26-Sun/1045amET_ASCEND_Omega-3.pdf).
4. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ*. 2002; 324: 71–86.
5. COMMANDER HF (Randomized Study Comparing Rivaroxaban with Placebo in Subjects with Heart Failure and Significant Coronary Artery

- Disease Following an Episode of Decompensated Heart Failure). *European Society of Cardiology*. August 2018. Доступно по: [https://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Press/ESC%20Congress/2018%20Slides/ZannadPressSlides.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press/ESC%20Congress/2018%20Slides/ZannadPressSlides.pdf).
6. GLOBAL LEADERS TRIAL (A randomized comparison of 24 month ticagrelor and 1 month aspirin versus 12 month dual antiplatelet therapy followed by aspirin monotherapy). *European Society of Cardiology*. August 2018. Доступно по: [https://www.escardio.org/static\\_file/Escardio/Press/ESC%20Congress/2018%20Slides/ZannadPressSlides.pdf](https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press/ESC%20Congress/2018%20Slides/ZannadPressSlides.pdf).
  7. Dehghan M, Mente A, Zhang X, Swaminathan S, Li W, Mohan V, Iqbal R, Kumar R, Wentzel-Viljoen E, Rosengren A, Amma LI, Avezum A, Chifamba J, Diaz R, Khatib R, Lear S, Lopez-Jaramillo P, Liu X, Gupta R, Mohammadifard N, Gao N, Ogun A, Ramli AS, Seron P, Sun Y, Szuba A, Tsolekile L, Wielgosz A, Yusuf R, Hussein Yusufali A, Teo KK, Rangarajan S, Dagenais G, Bangdiwala SI, Islam S, Anand SS, Yusuf S; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study investigators. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2017; 390(10107):2050-2062.
  8. ESC/EAH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J*. 2018; 39 (33): 3021-3104.
  9. ESC/EAH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2013; 31 (7):1281-1357
  10. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L., Cooney M.T., Corra U., Cosyns B., Deaton C., Graham I., Hall M.S., Hobbs F.D.R., Locher M.L., Lollgen H., Marques-Vidal P., Perk J., Prescott E., Redon J., Richter D.J., Sattar N., Smulders Y., Tiberi M., van der Worp H.B., van Dis L., Verschuren W.M.M., Binno S. ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur. Heart J*. 2018; 39 (29): 2315-2381.
  11. The SPRINT Research Group. *N. Engl. J. Med.* 2015; 373: 2103-2116. *Journal of Hypertension* 2013; 31 (7):1281-1357.
  12. Whelton P.K., Carey R.M., Aronow W.S., Casey D.E.Jr., Collins K.J., Dennison Himmelfarb C., DePalma S.M., Gidding S., Jamerson K.A., Jones D.W., MacLaughlin E.J., Muntner P., Ovbigele B., Smith S.C.Jr., Spencer C.C., Stafford R.S., Taler S.J., Thomas R.J., Williams K.A.Sr., Williamson J.D., Wright J.T.Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018; 71 (6): e13-e115.
  13. Ettehad D, Emdin C.A., Kiran A., Anderson S.G., Callender T., Emberson J., Chalmers J., Rodgers A., Rahimi K. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957-967.
  14. Kristian Thygesen Joseph S Alpert Allan S Jaffe Bernard R ChaitmanJeroen J Bax David A Morrow Harvey D White ESC Scientific Document Group. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Доступно по: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehy462/5079081>.
  15. Michele Brignole Angel Moya Frederik J de Lange Jean-Claude Debaro Perry M Elliott-Alessandra Fanciulli Artur Fedorowski Raffaello Furlan Rose Anne Kenny Alfonso Martin. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur. Heart J*. 2018; 39 (21): 1883-1948.
  16. Franz-Josef Neumann Miguel Sousa-Uva Anders Ahlsson Fernando Alfonso Adrian P Banning Umberto Benedetto Robert A Byrne Jean-Philippe Collet Volkmar Falk Stuart J Head. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Доступно по: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehy462/5079081>.
  17. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности 2018. Национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал* 2018, 3 (155): 91-134.
  18. Vera Regitz-Zagrosek Jolien W Roos-Hesselink Johann Bauersachs Carina Blomström-Lundqvist Renata Cifkova Michele De Bonis Bernard Iung Mark Richard Johnson Ulrich Kintscher Peter Kranke. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur. Heart J*. 2018; 39 (34): 3165-3241.