

Драпкина О. М.<sup>1</sup>, Самородская И. В.<sup>1</sup>, Ларина В. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины», Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

## РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ – ВОПРОС ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Европейское общество кардиологов (ESC) опубликовало в 2019 г. рекомендации с новым термином – «хронические коронарные синдромы» (ХКС), в которых представлено 6 клинических «сценариев», которые наиболее часто встречаются в амбулаторной практике. Описываемый в рекомендациях диагностический подход смещается от стандартизации к целесообразности принятия индивидуализированных решений о применении различных методов диагностики. Предлагаемый в рекомендациях ESC подход установления диагноза требует широкого врачебного обсуждения и согласования, поскольку совершенно точно это повлечет за собой: а) дальнейший рост показателей, отражающих заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС), за счет установления неподтвержденных диагнозов; б) назначение необоснованной терапии. В статье представлены положения рекомендаций, которые не могут быть автоматически перенесены в сложившуюся врачебную практику и должны быть обсуждены и скорректированы экспертами Российского кардиологического общества.

**Ключевые слова** Ишемическая болезнь сердца; хронические коронарные синдромы; диагностика; острый коронарный синдром; сердечно-сосудистый риск

**Для цитирования** Drapkina O.M., Samorodskaya I.V., Larina V.N. Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes in Primary Health Care – the Issue of Acceptability for the Russian Federation. *Kardiologiya*. 2020;60(4):130–136. [Russian: Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению хронических коронарных синдромов – вопрос приемлемости для первичного звена здравоохранения в Российской Федерации. *Кардиология*. 2020;60(4):130–136.]

**Автор для переписки** Ларина Вера Николаевна. E-mail: larinav@mail.ru

Группа экспертов Европейского общества кардиологов (the European Society of Cardiology, ESC) [1] опубликовала первые рекомендации с новым термином – «хронические коронарные синдромы (ХКС)» и предлагает использовать этот термин вместо используемого ранее – «стабильное течение болезни коронарных артерий (БКА)».

С точки зрения авторов данной статьи, рекомендации не могут быть автоматически перенесены в сложившуюся врачебную практику и должны быть обсуждены и скорректированы экспертами Российского кардиологического общества. В статье позиция авторов объясняется на примере вопросов, касающихся терминологии, клинических проявлений и подходов к диагностике ХКС.

Эксперты, представившие рекомендации ESC, предлагают рассматривать БКА как «динамический процесс, который определяется атеросклерозом и измененной функцией артерий» и который может быть изменен (стабилизация заболевания или регрессия) с помощью образа жизни, фармакотерапии, реваскуляризации. Таким образом, предлагается разделить БКА на 2 группы – острый коронарный синдром (ОКС) и ХКС. ОКС – термин, который не применяется в качестве окончательного диагноза и используется только для описания состояния и выбора тактики ведения пациента [1]. По мере

уточнения состояния пациента его заменяют на диагноз «инфаркт миокарда» (ИМ) или нестабильной стенокардии. Термин «ОКС» используется при создании и ведении регистров пациентов, но не в качестве клинического/патологоанатомического диагноза, для статистического учета заболеваемости и/или смертности (для этих целей используется МКБ-10, в которой нет данного термина). Исходя из перечисленного, термин ХКС, вероятно, тоже должен применяться как временный, до уточнения диагноза, и не может быть применен в статистике в качестве клинического диагноза (его нет в МКБ-10, не планируется введение такого термина в МКБ-11, его нет в «стандартах» медицинской помощи и клинико-статистических группах, на основании которых осуществляется компенсация затрат медицинским учреждениям за случай лечения).

### Каким образом взаимосвязаны термины «ИБС», «БКА» и «ХКС»?

Согласно классификации МКБ-10 в группу «хронические формы ИБС» входят следующие заболевания (табл. 1).

Стенокардия выделена в отдельную форму ИБС. Для анализа ситуации с заболеваемостью, оказанием медицинской помощи, оплаты случаев лечения в ряде стран используется клиническая модификация МКБ-10. Например, в США National

**Таблица 1. Группа «хронические формы ИБС» согласно классификации МКБ-10**

I25. Хроническая ИБС
I25.0. Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь
I25.1. Атеросклеротическая болезнь сердца (синонимами являются термины «атеросклероз», «атеросклероз сердца», «атеросклероз коронарный», «дегенерация сердца атероматозная», «кардиосклероз», «атеросклеротическая кардиопатия»)
I25.2. Старый ИМ (излеченный ИМ, перенесенный в прошлом ИМ, диагностированный с помощью ЭКГ или другого специального исследования при отсутствии в настоящее время симптомов)
I25.3. Аневризма сердца (стенки желудочка)
I25.4. Аневризма и расслоение коронарной артерии. Коронарная артериовенозная фистула приобретенная
I25.5. Ишемическая кардиомиопатия
I25.6. Бессимптомная ишемия миокарда
I25.8. Другие формы хронической ИБС. Любое состояние, указанное в рубриках I21–I22 и I24, уточненное как хроническое или установленной продолжительностью более 4 нед от начала заболевания. Постинфарктный кардиосклероз
I25.9. Хроническая ИБС неуточненная

Center for Health Statistics (NCHS) [2] создана ICD-10-CM, в которой к группе хронических форм ИБС относят, например, такие формы:

- I25.10 – Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии без стенокардии;
- I25.11 – Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии с наличием стенокардии;
- I25.111 – Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии с наличием стенокардии и спазмом;
- I25.810 – Атеросклероз коронарных артерий после коронарного шунтирования без стенокардии;
- I25.70 – Атеросклероз коронарных шунтов или атеросклероз артерий трансплантированного сердца со стенокардией;
- I25.82 – Хроническая тотальная окклюзия коронарной артерии;
- I25.83 – Атеросклероз коронарных артерий с липидными бляшками;
- I25.84 – Атеросклероз коронарных артерий с кальцификатами.

Трудно понять, чем отличается атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии без стенокардии от атеросклероза коронарных артерий с липидными бляшками (ICD-10-CM не представляет критериев дифференциальной диагностики этих вариантов). Кроме того, в ICD-10-CM есть «наименования» форм ИБС, которые вряд ли могут быть определены с помощью каких-то критериев (например, I25.9 – Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная).

Между различными профессиональными медицинскими обществами и научными школами существуют трудности в согласовании отдельных понятий, терминов, а также критериев диагностики отдельных форм ИБС. До сих пор в мире не существует согласованных (однозначно понимаемых и трактуе-

мых) определений всех указанных в МКБ терминов, относящихся к хроническим формам ИБС. Наиболее частое определение ИБС – это группа заболеваний, объединенных общим симптомом – наличием ишемии миокарда, обусловленной спазмом, сужением или стенозом коронарных артерий при атеросклерозе. Сам термин ИБС часто приравнивают к «коронарной болезни сердца». Но трактовка тоже различается: ряд специалистов считают, что ИБС/БКА обусловлены атеросклеротическим поражением коронарных артерий (причем используются разные критерии атеросклеротического поражения – степень стеноза, анатомическая и/или гемодинамическая значимость). Согласно Рекомендациям ESC (2019), БКА – это патологический процесс, характеризующийся формированием атеросклеротических бляшек в эпикардальных артериях, приводящих или не приводящих к их обструкции [1]. В других работах [3–9] отмечается, что наличие клинических симптомов, типичных для ИБС, и выявление признаков ишемии миокарда с помощью инструментальных методов исследования не всегда сопровождается атеросклеротическим поражением крупных коронарных артерий.

Такие случаи отдельные специалисты относят к синдрому X, микрососудистой дисфункции, а другие – к ИБС/БКА. Например, в рассматриваемых рекомендациях одну из форм ХКС эксперты ESC связывают со спазмом коронарных артерий, дисфункцией мелких сосудов. В клинических рекомендациях США используется термин «сердечно-сосудистые заболевания, ассоциированные с атеросклерозом», а в 2019 г. К. Фох и соавт. предложили заменить термин «стабильные формы ИБС» на термин «атеротромботическая болезнь», что свидетельствует как о гетерогенности самого патологического процесса, так и о различии мнений специалистов [10].

Таким образом, необходимы унификация терминологии и применение четких критериев определения разных форм ИБС, БКА, ХКС.

### Что предложили эксперты ESC

Эксперты ESC представили 6 клинических вариантов («сценариев», ситуаций), которые, по их мнению, наиболее часто встречаются в амбулаторной практике, что позволит улучшить диагностику и выбор адекватной терапии разных периодов ХКС:

- 1) пациенты с подозрением на БКА, симптомами стабильной стенокардии и/или одышкой;
- 2) пациенты с развитием сердечной недостаточности (СН) или дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и подозрением на БКА;
- 3) пациенты со стабильным состоянием (с симптомами или без симптомов) менее чем через 1 год после ОКС или недавней реваскуляризации;
- 4) пациенты через 1 год после первоначального диагноза или реваскуляризации (с симптомами или без симптомов);

- 5) пациенты со стенокардией и подозрением на вазоспазм или микрососудистое поражение;
- 6) лица, у которых при скрининге выявляется бессимптомная БКА.

Однако если сопоставить эти «сценарии» с классификацией хронических форм ИБС по МКБ-10, то можно обратить внимание, что часть хронических форм ИБС отсутствует в данной классификации «сценариев», а часть из представленных выглядят не до конца проработанными.

Например, согласно рекомендациям это могут быть «пациенты с подозрением на БКА, симптомами стабильной стенокардии и/или одышкой» или «пациенты со стенокардией и подозрением на вазоспазм или микрососудистое поражение». Эти 2 «сценария» включают очень разнородные группы пациентов, с разной степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Окончательно разделить их можно только на основании данных компьютерной томографии-ангиографии/инвазивной коронарографии (КГ) с применением дополнительных проб (о чем в рекомендациях пишут и сами эксперты).

На начальном этапе клинической оценки эти 2 «сценария» фактически не различаются (за исключением степени «типичности» болей в грудной клетке), и совершенно ясно, что в этих «сценариях» могут быть:

1. Пациенты с умеренным/высоким риском развития ССО на основании оценочных шкал и выявленными при проведении инструментальных исследований:
  - гемодинамически значимым атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, с наличием ишемии при выполнении функциональных проб (вопрос, какая степень стеноза будет считаться анатомически и гемодинамически значимой; в литературе используются разные критерии, судя по текущим рекомендациям >60%);
  - гемодинамически незначимым атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, без ишемии при выполнении функциональных проб (судя по текущим рекомендациям, это стенозы 40–60% с наличием или без вазоспазма или нарушений микроциркуляции, с наличием или без коморбидной патологии);
  - гемодинамически незначимым атеросклеротическим процессом в коронарных артериях с ишемией при выполнении функциональных проб;
  - выявленным в последующем гемодинамически незначимым атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, но с наличием ишемии при выполнении функциональных проб;
  - не выявленным в последующем атеросклеротическим процессом в коронарных артериях.
2. Пациенты с выявленными симптомами стенокардии и/или сопутствующей одышкой, но низким риском развития ССО на основании оценочных шкал и выявленным в последующем любым по степени гемодинамической зна-

чимости атеросклеротическим процессом в коронарных артериях.

Можно полностью согласиться с предложенным в рекомендациях принципом – пациенты с разным уровнем риска развития ССО, с разным уровнем и разной степенью поражения коронарных артерий, наличием ишемии или без нее при выполнении функциональных проб нуждаются в разных подходах к тактике ведения и лечения. Однако, с нашей точки зрения, с точки зрения традиционного клинического подхода, одинаковый подход к тактике ведения пациентов с подозрением на хронические формы ИБС и пациентов с хроническими формами ИБС обоснован только в отдельных ситуациях, и это необходимо четко прописать в российских рекомендациях.

Необходимо также учесть, что если ориентироваться только на «сценарный» подход, без проведения дальнейшей дифференциальной диагностики, то в графе «диагноз» фактически исчезает сам диагноз, остаются только степень риска развития ССО и вероятность наличия атеросклеротического поражения коронарных артерий. В определенной степени такой подход можно оправдать тем, что в настоящее время широко распространена практика первичной профилактики атеросклеротических ССО с применением фармакотерапии. Но такой подход (указания не диагноза, а степени риска развития определенного состояния и назначаемого в связи с этим риском лечения) должен быть принят и профессиональными сообществами, и страховыми компаниями, так как именно они осуществляют компенсацию затрат и оценку качества медицинской помощи. На уровне экспертов Российского общества кардиологов и терапевтов необходимо согласовать важнейшие для терапевта или врача общей практики первичного звена вопросы: какова тактика ведения пациента с жалобами на боль в области сердца, необходимо ли подтверждать инструментальными исследованиями наличие ишемии миокарда при типичной клинической картине, в каких случаях и какие именно необходимы инструментальные исследования? В новых (2019) рекомендациях ECS по ХКС предложен следующий подход к диагностике БКА (табл. 2) [1].

Следует отметить, что общие принципы оценки состояния пациента в европейских и российских рекомендациях на 1-й ступени оценки не отличаются. Так, и в российских рекомендациях по ведению пациентов со стабильной ИБС (2016 г.) [11] значительное внимание уделяется вопросам сбора анамнеза (возможны семейные формы гиперхолестеринемии), оценке жалоб, выявлению возможных факторов риска, признаков атеросклероза клапанов сердца, аорты, магистральных и периферических артерий (шум над проекциями сердца, брюшной аорты, сонных, почечных и бедренных артерий, перемежающаяся хромота, похолодание стоп, ослабление пульсации артерий и атрофия мышц нижних конечностей), наличию других симптомов. Таким образом, первый этап диагностики ИБС/ХКС не различается в европейских и российских рекомендациях и не требует обсуждения и пересмотра.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

СРОЧНО

ИЛИ НАЗНАЧИТЬ

КУПИРОВАТЬ  
КРИЗ

ПЛАНОВУЮ  
ТЕРАПИЮ



# Физиотенз®

для экстренных случаев  
и ежедневного контроля АД<sup>1</sup>

- КУПИРУЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ<sup>2</sup>
- ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ТЕРАПИИ АД<sup>3</sup>
- РЕКОМЕНДОВАН ПАЦИЕНТАМ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА<sup>4</sup>

#### ФИЗИОТЕНЗ®

Регистрационный номер: П N015691/01. МНН: моксонидин, 0,2 мг; 0,3 мг; 0,4 мг. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. Фармакодинамика: моксонидин является гипотензивным средством с центральным механизмом действия. Моксонидин улучшает на 21% индекс чувствительности к инсулину (в сравнении с плацебо) у пациентов с ожирением, инсулинорезистентностью и умеренной степенью артериальной гипертензии. Показания к применению: артериальная гипертензия. Противопоказания: повышенная чувствительность к активному веществу и другим компонентам препарата; ангионевротический отек в анамнезе; синдром слабости синусового узла или синоатриальная блокада; тяжелая печеночная недостаточность; выраженная брадикардия (частота сердечных сокращений (ЧСС) покоя менее 50 уд./мин); атриовентрикулярная блокада II или III степени; острая и хроническая сердечная недостаточность; период грудного вскармливания; наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы или мальабсорбция глюкозы-галактозы, возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных по безопасности и эффективности). С осторожностью: Атриовентрикулярная блокада I степени (риск развития брадикардии); заболевания коронарных артерий (в т.ч. ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, ранний постинфарктный период); заболевания периферического кровообращения (в т.ч. перемежающаяся хромота, синдром Рейно), эпилепсия, болезнь Паркинсона, депрессия, глаукома; умеренная почечная недостаточность (КК 30-60 мл/мин, креатинин сыворотки 105-160 мкмоль/л), печеночная недостаточность; беременность. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: Беременность: клинические данные о применении лекарственного препарата Физиотенз® у беременных отсутствуют. В ходе исследований на животных было установлено эмбриотоксическое действие препарата. Физиотенз® следует назначать беременным, только после тщательной оценки соотношения риска и пользы, когда польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Период грудного вскармливания: моксонидин проникает в грудное молоко и поэтому не должен назначаться во время кормления грудью. При необходимости применения лекарственного препарата Физиотенз® в период лактации, грудное вскармливание необходимо прекратить. Способ применения и дозы: внутрь, независимо от приема пищи. В большинстве случаев начальная доза препарата Физиотенз® составляет 0,2 мг в сутки. Максимальная разовая доза составляет 0,4 мг. Максимальная суточная доза, которую следует разделить на 2 приема, составляет 0,6 мг. Необходима индивидуальная коррекция суточной дозы в зависимости от переносимости пациентом проводимой терапии. Коррекция дозы для пациентов с печеночной недостаточностью не требуется. Начальная доза для пациентов, находящихся на гемодиализе - 0,2 мг в сутки. В случае необходимости и при хорошей переносимости суточная доза

может быть увеличена до 0,4 мг в сутки. Пациентам с почечной недостаточностью рекомендуется осторожный подбор дозы, особенно в начале лечения. Начальная доза должна составлять 0,2 мг в сутки. В случае необходимости и при хорошей переносимости суточная доза препарата может быть увеличена максимум до 0,4 мг для пациентов с умеренной почечной недостаточностью (КК более 30 мл/мин, но менее 60 мл/мин) и 0,3 мг для пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (КК менее 30 мл/мин). Побочное действие: головная боль, головокружение (вертиго), сонливость, сухость во рту, диарея, тошнота, рвота, диспепсия, кожная сыпь, зуд, бессонница, боль в спине, астения. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Передозировка: имеются сообщения о нескольких случаях передозировки без летального исхода, когда одновременно применялись дозы до 19,6 мг. Специфического антидота не существует. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: совместное применение моксонидина с другими гипотензивными средствами приводит к аддитивному эффекту. Особые указания: в постмаркетинговом наблюдении зафиксированы случаи атриовентрикулярной блокады различной степени тяжести у пациентов, принимающих моксонидин. Связь между приемом препарата Физиотенз® и замедлением атриовентрикулярной проводимости не может быть полностью исключена. Таким образом, при лечении пациентов с вероятной предрасположенностью к развитию атриовентрикулярной блокады рекомендуется соблюдать осторожность. При необходимости отмены одновременно принимаемых бета-адреноблокаторов и препарата Физиотенз® сначала отменяют бета-адреноблокаторы и лишь через несколько дней Физиотенз®. В настоящее время нет подтверждений того, что прекращение приема препарата Физиотенз® приводит к повышению АД. Однако не рекомендуется прекращать прием препарата Физиотенз® резко, вместо этого следует постепенно уменьшать дозу препарата в течение двух недель. Влияние на способность к вождению автомобиля и к управлению машинами и механизмами: имеются сообщения о сонливости и головокружении в период лечения моксонидином. Условия отпуска: по рецепту. \* Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению. СИП от 20.02.2018 на основании ИМП от 16.01.2018.

RUFST181540a от 07.02.2019.

ООО «ЗББотт Лэбторатиз»  
125171, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16а, стр. 1.  
Тел.: + 7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81.  
www.abbott-russia.ru.



Список литературы  
1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. – М., 2013. – 64 с. 2. Руксин В.В. и др. Дифференцированная терапия неотложных состояний, связанных с повышением АД // Артериальная гипертензия. – 2010. – Т. 16. – № 3. – С. 2-7. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Физиотенз® от 28.08.2014 г. 4. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом. Клинические рекомендации ВНОК 2013. <http://www.gipertonik.ru/> access on 07.06.2016.

ИНФОРМАЦИЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ПОДЛЕЖИТ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТОЛЬКО В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЫШЕНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ, ВКЛЮЧАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ВЫСТАВКИ, КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ.

Таблица 2. Подходы к диагностике БКА

Степень	Мероприятия
1	Оценка симптомов и признаков, выявление пациентов с возможной нестабильной стенокардией или другими формами ОКС
2	Оценка общего состояния и качества жизни пациента без нестабильной стенокардии и без ОКС. Оценка сопутствующих заболеваний и возможных причин имеющихся симптомов
3	Базовое обследование и оценка функции ЛЖ
4	Оценка претестовой и клинической вероятности обструктивного поражения коронарных артерий*
5	Определение метода визуализации
6	Оценка риска событий

\* – в данных рекомендациях под обструктивным поражением подразумевается стеноз крупных коронарных артерий более 50% (без уточнения метода оценки). БКА – болезнь коронарных артерий; ОКС – острый коронарный синдром; ЛЖ – левый желудочек.

Предлагаемая экспертами ESC на 2-й ступени оценка вероятности наличия и тяжести сопутствующих заболеваний, как возможных причин имеющихся симптомов, также традиционна для российской практики. Однако в отличие от европейских рекомендаций по ХКС, это осуществляется на первичном этапе осмотра. Фактически 1-я, 2-я и даже отдельно выделенная 3-я ступени диагностики являются неразделимым процессом и тоже вряд ли требуют последующего обсуждения. Исключение составляет отдельная оценка качества жизни, поскольку часть последующих рекомендаций по диагностике и выбору тактики ведения эксперты ESC рекомендуют проводить именно с учетом качества жизни, обусловленного болезнями.

На 3-й ступени диагностического подхода (табл. 3) у пациентов с подозрением на наличие у них БКА ESC предлагает провести на амбулаторном этапе основные базисные обследования, и это тоже практически не отличается от принципов диагностики хронической ИБС, представленных в рекомендациях «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (Минздрав России, 2016 г.) [11]. Обсуждения, вероятно, требует вопрос целесообразности проведения всем пациентам с подозрением на наличие хронической формы ИБС холтеровского мониторирования ЭКГ.

Оценку вероятности наличия и формы БКА/ХКС (с помощью неинвазивных инструментальных обследований с по-

следующим решением вопроса о целесообразности направления пациента на КГ), прогноза заболевания (вероятность осложнений) предлагается проводить на 4-й ступени. С нашей точки зрения, обсуждения заслуживает вопрос принятия решения о выборе методов обследования и тактики ведения на основании претестовой оценки вероятности наличия обструктивного поражения коронарных артерий. В обсуждаемых рекомендациях от 2019 г. [1] модифицирован подход к претестовой диагностике БКА, предложенный в 2013 г. [12]. Если ранее в основе претестовой вероятности (ПТВ) наличия поражения коронарных артерий до проведения исследования были характер болевого синдрома в грудной клетке, пол и возраст, то в текущих рекомендациях введено понятие «клиническая вероятность БКА» (семейный анамнез, дислипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертония, курение и другие модифицируемые факторы, данные ЭКГ и компьютерная томография). Эти факторы в текущих рекомендациях впервые определены как «детерминанты», повышающие или снижающие вероятность наличия у пациента обструктивной БКА до проведения исследований. Хотя оптимальный вклад «детерминант» для улучшения оценки ПТВ еще не установлен, в рекомендациях авторы предлагают рассматривать детерминанты как дополнительные предикторы клинической вероятности обструктивной БКА. Возможно, обсуждения требует целесообразность применения оценки коронарного кальция по шкале Agatston в качестве этапного метода исследования при подозрении на ИБС; при этом, с одной стороны, данный показатель входит в состав «детерминант», а с другой – в рекомендациях ESC отмечается нецелесообразность его применения в качестве скринингового у всех лиц с подозрением на ХКС. Причина в том, что наличие коронарного кальция является слабым предиктором обструктивной БКА [13].

В рекомендациях ESC по ХКС предложено изменить максимальную границу возраста при определении вероятности БКА (70+ лет, в предыдущих рекомендациях – старше 80 лет) и в качестве клинического симптома добавлена одышка (см. табл. 3).

Дискуссионными, по мнению экспертов ESC, остаются вопросы применения шкалы ПТВ (по мнению авторов рекомендаций, шкала завышает вероятность наличия БКА). В основе принятия решения, с точки зрения ESC, должны лежать

Таблица 3. Оценка претестовой и клинической вероятности БКА до исследования (2019 г.)

Возраст, годы	Типичная стенокардия		Атипичная стенокардия		Неангинальная боль		Одышка	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

ПТВ 5–15% – неинвазивное тестирование (функциональные пробы для выявления ишемии миокарда и исследования для выявления стенозов коронарных артерий) возможно после оценки клинической вероятности; ПТВ > 15% – неинвазивное тестирование наиболее необходимо и благоприятно.

не только значения ПТВ, но и «детерминанты» вероятности БКА. Таким образом, принятие решений о тактике ведения пациента все больше становится индивидуализированным и менее стандартизированным. С точки зрения безопасности, по мнению экспертов ESC, регулярное тестирование пациентов с низкой ПТВ (<5%) не рекомендовано, и диагностические процедуры должны выполняться только по веским причинам. Авторы рекомендаций ссылаются на два исследования 2018 г. [14, 15], согласно которым, всего лишь менее чем у 5% пациентов имеется обструктивная БКА при ПТВ <15%. В исследовании PROMISE [16] было показано, что 50% пациентов, исходно расцененных как имевшие среднюю вероятность обструктивной БКА, на самом деле имели низкую ПТВ (<15%) и благоприятный прогноз заболевания. В рекомендациях подчеркивается, что предпочтения пациента, возможности и ресурсы учреждения, доступность процедур, клиническая картина остаются важными компонентами для принятия решения о выборе метода неинвазивной диагностики для пациента с ПТВ 5–15%. И это требует согласования экспертного мнения российских специалистов в признании того, что у отдельных пациентов нет необходимости верификации диагноза.

Зона, выделенная розовым цветом (ПТВ >15%), обозначает группу пациентов, которым неинвазивное тестирование наиболее показано. Согласно табл. 3, в эту категорию пациентов можно включить всех мужчин старше 50 лет (за исключением мужчин в возрасте 50–59 лет с атипичными болями) для выявления или исключения миокардиальной ишемии до назначения лечения. Выбор конкретного метода диагностики в рекомендациях ESC предлагается осуществлять на 5-й ступени с учетом индивидуальных особенностей и ресурсов системы здравоохранения. Ввиду того, что такой подход противоречит тенденции формирования российских рекомендаций по принципу «один подход для всех и при всех условиях», необходимо дальнейшее обсуждение.

Инвазивная КГ рекомендуется как альтернатива неинвазивным методам у пациентов с высокой степенью вероятности обструкции БКА (но в рекомендациях не указаны «точки отсечения», т.е. верхний уровень ПТВ, расцениваемый как высокая вероятность), выраженными симптомами, рефрактерными к медикаментозной терапии, типичной стенокардией при низком уровне физической нагрузки, клиническими признаками, указывающими на высокий риск развития ССО. В то же время в рекомендациях указано, что проведение инвазивной КГ имеет смысл, «если в последующем при выявлении гемодинамически значимого стеноза пациент согласен на реваскуляризацию эндоваскулярным или хирургическим методом». И безусловно, возникает вопрос о согласовании на экспертном уровне применения подхода на уровне первичного звена российского здравоохранения.

В отношении лечения также требуются обсуждение и принятие согласованных решений по ряду вопросов. В данной статье, не разбирая каждый пункт доказанности или недока-

занности рекомендаций (это не входило в цель статьи), мы хотели бы обратить внимание на два вопроса.

1. Насколько целесообразно разделение медикаментозной терапии, направленной на улучшение качества жизни, на первую и вторую линию? Вполне вероятно, что такое разделение в определенной степени основано на «традициях», поскольку еще в мае 2019 г. опубликованы результаты анализа публикаций, которые показали, что такая категоризация не имеет доказательств, существует мало данных, сравнивающих эффективность антиангинальных препаратов. Те же, что имеются, показывают, что нет препаратов, превосходящих другие в плане улучшения физической нагрузки, частоты ангиальных приступов, потребности в сублингвальной нитроглицерине [17]. Кроме того, обращает внимание, что все препараты второй линии, вне зависимости от степени доказательности (т.е. качества и полученных в исследованиях результатов) объединены одним уровнем доказательности и одним уровнем рекомендаций. С нашей точки зрения, такой подход неправомерен и требует обсуждения.
2. Насколько можно считать доказательными рекомендации в отношении применения гиполипидемической терапии, учитывая ряд неточных ссылок. Так, 1-й пункт рекомендаций по статинам основан на достаточно старых мета-анализах от 2005 и 2010 г., при этом проигнорированы результаты мета-анализа от 2019 г. На стр. 34 указано, что добавление эзетимиба к статинам продемонстрировало снижение уровня холестерина и «комбинированной конечной точки» (ККТ) у пациентов после ОКС с сахарным диабетом без влияния на смертность. Тем не менее такую комбинацию ESC рекомендует всем пациентам (в том числе без сахарного диабета), а в качестве доказательств приводит 2 ссылки на исследования, одно из которых не имеет отношения к эзетимибу (ссылка № 320, исследование, оценивающее эволюкумаб). Рекомендация маркирована как класс I, т.е. данный вид лечения является однозначно полезным и эффективным на основании доказательств уровня В. Но уровень доказательств В свидетельствует, что данные получены в ходе одного рандомизированного или нерандомизированных исследований. Можно ли на основании результатов одного рандомизированного исследования, в котором выявлено снижение уровня холестерина и частоты достижения ККТ у больных «рафинированной группы» без влияния на смертность, сказать, что лечение является однозначно полезным и эффективным для всех пациентов с ХКС?

## Заключение

Согласно существующей терминологии и МКБ-10, термин «хронические коронарные синдромы» отсутствует. Исходя из того что термин «острый коронарный синдром» используется в качестве временного описания состояния до установления клинического/патологоанатомического ди-

агноза, термин «хронический коронарный синдром», вероятно, тоже должен применяться как временный, до уточнения диагноза пациента. Такой подход должен быть рассмотрен российским медицинским сообществом. Описываемый в рекомендациях диагностический подход смещается от стандартизации к целесообразности принятия индивидуализированных решений о применении различных методов диагностики с учетом всех клинических особенностей пациента и возможностей системы здравоохранения. В рекомендациях отсутствуют критерии, позволяющие считать результаты неинвазивных исследований значимыми для установления диагноза ишемической болезни сердца/обструктивной болезни коронарных артерий и начала «агрессивного» лечения. По мнению экспертов ESC, ряду пациентов (в первую очередь тем, которым реваскуляризация не будет проводиться из-за выраженной сопутствующей патологии или низкого качества жизни) диагноз болезни коронарных артерий возможно устано-

вить клинически и ограничиться назначением медикаментозной терапии. С нашей точки зрения, такой подход требует широкого врачебного обсуждения и согласования, поскольку совершенно точно это повлечет за собой:

- а) дальнейший рост показателей заболеваемости ишемической болезнью сердца (болезнью коронарных артерий) за счет установления диагноза всем обратившимся за медицинской помощью при наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений;
- б) назначение необоснованной терапии. Вопросы медикаментозного, эндоваскулярного и хирургического лечения (с учетом данных, не отраженных в рекомендациях ESC [17–23]), также требуют согласования.

*Конфликт интересов отсутствует у всех авторов.*

**Статья поступила 10.01.20**

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2020;41(3):407–77. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
2. American Hospital Association (AHA), American Health Information Management Association (AHIMA), CMS, NCHS. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2016. 2016. [Av. at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines\\_2016\\_final.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines_2016_final.pdf) ISBN: 978-1-329-60712-5]
3. Taqueti VR, Di Carli MF. Coronary Microvascular Disease Pathogenic Mechanisms and Therapeutic Options. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(21):2625–41. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.09.042
4. Ezhumalai B, Ananthkrishnapillai A, Selvaraj RJ, Satheesh S, Jayaraman B. Cardiac syndrome X: Clinical characteristics revisited. *Indian Heart Journal*. 2015;67(4):328–31. DOI: 10.1016/j.ihj.2015.04.022
5. Kuruvilla S, Kramer CM. Coronary microvascular dysfunction in women: an overview of diagnostic strategies. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*. 2013;11(11):1515–25. DOI: 10.1586/14779072.2013.833854
6. Löffler AI, Bourque JM. Coronary Microvascular Dysfunction, Microvascular Angina, and Management. *Current Cardiology Reports*. 2016;18(1):1. DOI: 10.1007/s11886-015-0682-9
7. Chowdhury M, Osborn EA. Physiological Assessment of Coronary Lesions in 2020. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2020;22(1):2. DOI: 10.1007/s11936-020-0803-7
8. Morrow A, Sidik N, Berry C. ISCHEMIA: new questions from a landmark trial. *Cardiovascular Research*. 2020;116(2):e23–5. DOI: 10.1093/cvr/cvz343
9. Mathias IS, Riaz H. ISCHEMIA Trial: A Hope or a Hype for Patients with Stable Coronary Artery Disease? *The American Journal of Medicine*. 2019;S0002934319310800. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.11.010
10. Fox KAA, Metra M, Morais J, Atar D. The myth of 'stable' coronary artery disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2020;17(1):9–21. DOI: 10.1038/s41569-019-0233-y
11. Ministry of Health of Russian Federation. Clinical recommendations (CR155). Stable coronary heart disease. 2016. [Russian: Минздрав РФ. Клинические рекомендации (КР155). Стабильная ишемическая болезнь сердца] [Internet] 2016. Available at: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/133>
12. Montalescot G, Sechtem W, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 2013;34(38):2949–3003. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz296
13. Budoff MJ, Mayrhofer T, Ferencik M, Bittner D, Lee KL, Lu MT et al. Prognostic Value of Coronary Artery Calcium in the PROMISE Study (Prospective Multicenter Imaging Study for Evaluation of Chest Pain). *Circulation*. 2017;136(21):1993–2005. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030578
14. Foldyna B, Udelson JE, Karády J, Banerji D, Lu MT, Mayrhofer T et al. Pre-test probability for patients with suspected obstructive coronary artery disease: re-evaluating Diamond–Forrester for the contemporary era and clinical implications: insights from the PROMISE trial. *European Heart Journal – Cardiovascular Imaging*. 2019;20(5):574–81. DOI: 10.1093/ehjci/jez182
15. Reeh J, Therning CB, Heitmann M, Højberg S, Sørum C, Bech J et al. Prediction of obstructive coronary artery disease and prognosis in patients with suspected stable angina. *European Heart Journal*. 2019;40(18):1426–35. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy806
16. Adamson PD, Newby DE, Hill CL, Coles A, Douglas PS, Fordyce CB. Comparison of International Guidelines for Assessment of Suspected Stable Angina. *JACC: Cardiovascular Imaging*. 2018;11(9):1301–10. DOI: 10.1016/j.jcmg.2018.06.021
17. Pavarini R, Camici PG, Crea F, Danchin N, Fox K, Manolis AJ et al. Anti-anginal drugs: Systematic review and clinical implications. *International Journal of Cardiology*. 2019;283:55–63. DOI: 10.1016/j.ijcard.2018.12.008
18. DuBroff R. Cholesterol paradox: a correlate does not a surrogate make. *Evidence Based Medicine*. 2017;22(1):15–9. DOI: 10.1136/ebmed-2016-110602
19. Ravnkov U, de Lorgeril M, Diamond DM, Hama R, Hamazaki T, Hammar-skjöld B et al. LDL-C does not cause cardiovascular disease: a comprehensive review of the current literature. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2018;11(10):959–70. DOI: 10.1080/17512433.2018.1519391
20. Cheung BMY, Lam KSL. Never too old for statin treatment? *The Lancet*. 2019;393(10170):379–80. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32263-3
21. Laleman N, Henrard S, van den Akker M, Goderis G, Buntinx F, Van Pottelbergh G et al. Time trends in statin use and incidence of recurrent cardiovascular events in secondary prevention between 1999 and 2013: a registry-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2018;18(1):209. DOI: 10.1186/s12872-018-0941-y
22. Wang SY, Tan ASL, Claggett B, Chandra A, Khatana SAM, Lutsey PL et al. Longitudinal Associations Between Income Changes and Incident Cardiovascular Disease: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *JAMA Cardiology*. 2019;4(12):1203–12. DOI: 10.1001/jamacardio.2019.3788
23. Eilat-Tsanani S, Mor E, Schonmann Y. Statin Use Over 65 Years of Age and All-Cause Mortality: A 10-Year Follow-Up of 19 518 People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(10):2038–44. DOI: 10.1111/jgs.16060