

В. А. СКИБЧИК

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна/

## Конгрес Європейського товариства кардіологів (2019) об'єднався разом із Всесвітнім конгресом з кардіології у Парижі

### Огляд нових Рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2019)

*Продовження.*

*Початок читайте у попередніх номерах журналу*

#### 4. Рекомендації ESC «Дисліпідемії» (2019)

Основне послання Рекомендацій ESC «Дисліпідемії» (2019), розроблених у співпраці з Європейським товариством з атеросклерозу (EAS), – «**чим нижчий, тим краще» для рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ)**. Рівень холестерину ХС ЛПНЩ повинен бути максимально знижений для профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), особливо у пацієнтів високого та дуже високого ризику (табл. 8–10). Проте на практиці в українських реаліях буде складно досягти деяких рекомендованих цільових рівнів ХС ЛПНЩ, наприклад, <1,4 ммоль/л (за попередніми Рекомендаціями ESC (2016) <1,8 ммоль/л) у пацієнтів з сімейною гіперхолестеринемією (СХ), атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями (АСССЗ), цукровим діабетом (ЦД) з дуже високим ризиком ССЗ.

Актуальність нових Рекомендацій ESC (2019) пов'язана з тим, що ССЗ, більшість з яких складають АСССЗ, стають причиною понад чотирих мільйонів смертей у Європі щороку. На сьогодні отримані надзвичайні докази експериментальних, епідеміологічних, генетичних та рандомізованих клінічних досліджень про те, що підвищений рівень ХС ЛПНЩ є провідною причиною інфаркту та інсульту. Тому його зниження зменшує ризик ССЗ незалежно від вихідної концентрації. Це означає, що у людей з дуже високим ризиком серцевого нападу або інсульту зниження рівня ХС ЛПНЩ є ефективним, навіть якщо він був невисоким на початку лікування.

Не існує нижньої межі цільового рівня ХС ЛПНЩ, який, як відомо, є небезпечним. Нові методичні вказівки спрямовані на те, щоб забезпечити максимально **ефективне використання наявних препаратів (статинів, езетимібу, інгібіторів пропротеїн конвертази субтилізин / кексин типу 9 (PCSK9, так званих кумабів: алірокумабу, еволокумабу, бокоцизумабу))** для зниження рівня ХС ЛПНЩ **у пацієнтів з високим та дуже високим ризиком ССЗ**. Таким пацієнтам, **незалежно від базового рівня ХС ЛПНЩ**, рекомендується **досягати як його цільового рівня, так і зниження на 50 % від вихідного рівня** за рахунок призначення інтенсив-

ної терапії. Тобто, **якщо у таких пацієнтів не вдається досягти рівня ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л, незважаючи на призначення максимально переносимої дози статинів**, їм варто додати до основного лікування додаткове, яке забезпечить ще мінімум 50 % його зниження: **статин + інгібітор всмоктування холестерину (езетиміб)**, якщо цільовий рівень не досягається на двох вищезгаданих препаратах **+ інгібітор PCSK9**.

Статини дуже добре переносяться, і справжня їх непереносимість є рідкістю. У цієї групи препаратів дуже мало побічних ефектів. До них належать підвищений ризик розвитку ЦД та рідко – міопатія. Проте ефективність статинів значно переважає їх небезпечність, навіть у тих, хто має низький ризик АСССЗ.

**Статини не рекомендуються жінкам у період менопаузи та дітородного віку з репродуктивним потенціалом.** Хоча в офіційному дослідженні не доведено, що ці препарати викликають вади розвитку плода при ненавмисному застосуванні в першому триместрі вагітності, жінки, яким показані статини, повинні уникати їх у будь-який період, коли вони могли б завагітніти.

На сьогодні **не існує достовірних доказів безпечності терапії статинами у пацієнтів старше 75 років**, попри її ефективність. Настанови радять брати до уваги рівень ризику, базовий рівень ХС ЛПНЩ, стан здоров'я та ризик взаємодії препаратів при вирішенні питання щодо доцільності призначення статинів у віці 75 років і старше.

Відбулись деякі **зміни у діаграмі шкали серцево-судинного (СС) ризику SCORE**: вік був збільшений з 65 до 70 років, видалений холестеринний ряд 8 ммоль/л.

Були внесені також **зміни до категорій стратифікації ризику: пацієнти з АСССЗ, діабетом із ураженням органів-мішеней, сімейною гіперхолестеринемією та тяжким хронічним захворюванням нирок** були віднесені **до категорії високого ризику** (і тому їм **показана інтенсивна терапія** для зниження рівня ХС ЛПНЩ). Цілі лікування для пацієнтів певної категорії ризику переслідуються незалежно від того, перенесли вони інфаркт або інсульт, чи ні.

Дані, наведені в попередніх Рекомендаціях ESC (2016), свідчать про те, що підвищений рівень ліпопротеїдів (а) (ЛП (а)); Lp (а)) є причиною АСССЗ, а пацієнти з генетично підвищеним рівнем ЛП (а) можуть мати такий же ризик серцевого нападу або інсульту протягом життя, як і пацієнти із сімейною гіперхо-

Таблиця 8. Рекомендації ESC «Дисліпідемії» (2019). Нові розділи та концепції\*

Нові розділи
<ul style="list-style-type: none"> <li>Новий розділ присвячений необхідності неінвазивної візуалізації ССС для класифікації загального ризику ССЗ та отримання висновків для рекомендації ліпідознижувальної терапії</li> <li>Більше даних наведено щодо біології та фізіології ліпідів і ліпопротеїдів, а також щодо їх ролі в патофізіології. Обговорюються нові дані спостережних, рандомізованих, контрольованих досліджень та генетичних досліджень, що однозначно показують вплив ХС ЛПНЩ у розвитку АСССЗ, і наводяться нові докази, що стосуються впливу ТГ і ХС ЛПВЩ на ризик АСССЗ</li> <li>У нових розділах описуються нові препарати, що впливають на ліпіди, а також нові підходи до зниження ХС ЛПНЩ, ТГ і ліпопротеїнів (а)</li> <li>У новому розділі обговорюється вплив запалення у пацієнтів з дуже високим ризиком і його потенційна роль в якості терапевтичної мішені для зниження ризику АСССЗ</li> </ul>
Нові / переглянуті концепції
<ul style="list-style-type: none"> <li>Більш інтенсивне зниження ХС ЛПНЩ за категоріями ризику ССЗ</li> <li>Для вторинної профілактики у пацієнтів з дуже високим ризиком рекомендується зниження ХС ЛПНЩ на 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;1,4 ммоль/л (&lt;55 мг/дл)</li> <li>Для пацієнтів з АСССЗ, які мають другу судинну подію протягом 2 років (не обов'язково того ж типу, що й перша подія), при призначенні максимально переносимі терапії статинами можна розглядати цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;1,0 ммоль/л (&lt;40 мг/дл)</li> <li>Для первинної профілактики у осіб з дуже високим ризиком, але без СГ, рекомендується зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;1,4 ммоль/л (&lt;55 мг/дл). Для осіб з дуже високим ризиком (тобто з іншим фактором ризику, але без АСССЗ), для первинної профілактики повинні враховуватися ті ж цілі для зниження ХС ЛПНЩ</li> <li>Для пацієнтів з високим ризиком рекомендується зниження ХС ЛПНЩ <math>\geq 50\%</math> від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;1,8 ммоль/л (&lt;70 мг/дл)</li> <li>Для пацієнтів з помірним ризиком необхідно розглядати цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;2,6 ммоль/л (&lt;100 мг/дл)</li> <li>Для пацієнтів з низьким ризиком може розглядатися цільовий рівень ХС ЛПНЩ &lt;3,0 ммоль/л (&lt;116 мг/дл)</li> </ul>
Фармакологічні стратегії зниження рівня ХС ЛПНЩ
У розділі, присвяченому фармакологічним стратегіям зниження рівня ХС ЛПНЩ, підкреслюється, що абсолютне зниження ХС ЛПНЩ (визначається за рівнями ХС ЛПНЩ до лікування та ефективністю препаратів, що знижують рівень ХС ЛПНЩ) диктує зниження відносного ризику, що, в свою чергу, залежно від вихідного ризику ССЗ, визначає асоційоване абсолютне зниження ризику ССЗ в окремих пацієнтів
Класифікація ризику в пацієнтів з СГ
Пацієнти з СГ і АСССЗ, або іншим основним фактором ризику, класифікуються як особи з дуже високим ризиком, а пацієнти без встановлених АСССЗ і без інших факторів ризику – з високим ризиком. Для них рекомендовані цілі лікування, визначені відповідно
Інгібітори PCSK9
Представлені нові результати дослідження інгібіторів PCSK9 і оновлені рекомендації щодо їх клінічного застосування

Примітки: 1. \* За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. ССС – серцево-судинна система; ССЗ – серцево-судинні захворювання; АСССЗ – атеросклеротичні серцево-судинні захворювання; ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності; ХС ЛПВЩ – холестерин ліпопротеїдів високої щільності; ТГ – тригліцериди; СГ – сімейна гіперхолестеринемія; PCSK9 – пропротеїн конвертаза субтилізин / кексин типу 9.

лестеринемією (СГ). Оскільки ЛП (а) значною мірою визначаються генетично, нові вказівки рекомендують визначати його рівень хоча б 1 раз у дорослому віці (приблизно в 40 років) з метою виявлення пацієнтів з високим СС ризиком.

Призначення препаратів **риб'ячого жиру** (особливо **ікосапенту етилу**) в поєднанні зі статинами рекомендується **пацієнтам з гіпертригліцеридемією**, у яких вони зменшують ризик виникнення АСССЗ, включаючи інфаркт та інсульт, приблизно на одну чверть.

Вказівки пропонують **довічний підхід до СС ризику**. Це означає, що слід заохочувати людей різного віку та з різними рівнями ризику прийняти та підтримувати здоровий спосіб життя. **Основні вимоги: здорове харчування, уникнення куріння та регулярні фізичні вправи.** Додатки з **риб'ячим жиром** не рекомендуються для профілактики СС ризику у здорових людей у зв'язку з відсутністю доказів того, що вони дійсно запобігають першим інфарктам та інсультам.

## 5. Рекомендації ESC «Суправентрикулярна тахікардія» (2019)

Революційні зміни у Рекомендаціях ESC «Суправентрикулярна тахікардія» (2019), порівняно з попередніми вказівками (2003), полягають у тому, що **перше місце** у лікуванні аритмій тепер належить **катетерній абляції**, а не медикаментозній терапії, як

раніше. Основна зміна клінічної практики за останні 16 років пов'язана з наявністю більш ефективних та безпечних інвазивних методів лікування аритмії шляхом катетерної абляції – деструкції патологічно змінених тканин серця (патологічних провідних шляхів), які викликають аритмію, за допомогою нагрівання або заморожування. Методи і технології катетерної абляції еволюціонували таким чином, що ця методика лікування стала доступною для більшості пацієнтів із суправентрикулярними тахікардіями (СВТ).

Вказівки містять рекомендації щодо лікування всіх типів СВТ (табл. 11–13), крім фібриляції передсердь, щодо яких були прийняті окремі Рекомендації ESC у 2016 р. Медикаментозна терапія СВТ принципово не змінилася з часу публікації попередніх вказівок у 2003 році, але з'явилось більше даних про потенційні переваги та ризику, пов'язані з декількома препаратами, та про те, як безпечніше їх застосовувати. Крім того, стали доступними деякі нові антиаритмічні препарати. За Рекомендаціями ESC (2019) при більшості СВТ протипоказані такі препарати як аміодарон (раніше № 1 у лікуванні аритмій), дигоксин, бета-блокатори, верапаміл, і показані прокаїнамід, флекаїнід, пропафенон (табл. 13, 14).

**Антиаритмічні препарати, ефективні при гострих епізодах.** Для тривалого лікування ці препарати мають обмежене значення через відносно низьку ефективність та супутні побічні ефекти.

СВТ пов'язані з більш високим ризиком ускладнень під час

Таблиця 9. Порівняння змін у Рекомендаціях ESC «Дисліпідемії» 2016 і 2019 років\*

Основні рекомендації			
2016 рік	Клас	2019 рік	Клас
<b>Аналіз ліпідів для оцінки ризику ССЗ</b>			
АпоВ повинен розглядатися в якості альтернативного маркера ступеня ризику, особливо в разі високого рівня ТГ	IIa	Аналіз АпоВ рекомендується для оцінки ризику, особливо у людей з високим рівнем ТГ, ЦД, ожирінням або метаболічним синдромом чи дуже низьким рівнем ХС ЛПНЩ, він може бути альтернативою ХС ЛПНЩ, якщо такий є, в якості первинного показника для скринінгу, діагностики та лікування, і може бути кращим, ніж не-ЛПВЩ, у людей з високим рівнем ТГ, ЦД, ожирінням або дуже низьким рівнем ХС ЛПНЩ	I
<b>Фармакологічна стратегія зниження рівня ХС ЛПНЩ</b>			
Якщо цільових значень ХС ЛПНЩ досягти не вдається, необхідно розглянути можливість призначення статинів у комбінації з інгібіторами всмоктання холестерину	IIa	Якщо цільових значень ХС ЛПНЩ досягти не вдається, незважаючи на призначення максимально переносимої дози статинів, рекомендована комбінована терапія з езетимібом	I
<b>Фармакологічна стратегія зниження рівня ХС ЛПНЩ</b>			
У пацієнтів з дуже високим ризиком, зі стійко високими показниками ХС ЛПНЩ, незважаючи на застосування максимально переносимої дози статинів у комбінації з езетимібом, або у пацієнтів з непереносимістю статинів слід розглянути питання про призначення інгібітора PCSK9	IIb	Для вторинної профілактики у пацієнтів з дуже високим ризиком, у яких не вдається досягти цільових значень ХС ЛПНЩ, незважаючи на призначення максимально переносимої дози статинів у комбінації з езетимібом, рекомендовано комбінацію з інгібітором PCSK9	I
		Для пацієнтів з дуже високим ризиком з СГ (з АССС3 чи іншим великим фактором ризику), у яких не вдається досягти цільових значень ХС ЛПНЩ, незважаючи на призначення максимально переносимої дози статинів у комбінації з езетимібом, рекомендовано комбінацію з інгібітором PCSK9	I
<b>Медикаментозна терапія гіпертригліцеридемії</b>			
Статини можна розглядати як препарати вибору для зниження ризику ССЗ у пацієнтів високого ризику і з гіпертригліцеридемією	IIb	Статини рекомендовано як препарати першої лінії лікування для зниження ризику ССЗ у пацієнтів високого ризику і з гіпертригліцеридемією (ТГ >2,3 ммоль/л (200 мг/дл))	I
<b>Лікування пацієнтів з гетерозиготною СГ</b>			
Цільовим рівнем ХС ЛПНЩ є <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл), або, при наявності ССЗ, <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл). При неможливості досягти цільових значень, максимального зниження рівня ХС ЛПНЩ слід досягати за допомогою комбінованого використання лікарських засобів у переносимих дозах	IIa	Для пацієнтів з дуже високим ризиком з СГ та з АССС3 рекомендується зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл). Якщо неможливо досягти цілі лікування, рекомендовано призначити комбіновану терапію	I
Лікування з інгібіторами PCSK9 слід розглядати у пацієнтів з СГ та з ССЗ або іншими факторами, що відносять їх до групи дуже високого ризику ІХС, такими як сімейний анамнез, високий рівень ліпопротеїну (а) або непереносимість статинів	IIa	Лікування з інгібіторами PCSK9 рекомендовано у пацієнтів дуже високого ризику з СГ, у яких не можна досягти цілі лікування, незважаючи на призначення максимально переносимої дози статинів у комбінації з езетимібом	I
<b>Лікування дисліпідемії у пацієнтів похилого віку</b>			
У зв'язку з тим, що у пацієнтів похилого віку часто є супутня патологія, яка впливає на фармакокінетику медикаментів, рекомендується починати проведення гіполіпідемічної терапії з низьких доз, потім збільшуючи дозу до досягнення цільових рівнів ліпідів, які є такими ж, як і у більш молодих осіб	IIa	Рекомендується розпочинати призначення статинів з менших доз, якщо є тяжка ниркова недостатність і / або існує потенційна можливість лікарської взаємодії, а потім поступово збільшувати дозу до досягнення мети лікування	I
<b>Ліпідознижувальна терапія у пацієнтів з ГКС</b>			
Якщо цільовий рівень ХС ЛПНЩ не досягається з максимально переносимою дозою статинів та / або езетимібом, можна розглядати призначення інгібітора PCSK9 на додаток до гіполіпідемічної терапії; або окремо, або в поєднанні з езетимібом у пацієнтів з непереносимістю або протипоказаннями до прийому статинів	IIb	Якщо цільовий рівень ХС ЛПНЩ не досягається через 4–6 тижнів, незважаючи на максимально переносиму дозу статинів і езетимібу, рекомендується додавання інгібітора PCSK9	I

Примітки: 1. \* За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. ГКС – гострий коронарний синдром; АпоВ – аполіпопротеїн В; АССС3 – атеросклеротичне серцево-судинне захворювання; ССЗ – серцево-судинні захворювання; ЦД – цукровий діабет; СГ – сімейна гіперхолестеринемія; ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності; ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності; PCSK9 – пропротеїн конвертаза субтилізін / кексин типу 9; ТГ – тригліцериди.

вагітності, і тому в нових настановах надаються конкретні рекомендації вагітним (табл. 11–14). Усіх антиаритмічних препаратів слід уникати, якщо це можливо, впродовж першого триместру вагітності.

Однак, при необхідності, в цей період можна застосовувати деякі препарати з обережністю. Вагітні, які мають стійкі аритмії і не реагують на лікарські засоби, або яким медикаментозна терапія протипоказана чи небажана, тепер можуть лікуватися

за допомогою нових методів катетерної абляції, які дозволяють уникнути шкідливого впливу радіації на жінку та плід.

Актуальність нових Рекомендацій ESC (2019) пов'язана з тим, що більшість СВТ, якщо їх не лікувати, у довгостроковій перспективі збільшують ризик інсульту та знижують якість життя хворих, хоча вони зазвичай починаються та зупиняються раптово, і рідко загрожують життю у гострій фазі, на відміну від шлуночкової аритмії.

Таблиця 10. Рекомендації ESC «Дисліпідемії» (2019). Лікування дисліпідемій\*

Показання	Клас
<b>Візуалізація серцево-судинної системи для оцінки ризику АСССЗ</b>	
Оцінка об'єму бляшки в артерії (сонній і / або стегнової) на УЗД повинна розглядатися як модифікатор ризику в осіб з низьким або середнім ризиком	IIa
<b>Візуалізація серцево-судинної системи для оцінки ризику АСССЗ</b>	
Визначення кальцієвого індексу коронарних судин за допомогою КТ повинно розглядатися як модифікатор ризику при оцінці ризику ССЗ у безсимптомних осіб з низьким або середнім ризиком	IIa
<b>Аналіз ліпідів для оцінки ризику ССЗ</b>	
Вимірювання ліпопротеїну (а) слід проводити як мінімум один раз протягом життя дорослої людини, щоб виявити осіб з дуже високими спадковими рівнями ліпопротеїну (а) >180 мг/дл (>430 нмоль/л), які можуть мати ризик розвитку АСССЗ протягом життя, що еквівалентно ризику, пов'язаному з гетерозиготною сімейною гіперхолестеринемією	IIa
<b>Медикаментозна терапія пацієнтів з гіпертригліцеридемією</b>	
У пацієнтів, які мають високий ризик (або вище), з ТГ між 1,5 і 5,6 ммоль/л (135–499 мг/дл), незважаючи на лікування статинами, слід розглянути поєднання терапії статинами із поліненасиченими жирними кислотами (ікосапент етил 2 г × 2/день)	IIa
<b>Лікування пацієнтів з гетерозиготною СГ</b>	
При первинній профілактиці для осіб з СГ з дуже високим ризиком слід розглянути зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл)	IIa
<b>Лікування дисліпідемії у літніх людей</b>	
Лікування статинами рекомендується для первинної профілактики у літніх людей у віці ≤75 років, залежно від рівня ризику	I
<b>Лікування дисліпідемії у літніх людей</b>	
Можна розглянути призначення статинів для первинної профілактики у літніх людей старше 75 років, якщо вони схильні до високого або дуже високого ризику	IIb
<b>Лікування дисліпідемії при ЦД</b>	
У пацієнтів з ЦД 2-го типу та дуже високим ризиком рекомендується зниження рівня ХС ЛПНЩ ≥ 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл) У пацієнтів з ЦД 2-го типу та високим ризиком рекомендується зниження рівня ХС ЛПНЩ на 50 % від вихідного рівня і цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) Статини рекомендуються пацієнтам з ЦД 1-го типу, які мають високий або дуже високий ризик	I
<b>Лікування дисліпідемії при ЦД</b>	
Інтенсифікацію терапії статинами слід враховувати перед призначенням комбінованої терапії Якщо мета не досягнута, слід розглянути комбінацію статинів з езетимібом	IIa
<b>Лікування дисліпідемії при ЦД</b>	
Терапія статинами не рекомендується для пацієнтів у пременопаузі з ЦД, які не використовують адекватну контрацепцію або планують вагітність	III
<b>Лікування дисліпідемії при ГКС</b>	
Для пацієнтів з ГКС, у яких рівні ХС ЛПНЩ не досягають цільових значень, не дивлячись на те, що вони вже приймають максимально переносиму дозу статину і езетимібу, слід розглянути можливість додавання інгібітора PCSK9 на ранньому початку після події (якщо це можливо, під час госпіталізації з приводу події ГКС)	IIa

Примітки: 1. \* За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. АСССЗ – атеросклеротичні серцево-судинні захворювання; КТ – комп'ютерна томографія; УЗД – ультразвукове дослідження; ССЗ – серцево-судинні захворювання; ТГ – тригліцериди; СГ – сімейна гіперхолестеринемія; ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності; ЦД – цукровий діабет; ГКС – гострий коронарний синдром.

Таблиця 11. Рекомендації ESC «Суправентрикулярна тахікардія» (2019). Основні положення\*

Основні положення	Клас
Призначення івабрадину в монотерапії або в комбінації з бета-блокатором необхідно розглядати у симптоматичних пацієнтів з неадекватною синусовою тахікардією	IIa
Ібутилід (внутрішньовенно) може застосовуватися для невідкладної терапії при вогнищевій передсердній тахікардії	IIb
Можна призначати: для синдрому постуральної ортостатичної тахікардії – івабрадин; для вогнищевій передсердній тахікардії з метою постійної терапії – івабрадин разом з бета-блокатором	IIb
Пацієнтам з тріпотінням передсердь без ФП необхідно призначати антикоагулянтну терапію, але межу для ініціації не встановлено	IIa
Ібутилід (внутрішньовенно) або дофетилід (внутрішньовенно чи per os (в лікарні)) рекомендовано для конверсії тріпотіння передсердь	I
Високошвидкісна кардіостимуляція рекомендована для припинення тріпотіння передсердь у пацієнтів з імплантованим кардіостимулятором або дефібрилятором	I

Основні положення	Клас
Слід провести електрофізіологічне дослідження для стратифікації ризику в осіб з безсимптомним синдромом передчасного збудження	IIa
Можна провести неінвазивну оцінку провідних властивостей додаткових провідних шляхів у осіб з безсимптомним синдромом передчасного збудження	IIb
Катетерна абляція може розглядатися у безсимптомних пацієнтів з синдромом передчасного збудження і низьким ризиком при інвазивній або неінвазивній стратифікації ризику	IIb
Катетерну абляцію слід провести безсимптомним пацієнтам з синдромом передчасного збудження і дисфункцією ЛШ через електричну дисхронію	IIa
Атріовентрикулярна вузлова абляція з подальшою кардіостимуляцією, або бівентрикулярною, або стимуляцією пучка Гіса, рекомендується, якщо тахікардія, асоційована з тахікардіоміопатією, не може бути усунена або контрольована лікарськими засобами	I
Протягом першого триместру вагітності рекомендується, за можливості, уникати призначення всіх антиаритмічних препаратів	I
У вагітних без синдрому WPW для профілактики СВТ слід розглядати селективні бета 1-блокатори (крім атенололу) або верапаміл	IIa
У вагітних з синдромом WPW, але без ішемічних або структурних захворювань серця, для профілактики СВТ слід розглядати флекаїнід або пропafenон	IIa

Примітки: 1. \* За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. ФП – фібриляція передсердь; ЛШ – лівий шлуночок; СВТ – суправентрикулярна тахікардія; синдром WPW – синдром Вольфа–Паркінсона–Уайта.

**Таблиця 12.** Рекомендації ESC «Суправентрикулярна тахікардія» (2019). Нові положення\*

Нові положення
<b>Клас I (рекомендовано)</b>
Ібутилід (внутрішньовенно) або дофетилід (внутрішньовенно чи per os (в лікарні)) – для конверсії тріпотіння передсердь
Високошвидкісна кардіостимуляція – для припинення тріпотіння передсердь у пацієнтів з імплантованим кардіостимулятором або дефібрилятором
Атріовентрикулярна вузлова абляція з подальшою кардіостимуляцією, або бівентрикулярною, або стимуляцією пучка Гіса, рекомендується, якщо тахікардія, асоційована з тахікардіоміопатією, не може бути усунена або контрольована лікарськими засобами
Протягом першого триместру вагітності рекомендується, за можливості, уникати призначення всіх антиаритмічних препаратів
<b>Клас IIa (слід врахувати)</b>
Призначення івабрадину в монотерапії або в комбінації з бета-блокатором у симптоматичних пацієнтів з неадекватною синусовою тахікардією
Пацієнтам з тріпотінням передсердь без ФП необхідно призначити антикоагулянтну терапію, але межу для ініціації не встановлено
Слід провести електрофізіологічне дослідження для стратифікації ризику осіб з безсимптомним синдромом передчасного збудження
Катетерну абляцію слід провести безсимптомним пацієнтам з синдромом передчасного збудження і дисфункцією ЛШ через електричну дисхронію
У вагітних без синдрому WPW для профілактики СВТ слід розглядати селективні бета 1-блокатори (крім атенололу) або верапаміл
У вагітних з синдромом WPW, але без ішемічних або структурних захворювань серця, для профілактики СВТ слід розглядати флекаїнід або пропafenон
<b>Клас IIb (може розглядатися)</b>
Ібутилід (внутрішньовенно) може застосовуватися для невідкладної терапії при вогнищевій передсердній тахікардії
Можна призначити: для лікування синдрому постуральної ортостатичної тахікардії – івабрадин; вогнищевій передсердній тахікардії у якості постійної терапії – івабрадин разом з бета-блокатором
Можна провести неінвазивну оцінку провідних властивостей додаткових провідних шляхів у осіб з безсимптомним синдромом передчасного збудження
Катетерна абляція може розглядатися у безсимптомних пацієнтів з синдромом передчасного збудження і низьким ризиком при інвазивній або неінвазивній стратифікації ризику

Примітки: 1. \* За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. ФП – фібриляція передсердь; ЛШ – лівий шлуночок; СВТ – суправентрикулярна тахікардія; синдром WPW – синдром Вольфа–Паркінсона–Уайта.

**Таблиця 13.** Порівняння змін у Рекомендаціях ESC «Суправентрикулярна тахікардія» 2003 і 2019 років\*

Зміни в основних рекомендаціях	2003 рік	2019 рік
<b>Невідкладна допомога при тахікардії з вузькими комплексами QRS</b>		
Верапаміл і дилтіазем	I	IIa
Бета-блокатори	IIb	IIa
Аміодарон і дигоксин не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Невідкладна допомога при тахікардії з широкими комплексами QRS</b>		
Прокаїнамід	I	IIa
Аденозин	IIb	IIa
Аміодарон	I	IIb
Соталол і лідокаїн не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування неадекватної синусової тахікардії</b>		
Бета-блокатори	I	IIa
Верапаміл / дилтіазем і катетерна абляція не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування синдрому постуральної ортостатичної тахікардії</b>		
Вживання солі і рідини	IIa	IIb
Компресійні панчохи, селективні бета-блокатори, флуорокортизон, клонідин, метилфенідат, флуоксетин, еритропоетин, ерготамін / октреотид та фенобарбітал не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування вогнищевій передсердній тахікардії</b>		
<b>Гостра</b>		
Флекаїнід / пропafenон	IIa	IIb
Бета-блокатори	I	IIa
Аміодарон	IIa	IIb
Прокаїнамід, соталол і дигоксин не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Хронічна</b>		
Бета-блокатори	I	IIa
Верапаміл і дилтіазем	I	IIa

Продовження табл. 13

Зміни в основних рекомендаціях	2003 рік	2019 рік
Аміодарон, соталол і дизопірамід не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування тріпотіння передсердь</b>		
<i>Гостре</i>		
Передсердна або трансезофагеальна стимуляція	I	IIb
Ібутилід	IIa	I
Флекаїнід / пропафенон	IIb	III
Верапаміл і дилтіазем	I	IIa
Бета-блокатори	I	IIa
Дигіталіс не згадується в рекомендаціях 2019 р.		
<i>Хронічне</i>		
Дофетилід, соталол, флекаїнід, пропафенон, прокаїнамід, хінідин, дизопірамід не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування атріовентрикулярної вузлової реципрокної тахікардії</b>		
<i>Гостра</i>		
Аміодарон, соталол, флекаїнід і пропафенон не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<i>Хронічна</i>		
Верапаміл і дилтіазем	I	IIa
Бета-блокатори	I	IIa
Аміодарон, соталол, флекаїнід, пропафенон та підхід «таблетка в кишені» не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>Лікування атріовентрикулярної реципрокної тахікардії</b>		
Флекаїнід / пропафенон	IIa	IIb
Бета-блокатори	IIb	IIa
Аміодарон, соталол та підхід «таблетка в кишені» не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		
<b>СВТ у вагітних</b>		
Верапаміл	IIb	IIa
Катетерна абляція	IIb	IIa
Соталол, пропранолол, хінідин і прокаїнамід не згадуються в рекомендаціях 2019 р.		

Примітки: 1. \*За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. СВТ – суправентрикулярна тахікардія.

Які рекомендації потрібно давати пацієнтам, якщо у них спостерігається СВТ? «Завжди звертайтеся за медичною допомогою та консультацією до лікаря, якщо у Вас швидке серцебиття. Якщо є підозра на СВТ, Вам слід пройти електрофізіологічні дослідження з метою проведення катетерної абляції, оскільки деякі аритмії можуть мати серйозні довгострокові побічні ефекти і погіршувати Ваше самопочуття. Профілактика рецидивів залежить від конкретного типу СВТ, тому зверніться за консультацією до лікаря. Катетерна абляція безпечна і лікує більшість СВТ».

Таблиця 14. Медикаменти, стратегії та методи, зазначені або не згадані в Рекомендаціях ESC «Суправентрикулярна тахікардія» (2019)\*

Тип тахікардії	Лікування (клас)	Не згадуються в Рекомендаціях ESC (2019)
Тахікардія з вузькими комплексами QRS	Верапаміл і дилтіазем; бета-блокатори (IIa)	Аміодарон, дигоксин
Тахікардія з широкими комплексами QRS	Прокаїнамід (IIa), аденозин (IIa), аміодарон (IIb)	Соталол, лідокаїн
<b>Неадекватна синусова тахікардія</b>	Бета-блокатори (IIa)	Верапаміл / дилтіазем і катетерна абляція
Синдром постуральної ортостатичної тахікардії	Вживання солі і рідини (IIb)	Компресійні панчохи, селективні бета-блокатори, флуорокортизон, клонідин, метилфенідат, флуоксетин, еритропоеїн, ерготамін / октреотид та фенобарбітал
Фокальна передсердна тахікардія	Гостра: бета-блокатори (IIa); флекаїнід / пропафенон, аміодарон (IIb)	Гостра: прокаїнамід, соталол і дигоксин
	Хронічна: бета-блокатори, верапаміл та дилтіазем (IIa)	Хронічна: аміодарон, соталол, дизопірамід
Тріпотіння передсердь	Гостре: ібутилід (I); верапаміл і дилтіазем, бета-блокатори (IIa); передсердна або трансезофагеальна стимуляція (IIb); флекаїнід / пропафенон (III)	Гостре: дигіталіс
	Хронічне: –	Хронічне: дофетилід, соталол, флекаїнід, пропафенон, прокаїнамід, хінідин, дизопірамід
Атріовентрикулярна вузлова реципрокна тахікардія (АВВРТ)	Гостра: –	Гостра: аміодарон, соталол, флекаїнід і пропафенон
	Хронічна: верапаміл і дилтіазем, бета-блокатори (IIa)	Хронічна: аміодарон, соталол, флекаїнід, пропафенон та підхід «таблетка в кишені»
Атріовентрикулярна реципрокна тахікардія (АВРТ)	Бета-блокатори (IIa), флекаїнід / пропафенон (IIb)	Аміодарон, соталол та підхід «таблетка в кишені»
СВТ у вагітних	Верапаміл (IIa), катетерна абляція (IIa)	Соталол, пропафенон, хінідин, прокаїнамід

Примітки: 1. \*За матеріалами <http://www.webcardio.org>; 2. СВТ – суправентрикулярна тахікардія.

Отже, слід зазначити, що Рекомендації ESC (2019) стали більш стислими, конкретними, практичними, вони містять порівняльний аналіз щодо попередніх настанов і чіткий алгоритм дій. Головна їх ідеологія – впровадження в практику результатів найсучасніших клінічних досліджень.

Також у них підкреслюється вирішальна роль здорового способу життя та інших профілактичних заходів у зниженні ризику подальших серцево-судинних подій і смертності.