

## ЕВРОПЕЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КАРДИОЛОГИИ 2016 ГОДА

Проф. С. Г. КАНОРСКИЙ

*Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар,  
Российская Федерация*

**В обзоре представлены основные положения пяти текстов клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов, опубликованных в 2016 г. Основное внимание уделено изменениям, появившимся в новых версиях рекомендаций.**

*Ключевые слова: клинические рекомендации, сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, сердечно-сосудистая профилактика, дислипидемия, кардиоонкология.*

В 2016 г. Европейское общество кардиологов представило врачам пять новых текстов рекомендаций, подготовленных рабочими группами экспертов и рецензентов: по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (ОСН и ХСН), лечению фибрилляции предсердий (ФП), профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике, лечению дислипидемий, а также консенсусный документ, посвященный сердечно-сосудистой токсичности при лечении рака. Их обсуждение проводилось на очередном ежегодном конгрессе Европейского общества кардиологов, впервые проводившемся в столице Италии Риме (27–31 августа 2016 г.).

### **Рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности**

Группа экспертов Европейского общества кардиологов под руководством Р. Ponikowski подготовила рекомендации по диагностике и лечению ОСН и ХСН [1], содержащие ряд обновлений по сравнению с предыдущим текстом, опубликованным в 2012 г., в частности, в них даны новая классификация ХСН, диагностические и терапевтические алгоритмы ведения пациентов с ОСН и ХСН, дополнительная информация о сопутствующей патологии и мультидисциплинарной медицинской помощи, уточнение отдельных важных положений на основе новых данных.

Сердечная недостаточность (СН) представляет собой клинический синдром, характеризующийся типичными симптомами (одышка, утомляемость, отеки) и признаками (повышенное давление в яремных венах, влажные хрипы при аускультации легких), вызванными структурной или функциональной патологией сердца, снижением сердечного выброса или повышением внутрисердечного давления в покое или при нагрузке. Новая классификация ХСН предполагает разделение пациентов на три категории: со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) — менее 40%, со средней ФВ ЛЖ (40–49%) и с сохраненной ФВ

ЛЖ (50% и более). В последнем случае у больных выявляется диастолическая дисфункция ЛЖ.

Диагностический алгоритм при подозрении на ХСН включает сбор анамнеза, физикальное исследование, регистрацию электрокардиограммы с последующей оценкой уровня натрийуретических пептидов и проведением эхокардиографии.

Предложены мероприятия, направленные на коррекцию факторов риска СН для предупреждения ее возникновения и продления жизни пациента. Среди них лечение артериальной гипертензии, применение статинов при высоком риске развития ишемической болезни сердца, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при симптоматической дисфункции ЛЖ и бета-адреноблокаторов при бессимптомной дисфункции ЛЖ и инфаркте миокарда в анамнезе.

У пациентов с симптомами ХСН на фоне снижения ФВ ЛЖ продление жизни обеспечивается фармакотерапией, включающей комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов к ангиотензину II и бета-адреноблокаторов. При сохранении симптомов следует добавлять к лечению антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Впервые в алгоритм лечения ХСН введен сакубитрил/валсартан (LCZ696) — ингибитор рецепторов ангиотензина и неприлизина, превосходящий эналаприл в снижении риска смерти и госпитализации у пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ. В новом документе имплантация трехкамерного электрокардиостимулятора для ресинхронизирующей терапии ХСН с ФВ ЛЖ менее 35% противопоказана больным с продолжительностью QRS менее 130 мс.

Все еще не разработаны принципы терапии, способной снизить смертность больных ХСН со средней и сохраненной ФВ ЛЖ. Такие пациенты должны быть обследованы с целью обнаружения патологии, являющейся причиной ХСН, которую следует лечить для уменьшения ее симптомов. Диуретики рекомендуются для устранения застойных явлений и улучшения переносимости нагрузок независимо от ФВ ЛЖ.

Сопутствующая патология может помешать диагностике ХСН, усугубить ее симптомы, повысить риск госпитализации и смертности. Отдельные средства терапии сопутствующих заболеваний (нестероидные противовоспалительные средства, тиазолидиндионы) способствуют ухудшению течения ХСН. При преимущественно центральном апноэ сна адаптивная сервовентиляция не рекомендуется пациентам с ХСН из-за повышения смертности. Напротив, препарат для лечения сахарного диабета эмпаглифлозин снижает риск госпитализации по поводу СН и смертность.

Регулярные аэробные тренировки рекомендуются пациентам с ХСН для улучшения функциональных возможностей и уменьшения симптомов, а также снижения частоты госпитализаций. Больным с ХСН следует участвовать в проведении программ многопрофильной помощи с целью уменьшения риска госпитализации и смертности.

Диагностика и неотложное лечение больных с ОСН с учетом ее этиологии (острый коронарный синдром, гипертонический криз, аритмия сердца, острая механическая причина, тромбоэмболия легочной артерии) должны выполняться как можно быстрее согласно предложенному алгоритму. Другой алгоритм, основанный на клинической оценке наличия застоя и периферической гипоперфузии, разработан для оказания адекватной помощи в ранней стадии ОСН.

После выписки из больницы пациенты с ОСН должны быть включены в специальную программу дальнейшего лечения. В течение первой недели их должен осматривать врач общей практики, а в течение двух недель после выписки — бригада кардиологов стационара.

#### **Рекомендации по лечению фибрилляции предсердий**

Рекомендации по лечению ФП 2016 г. [2] являются принципиально новым, по сравнению с рекомендациями 2010 г. и фокусным их обновлением 2012 г., документом Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации сердечного ритма, одобренным Европейской организацией по инсульту. Несмотря на значительный прогресс в лечении пациентов с ФП, достигнутый в последние годы, эта аритмия остается важной причиной инсульта, ХСН, внезапной сердечной смерти и сердечно-сосудистой заболеваемости.

В новом тексте подчеркивается важность интенсивного скрининга для выявления ФП у людей в возрасте старше 65 лет, особенно у перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, путем регистрации электрокардиограммы. После обнаружения у больного ФП рекомендуется комплексный подход к лечению, включающий: неотложное урежение частоты желудочковых сокращений или восстановление синусового ритма; коррекцию факторов, провоцирующих ФП; профилактику инсульта; контроль частоты

сердечных сокращений или поддержание синусового ритма.

Постоянный прием антикоагулянтов принесет пользу большинству пациентов с ФП. Мужчинам с ФП и 1 баллом, женщин — с 2 баллами по CHA2DS2-VASc следует рассматривать как больных, которым должна назначаться антикоагулянтная терапия с учетом индивидуальных особенностей и предпочтений. Мужчинам с ФП и 2 баллами и женщинам с 3 баллами по CHA2DS2-VASc рекомендуется прием антикоагулянтов — терапия первой линии у подходящих пациентов вследствие большей их безопасности. Умеренный/тяжелый митральный стеноз, механические клапаны сердца и тяжелая хроническая болезнь почек являются показаниями для антагонистов витамина К. Аспирин и другие антитромбоцитарные средства в монотерапии не рекомендуются для профилактики инсульта. При ФП не следует сочетать антикоагулянты и антитромбоцитарные средства (повышается риск кровотечения) при отсутствии других показаний для антитромбоцитарной терапии. Следует устранять влияние корригируемых факторов риска кровотечений (неконтролируемая артериальная гипертензия, прием аспирина, нестероидных противовоспалительных препаратов, злоупотребление алкоголем) у пациентов, получающих антикоагулянты. Описана тактика действий при возникновении кровотечения на фоне антикоагуляции, включая вопросы возобновления терапии после кровотечения, ишемического инсульта или внутричерепного кровоизлияния.

Длительное урежение частоты желудочковых сокращений сохраняет функцию ЛЖ и уменьшает симптомы аритмии. Однако наилучшее ограничение симптомов ФП возможно при успешном поддержании синусового ритма с помощью антиаритмических препаратов или катетерной абляции в левом предсердии. При отсутствии или минимальной выраженности структурной болезни сердца рекомендованы дронедарон, флекаинид, пропафенон или соталол; при ишемической болезни сердца, значительной патологии клапанов сердца или выраженной гипертрофии ЛЖ — дронедарон, соталол или амиодарон; при значительной ХСН — только амиодарон. В любой из перечисленных ситуаций в случае сохранения рецидивов ФП, сопровождающихся симптомами, несмотря на прием антиаритмических препаратов, при желании пациента может выполняться катетерная абляция в левом предсердии. У некоторых пациентов с симптоматической пароксизмальной ФП катетерная абляция ФП рассматривается в качестве терапии первой линии для предотвращения рецидивов аритмии и устранения симптомов. Катетерная абляция в левом предсердии в первую очередь предполагает изоляцию легочных вен с использованием радиочастотного или криобаллонного катетера.

**Рекомендации по профилактике  
сердечно-сосудистых заболеваний  
в клинической практике**

Новый текст рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2016 г. [3] подготовлен экспертами Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по сердечно-сосудистой профилактике и реабилитации. Несмотря на наблюдающееся в Европе снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, достигнутое благодаря профилактическим мероприятиям, некоторые факторы риска в последние годы встречаются чаще и недостаточно корригируются. Устранение факторов сердечно-сосудистого риска способно предотвратить 80 % сердечно-сосудистых заболеваний и даже 40 % случаев развития злокачественных новообразований.

Рекомендуется оценка общего риска сердечно-сосудистых заболеваний, включающая учет нескольких основных факторов риска атеросклероза. В тексте представлены четыре категории риска сердечно-сосудистых заболеваний:

- очень высокий: документированное клинически или с помощью визуализирующих методов исследования сердечно-сосудистое заболевание, сахарный диабет с поражением органов-мишеней или в сочетании с основными факторами риска, тяжелая хроническая болезнь почек, 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по SCORE  $\geq 10\%$ ;

- высокий: значительно выраженные одиночные факторы риска, сахарный диабет (за исключением молодых людей с диабетом 1-го типа и низким риском), хроническая болезнь почек умеренной тяжести, риск по SCORE  $\geq 5\%$  и  $< 10\%$ ;

- умеренный: SCORE  $\geq 1\%$  и  $< 5\%$ ;

- низкий: SCORE  $< 1\%$ .

Оценка общего риска по SCORE адекватна для пациентов без сахарного диабета, документированного сердечно-сосудистого осложнения/заболевания, обусловленного атеросклерозом, или резко выраженного одиночного фактора риска (например, семейная гиперлипидемия или тяжелая артериальная гипертензия), она включает пол, статус курения, возраст, систолическое артериальное давление, уровень общего холестерина в плазме крови. При низком и умеренном риске рекомендуется модификация образа жизни, при высоком — необходимы интенсивная коррекция образа жизни и, возможно, медикаментозное лечение, при очень высоком — обязательно медикаментозное лечение. В дополнение к профилактике на индивидуальном уровне в новых рекомендациях подчеркивается важность популяционной профилактики с акцентом на отказе от курения, здоровом питании, физической активности, ограничении потребления алкоголя и улучшении экологии. Основное место в рекомендациях занимают способы модификации главных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной

гипертензии, дислипидемии и дисгликемии. Целевые уровни при коррекции важнейших факторов риска практически не изменились. В то же время с учетом результатов исследования SPRINT для улучшения прогноза у некоторых «сохранных» пациентов младше 80 лет возможно целевое систолическое артериальное давление  $< 120$  мм рт. ст. при высоком / очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений и хорошей переносимости комбинированной антигипертензивной терапии.

Новые разделы посвящены профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний у конкретных групп людей: женщин, молодых и пожилых, этнических меньшинств и пациентов, получающих лечение по поводу рака. Приведены новые ключевые рекомендации по профилактике осложнений в отдельных клинических ситуациях — при ХСН, ФП, ишемической болезни сердца, болезни периферических артерий.

Текст рекомендаций по профилактике впервые дополнен мероприятиями по кардиальной реабилитации у больных, перенесших острые коронарные синдромы, реваскуляризацию миокарда или с ХСН. В дополнение к обычному домашнему наблюдению за больными предлагается телемониторинг. Рекомендуется систематический контроль выполнения мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и достигаемых результатов с использованием стандартных показателей эффективности.

**Рекомендации по лечению дислипидемий**

Рекомендации по лечению дислипидемий 2016 г. [4] подготовлены экспертами Европейского общества кардиологов и Европейского общества по атеросклерозу. Как и в предыдущем тексте рекомендаций этой же направленности 2011 г., сохранено положение о важнейшей роли уровня липопротеинов низкой плотности в плазме крови, который в первую очередь следует оценивать перед началом терапии. Врач также должен учитывать уровни липопротеинов низкой плотности и триглицеридов при выборе лечения. Скрининг липопротеина (а) следует рассматривать для пациентов с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний, при семейной гиперхолестеринемии, семейном анамнезе, отягощенном преждевременными сердечно-сосудистыми заболеваниями/осложнениями или повышенным липопротеином (а), рецидивирующими сердечно-сосудистыми осложнениями, несмотря на оптимальную гиполипидемическую терапию, или 10-летним риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по SCORE  $\geq 5\%$ .

Целевые уровни липопротеинов низкой плотности при лечении дислипидемии не изменились: при очень высоком риске —  $< 1,8$  ммоль/л или снижение на  $\geq 50\%$  от 1,8–3,5 ммоль/л; при высоком риске —  $< 2,6$  ммоль/л или снижение на  $\geq 50\%$  от 2,6–5,1 ммоль/л; при низком/умеренном риске —  $< 3,0$  ммоль/л. Уровни липопротеинов низкой плотности и триглицеридов

не являются целями терапии. Между тем признается, что уровень липопротеинов высокой плотности  $> 1,0$  ммоль/л у мужчин и  $> 1,2$  ммоль/л у женщин, а также уровень триглицеридов  $< 1,7$  ммоль/л ассоциируются с более низким риском.

Основные лечебные мероприятия при дислипидемии предполагают изменение образа жизни и фармакотерапию. Диетические рекомендации включают преимущественное потребление фруктов, овощей, бобовых, орехов, цельного зерна злаков и рыбы. Трансжиры должны составлять  $< 1,0\%$ , насыщенные жиры —  $< 10\%$  ( $< 7\%$  при высоком уровне холестерина у больных) от общей калорийности рациона. Поощряются регулярные аэробные физические упражнения в течение по крайней мере 30 мин ежедневно.

Для достижения целевых уровней липопротеинов низкой плотности рекомендуется прием статинов в необходимых для этого дозах, вплоть до максимальных. Назначение эзетимиба, сквэстрантов желчных кислот или их комбинации должно рассматриваться у пациентов с непереносимостью статинов. Если целевой уровень липопротеинов низкой плотности не достигается, целесообразно применение комбинации статина с ингибитором абсорбции холестерина эзетимибом или секвэстрантом желчных кислот. Ингибитор PCSK9 может рассматриваться для пациентов с очень высоким риском и сохраняющимся высоким уровнем липопротеинов низкой плотности, несмотря на лечение максимальной переносимой дозой статина в сочетании с эзетимибом, или у больных с непереносимостью статинов.

Интересным нововведением стало утверждение о необходимости выполнения забора крови натощак для определения уровня холестерина, так как результаты проведенных исследований выявили одинаковые показатели при исследовании крови натощак и после приема пищи.

В четырнадцати подглавах описывается лечение дислипидемии в различных клинических ситуациях (семейная дислипидемия, у детей, у женщин, у пожилых, при сахарном диабете, у пациентов с ишемической болезнью сердца, после перенесенного инсульта и др.).

***Консенсусный документ,  
посвященный сердечно-сосудистой  
токсичности при лечении рака***

Впервые подготовленный консенсусный документ (согласованное мнение экспертов в условиях недостатка рандомизированных исследований) Европейского общества кардиологов по сердечно-сосудистой токсичности при лечении рака [5] обязан своим появлением сложившейся в медицине ситуации. Достижения в области онкологии привели к увеличению числа выживших в результате лечения злокачественных новообразований. Заболевания, связанные с химиотерапией рака, получили в Европе большее распространение, чем

смертельные исходы от рецидива опухоли. Многие методы лечения рака кардиотоксичны, и сердечно-сосудистые заболевания являются одними из наиболее частых побочных эффектов.

Задача кардиоонкологии — предотвращение, выявление и лечение сердечно-сосудистых осложнений, развивающихся под действием терапии рака. Кардиальные осложнения обнаруживаются с помощью электрокардиографии, эхокардиографии, радиоизотопных методов визуализации сердца, магниторезонансной томографии и определения уровней биомаркеров некроза миокарда.

Тяжелые и угрожающие жизни аритмии сердца могут провоцироваться рядом средств лечения рака, в том числе применением антрациклинов, алкилирующих агентов, иммунной терапии, ингибиторов топоизомеразы II и других. Артериальная гипертензия — частое сопутствующее заболевание у больных раком, которое зависит от возраста пациента, анамнеза, типа онкопатологии, применения алкилирующих агентов, ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов, стероидов и их доз. Сочетание химиотерапии и ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов увеличивает риск венозных тромбоемболий в 6 раз, а их рецидива — в 2 раза. Поражение клапанов сердца может возникать через 10–20 лет после радиотерапии средостения. Радиотерапия также приводит к поражению сосудистой стенки. Многие средства химиотерапии рака вызывают дисфункцию левого желудочка и СН, особенно часто — антрациклины, алкилирующие средства, ингибиторы рецепторов человеческого эпидермального фактора роста и ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов. Развинутой ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома способствуют фторпиримидины, соединения платины, ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов и радиотерапия.

Кардиотоксичность у онкологических больных рекомендуется корректировать в соответствии с типом осложнения, предполагаемой причиной, конкурирующим риском смерти от сердечно-сосудистого заболевания и от рака, качеством жизни. Если возможно, следует рассмотреть вопрос о прекращении химиотерапии рака, уменьшении дозы препарата или использовании альтернативной терапии. Для лечения аритмий можно применять антиаритмические препараты и имплантируемые устройства. Лечение артериальной гипертензии проводится в соответствии со стандартными рекомендациями. Для профилактики тромбоемблических осложнений следует назначать низкомолекулярные гепарины, антагонисты витамина К. При клапанных поражениях, сопровождающихся тяжелыми симптомами, показано протезирование клапанов сердца. Значительные сосудистые стенозы могут потребовать проведения стентирования или коронарного шунтирования. При возникновении ХСН может рассматриваться прекращение терапии рака. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина

II и бета-адреноблокаторы используются для коррекции дисфункции сердца в соответствии со стандартом лечения ХСН. Вазодилататоры могут применяться при ишемической болезни сердца и острых коронарных синдромах, вызванных фторпиримидинами.

Для выживших в результате терапии рака рекомендуются долгосрочные программы наблюдения. Пациенты должны быть осведомлены о повышенном риске сердечно-сосудистых заболеваний

и необходимости профилактических мероприятий, незамедлительном обращении за медицинской помощью в случае появления угрожающих признаков и симптомов.

Полные тексты перечисленных клинических рекомендаций доступны на сайте [www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines).

Следующий конгресс Европейского общества кардиологов планируется провести в Барселоне (Испания) с 26 по 30 августа 2017 года.

#### Список литературы

1. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / P. Ponikowski, A. A. Voors, S. D. Anker [et al.] // Eur. Heart J. — 2016.— Vol. 37 (27).— P. 2129–2200.
2. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO) / P. Kirchhof, S. Benussi, D. Kotecha [et al.] // Eur. Heart J. — 2016.— Vol. 37 (37).— P. 2893–2962.
3. 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) / M. F. Piepoli, A. W. Hoes, S. Agewall [et al.] // Eur. Heart J. — 2016.— Vol. 37 (29).— P. 2315–2381.
4. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / A. L. Catapano, I. Graham, G. De Backer [et al.] // Eur. Heart J. — 2016.— Vol. 37 (38).— P. 2999–3058.
5. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC) / J. L. Zamorano, P. Lancellotti, D. Rodriguez Muñoz [et al.] // Eur. Heart J. — 2016.— Vol. 37 (36).— P. 2768–2801.

### ЄВРОПЕЙСЬКІ КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З КАРДІОЛОГІЇ 2016 РОКУ

С. Г. КАНОРСЬКИЙ

**В огляді подано основні положення п'яти текстів клінічних рекомендацій Європейського товариства кардіологів, опублікованих у 2016 р. Основну увагу приділено змінам, що з'явилися у нових версіях рекомендацій.**

*Ключові слова: клінічні рекомендації, серцева недостатність, фібриляція передсердь, серцево-судинна профілактика, дисліпідемія, кардіонкологія.*

### EUROPEAN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR CARDIOLOGY 2016

S. G. KANORSKII

**The review presents the main provisions of 5 clinical practice guidelines of the European Society of Cardiology published in 2016. The focus is on the changes introduced in the new version of the guidelines.**

*Key words: clinical practice guidelines, heart failure, atrial fibrillation, cardiovascular prevention, dyslipidemia, cardiology.*

Поступила 04.11.2016