



Новости с конгресса кардиологического

27-31 августа в г. Париже состоялся ежегодный международный конгресс Европейского кардиологического общества (ESC). В этом году мероприятие было наиболее масштабным за все время проведения: в целом конгресс объединил около 33 тыс. участников со всего мира, при этом среди делегатов были не только европейские специалисты, но и представители стран Азии и Латинской Америки.

Программа конгресса была насыщенной и разнообразной: 28 и 29 августа проводились информационные и спортивные мероприятия, направленные на информирование населения относительно важности соблюдения здорового образа жизни, употребления здоровой пищи, регулярной физической активности, отказа от курения, устранения стрессовых факторов. Более 3 тыс. парижан и гостей столицы Франции имели возможность получить рекомендации от ведущих кардиологов мира, принять участие в спортивных соревнованиях и ознакомиться с принципами здорового питания.

Что касается научной программы конгресса, в рамках различных секций мировому медицинскому сообществу были представлены данные новейших исследований, дополненные и разработанные клинические руководства по ведению различных сердечно-сосудистых заболеваний, множество интересных лекций и докладов.

Обновленные данные по исследованию ASCOT

Согласно данным известного клинического исследования ASCOT, завершившегося в 2003 г., общая смертность среди пациентов, получавших статины, была значительно ниже таковой среди больных, принимавших плацебо. Новый анализ этого исследования показал, что значимые различия между группами, вероятно, в большей степени обусловлены снижением смертности, ассоциированной с инфекционными или респираторными заболеваниями, а не сердечно-сосудистой смертности, в группе пациентов, получавших статины. В гипохолестеринемическую ветвь исследования (ASCOT-LLA) включили 10 305 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) из Великобритании, Ирландии и скандинавских стран. Исследование было прекращено досрочно в связи с выраженным преимуществом аторвастатина в отношении снижения относительного риска нефатального инфаркта миокарда (ИМ) и фатальной ишемической болезни сердца (ИБС) на 36% по сравнению с плацебо.

Данные нового анализа исследования были представлены в рамках конгресса 28 августа и опубликованы в European Heart Journal (EHJ). Анализ данных 4605 пациентов из Великобритании показал, что спустя 11 лет после рандомизации и 8 лет после завершения исследования уровень общей смертности был ниже среди пациентов, получавших аторвастатин (460 смертей против 520 из группы плацебо). Было отмечено недостоверное снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов из группы активного лечения, при этом различия в отношении смертности от некардиальных причин достигли статистической значимости (14%; $p=0,02$). «Результаты оказались весьма неожиданными, — отметил автор исследования, профессор Питер Сивер из Имперского колледжа (г. Лондон, Великобритания). — Преимущества статинов в предотвращении ИМ и инсульта хорошо известны, однако в ракурсе длительного наблюдения наиболее значимым эффектом статинов оказалось предотвращение смерти от других причин. Примечательно, что до сих пор, спустя 8 лет после окончания исследования, различие между группами лечения сохраняется. В некоторых исследованиях была выдвинута гипотеза о способности статинов уменьшать смертность от инфекционных заболеваний, таких как пневмония. Для объяснения этого феномена необходимы дальнейшие исследования».

В журнале EHJ обсуждаются возможные механизмы действия статинов. В экспериментальных исследованиях показано, что препараты этой группы модулируют функцию нейтрофилов и угнетают высвобождение провоспалительных цитокинов. В наблюдательном исследовании продемонстрировано, что профилактический прием статинов

способствует снижению смертности от сепсиса и внебольничной пневмонии, однако сами авторы подчеркивают, что наблюдательные и ретроспективные исследования, а также метаанализы не могут исключить возможность влияния дополнительных факторов; таким образом, существует необходимость проведения проспективного рандомизированного контролируемого исследования. В заключение авторы отметили, что представленная гипотеза о влиянии статинов на отдаленный прогноз на сегодняшний день не имеет однозначного объяснения.

Политаблетки: заблуждение или перспектива?

В мае этого года были опубликованы данные второго рандомизированного исследования по изучению политаблетки, содержащей аспирин (75 мг), лизиноприл (10 мг), гидрохлортиазид (12,5 мг) и симвастатин (20 мг). Результаты исследования показали значительное снижение систолического артериального давления (САД; на 9,9 мм рт. ст.) и уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП; на 0,80 ммоль/л) в группе активного лечения через 12 нед терапии. Результаты этого исследования были аналогичны таковым исследования II фазы TIPS-1 (изучалась эффективность политаблетки, содержащей гидрохлортиазид (12,5 мг), ателолол (50 мг), рамиприл (5 мг), симвастатин (20 мг) и аспирин (100 мг), опубликованного 2 года назад, в котором отмечалось снижение уровня АД и ХС ЛПНП у пациентов без признаков сердечно-сосудистого заболевания и с одним фактором риска.

Последнее подобное исследование эффективности политаблетки — PILL — проводилось с участием 378 пациентов из центров 7 стран мира (преимущественно в Индии, Нидерландах и Великобритании), у которых не было прямых показаний к приему любого действующего вещества, однако 5-летний риск развития кардиоваскулярных заболеваний по Фрамингемской шкале снизился на 7,5%. Почти каждый 20-й участник досрочно прекратил участие в исследовании в связи с возникшими побочными эффектами (чаще всего вследствие развития гастроинтестинального кровотечения); в группе активного лечения также наблюдалось значительное повышение риска побочных эффектов по сравнению с контролем (58 против 42%; $p=0,001$). Авторы исследования отметили, что преимущества политаблетки оказались не столь существенными, как ожидалось, а частота побочных эффектов была достаточно высокой. Таким образом, в связи со столь значимыми побочными эффектами было предложено применять политаблетку лишь у пациентов с доказанным сердечно-сосудистым риском.

Сегодня одним из самых актуальных является вопрос: для какой группы пациентов преимущества при приеме политаблетки будут наиболее существенными? Хотя ученые, оценивавшие эффективность и безопасность PILL, отдают предпочтение использованию политаблетки с целью вторичной профилактики, один из ведущих спикеров секции, руководитель первого исследования TIPS, доктор Салим Юсуф из Университета г. Онтарио (Канада) полагает, что существуют дополнительные преимущества использования политаблетки в качестве первичной профилактики, в частности у пациентов групп высокого и среднего риска. В исследованиях TIPS и PILL использовались половинные дозы большинства препаратов, применяющихся для вторичной профилактики, поэтому необходимо оценить переносимость и безопасность политаблетки в стандартной суточной дозе каждого из препаратов.

В исследовании TIPS-2 сравнивали эффективность и переносимость терапии с приемом низкодозированной политаблетки (как в исследовании TIPS-1) и приемом

двух таких политаблеток в день. Результаты исследования показали, что применение политаблетки со стандартными суточными дозировками компонентов способствовало более значительному снижению уровня АД и ХС ЛПНП при сопоставимой переносимости с половинными дозами препаратов. «Это означает, что использование политаблетки со стандартными дозировками компонентов может обеспечить снижение сердечно-сосудистого риска на 65-70%. Таким образом, на сегодняшний день получено достаточное количество доказательств эффективности применения политаблетки с целью вторичной профилактики», — отметил доктор Салим Юсуф.

Концепция первичной профилактики у пациентов различных групп риска будет изучена в исследовании TIPS-3 с участием 5 тыс. лиц, начало которого запланировано на ноябрь текущего года; предполагается, что длительность исследования составит 5 лет. «Лишь по окончании этого исследования мы узнаем, является ли такой подход эффективным и экономически оправданным», — подчеркнул ученый. Примечательно, что в состав политаблетки в этом исследовании не будет включен аспирин.



Европейского общества – 2011

Результаты исследования PRODIGY не продемонстрировали преимуществ длительной антитромбоцитарной терапии

У пациентов, получавших клопидогрель в течение 6 мес после коронарного стентирования, отмечены лучшие исходы по сравнению с больными, принимавшими этот препарат в течение стандартных 24 мес, — такой вывод исследования PRODIGY был представлен на одной из сессий конгресса. По словам доктора Марко Вальгимильи из университетской клиники Феррара (Италия), с учетом результатов исследования возникает вопрос о целесообразности существующих рекомендаций. Представляя данные испытания PRODIGY, доктор Вальгимильи отметил, что двойная антитромбоцитарная терапия в течение 24 мес не продемонстрировала преимуществ в отношении профилактики сердечно-сосудистых событий по сравнению с лечением в течение 6 мес. Наоборот, у пациентов, получавших



длительное лечение, повышался риск кровотечений. «Мы удивлены отсутствием различий в конечной точке при пролонгации терапии, — отметил автор исследования. — При этом частота кровотечений увеличивалась, и пациентам в 2 раза чаще требуется переливание крови, что представляет существенную опасность».

PRODIGY — многоцентровое исследование с участием 2 тыс. больных, которым проводили плановую или экстренную коронарную ангиопластику. Участники были рандомизированы в группы установки стентов одного из четырех типов; спустя 30 дней больные каждой из четырех групп были разделены еще на две группы двойной антитромбоцитарной терапии в течение 6 или 24 мес. Спустя 2 года суммарный риск главной конечной точки, включавшей смерть от любой причины, ИМ и инсульт, составил 10,1% в группе лечения на протяжении 24 мес и 10,0% в группе пациентов, получавших терапию в течение 6 мес (относительный риск — ОР -0,98; $p=0,91$). Риск кровотечений был в 2 раза выше в группе пролонгированного лечения (ОР 2,17; $p=0,037$). Доктор Вальгимильи подчеркнул, что существующие рекомендации, возможно, переоценивают преимущества длительной терапии аспирином и клопидогрелем.

В рамках конгресса были представлены результаты еще трех исследований, которые созвучны с описанными (к настоящему времени они не опубликованы).

Смертность среди пациентов, перенесших ИМ, которые получают стандартную медикаментозную терапию

В связи с улучшением качества оказания медицинской помощи в острой стадии ИМ за последние 10 лет госпитальная смертность от этой патологии снизилась на 50%. Следующей задачей, которую предстоит решить специалистам, является улучшение отдаленного прогноза у пациентов, которые уже получают стандартную терапию (то есть все необходимые препараты, указанные в протоколах). Французский реестр пациентов с острым ИМ с/без подъема сегмента ST — это национальное исследование с участием лиц, госпитализированных по поводу острого ИМ в конце 2005 г. Наблюдение за пациентами, включенными в реестр, будет длиться в течение 10 лет после перенесенного ИМ. Спустя 3 года после сердечно-сосудистого события участие в испытании прекратили менее 5% больных. Из 3670 пациентов, включенных в исследование, 3262 на момент первичной госпитализации были живы и продолжили участие в испытании, из них 1586 (49%) больным была назначена стандартная терапия. Трехлетняя выживаемость составила 88% среди больных, получавших стандартную терапию, и 77,5% среди пациентов, которые не получали необходимую медикаментозную терапию в полном объеме. После поправки на тяжесть ИМ и исходный сердечно-сосудистый профиль пациентов снижение риска смерти в группе стандартной терапии составило 18%. Анализ факторов риска у пациентов, получавших стандартное лечение, показал, что риск смерти был выше у лиц пожилого возраста (>75 лет), с тяжелой сердечно-сосудистой патологией (обширная зона инфаркта, более тяжелое течение ИБС), наличии сочетанной патологии (сахарного диабета, инсульта, рака), а также у курильщиков. Наблюдалось более значимое снижение риска смерти среди пациентов, которым была выполнена ангиография при первичной госпитализации. Эти открытия свидетельствуют о возможности дальнейшего улучшения выживаемости пациентов, уже получающих стандартную терапию.

Более широкое использование коронарной ангиографии и реваскуляризации миокарда во время первичной госпитализации, вероятно, окажет благоприятное влияние на отдаленные результаты. Также следует сосредоточить усилия на более эффективном ведении пациентов с обширным ИМ, лечении сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет.

Исходы при хронической и острой сердечной недостаточности

В связи с повышением распространенности хронической сердечной недостаточности (СН) отмечается увеличение



количества связанных с ней госпитализаций. Реестры и исследования СН, как правило, проводятся с участием больных с острой либо хронической СН, в то время как количество данных, касающихся подробного описания анамнеза заболевания и стратегий лечения, ограничено. Окончательные результаты реестра EORP позволяют получить более полную информацию об эпидемиологии и исходах у пациентов с указанной патологией.

Данное проспективное наблюдательное исследование проводилось в 136 кардиологических центрах 12 европейских стран. С октября 2009 по май 2010 года в исследование включили 5118 пациентов: 1892 (37%) с острой и 3226 (63%) с хронической СН. Наблюдение за всеми больными продолжалось в течение года, в мае 2011 г. исследование завершилось. Прекратили участие в исследовании 5% больных. Согласно полученным результатам, несмотря на то что смертность среди пациентов с хронической СН снизилась (7% на протяжении года наблюдения), исходы острой СН в течение года до сих пор остаются неутешительными — общая смертность составила около 17%, частота комбинированной конечной точки «общая смертность + потребность в госпитализации» — 35%. Улучшение исходов у амбулаторных пациентов с хронической СН можно объяснить более строгим соблюдением руководств по ведению больных с этой патологией и назначением необходимой медикаментозной терапии в полном объеме (блокаторы рецепторов ангиотензина II, бета-блокаторы и др.), которую больные получали регулярно на протяжении периода наблюдения. В то же время лечение пациентов с острой СН нельзя считать адекватным. «Это может происходить из-за отсутствия необходимой информации и результатов специфических клинических исследований по улучшению исходов», — отмечает профессор Альдо Маджони из Исследовательского центра Флоренции (Италия). Как и ожидалось, большинство смертей (в том числе среди пациентов с острой и хронической СН) были связаны с сердечно-сосудистыми причинами.

Предотвращение внезапной коронарной смерти у пациентов молодого возраста

В рамках конгресса совместно с Европейской ассоциацией сердечно-сосудистой патологии (АЕСВР) был проведен симпозиум, посвященный возможностям предотвращения внезапной коронарной смерти среди пациентов молодого возраста. Главной целью научного заседания было оценить распространенность и типы ИБС, выявленные при аутопсии пациентов молодого возраста (<40 лет) с внезапной коронарной смертью, с последующей разработкой диагностических и терапевтических алгоритмов для предотвращения этого события.

Доктор Allard van der Wal (г. Амстердам, Нидерланды) сосредоточил внимание на проблеме раннего атеросклероза, который является основной причиной внезапной коронарной смерти среди пациентов в возрасте до 40 лет. Согласно предварительным данным проведенного в Нидерландах национального обсервационного исследования, около 25% случаев внезапной коронарной смерти в этой возрастной группе связаны с атеросклеротической формой ИБС. Основными факторами риска внезапной коронарной смерти, помимо семейной предрасположенности и дислипидемии, признаны потребление кокаина и табачных изделий.

Профессор Mary Sheppard (г. Лондон, Великобритания) отметила, что факторами риска ишемии миокарда и жизнеугрожающих аритмий в молодом возрасте могут выступать также патологические состояния, не связанные с атеросклерозом и ИБС, в частности артрит, эмболия

Продолжение на стр. 10.



Продолжение. Начало на стр. 8.

и вазоспазм. Однако наиболее сложным с патогенетической и диагностической точек зрения остается спонтанное расслоение коронарной артерии. Следует принимать во внимание и гормональные факторы, поскольку данная патология встречается преимущественно у женщин, особенно в до- и послеродовый период, а также при приеме оральных контрацептивов.

Доктор Cristina Basso (г. Падуа, Италия) рассмотрела проблему врожденных аномалий коронарных артерий, которые могут увеличивать риск внезапной коронарной смерти. К таким патологиям, в частности, относится аномальное отхождение левой коронарной артерии от правого синуса и правой коронарной артерии от левого синуса, что может способствовать усилению ишемии миокарда, особенно при физических нагрузках. Поскольку во многих случаях показатели провокационных тестов (стрессовой ЭКГ и сцинтиграфии) остаются отрицательными, необходимо уделить особое внимание выявлению тревожных симптомов, особенно во время нагрузок. В этих случаях исключение аномалий развития с помощью визуализирующих методик оправдано у пациентов с ангинозными болями или синкопе во время нагрузок даже в случае отрицательных показателей стрессовой ЭКГ.

В заключительной части симпозиума **доктор Paul Erne (Швеция)** рассказал об основных возможностях диагностики опасных для жизни форм ИБС и предотвращения внезапной коронарной смерти у пациентов с асимптомным течением заболевания. Ученый подчеркнул, что проведение скрининга в общей популяции не целесообразно в связи с его высокой стоимостью и низкой информативностью, однако он с успехом может применяться среди пациентов из групп высокого риска, например с отягощенным семейным анамнезом или занимающихся тяжелым физическим трудом. Помимо скрининга ИБС (ЭКГ, стресс-тест, миокардиальная сцинтиграфия, ангиография, МРТ или КТ при наличии тревожной симптоматики), как эффективные меры первичной профилактики внезапной коронарной смерти среди пациентов молодого возраста из групп высокого риска могут рассматриваться модификация образа жизни (отказ от курения, потребления кокаина и др.) и нормализация липидного профиля.

Дополнительное назначение спиронолактона у пациентов с резистентной АГ: результаты рандомизированного двойного плацебо контролируемого исследования

В настоящее время данные о выборе медикаментозной терапии для контроля уровня артериального давления (АД) у больных с резистентной АГ весьма ограничены. В исследовании, представленном **доктором J. Václavík (Чехия)** на одной из сессий, изучался эффект дополнительного назначения спиронолактона в дозе 25 мг на снижение АД у пациентов с резистентной АГ. В двойное слепое плацебо контролируемое многоцентровое исследование включали пациентов с САД >140 мм рт. ст. или диастолическим АД (ДАД) >90 мм рт. ст., сохранявшимися несмотря на прием по меньшей мере трех антигипертензивных препаратов, включая диуретик. Всего было рандомизировано 117 участников, которые получали дополнительное лечение спиронолактоном (n=59) либо плацебо (n=58). Главной конечной точкой было статистически значимое снижение среднего уровня САД и ДАД через 8 нед лечения. В анализ включили данные 111 больных (55 из группы спиронолактона и 56 – плацебо). Через 8 нед лечения различие в снижении АД между группами составило -5,4 мм рт. ст. для САД (p=0,024) и -1,0 мм рт. ст. для ДАД (p=0,358). Отмечалось существенное снижение САД в группе спиронолактона по данным амбулаторного мониторинга в ночное время, суточного амбулаторного мониторинга, а также измерения офисного АД (различие составило -8,6; -9,8 и -6,5 мм рт. ст. соответственно; p=0,011; 0,004

Новости с конгресса Европейского кардиологического общества – 2011

и 0,011), в то время как снижение ДАД во время соответствующих измерений не было статистически значимым (-3,0; -1,0 и -2,5 мм рт. ст. соответственно; p=0,079; 0,405 и 0,079). Количество побочных эффектов было сопоставимым в обеих группах.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что спиронолактон является эффективным препаратом для снижения АД у пациентов с резистентной АГ.

Руководство ESC по ведению пациенток с сердечно-сосудистой патологией во время беременности

Рабочую группу по созданию нового руководства, сменившего консенсус, принятый в 2003 г., возглавила профессор **Vera Regitz-Zagrosek (г. Берлин, Германия)**.

Последнее руководство значительно расширилось за счет включения рекомендаций по ведению беременности, а также новых рубрик, таких как генетическое исследование, оценка состояния плода, способ и сроки родоразрешения, венозная тромбоэмболия; кроме того, был добавлен раздел, посвященный лекарственным препаратам. Все рекомендации ранжированы в соответствии с классом и уровнем доказательств. В связи с отсутствием рандомизированных или проспективных исследований в этом направлении большинство рекомендаций имеет уровень доказательств С.

Генетическое исследование. Генетическое тестирование показано женщинам с наличием врожденных пороков сердца, врожденными особенностями проводящей системы сердца, кардиомиопатиями или мальформациями, ассоциированными с сердечно-сосудистой патологией (IC).

У детей, чьи родители страдают кардиоваскулярными заболеваниями с аутосомно-доминантным типом наследования (например, синдромом Марфана, гипертрофической кардиомиопатией, синдромом удлиненного интервала QT), риск наследования составляет 50%. Большую опасность представляет наличие такой патологии у матери, чем у отца. С учетом постоянно увеличивающейся частоты генетических нарушений у детей рекомендовано проведение генетического скрининга беременным на сроке 12 нед.

Оценка состояния плода. Всем женщинам с наличием врожденных пороков сердца показана фетальная эхокардиография начиная с 13-й недели беременности. Оптимальным временем скрининга для нормально протекающей беременности является период с 18-й по 22-ю неделю. Оценка скорости кровотока в маточной, пупочной, почечной артериях является высокоинформативным методом исследования. Измерение толщины воротниковой зоны плода на 12-13-й неделе беременности является ранним скрининговым тестом у женщин старше 35 лет, чувствительность которого (относительно наличия у плода сердечно-сосудистой патологии) достигает 40%, а специфичность – 99%. Фетальная биопсия может выполняться только в случаях, когда предполагаемая польза превышает риск.

Родоразрешение. У большинства пациенток методом выбора является родоразрешение естественным путем (IC). У женщин с тяжелой АГ следует предпочесть родоразрешение естественным путем под эпидуральной анестезией; также возможно инструментальное вмешательство (IIa, C). Кесарево сечение выполняется по акушерским показаниям либо у пациенток с дилатацией восходящей аорты более 45 мм, тяжелым аортальным стенозом, тяжелой СН, синдромом Эйзенменгера, при преждевременных родах у больных, принимающих пероральные антикоагулянты (IIa, C), а также у пациенток с синдромом Марфана, у которых диаметр аорты превышает 40-45 мм (IIb, C).

В данном руководстве по лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности указывается на необходимости применения междисциплинарного подхода с привлечением кардиологов, акушеров-гинекологов и врачей других специальностей. Рабочая группа считает, что разработка этого руководства будет стимулировать проведение необходимых исследований с целью заполнить существующие пробелы в знаниях в этой сфере. Конечной же точкой является максимальное уменьшение количества связанных с беременностью сердечно-сосудистых осложнений у матерей и детей.

Обновленные рекомендации по ведению ОКС без подъема сегмента ST

ОКС без подъема сегмента ST встречается чаще, чем инфаркт с элевацией этого сегмента: его частота составляет примерно 3 на 1 тыс. человек в год. Пациенты с этим

вариантом ОКС формируют очень разнородную популяцию с чрезвычайно вариабельным прогнозом, поэтому ранняя стратификация больных на группы риска имеет огромное значение для выбора фармакологической и интервенционной стратегии лечения.

Рабочая группа по клиническим руководствам (Guidelines Task Force) во главе с **Кристианом Хаммом и Жан-Пьером Бассаном** представила обновленную редакцию руководства по ведению ОКС без подъема сегмента ST, заменившую предыдущую версию, которая впервые была опубликована в 2000 г. и пересматривалась в 2002 и 2007 гг. Новый документ содержит ряд важных рекомендаций.

Во-первых, стратификация пациентов на группы риска теперь учитывает появление в арсенале клинициста высокочувствительных методов определения тропонина, которые практически вытеснили традиционные исследования этого биомаркера благодаря более высокой аналитической точности и диагностической чувствительности, особенно на ранней стадии ОКС. При наличии высокочувствительных тестов новое руководство рекомендует использовать так называемый быстрый исключаящий протокол (в 0 и 3 ч) (IB). Кроме того, поощряется рутинное применение валидированных шкал для оценки прогноза (например, GRACE) и риска кровотечений (например, CRUSADE) (IB).

Во-вторых, в раздел по фармакологическому лечению пациентов с ОКС без подъема сегмента ST включены наиболее современные доказательства, касающиеся антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. Особое внимание уделено использованию прасугреля и тикагрелора – новых ингибиторов рецепторов P2Y₁₂. Тикагрелор рекомендуется всем пациентам с умеренным и высоким риском ишемических событий (IB) независимо от того, какая первичная стратегия терапии была избрана, в том числе больным, ранее получавшим клопидогрель, и пациентам с неизвестной анатомией коронарных сосудов (тем, кому не проводилась коронарография). Прасугрель рекомендован больным, ранее не получавшим ингибиторы P2Y₁₂, но которым проводилась коронарография и запланировано чрескожное вмешательство, за исключением случаев, когда имеется высокий риск геморрагических осложнений или другие противопоказания (IB). Клопидогрель теперь рассматривается как препарат резерва для больных, которые по тем или иным причинам не могут принимать тикагрелор или прасугрель.

В отношении антикоагулянтной терапии в качестве препарата первого выбора рекомендуется фондапаринукс (IA) – ему следует отдавать предпочтение вместо эноксапарина (IB) и нефракционированного гепарина (IC) – в дополнение к антиагрегантной терапии в связи с благоприятным профилем эффективности/безопасности у пациентов как с низким, так и с умеренным и высоким ишемическим риском. На момент проведения чрескожного вмешательства фондапаринукс необходимо дополнить нефракционированным гепарином. Пациентам, у которых избрана ургентная инвазивная стратегия, вследствие очень высокого ишемического риска в качестве альтернативы комбинации нефракционированный гепарин + ингибитор рецепторов GP IIb/IIIa рекомендуется использовать комбинацию бивалирудин + предварительное введение ингибитора рецепторов GP IIb/IIIa (IB).

В-третьих, инвазивные методики остаются неотъемлемой частью ведения пациентов с ОКС без подъема сегмента ST. Инвазивная стратегия (<72 ч) рекомендуется больным как минимум с одним критерием высокого риска либо рецидивом симптомов (IA), ранняя инвазивная стратегия (<24 ч) – пациентам с оценкой по шкале GRACE >140 или С1 критерием высокого риска (IA). Ургентная коронарная ангиография (<2 ч) рекомендуется больным с очень высоким ишемическим риском (IC).

Кроме того, учитывая, что в завершившихся исследованиях не было указаний на какие-либо проблемы с безопасностью покрытых стентов у пациентов с ОКС, в руководстве отмечено, что такие стенты могут использоваться на основании индивидуальной оценки пользы и риска (IA). Также указывается, что покрытые стенты обеспечивают стабильное снижение частоты повторных реваскуляризации.

Наконец, в одной из глав руководства приведен пошаговый алгоритм, представленный в виде таблиц и рисунков, который позволит облегчить диагностику и лечение этого острого проявления ИБС.

Подготовила **Татьяна Канцидайло-Спринсян**

