

**А. Ф. Файник, М. А. Файник**

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Сучасні успіхи та доказовість за результатами Європейського конгресу кардіологів у Амстердамі (30.08.–04.09.2013)

За словами президента Європейського конгресу кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) професора Паноса Вардаса, незважаючи на прогрес у галузі медицини, захворювання серцево-судинної системи і сьогодні є вбивцею номер один населення Європи.

Клінічні випробування, на основі яких здійснено впровадження у клінічну практику, та керівні рекомендації були представлені на щорічному Європейському конгресі кардіологів у Амстердамі. Його відвідали понад 30 тисяч учасників із понад 150 країн світу.

Голова Програмного комітету ESC з науки професор Кейт Фокс виокремив такі найбільш важливі дослідження, представлені на конгресі в 2013 р.:

HOKUSAI-VTE [7] – застосування перорального антикоагулянту едоксабану для лікування венозної тромбоемболії показало однакову ефективність, але кращу переносимість і безпеку порівняно з варфарином за початкового призначення низькомолекулярного гепарину;

TASTE [8] – аспірація кров'яних згустків і тромбів, що спричиняють серцевий напад, перед відкриттям балонам артерії не покращує виживання порівняно з використанням тільки балонної дилатації або стентування без аспірації;

ECHOCRT [6] – результати підтвердили засадничі принципи, що пацієнтам із вузьким комплексом QRS не слід проводити серцеве ресинхронізувальне лікування. Просте електрокардіографічне визначення тривалості QRS є найважливішим предиктором клінічних переваг серцевого ресинхронізувального лікування на протипагу механічній десинхронізації за допомогою ехокардіографії;

DECAAF [2] – результати показали, що у пацієнтів із фібриляцією передсердь магніторезонансна томографія перед проведенням абляції дає змогу визначити ступінь пошкодження тканин серця, а

саме – фіброз передсердь. Висновок обстеження магніторезонансної томографії допоможе передбачити успішність обраної інвазивної тактики лікування (абляції);

PRAMI [5] – первинною кінцевою точкою була комбінована смерть від серцевих причин, нефатального інфаркту міокарда або рефрактерної стенокардії у пацієнтів зі STEMI та супутнім гемодинамічно значимим стенозом вінцевих артерій. Окрім стентування інфаркт-залежної вінцевої артерії у всіх пацієнтів із гострою елевацією сегмента ST, додаткове профілактичне стентування вінцевої артерії у дослідній групі із гемодинамічно значимим стенозом продемонструвало достовірні переваги ($p < 0,001$) такої тактики лікування.

На конгресі були також оприлюднені перші висновки щодо усунення негативного впливу способу життя у вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань.

За результатами «EUROASPIRE» [1] проведено аналіз виконання рекомендацій у медичній практиці восьми країн Європи. Дослідження, ініційоване ESC EURObservational Research Programme, включало 12775 пацієнтів віком до 70 років з ішемічною хворобою серця за період II (1999–2000), III (2006–2007) і IV (2012–2013). З них 8456 опитано у час до шести місяців після первинної шпиталізації з приводу інфаркту міокарда, аортокоронарного шунтування, стентування або ангіопластики вінцевих артерій.

Тоді як показники артеріального тиску та рівня холестерину покращувалися, поширеність ожиріння і діабету зростала з 31,9 до 38,5 % ($p = 0,007$) та з 18,5 до 27,2 % ($p = 0,0004$) відповідно.

Середній індекс маси тіла (ІМТ) збільшився з 28,5 до 29,2 $\text{кг}/\text{м}^2$, а поширеність центрального ожиріння зросла з 51,0 до 57,0 %, тоді як фізична активність не змінювалася впродовж чотирнадцятирічного періоду дослідження.

Загальна поширеність куріння у трьох дослідженнях (21,0 % у 1999–2000, 19,9 % у 2006–2007, 18,2 % у 2012–2013, $p = 0,55$) майже не змінювалась, але була досить високою у пацієнтів віком до 50 років.

Результати EUROASPIRE IV [9] детально опрацьовані у 7988 пацієнтів віком понад 80 років (25,0 % – жінки) з 24 європейських країн, у тому числі з України. Поширеність ожиріння була в середньому у 38,0 % (36,0 % – чоловіки, 44,0 % – жінки). Частота виявлення ожиріння коливалася від 25,0 до 30,0 % у кардіологічних центрах Боснії і Герцеговини, Нідерландів, Сербії та Швеції і була більшою (до 45,0 %) у Румунії, Росії та Словенії. Центральне ожиріння діагностовано у 58,0 % випадків; 38,0 % пацієнтів із них не планували зменшувати масу тіла, а 20,0 % не вважали це проблемою. Поширеність цукрового діабету становила 40,0 %: 27,0 % обстежених знали про його існування, у 13,0 % його виявлено вперше за рівнем глюкози $> 7,0$ ммоль/л. Серед тих, хто знав про цукровий діабет, лише 53,0 % мали рівень глікозильованого гемоглобіну $< 7,0$ %. У Бельгії, Фінляндії менш ніж 35,0 % хворих мали неконтрольований цукровий діабет, тоді як у Болгарії, Хорватії, Франції, Греції та Великобританії глікозильований гемоглобін понад 7,0 % підтверджувався у більш ніж 55,0 % обстежених.

В Амстердамі були представлені результати японського дослідження Ibaraki Cardiovascular Assessment Study (ICAS) [4], що включало інформацію про 2238 пацієнтів, яким проводили кризьшкірні перкутанні втручання. Усіх пацієнтів розподілили на три групи за початковим рівнем холестерину – ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ): дуже низький ($< 70,0$ мг/дл; $n = 214$); низький (71,0–100,0 мг/дл; $n = 669$) і високий ($> 101,0$ мг/дл; $n = 1,355$). Рішення про призначення статинів (або непризначення) та їх дозу лікар приймав самостійно. Спостереження тривали три роки. Ефективність лікування статинами визначали за частотою виникнення великих серцево-судинних подій – смерть із будь-якої причини, нефатальний інфаркт міокарда або інсульт. Статини призначали 68,0 % хворим із дуже низьким рівнем ХС ЛПНЩ, 67,0 % – з низьким рівнем ХС ЛПНЩ та 67,0 % – з високим рівнем ХС ЛПНЩ. Серцево-судинні події виникли у 204 пацієнтів. Результати аналізу за Каплан – Майером показали, що призначення статинів значно та вірогідно знижувало ризик виникнення ускладнень у всіх трьох групах.

Доктор Емі Накано, яка представляла результати дослідження, висловила припущення, що, вірогідно, статини перешкоджають збільшенню атеросклеротичної бляшки та її дестабілізації: «Багато лікарів вагаються, чи призначати статини через можливий побічний ефект пацієнтам із дуже низьким рівнем ХС ЛПНЩ та ішемічною хворобою серця (ІХС). Але наше дослідження показало, що такі пацієнти мають отримувати статини для зниження виникнення серцево-судинних подій у майбутньому. Наступним кроком має стати ініціювання рандомізованого

контрольованого дослідження із застосуванням статинів у пацієнтів із дуже низьким рівнем ХС ЛПНЩ та ІХС. Результати цього дослідження мають підтвердити користь статинів у запобіганні ускладнень у цієї категорії пацієнтів та визначити, які саме статини та їх дози є більш ефективними».

Позитивну роль високих доз статинів у запобіганні виникненню деменції продемонстровано в тайванському дослідженні, що включало 58 000 пацієнтів віком понад 65 років без ознак судинної деменції. За 4,5 року спостереження зареєстровано 5516 нових випадків діагностування деменції. Залежно від дози статинів пацієнти були розподілені за тертилями. З'ясувалося, що існує зворотна залежність між дозою статинів і частотою виникнення деменції – відносний ризик у разі приймання середніх еквівалентних доз становив 0,622, 0,697 і 0,419 відповідно в тертилях низьких, середніх та високих доз, а відносний ризик від загальних еквівалентних доз – 0,773, 0,632 та 0,332 проти контролю відповідно. Протективна роль високих доз статинів зберігалася після стандартизації за віком, статтю, кардіоваскулярним ризиком і не залежала від типу статину (ліпофільний чи гідрофільний). Особливо висока кореляція зафіксована для різних доз аторвастатину і розувастатину. Приймання ловастатину не супроводжувалося зниженням ризику деменції.

Окрім цього, в іншому дослідженні виявилось, що за призначення статинів у 20,0 % знизилася вірогідність виникнення катаракти. Ефект був значно більшим у молодих осіб (до 50,0 %) під час тривалого постійного приймання (до 14 років). Щорічно в США порушення зору через виникнення катаракти спостерігається у 20 млн людей. Статини призначаються в США дуже часто – кожному третьому у віці понад 45 років, що коштує щорічно близько 35 млрд доларів. До метааналізу включено 14 досліджень (2 399 200 пацієнтів та 25 618 випадків катаракти). Середня тривалість лікування 54 місяці, середній вік хворих 61 рік. Відносний ризик виникнення катаракти на статинах 0,80 (ДІ 0,77–0,83). Інакше кажучи, треба пролікувати 71 пацієнта, щоб запобігти виникненню однієї катаракти. У молодих людей (до 50 років) відносний ризик виникнення катаракти був 0,50 та у людей віком понад 70 років – 0,90. Не спостерігалось різниці між чоловіками та жінками. Таким чином, на думку професора Котиса, який представляв результати дослідження, статини мають додаткову властивість – блокувати виникнення катаракти. Більш вираженим цей ефект є у молодих осіб, які тривало приймають статини.

На конгресі в Амстердамі також були представлені нові рекомендації, а саме – Рекомендації Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії з діагностики, лікування та профілактики артеріальної гіпертензії, а також Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування кардіоваскулярних захворювань у пацієнтів із діабетом та предіабетом.

Дефініція і класифікація артеріальної гіпертензії за рівнями артеріального тиску (АТ) не зазнали змін. Доведено лінійний взаємозв'язок, а не ступінчастий, артеріальної гіпертензії з ризиком виникнення церебральних інсультів, інфаркту міокарда й термінального захворювання нирок, настання смерті. Ризик зростає за систолічного АТ 110–115 мм рт. ст. та діастолічного АТ 70–75 мм рт. ст., а не «високого нормального» АТ. У рекомендаціях гіпертензія визначається як підвищений систолічний АТ > 140 мм рт. ст. і/або діастолічний АТ > 90 мм рт. ст. для дорослих незалежно від віку. У пацієнтів похилого віку та з цукровим діабетом рекомендовано вимірювати АТ після зміни горизонтального положення на вертикальне на першу й третю хвилини з метою виявити ортостатичну гіпертензію, тобто зниження систолічного АТ > 20 мм рт. ст. або діастолічного АТ > 10 мм рт. ст. Для амбулаторного моніторування прийнято такі визначення артеріальної гіпертензії: для денного АТ – систолічний АТ \geq 135 мм рт. ст. і/або діастолічний АТ \geq 85 мм рт. ст.; для нічного АТ – систолічний АТ \geq 120 мм рт. ст. і/або діастолічний АТ \geq 70 мм рт. ст.; для 24-годинного АТ систолічний АТ \geq 130 мм рт. ст. і/або ДАТ \geq 80 мм рт. ст. і для домашнього вимірювання АТ – систолічний АТ \geq 135 мм рт. ст. і/або діастолічний АТ \geq 85 мм рт. ст. Визначено фактори, що впливають на оцінку ризику у хворих з артеріальною гіпертензією, окрім рівня АТ.

Фактори, які, крім офісного АТ, впливають на прогноз і використовуються для стратифікації загального серцево-судинного ризику:

1. Фактори ризику: 1.1. Чоловіча стать; 1.2. Вік (чоловіки > 55 років, жінки > 65 років); 1.3. Куріння; 1.4. Дисліпідемія: загальний холестерин > 4,9 ммоль/л і/або ЛПНЩ > 3,0 ммоль/л і/або ліпопротеїди високої щільності чоловіки < 1,0 ммоль/л, жінки < 1,2 ммоль/л і/або тригліцериди > 1,7 ммоль/л (150,0 мг/дл); 1.5. Глюкоза в плазмі крові 5,6–6,9 ммоль/л (102,0–125,0 мг/дл); 1.6. Порушення тесту толерантності до глюкози; 1.7. Ожиріння, ІМТ \geq 30,0 кг/м²; 1.8. Абдомінальне ожиріння (обвід талії – чоловіки \geq 102,0 см, жінки \geq 88,0 см); 1.9. Сімейний анамнез передчасного виникнення серцево-судинних захворювань (чоловіки віком до 55 років, жінки віком до 65 років).

2. Безсимптомне ураження органів-мішеней: 2.1. Пульсовий тиск (у літніх людей) \geq 60 мм рт. ст.; 2.2. ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (індекс Соколова – Лайона > 3,5 мВ; RaVL > 1,1 мВ; вольтажний індекс тривалості Корнелла > 244 мВ•мс); 2.3. Ехокардіографічні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка – індекс маси міокарда лівого шлуночка: чоловіки > 115,0 г/м²; жінки > 95,0 г/м² площі поверхні тіла (найбільший ризик для концентричної гіпертрофії лівого шлуночка: підвищений індекс маси міокарда лівого шлуночка зі співвідношенням «товщина стінки/радіус» > 0,42); 2.4. Потовщення стінки сонної артерії (товщина комплексу інтима-медіа сонних артерій) > 0,9 мм або наявність

бляшки; 2.5. Сонно-стегнова швидкість пульсової хвилі > 10,0 м/с; 2.6. Кісточно-плечовий індекс < 0,9; 2.7. Хронічна хвороба нирок зі швидкістю клубочкової фільтрації 30,0–60,0 мл/хв/1,73 м²; 2.8. Мікроальбумінурія (30,0–300,0 мг/добу) або співвідношення альбумін/креатинін (30,0–300,0 мг/г; 3,4–34,0 мг/ммоль) (переважно в ранковій порції сечі).

3. Цукровий діабет: 3.1. Глюкоза плазми натще \geq 7,0 ммоль/л (126,0 мг/дл) під час двох повторних вимірювань і/або 3.2. HbA1c > 7,0 % (53,0 ммоль/моль), і/або 3.3. Глюкоза в плазмі крові після навантаження > 11,0 ммоль/л (198,0 мг/дл).

4. Діагностоване серцево-судинне захворювання або захворювання нирок: 4.1. Цереброваскулярні захворювання: ішемічний або геморагічний інсульт; транзиторна ішемічна атака; 4.2. ІХС: інфаркт міокарда, стенокардія, реваскуляризація міокарда (стенування або аортокоронарне шунтування); 4.3. Серцева недостатність, у тому числі зі збереженою фракцією викиду; 4.4. Клінічні прояви периферійних захворювань артерій нижніх кінцівок; 4.5. Хронічна хвороба нирок із ШКФ < 30,0 мл/хв/1,73 м²; 4.6. Протеїнурія (> 300,0 мг/добу); 4.7. Ретинопатія: крововиливи або ексудати, набряк диска зорового нерва.

Препарати вибору за особливих клінічних станів

Стан	Препарат
Безсимптомне ураження органів-мішеней	
Гіпертрофія лівого шлуночка	Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), антагоністи Са, блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА)
Безсимптомний атеросклероз	Антагоністи Са, інгібітори АПФ
Мікроальбумінурія	Інгібітори АПФ, БРА
Порушення функції нирок	Інгібітори АПФ, БРА
Клінічна подія	
Попередній інсульт	Будь-який препарат, що ефективно знижує АТ
Перенесений інфаркт міокарда	β -блокатори, інгібітори АПФ, БРА
Стенокардія	β -блокатори, антагоністи Са
Серцева недостатність	Діуретики, β -блокатори, інгібітори АПФ, БРА, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів
Аневризма аорти	β -блокатори
Фібриляція передсердь	Розглядати БРА, інгібітори АПФ, β -блокатори, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів
Для контролю шлуночкового ритму	β -блокатори, недигідропіридинового ряду
ТСНН/протеїнурія	Інгібітори АПФ, БРА
Захворювання периферійних артерій	Інгібітори АПФ, антагоністи Са
Інші	
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (люди літнього віку)	Діуретики, антагоністи Са
Метаболічний синдром	Інгібітори АПФ, БРА, антагоністи Са
Цукровий діабет	Інгібітори АПФ, БРА
Вагітність	Метилдопа, β -блокатори, антагоністи Са
Чорношкірі	Діуретики, антагоністи Са

Невідтермінований початок фармаколікування рекомендований усім хворим з артеріальною гіпертензією II і III ступеня (систоличний АТ $\geq 160,0$ мм рт. ст. або діастолічний АТ $\geq 100,0$ мм рт. ст.) за будь-якого рівня кардіоваскулярного ризику, а також пацієнтам із артеріальною гіпертензією I ступеня з високим серцево-судинним ризиком (ураження органів-мішеней, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічне захворювання нирок). Хворим із артеріальною гіпертензією I ступеня і низьким або помірним серцево-судинним ризиком фармаколікування рекомендоване в разі неефективності зміни стилю життя. У пацієнтів похилого віку лікування розпочинається, якщо систолічний АТ $\geq 160,0$ мм рт. ст.

Не рекомендоване фармаколікування хворим з високим нормальним АТ (систоличний АТ $130,0$ – $139,0$ мм рт. ст. або діастолічний АТ $85,0$ – $89,0$ мм рт. ст.) на відміну від попередніх рекомендацій ESC 2007, бо відсутні докази його ефективності. Зниження систолічного АТ $< 140,0$ мм рт. ст. рекомендоване всім пацієнтам із помірним і низьким серцево-судинним ризиком і цукровим діабетом. Ця тактика може бути доцільною у хворих з ІХС, хронічним захворюванням нирок, перенесеним церебральним інсультом або транзиторною ішемічною атакою. Зниження діастолічного АТ $< 90,0$ мм рт. ст. рекомендоване всім пацієнтам з артеріальною гіпертензією, окрім хворих із супутнім цукровим діабетом, у яких цільовий рівень діастолічного АТ $< 85,0$ мм рт. ст. Доведено, що зниження діастолічного АТ до рівня $80,0$ – $85,0$ мм рт. ст. безпечно, його переносять добре.

Починати лікування з комбінації двох антигіпертензивних препаратів рекомендовано за значного підвищення АТ (систоличний АТ $\geq 160,0$ мм рт. ст.), а також у хворих із помірним підвищенням АТ (систоличний АТ $\geq 140,0$ мм рт. ст.), але з високим кардіоваскулярним ризиком.

Не рекомендовано одночасно застосовувати два блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.

Доцільно застосовувати такі комбінації антигіпертензивних препаратів:

1. Антагоніст рецепторів ангіотензину II (АРА) + діуретик.
2. Інгібітор АПФ + діуретик.
3. АРА + антагоніст кальцію.
4. Інгібітор АПФ + антагоніст кальцію.
5. Антагоніст кальцію + діуретик.

Ще одна комбінація може бути запропонована для хворих із артеріальною гіпертензією, але не як пріоритетна, – це комбінація β -блокатора та діуретика.

Замісне гормональне лікування не рекомендоване жінкам для первинної і вторинної профілактики серцево-судинних подій. Слід проводити антигіпертензивне лікування вагітним з важкою гіпертензією (систоличний АТ $> 160,0$ мм рт. ст.

або діастолічний АТ $> 110,0$ мм рт. ст.). Антигіпертензивне лікування можна також застосовувати у вагітних із постійним підвищенням АТ $\geq 150,0/95,0$ мм рт.ст. і в разі гестаційної гіпертензії або ураження органів-мішеней за АТ $\geq 140,0/90,0$ мм рт. ст. У вагітних з високим ризиком преєклампсії та низьким ризиком шлунково-кишкових кровотеч можна призначати малі дози аспірину з 12-го тижня і до пологів. Необхідно уникати призначення АРА та інгібіторів АПФ жінкам, що планують вагітність, бо існує потенційна небезпека для плоду. Вагітним із підвищеним АТ слід рекомендувати метилдопу, лабеталол і ніфедипін. Для ургентного зниження АТ у разі преєклампсії рекомендують використовувати лабеталол або нітропрусид.

У рекомендаціях ESC 2013 змінені цільові рівні артеріального тиску в пацієнтів із цукровим діабетом (АТ $> 140,0$ мм рт. ст.), що зумовлено відсутністю доказів користі від зниження АТ до нижчих рівнів, пропонуваного в рекомендаціях ESC 2007 р. Для цієї категорії пацієнтів можна використовувати всі класи антигіпертензивних середників. Але перевага надається блокаторам ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), особливо у пацієнтів із протеїнурією або з мікроальбумінурією.

У хворих із метаболічним синдромом (що розглядається як предіабет) за поєднання АТ $\geq 140,0/90,0$ мм рт.ст. і недостатньої ефективності рекомендації змінити стиль життя слід використовувати лікарські засоби, що не погіршують чутливість до інсуліну (інгібітори АПФ, АРА, антагоністи кальцію).

У пацієнтів із АГ, поєднаною з нефропатією, рекомендовано досягнути цільового рівня систолічного АТ $< 140,0$ мм рт. ст., а за вираженої протеїнурії АТ не має перевищувати $130,0$ мм рт. ст.

Пацієнтам з АГ, що перенесли церебральний інсульт або транзиторну ішемічну атаку, рекомендовано призначати антигіпертензивне лікування в разі систолічного АТ $140,0$ – $159,0$ мм рт.ст. до зниження цільових рівнів $< 140,0$ мм рт. ст. У пацієнтів похилого віку цільовим рівнем систолічного АТ є $140,0$ – $150,0$ мм рт. ст. У теперішніх рекомендаціях наголошується, що інгібітори АПФ і β -блокатори посту паються іншим класам антигіпертензивних лікарських засобів, а саме, здатністю запобігати виникненню церебральних розладів за однакового зниження АТ.

У хворих із гіпертрофією лівого шлуночка лікування слід розпочинати з блокаторів РААС і антагоністів кальцію. В дослідженні LIFE [3] доведено значне зниження кількості серцево-судинних подій залежно від регресу гіпертрофії лівого шлуночка.

Список літератури

1. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of Euroaspire I, II, and III surveys in eight European countries / Kornelia Kotseva, David Wood, Guy De Backer [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373, issue 9667. – P. 929–940.
2. Delayed Enhancement – MRI determinant of successful Catheter Ablation of Atrial Fibrillation (DECAAF): analysis of post ablation scar and outcome / N. F. Marrouche, D. Wilber, G. Hindricks [et al.] // Association of atrial tissue fibrosis identified by delayed-enhancement MRI and atrial fibrillation catheter ablation: the DECAAF study // *JAMA*. – 2014. – Vol. 311. – P. 498–506.
3. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertension*. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.
4. Ibaraki Cardiovascular Assessment Study (ICAS): Events among patients whose LDL-cholesterol concentration within normal range: results from ICAS registry / Emi Nakano, Tomoko Ishizu, Yoshihiro Seo [et al.] // *J. Amer. Coll. Cardiol.* – 2013. – Vol. 61. – doi: 10.1016/S0735-1097(13)61197-3.
5. Preventive PCI of Nonculprit Lesions Benefits STEMI Patients (PRAMI) / D. S. Wald, J. K. Morris, N. J. Wald [et al.] // On behalf of the PRAMI Investigators. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – Vol. 369. – P. 1115–1123.
6. The EchoCRT Study Group. Cardiac-resynchronization therapy in heart failure with a narrow QRS complex / F. Ruschitzka, W. T. Abraham, J. P. Singh [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – Vol. 369. – P. 1395–1405.
7. The Hokusai-VTE Investigators. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – Vol. 369. – P. 1406–1415.
8. Thrombus Aspiration during ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (TASTE) / Ole Fröbert, Bo Lagerqvist, Göran K. Olivecrona [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – Vol. 369. – P. 1587–1597.
9. Wood D. A. Euroaspire IV reveals success and challenges in secondary prevention of CVD across Europe / David A. Wood // ESC Congress Amsterdam, 03 Sep. 2013.

Стаття надійшла до редакції журналу 14.11.2013 р.

Сучасні успіхи та доказовість за результатами Європейського конгресу кардіологів у Амстердамі (30.08–04.09.2013)

А. Ф. Файник, М. А. Файник

Викладено інформацію за результатами Європейського конгресу кардіологів у Амстердамі (30.08–04.09.2013). Здійснено опис клінічних випробувань, а також оновлених рекомендацій щодо діагностики, лікування та профілактики захворювань серцево-судинної системи, зокрема, артеріальної гіпертензії та кардіоваскулярних захворювань у пацієнтів із діабетом і предіабетом.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, артеріальна гіпертензія, діагностика, лікування, профілактика.

Modern Advances and Evidence According to the Results of the European Congress of Cardiologists in Amsterdam (30.08–04.09.2013)

A. Faynyk, M. Faynyk

The article presents the results of the European Congress of Cardiologists in Amsterdam (30.08–04.09.2013). A description of the clinical trials and new guidelines for the diagnosis based on their findings, treatment and prevention of the cardiovascular diseases, especially arterial hypertension and cardiovascular diseases in patients with diabetes mellitus and pre-diabetes are provided.

Keywords: cardiovascular diseases, arterial hypertension, diagnosis, treatment, prevention.