

Новые рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) 2017 г.: важные изменения для внедрения в клиническую практику

В.В. ФОМИН, А.А. СВИСТУНОВ, Д.А. НАПАЛКОВ, А.А. СОКОЛОВА, А.И. СКРИПКА, Н.А. МОРИНА, Е.А. ФЕДОРОВА

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Аннотация

Приведен обзор обновленных рекомендаций Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC) от 2017 г. В этом году в конце лета представлены пересмотренные и дополненные рекомендации по таким направлениям, как проведение двухкомпонентной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ), лечение больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента *ST* (ИМп*ST*), ведение пациентов с заболеваниями клапанов сердца и периферических артерий. Авторы статьи представляют независимый анализ и обсуждение новых данных в ключевых вопросах диагностики и лечения пациентов по указанным направлениям. В рекомендациях по ДАТТ обращено особое внимание на сроки проведения и выбор препаратов для ДАТТ. Обновленные данные по лечению больных ИМп*ST* точно определяют время до выполнения чрескожных коронарных вмешательств, подходы к реваскуляризации; обновления коснулись также фибринолитической терапии и новых подходов к гипохлипидемической терапии. Рекомендации по ведению пациентов с атеросклерозом периферических артерий впервые предлагают раздел, посвященный выбору антитромботической терапии (антиагрегант и/или антикоагулянт) в зависимости от клинической ситуации.

Ключевые слова: антитромбоцитарная терапия, инфаркт миокарда с подъемом сегмента *ST*, заболевания клапанов сердца, заболевания периферических артерий.

The new 2017 European Society of Cardiology (ESC) guidelines: important changes for introduction into clinical practice

V.V. FOMIN, A.A. SVISTUNOV, D.A. NAPALCOV, A.A. SOKOLOVA, A.I. SKRIPKA, N.A. MORINA, E.A. FEDOROVA

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

The paper gives an overview of the European Society of Cardiology (ESC) guidelines updated in 2017. The revised and amended guidelines for areas, such as dual antiplatelet therapy (DAT), treatment of patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), and management of patients with valvular heart disease and peripheral artery disease, were presented in late summer of this year. The authors of this paper present an independent analysis and discussion of new data on the key issues of diagnosis and treatment in patients in the above areas. The recommendations on DAT pay special attention to the timing of the therapy and to the choice of its drugs. The updated data on the treatment of patients with STEMI accurately determine the time to percutaneous coronary interventions, approaches to revascularization; the updates touch upon fibrinolytic therapy and new approaches to lipid-lowering therapy too. Recommendations for the management of patients with peripheral artery atherosclerosis propose for the first time a section devoted to the choice of antiplatelet therapy (an antiaggregant and/or an anticoagulant) depending on the clinical situation.

Keywords: antiplatelet therapy, ST-segment elevation myocardial infarction, valvular heart diseases, peripheral artery diseases.

АКШ — аортокоронарное шунтирование
ДАТТ — двухкомпонентная антитромбоцитарная терапия
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИМ — инфаркт миокарда
ИМп*ST* — ИМ с подъемом сегмента *ST*
КА — коронарная артерия
ОКС — острый коронарный синдром

ППОАК — прямые пероральные антикоагулянты
ФП — фибрилляция предсердий
ЧКВ — чрескожное вмешательство
ЭКГ — электрокардиограмма
ESC — European Society of Cardiology — Европейское общество кардиологов

Каждый год в последний месяц лета конгресс Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology — ESC) расставляет приоритеты в ключевых вопросах диагностики и лечения пациентов с определенными нозологическими формами, что в дальнейшем на протяжении нескольких лет определяет тенденции изменения практической деятельности кардиологов. В 2017 г. пересмотрены и дополнены рекомендации по проведению двухкомпонентной антитромбоцитарной терапии

(ДАТТ), лечению больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента *ST* (ИМп*ST*), ведению пациентов с заболеваниями клапанов сердца и периферических артерий. Многие тексты представляют собой многостраничные документы, из которых в этой статье мы постараемся выделить лишь то новое, чем отличаются рекомендации этого года.

Рекомендации ESC 2017 г. по ДАТТ [1]. Сроки проведения и выбор препаратов для ДАТТ у пациентов являются

ся объектом интенсивного обсуждения среди экспертов. Хорошо известно, что адекватное применение ДАТТ может снизить риск ранних и отсроченных рестенозов имплантированных стентов, а также частоту развития повторных инфарктов миокарда (ИМ) после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) или планового чрескожного вмешательства (ЧКВ). В то же время клиницистам хорошо известно, что чем дольше проводится терапия двумя антиагрегантными препаратами, тем выше риск больших кровотечений, и в этой ситуации самым главным является сохранение баланса между эффективностью такого лечения и его безопасностью. Потенциальная польза от продолжительности ДАТТ («чем дольше, тем лучше») в основном зависит во многом от формы ишемической болезни сердца (ИБС): при ОКС/ИМ в анамнезе она существенно выше, чем при стабильно протекающей стенокардии. В рекомендациях особое внимание уделено тому, что при определении сроков ДАТТ в большей степени стоит основывать свой выбор с учетом индивидуального риска для пациента развития как ишемических, так и геморрагических осложнений.

Повышенный риск развития повторных ишемических осложнений после стентирования возможен в следующих клинических ситуациях: ранее развившийся тромбоз стента на фоне предшествующей адекватной ДАТТ, стентирование «последней» (ранее не стентированной) коронарной артерии (КА), диффузное поражение коронарных сосудов у пациентов с сахарным диабетом, хроническая болезнь почек (клиренс креатинина <60 мл/мин), установленные ранее 3 стента и более, бифуркационный стеноз с ранее установленными 2 стентами, общая длина всех стентов >60 мм, консервативное лечение практически тотальной окклюзии КА.

Самым спорным вопросом в последние годы является продление ДАТТ более 12 мес у пациентов с ОКС, перенесших ЧКВ. В новых рекомендациях произошла смена парадигмы с «профилактики тромбоза имплантируемого стента» на «лечение пациента с высоким риском поражения КА».

В настоящее время у всех пациентов после ОКС продолжительность ДАТТ по умолчанию должна составлять 12 мес вне зависимости от использованной стратегии реваскуляризации (тромболизис, ЧКВ или аортокоронарное шунтирование — АКШ). У пациентов с высоким риском кровотечений продолжительность ДАТТ можно уменьшить до 6 мес. Продление ДАТТ на срок более 12 мес может быть рассмотрено у пациентов с ОКС, у которых в первый год приема антитромбоцитарных препаратов кровотечения не возникали (**рис. 1**).

Сведения об авторах:

Фомин Виктор Викторович — д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, зав. каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета

Свиштунов Андрей Алексеевич — д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, первый проректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Соколова Анастасия Андреевна — к.м.н., асс. каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета

Скрипка Алена Игоревна — аспирант каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета

Наталья Александровна Морина — слушатель «Школы мастерства по терапии»

Елизавета Алексеевна Федорова — слушатель «Школы мастерства по терапии»

Основное внимание в новых рекомендациях также уделено тому, что для определения продолжительности ДАТТ не имеет значения вид использованного стента. Аналогичным образом решение врача назначить пациенту в дальнейшем короткий (6 мес) вариант ДАТТ не означает автоматически применение голометаллического стента. Аналогично вне зависимости от вида стента продолжительность ДАТТ у пациентов со стабильной ИБС после перенесенного ЧКВ составляет от 1 до 6 мес в зависимости от риска развития геморрагических осложнений. Соответственно более продолжительную ДАТТ следует предпочесть у пациентов с более высоким риском развития ишемических осложнений по сравнению с риском кровотечений.

До сих пор нет клинических данных, позволяющих рекомендовать ДАТТ у пациентов со стабильно протекающей ИБС, перенесших АКШ.

У ряда пациентов, имеющих фибрилляцию предсердий (ФП), искусственные механические клапаны сердца, тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии в анамнезе, в дополнении к ДАТТ назначается еще и один из пероральных антикоагулянтов. При этом продолжительность такой трехкомпонентной анти тромботической терапии (ДАТТ+антикоагулянт) не должна превышать 6 мес или может быть уменьшена на основе индивидуальной оценки факторов риска развития ишемических и геморрагических осложнений.

В рекомендациях клопидогрел сохранил свои позиции по умолчанию в ДАТТ у пациентов со стабильной ИБС после ЧКВ, у больных с ФП и у лиц с противопоказаниями к назначению тикагрелора и празугрела. Тикагрелор или празугрел рекомендованы в качестве одного из компонентов ДАТТ у пациентов после ОКС. Время начала и продолжительность терапии данными анти тромботическими препаратами зависят как от самого препарата, так и от клинической ситуации (стабильная ИБС или ОКС).

Продолжительность и качественный состав ДАТТ должны быть аналогичными у пациентов вне зависимости от половой принадлежности и наличия сахарного диабета.

Рекомендации по лечению больных ИМпСТ [2]. Рекомендации ESC по лечению больных острым ИМпСТ обновлены впервые с 2012 г. В обновленных рекомендациях впервые за все время дано четкое определение, с какого момента следует начинать отсчет 90 мин для проведения ЧКВ: со времени постановки диагноза ИМпСТ по данным электрокардиографии. Ранее в качестве «стартовой точки» указывались время появления первых симптомов, подозрительных на ИМ, и время вызова бригады скорой медицинской помощи. По мнению авторов обновленных рекомендаций, электрокардиографический диагноз ИМпСТ — более объективная и четко воспринимаемая всеми специалистами клиническая ситуация, с момента которой необходимо отсчитывать 1,5 ч (**рис. 2**).

Использование ранее широко распространенного термина дверь—баллон (door-to-balloon) окончательно не считается целесообразным. Вместо этого возникла аббревиатура ПМК — первый медицинский контакт (FMC —

Контактная информация:

Напалков Дмитрий Александрович — д.м.н., проф. каф. факультетской терапии №1 лечебного факультета; e-mail: dminap@mail.ru

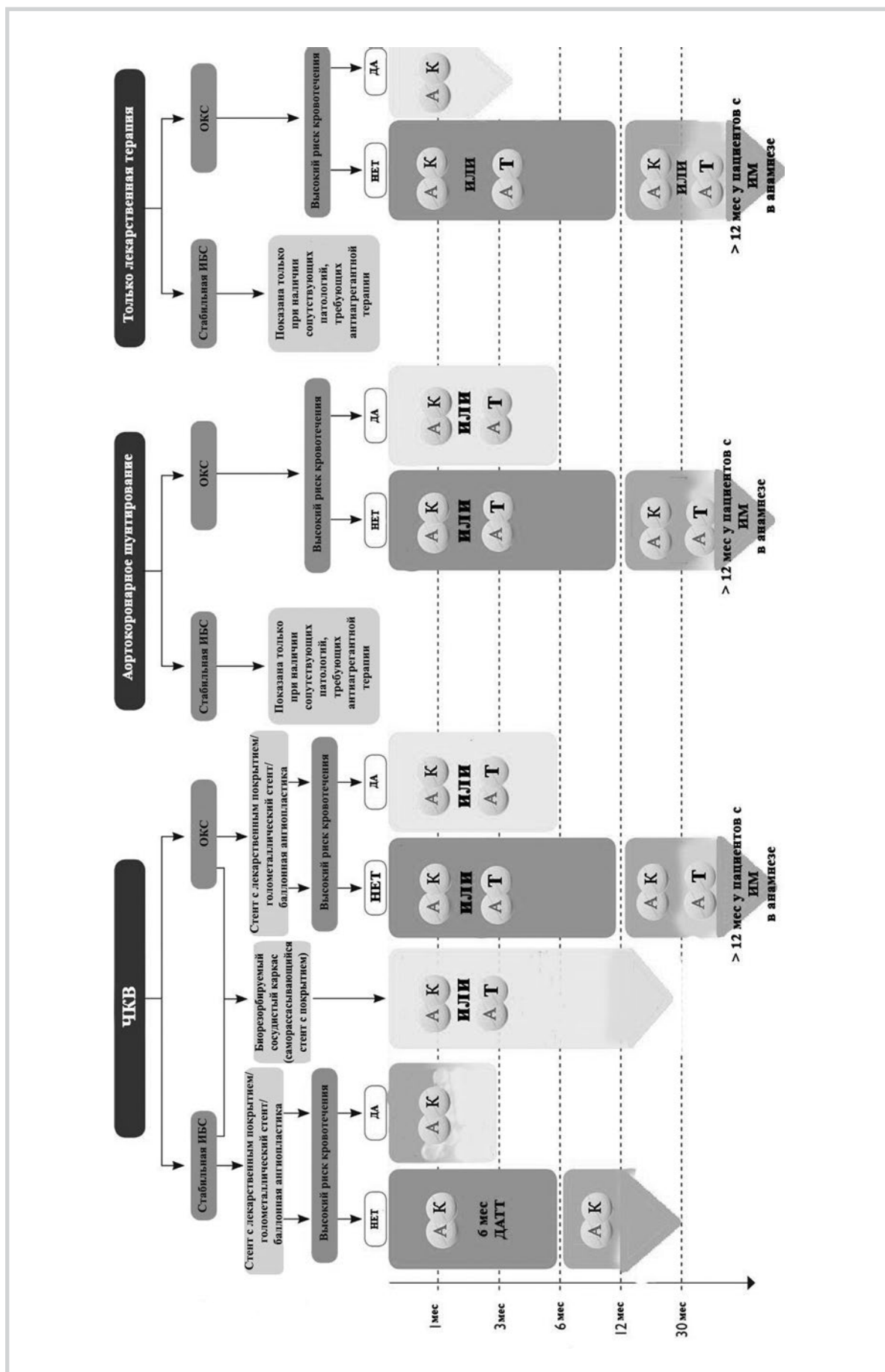


Рис. 1. Алгоритм применения анти тромботической терапии у пациентов с ИБС. Здесь и на рис. 3: А — ацетилсалициловая кислота; К — клопидогрел; Т — тикагрелор.

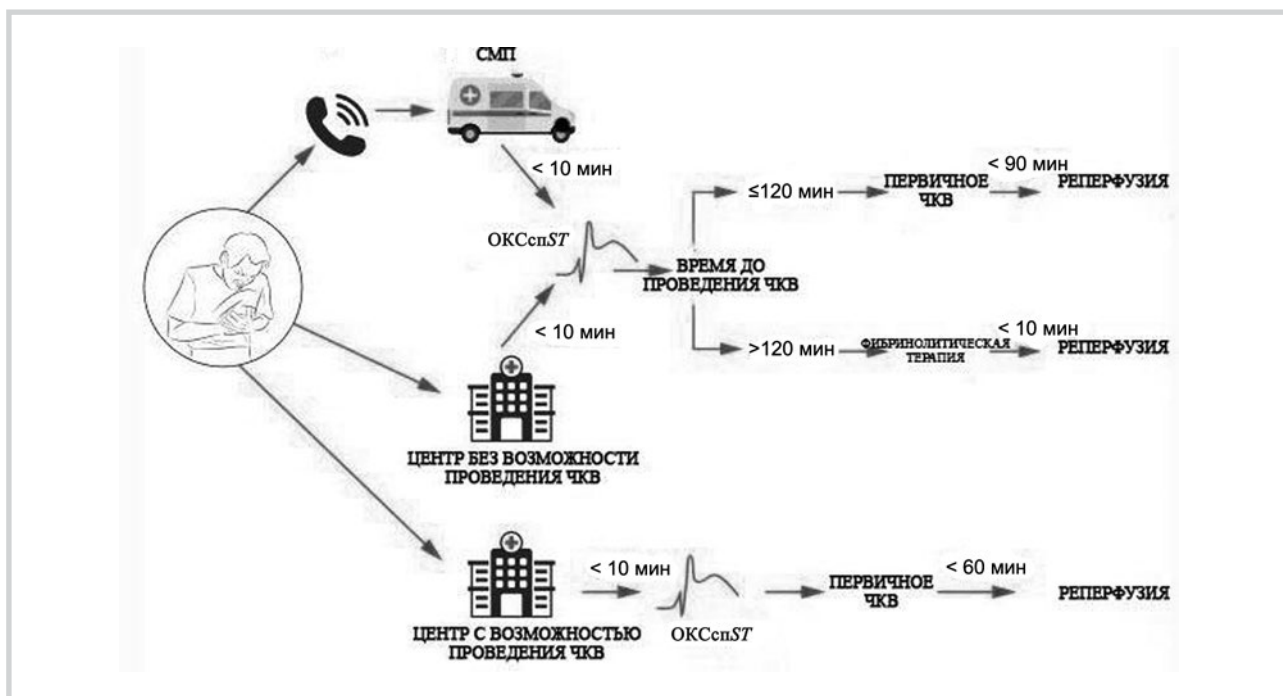


Рис. 2. Схема выбора стратегии реперфузии у пациентов с подъемом сегмента ST.

First medical contact), определяющийся как момент времени, когда пациент осматривается врачом, фельдшером или медсестрой с последующей регистрацией и интерпретацией электрокардиограммы.

Изменения коснулись и фибринолитической терапии. В случае, если тромболитическая является ключевой реперфузионной стратегией, максимальная задержка по времени от установки диагноза ИМпST до начала инфузии тромболитика теперь сокращена с 30 до 10 мин.

Полная реваскуляризация окклюзированных КА не рекомендовалась в документе 5-летней давности: в нем отмечалось, что активно восстанавливать кровоток необходимо только в артериях, кровоснабжающих зону инфаркта. В обновленных рекомендациях предлагается рассматривать проведение максимально полной реваскуляризации, включая сосуды, не связанные с зоной инфаркта, что может быть выполнено как одновременно с артерией, кровоснабжающей зону инфаркта, так и отсрочено, но до выписки из стационара.

Согласно настоящим рекомендациям больше не применяются аспирация тромба и так называемое отсроченное стентирование (восстановление проходимости артерии с установкой стента через 48 ч). Для ЧКВ также имеются нововведения: следует отдавать предпочтение стентам с лекарственным покрытием, а не голым металлическим стентам; аналогичным образом предпочтительным теперь считается радиальный, а не феморальный доступ.

Относительно новой стала рекомендация по назначению дополнительных гиполипидемических препаратов в дополнение к максимальным дозам статинов в отсутствие достижения целевых уровней липидов в крови.

Обязательная оксигенотерапия у пациентов с ИМпST теперь рекомендована при снижении насыщения крови

кислородом менее 90% (ранее менее 95%). При клинических проявлениях ишемии миокарда полная блокада не только левой, но и правой ножки пучка Гиса теперь обуславливает необходимость экстренной ангиографии для уточнения атеросклеротического поражения коронарного русла. Внимание практикующих врачей также привлечено к атипичным формам ИМпST без окклюзии КА, которые встречаются в 14% случаев и для подтверждения которых требуются дополнительные тесты.

Рекомендации по заболеваниям клапанов сердца [3]. В рекомендациях 2017 г. наибольшее внимание уделено тому, что вмешательства на аортальном клапане должны проводиться только в специализированных центрах по лечению пороков сердца, где имеются кардиологические и кардиохирургические отделения. При этом выбор вида вмешательства должен основываться на детальной оценке индивидуальных рисков для пациента и преимуществ каждого из методов.

Хирургическое протезирование аортального клапана (SAVR) при клинически проявляющемся аортальном стенозе рекомендуется пациентам с низким операционным риском (как правило, более молодым, имеющим двустворчатый клапан). Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) рекомендуется пациентам с клинически проявляющимся аортальным стенозом, которые не подходят для SAVR, т.е. операционный риск у которых существенно выше (чаще пациентам более старшего возраста), но при этом подчеркивается, что выбор хирургического вмешательства осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов.

У пациентов с бессимптомными поражениями клапанов сердца ранние хирургические вмешательства могут сопровождаться лучшими результатами, однако точное время проведения операции до сих пор не установлено.

| 1 | ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОЗЕ СОННОЙ АРТЕРИИ | | | ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НЕ ТРЕБУЮЩИХ ТЕРАПИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ | | | | АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ | | | |
|---------------|--|------------------------------|----------------------------|---|-----------------------|------------------|---------------|---|----------|---|---------------------------|
| | БЕССИМПТОМНЫЕ | СТЕНТИРОВАНИЕ СОННОЙ АРТЕРИИ | ОПЕРАЦИЯ НА СОННОЙ АРТЕРИИ | БЕССИМПТОМНОЕ | СИМПТОМЫ ПРИСУТСТВУЮТ | РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ | | БЕССИМПТОМНОЕ | ХИРУРГИЯ | ЧРЕСКОЖНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО | |
| | | | | | | ЧРЕСКОЖНО | ХИРУРГИЯ | | | НИЗКИЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ | ВЫСОКИЙ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ |
| 0–1 мес | А ИЛИ К | А + К | А ИЛИ К | АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ | А ИЛИ К | А + К | А ИЛИ К | О | | О + ^Δ / _к | О |
| 1 мес – 1 год | | А ИЛИ К | | | | А ИЛИ К | | | | О + ^Δ / _к ИЛИ О | |
| > 1 года | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ | ⇓ |

Рис. 3. Анти тромботическая терапия у пациентов с заболеваниями периферических артерий.

О — пероральные антикоагулянты.

При обсуждении вопросов антикоагулянтной терапии у пациентов с заболеваниями клапанов сердца до настоящего времени нет достаточных доказательств, чтобы убедительно рекомендовать использовать у данной категории пациентов прямые пероральные антикоагулянты (ППОАК): дабигатран, ривароксабан, апиксабан; препаратом выбора по-прежнему остаются антагонисты витамина К (варфарин). Возможность назначения ППОАК можно рассматривать уже через 3 мес после имплантации биопротеза аортального клапана у пациентов с ФП. В то же время абсолютными противопоказаниями к назначению ППОАК служат выраженный митральный стеноз и искусственные клапаны сердца.

Кроме того, внесены некоторые изменения и в показания к анти тромботической терапии у пациентов с искусственными клапанами сердца или перенесших пластику клапана: в настоящих рекомендациях допускается добавление низких доз ацетилсалициловой кислоты (75–100 мг/сут) к антагонисту витамина К (варфарин) при сочетании искусственных (механических) клапанов и клинически значимого атеросклероза.

Рекомендации по заболеваниям периферических артерий [4]. Впервые клинические рекомендации ESC разработаны в результате плодотворного сотрудничества кардиологов и сосудистых хирургов.

Впервые в истории данных рекомендаций целый раздел посвящен выбору анти тромботической терапии (ан-

тиагрегант и/или антикоагулянт) в зависимости от клинической ситуации (рис. 3).

В обновленном документе сформулирована рекомендация по реваскуляризации у таких больных только при наличии высокого риска развития инсульта; как известно, в предыдущих рекомендациях от 2011 г. предлагалось выполнять реваскуляризацию у всех пациентов с бессимптомным каротидным стенозом. У пациентов с поражением почечных артерий в настоящее время проведение реваскуляризации в большинстве случаев не рекомендуется. Важным дополнением к предшествующим знаниям по стратификации риска ампутации конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий стала шкала WiFi, включающая оценку трех основных факторов: W (рана), i (ишемия) и Fi (инфекционное поражение стопы).

Подводя итоги вышедших в 2017 г. рекомендаций ESC, следует отметить, что максимально индивидуализированный подход к терапии для каждого пациента полностью отражает тенденцию, сложившуюся в кардиологии за несколько последних лет. Она обуславливает необходимость принятия экспертного врачебного решения на основе имеющейся доказательной базы с учетом особых характеристик пациента в дополнение (а не в противопоставлении) к общепопуляционной стратегии первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, Jüni P, Kastrati A, Kolh P, Mauri L, Montalescot G, Neumann FJ, Petricevic M, Roffi M, Steg PG, Windecker S, Zamorano JL, Levine GN; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017 Aug 26. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezx334>
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimský P. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2017 Aug 26. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
3. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Iung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjögren J, Tornos Mas P, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2017 Sep 21;38(36):2739-2791. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>
4. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, Collet JP, Czerny M, De Carlo M, Debus S, Espinola-Klein C, Kahan T, Kownator S, Mazzolai L, Naylor AR, Roffi M, Röther J, Sprynger M, Tendera M, Tepe G, Venermo M, Vlachopoulos C, Desormais I. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J*. 2017 Aug 26. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx095>

Поступила 31.10.17