Белялов Ф.И., Сумин А.Н.

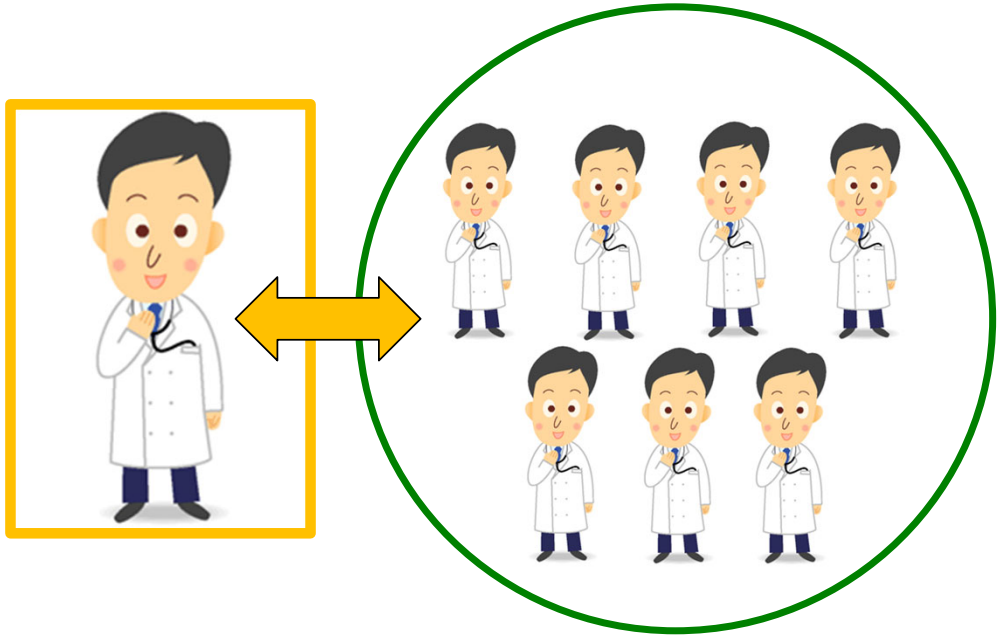
Ишемическая болезнь сердца и коморбидность: принципы разработки рекомендаций

Двенадцать тезисов

12 тезисов разработчика согласительных документов

- Определить целевую аудиторию рекомендаций.
- Команда специалистов с большим опытом лечения по профилю рекомендаций.
- Разделы с унифицированной структурой и стилем.
- Инновации.
- Самостоятельная аналитка.
- Максимально надежные исследования на современной популяции пациентов.
- Минимизировать число тезисов со слабой доказательной базой.
- Проверка тезисов и доказательств в аналогичных рекомендациях.
- Разделы рекомендаций должны быть согласованы между собой.
- Независимая и неформальная проверка профильными специалистами.
- Согласовать с опытными практикующими врачами.
- Представление международному сообществу.

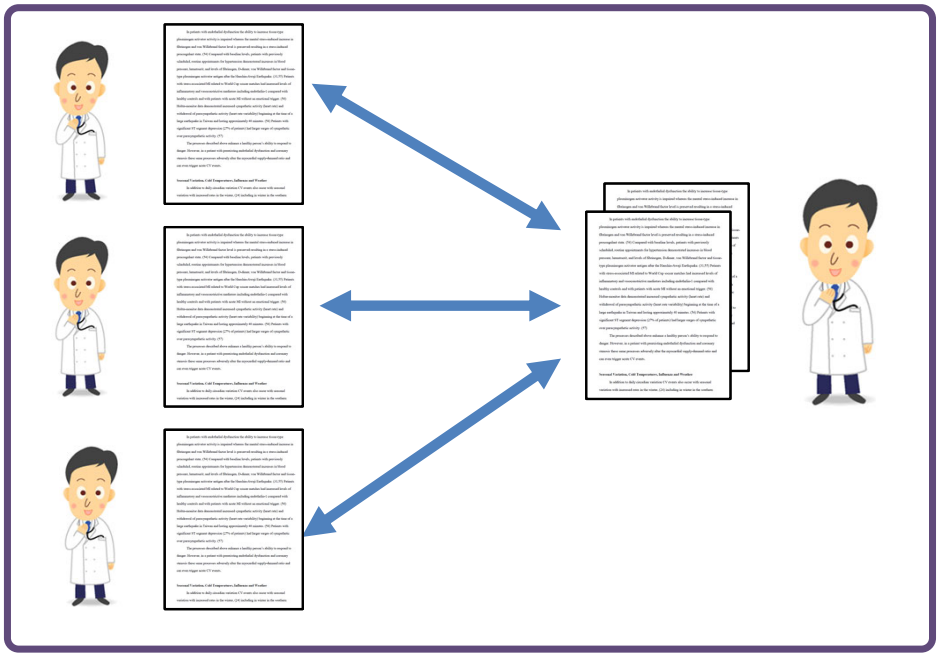
Команда специалистов с большим опытом лечения по профилю рекомендаций

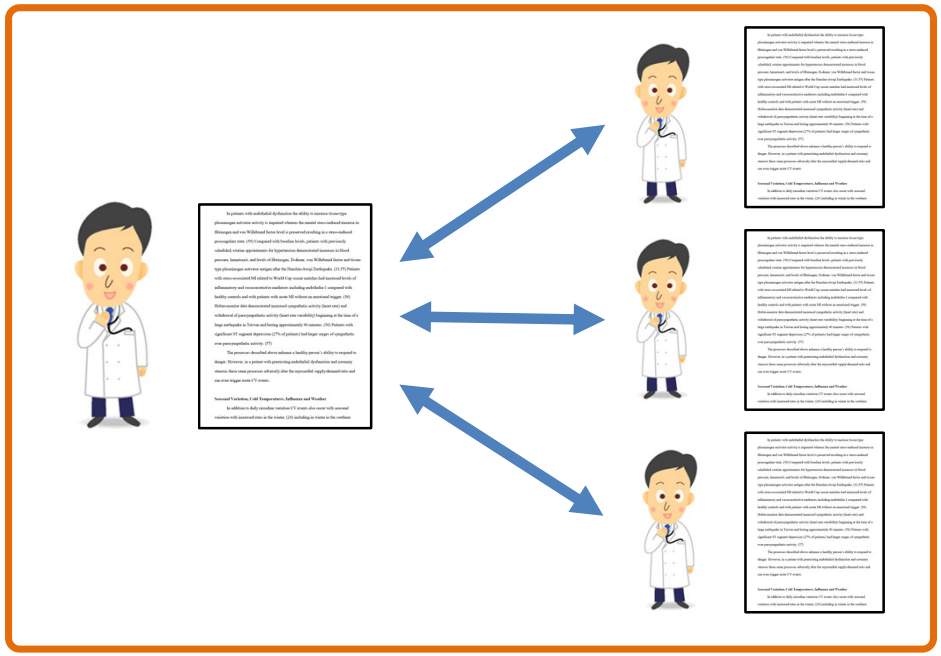


- ✓ **Контроль личных предпочтений**
- ✓ **Снижение влияния социальных и экономических факторов**
- ✓ **Уменьшение риска ошибок**
- ✓ Проблемы формирования рабочей группы
- ✓ Сложности согласования позиций
- ✓ Унификация и согласование текстов
- ✓ Склонность к консервативным решениям
- ✓ Включение неоптимальных позиций
- ✓ Увеличение времени разработки

Согласительные документы (рекомендации, консенсусы), разработанные профессиональными медицинскими организациями на основании доказательных исследований, являются наиболее надежными источниками информации для принятия клинических решений

Разделы с унифицированной структурой и стилем



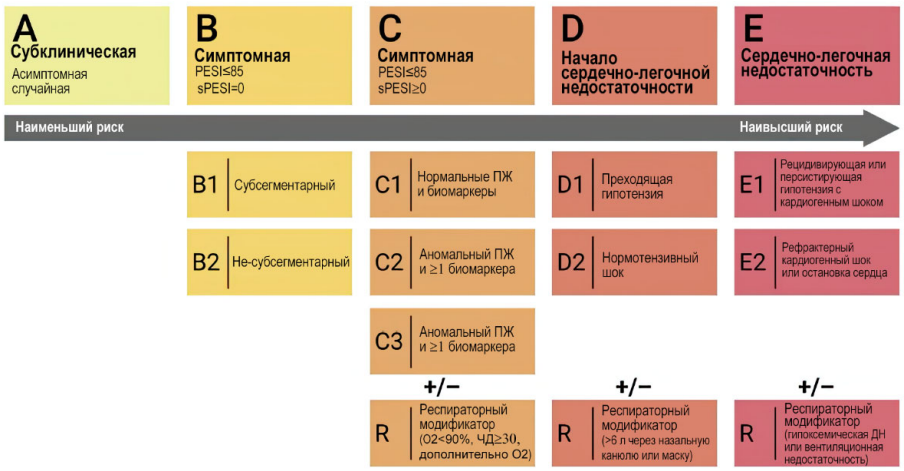


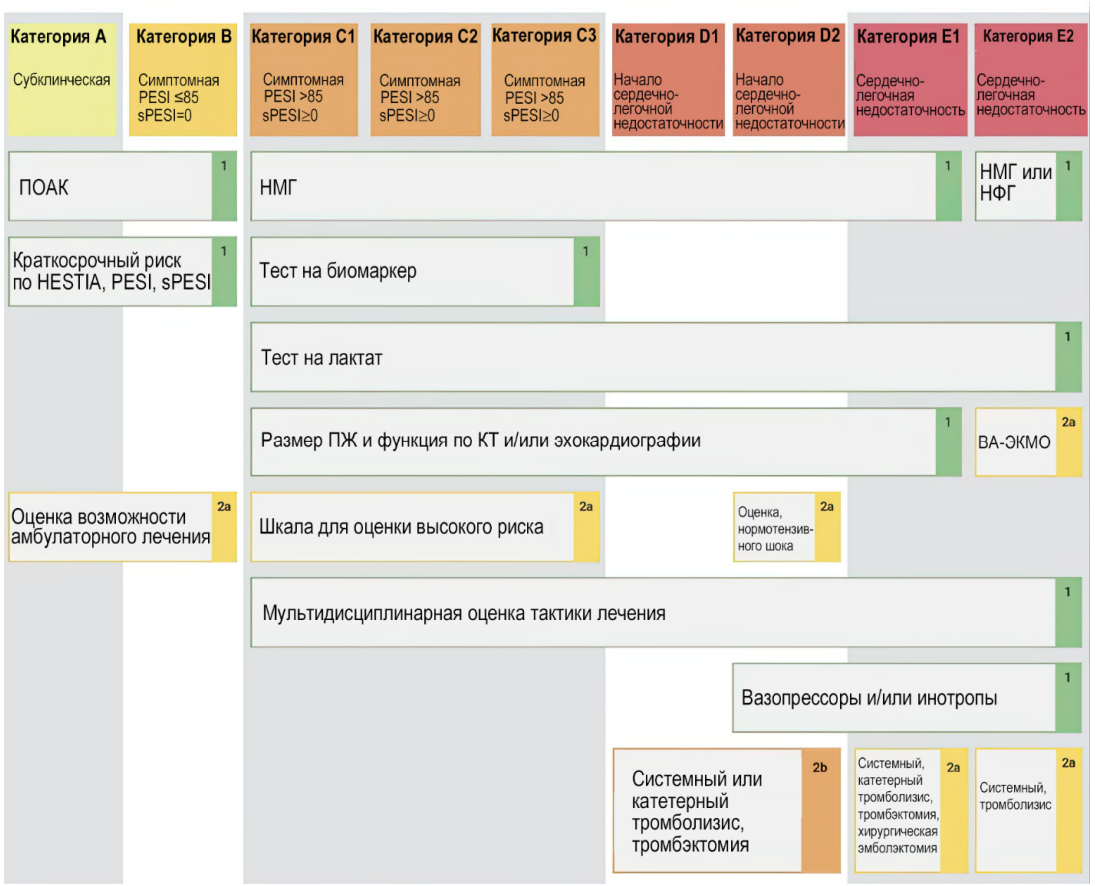
- Российское кардиологическое общество. Рекомендации по оценке и коррекции сердечно-сосудистых рисков при несердечных операциях. Российский кардиологический журнал. 2023;8:136–208.

Оптимальная технология значительно уменьшает время разработки и повышает качество согласительных документов

- Ишемическая болезнь сердца и коморбидность: консенсус экспертов Сибирской ассоциации по коморбидности и психосоматике. КПССЗ. 2026.
- Психические расстройства и сердечно-сосудистые болезни 2026: клинические рекомендации Байкальской психосоматической ассоциации и Сибирской психосоматической ассоциации. КПССЗ. 2026.
- Психические расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Консенсус рабочих групп Российского кардиологического общества и Российского общества психиатров. Кардиология. 2025;65:54–73.
- Психические расстройства и сердечно-сосудистые болезни: клинические рекомендации Байкальской психосоматической ассоциации и Сибирской психосоматической ассоциации. КПССЗ. 2024;13:222–253.

Инновации





Адаптированные переводы международных документов не представляют интереса для профессионального сообщества и не повышают уровень разработчиков

2026 AHA/ACC/ACCP/ACEP/CHEST/SCAI/SHM/SIR/SVM/SVN Guideline for the Evaluation and Management of Acute Pulmonary Embolism in Adult. Circulation. 2026;12:e977-e1051.

Самостоятельная аналитика

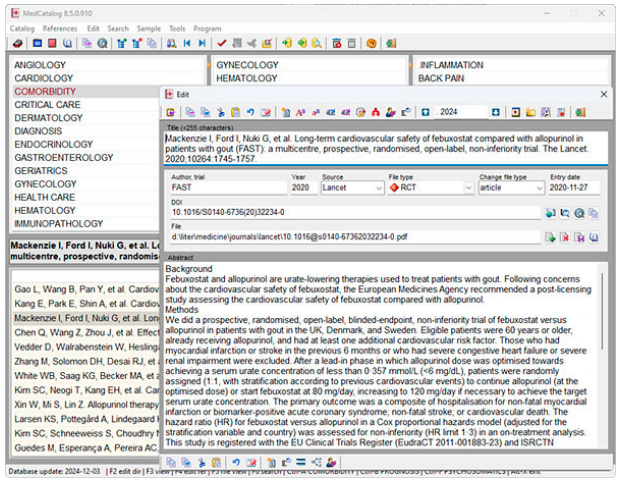
Рекомендации, консенсусы ESC, EAPC, ACC/AHA, AAFP, APA, GCS, NHFA, РОП	Не ссылаться на рекомендации! Проверять корректность ссылок!
Первичные статьи исследований, мета-анализы РКИ	Авторитетные журналы NEJM, Lancet, BMJ, JACC, EHJ…
База публикаций PubMed	Тематический поиск слабый
Google, Gemini…	Дополнительный поиск

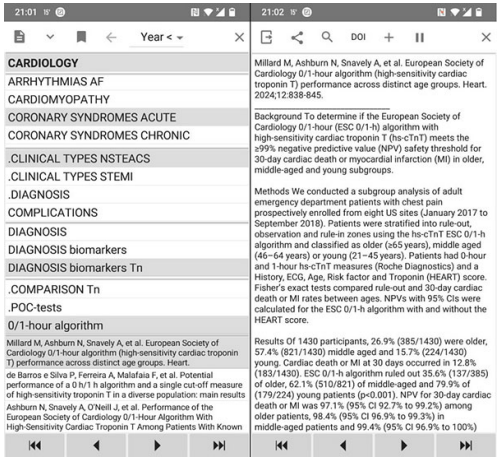
MedCatalog
Еженедельное обновление

Кардиосайт:
therapy.irkutsk.ru/prog1.htm

В рекомендациях даже очень авторитетных встречаются неточности и ошибки!

Исследования наилучшего качества





Максимально надежные исследования (ESC, 2026)

Уровень	Характеристика
	Диагностика
A	Убедительные доказательства достаточной диагностической способности, полученные как минимум в двух высококачественных исследованиях
B	Ограниченные доказательства достаточной диагностической способности на основе одного высококачественного или как минимум двух исследований среднего качества
C	Слабые доказательства адекватных диагностических возможностей на основе одного исследования среднего качества, любого количества исследований низкого качества или экспертного консенсуса
	Лечение
A	Убедительные доказательства, обычно полученные в ≥2 рандомизированных контролируемых исследованиях с достаточной статистической мощностью, без существенных систематических ошибок, с весомыми доказательствами против случайности при объединении результатов в метаанализ (например, $p<0.005$ в пользу превосходства)
B1	Убедительные доказательства, полученные в ≥1 рандомизированном контролируемом исследовании с достаточной статистической мощностью, без существенных систематических ошибок, или в ходе метаанализа таких рандомизированных контролируемых исследований, с некоторыми доказательствами против влияния случайности (например, $p<0.05$ в пользу превосходства)
B2	Ограниченные доказательства, полученные ≥2 нерандомизированных исследованиях с достаточной статистической мощностью и тщательным контролем основных источников систематических ошибок, а также весомые доказательства против гипотезы о случайном совпадении (например, $p<0.005$ в пользу превосходства), или результаты метаанализа небольших рандомизированных контролируемых исследований с недостаточной статистической мощностью и некоторыми доказательствами против гипотезы о случайном совпадении (например, $p<0.05$ в пользу превосходства)
C	Предварительные данные нерандомизированных исследований без тщательного контроля основных источников систематических ошибок, 1 небольшого рандомизированного контролируемого исследования с недостаточной статистической мощностью или экспертного консенсуса

Валидизация шкал оценки риска кровотечений при ОКСбпST

Российский кардиологический журнал 2025;30(5):6319
doi: 10.15829/1560-4071-2025-6319
https://russjcardiol.elpub.ru

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024

ной антитромбоцитарной терапии) [133] (Приложени Г4). Имеется также отечественная шкала оценки рис ка кровотечений ОРАКУЛ, применимая в т.ч. при ис пользовании сочетания антиагрегантов с антикоагу лянтами [46, 136-138] (Приложение Г5).

46. Brazhnik VA, Minushkina LO, Guliev RR, et al. Bleeding risk factors in patients with acute coronary syndrome: data from observational studies ORACUL II. Russian Journal o Cardiology. 2019;24(3):7-16. (In Russ.) Бражник В.А., Минушкина Л.О., Гулиев Р.Р и др. Факторы риска кровотечений у больных с острым коронарным синдромом данные наблюдательного исследования ОРАКУЛ II. Российский кардиологический журнал. 2019;24(3):7-16. doi:10.15829/1560-4071-2019-3-7-16.

136. Minushkina LO, Ehrlich AD, Brazhnik VA, Zateyshikov DA. External validation of the ORACLE bleeding risk scale using the RECORD Registry database 3. Kardiologyja. 2019; (12):5-10. (In Russ.) Минушкина Л.О., Эрлих А.Д., Бражник В.А., Затейщиков Д.А. Внешняя валидация шкалы риска кровотечений ОРАКУЛ с помощью базы данных регистра РЕКОРД 3. Кардиология. 2019;(12):5-10. doi:10.18087/cardio.2019.12.n677.

137. Brazhnik VA, Minushkina LO, Averkova AO, et al. Bleeding risk scales in patients with acute coronary syndrome: the place of the ORACLE scale. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(5):2333. (In Russ.) Бражник В.А., Минушкина Л.О., Аверкова А.О. и др. Шкалы риска кровотечений у больных с острым коронарным синдромом: место

Шкала	BARC 2-5		BARC 3-5		TIMI III		TIMI II-III		ISTH большие		ISTH большие+значимые	
	AUC 95% CI	p*	AUC 95% CI	p	AUC 95% CI	p*	AUC 95% CI	p*	AUC 95% CI	p*	AUC 95% CI	p*
ОРАКУЛ	0,762 [0,727-0,795]		0,794 [0,761-0,825]		0,739 [0,712-0,764]		0,699 [0,658-0,737]		0,642 [0,600-0,682]		0,696 [0,655-0,734]	
CRUSADE	0,702 [0,665 -0,737]	0,185	0,643 [0,604-0,680]	**0,04**	0,651 [0,616-0,684]	0,11	0,652 [0,609-0,690]	0,41	0,652 [0,611-0,692]	0,80	0,628 [0,586-0,669]	0,144

ОРАКУЛ (n=1 502)
разработка (n=?)
валидизация (n=?)
кровотечения (n=164)

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

CRUSADE (n=89 134)
developed (n=71 277)
validated (n=17 857)
major bleed (n=6701)

Castini D, Centola M, Ferrante G, et al. Comparison of CRUSADE and ACUITY-HORIZONS Bleeding Risk Scores in Patients With Acute Coronary Syndromes. Heart Lung Circ. 2019;28(4):567-574.

Zhao XY, Li JX, Tang XF, et al. Evaluation of CRUSADE and ACUITY-HORIZONS Scores for Predicting Long-term Out-of-Hospital Bleeding after Percutaneous Coronary Interventions. Chin Med J (Engl). 2018 Feb 5;131(3):262-267.

Flores-Ríos X, Couto-Mallón D, Rodríguez-Garrido J, et al. Comparison of the performance of the CRUSADE, ACUITY-HORIZONS, and ACTION bleeding risk scores in STEMI undergoing primary PCI. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2013;2(1):19-26.

Abu-Assi E, Raposeiras-Roubin S, Lear P, et al. Comparing the predictive validity of three contemporary bleeding risk scores in acute coronary syndrome. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2012;1(3):222-31.

Chichareon P, Chamnarnphol N, Chandavimol M, et al. Updated CRUSADE score to predict in-hospital bleeding: External validation in the Thai percutaneous coronary intervention registry. Catheter Cardiovasc Interv. 2024;103(2):268-275.

Ducrocq G, Bhatt D, Lee J, et al. Balance of benefit and risk of ticagrelor in patients with diabetes and stable coronary artery disease according to bleeding risk assessment with the CRUSADE score: Data from THEMIS and THEMIS PCI. American Heart Journal. 2022;249:23-33. DOI: 10.1016/j.ahj.2022.03.008

Ariza-Solé A, Sánchez-Elvira G, Sánchez-Salado JC, et al. CRUSADE bleeding risk score validation for ST-segment-elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. Thromb Res. 2013;132(6):652-8.

Flores-Ríos X, Couto-Mallón D, Rodríguez-Garrido J, et al. Comparison of the performance of the CRUSADE, ACUITY-HORIZONS, and ACTION bleeding risk scores in STEMI undergoing primary

Нельзя рекомендовать шкалы без надежной многоцентровой независимой валидизации, особенно при жизнеопасных состояниях

Шкалы оценки риска кровотечений при ФП

Российский кардиологический журнал 2025;30(11):6668
doi: 10.15829/1560-4071-2025-6668
https://russjcardiol.elpub.ru

Фибрилляция и трепетание предсердий. Клинические рекомендации 2025

Российское кардиологическое общество

3.1.1.4. Профилактика кровотечений на фоне АКТ. Ведение пациентов с острыми кровотечениями, возникшими на фоне АКТ. Антитромботическое лечение пациентов с ФП и ТП после перенесенных геморрагических осложнений

Ингибиторы протонного насоса снижают риск кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов, получающих пероральные антикоагулянты (и варфарин**, и ПОАК) [188, 189]. Целесообразно рассмотреть профилактическое назначение этих препаратов пациентам с высоким риском желудочно-кишечных кровотечений. Риск желудочно-кишечных кровотечений может быть оценен с использованием алгоритма, рекомендуемого Европейским обществом кардиологов начиная с 2015г [190, 191], у пациентов с сопутствующей ИБС может быть использована, например, отечественная шкала РЕГАТА [192] (таблица П6, Приложение Г1).

190. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37(3):267-315.
191. Moukarbel GV, Bhatt DL. Antiplatelet therapy and proton pump inhibition: clinician update. Circulation. 2012;125(2):375-80. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.019745.
192. Komarov AL, Shakhmatova OO, Korobkova VV, et al. Risk factors and outcomes of gastrointestinal bleeding in patients with stable coronary artery disease: data from the observational register of long-term antithrombotic therapy REGATA-1. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(6):4465. (In Russ.) Комаров А.Л., Шахматова О.О., Коробкова В.В. и др. Факторы риска и исходы желудочно-кишечных кровотечений у больных стабильной ишемической болезнью сердца: данные наблюдательного регистра длительной антитромботической терапии РЕГАТА-1. Российский кардиологический журнал. 2021;26(6):4465.

РЕГАТА
разработка (n=?)
валидизация (n=?)
кровотечения (n=51)
пациенты с ФП (n=?)
антикоагулянты (n=48)

→ **CRUSADE?**

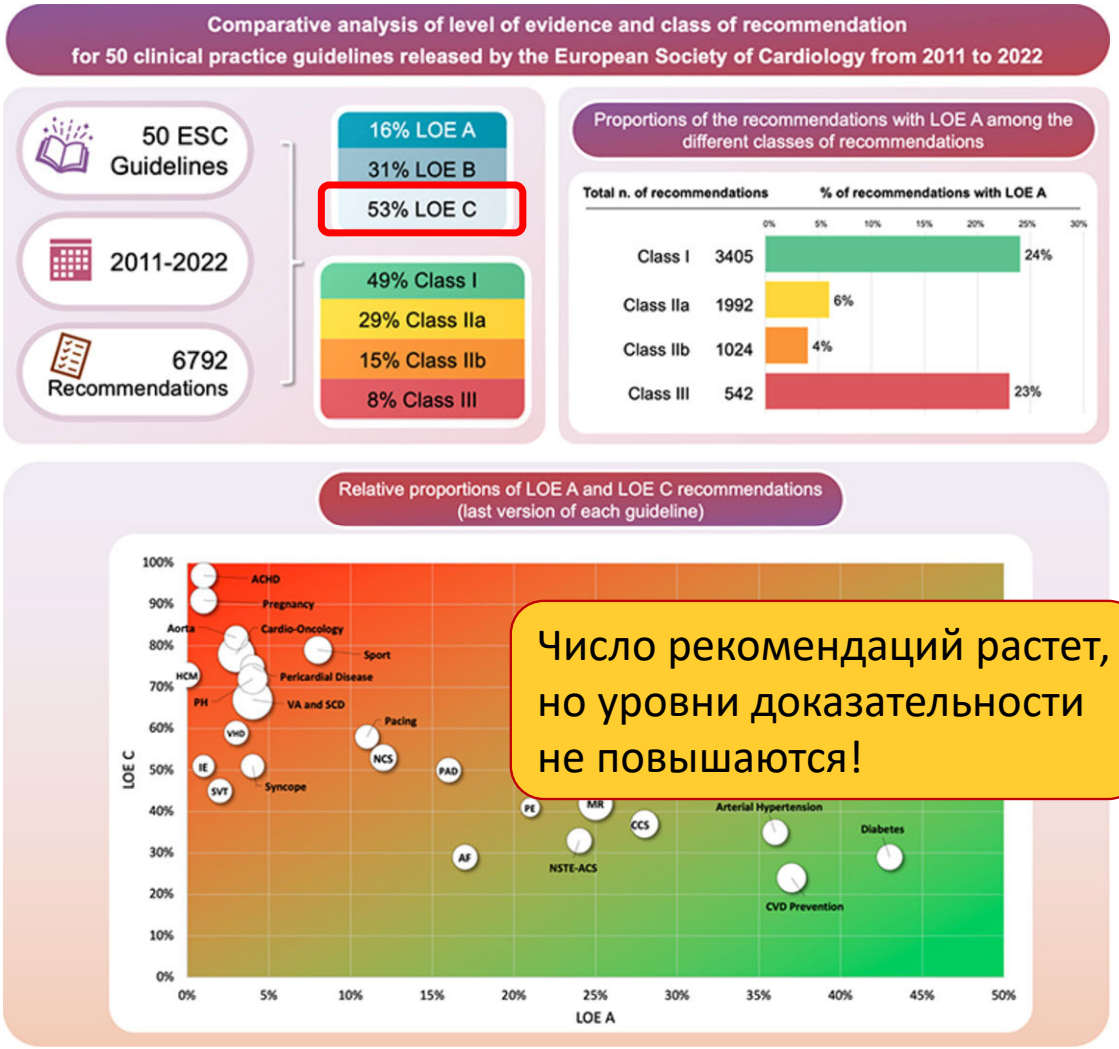
Риск геморрагических осложнений может оцениваться с использованием различных шкал HAS-BLED, ARC-HBR (таблица 10, Приложение Г1), PRECISE-DAPT (таблица 11, Приложение Г1), отечественной шкалы ОРАКУЛ (таблица 7, Приложение Г1) [212]. При этом расчетный риск геморрагических осложнений не должен быть единственным определяющим фактором, т.к. не менее половины пациентов ФП с ИБС относятся одновременно к категории высокого риска инсульта и кровотечений.

Исследования шкал риска кровотечений у пациентов с ФП и стентированием

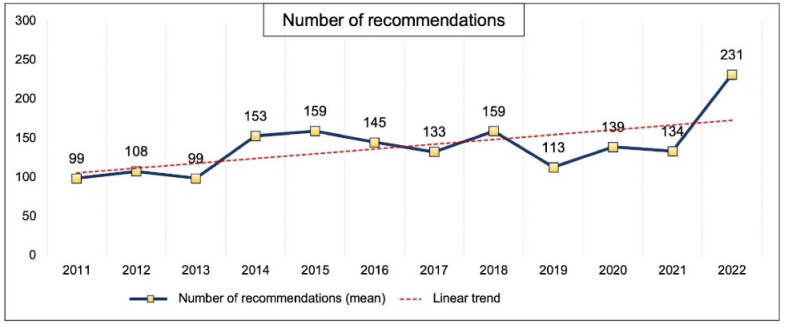
1. Konishi H, et al. Impact of the HAS-BLED Score on Long-Term Outcomes After Percutaneous Coronary Intervention. Am J Card. 2015;116:527-531.
2. Kobayashi N, et al. A new scoring system (DAIGA) for predicting bleeding complications in atrial fibrillation patients after drug-eluting stent implantation with triple antithrombotic therapy. Int J Card. 2016;223:985-991.
3. Shah RR, et al. Utility of the HAS-BLED Score in Risk Stratifying Patients on Dual Antiplatelet Therapy Post 12 Months After Drug-Eluting Stent Placement. Catheter Cardiovasc Interv. 2017;89(4):E99-E103.

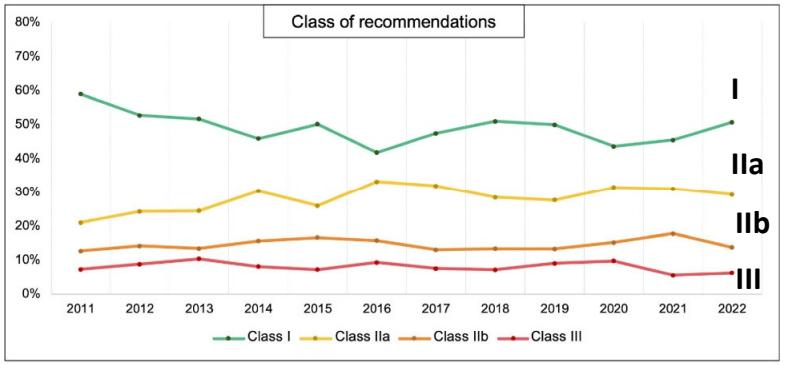
Нельзя рекомендовать и сравнивать шкалы, предназначенные для оценки риска других заболеваний

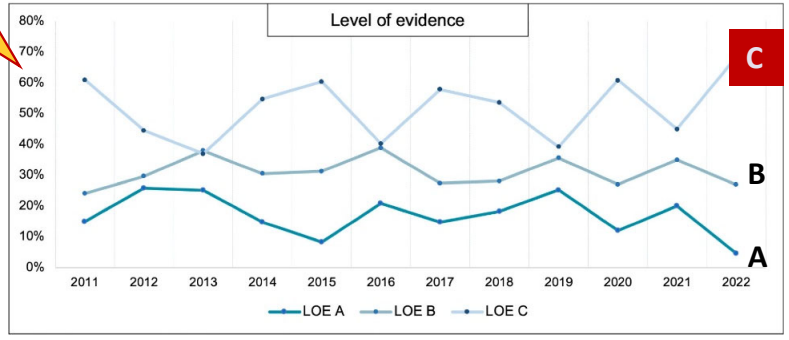
Ограничить число тезисов со слабой доказательной базой (уровень B2, C)



Число рекомендаций растет, но уровни доказательности не повышаются!







Boriani G, et al. Comparative analysis of level of evidence and class of recommendation for 50 clinical practice guidelines released by the European Society of Cardiology from 2011 to 2022. Eur J Int Medicine. 2023;114:1-14.

Проверять тезисы и доказательства в «авторитетных» рекомендациях

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2018) 00, 1–96
doi:10.1093/eurheartj/ehy394
ESC/EACTS GUIDELINES

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Indications for revascularization in patients with stable angina or silent ischaemia

Extent of CAD (anatomical and/or functional)		Class[a]	Level[b]
For prognosis	Left main disease with stenosis >50%.[c 68–71]	I	A
	Proximal LAD stenosis >50%.[c 62,68,70,72]	I	A
	Two- or three-vessel disease with stenosis >50% with impaired LV function (LVEF ≤35%).[c 61,62,68,70,73–83]	I	A
	Large area of ischaemia detected by functional testing (>10% LV) or abnormal invasive FFR.[d 24,59,84–90]	I	B
	Single remaining patent coronary artery with stenosis >50%.[c]	I	C

62. Hueb W, Lopes N, Gersh BJ, Soares PR, Ribeiro EE, Pereira AC, Favarato D, Rocha AS, Hueb AC, Ramires JA. Ten-year follow-up survival of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): A randomized controlled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. *Circulation* 2010;**122**:949–957.
68. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, Fisher LD, Takaro T, Kennedy JW, Davis K, Killip T, Passamani E, Norris R, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: Overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* 1994;**344**:563–570.
70. Dzavik V, Ghali WA, Norris C, Mitchell LB, Koshal A, Saunders LD, Galbraith PD, Hui W, Faris P, Knudtson ML, Alberta for Provincial Project in Outcome Assessment Coronary Heart Disease Investigators. Long-term survival in 11,661 patients with multivessel coronary artery disease in the era of stenting: A report from the Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH) Investigators. *Am Heart J* 2001;**142**:119–126.
72. Smith PK, Califf RM, Tuttle RH, Shaw LK, Lee KL, Delong ER, Lilly RE, Sketch MH Jr, Peterson ED, Jones RH. Selection of surgical or percutaneous coronary intervention provides differential longevity benefit. *Ann Thorac Surg* 2006;**82**:1420–1428; discussion 1428–1429.

Наблюдательное исследование, проксимальный стеноз ПНА не изучался

Систематический анализ РКИ коронарного шунтирования vs ОМТ 1972-1984 годов, через 5 лет ОШ 0.58 (0.34-1.01, p=0.05)

Наблюдательное исследование, проксимальный стеноз ПНА не изучался

Ретроспективное исследование, в группе медикаментозной терапии чаще СН, диабет, ХБП, БПА…

Российский кардиологический журнал 2024;29(9):6110
doi: 10.15829/1560-4071-2024-6110
https://russjcardiol.elpub.ru
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024

Российское кардиологическое общество (РКО)

3.2.1. Реваскуляризация у пациентов со стабильной стенокардией и безболевой ишемией миокарда

Для улучшения прогноза рекомендуется проводить реваскуляризацию при:

— поражении ствола ЛКА >50 %[7] ЕОК I A (УУР B, УДД 1);

— проксимальном стенозе ПНА >50 %[7] ЕОК I A (УУР B, УДД 1);

— двух и трехсосудистом поражении со стенозами >50 % и сниженной ФВ ЛЖ (⩽35 %)[7] ЕОК I A (УУР B, УДД 1);

7. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2020;41(3):407-77. doi:10.1093/eurheartj/ehz425. Erratum in: Eur Heart J. 2020;41(44):4242. doi:10.1093/eurheartj/ehz825.

В рекомендациях ESC 2019 реваскуляризация не обсуждается!

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2024) **00**, 1–123
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Revascularization to improve outcomes		
In chronic coronary syndrome patients with left ventricular ejection fraction >35%		
In CCS patients with LVEF >35%, myocardial revascularization is recommended, in addition to guideline-directed medical therapy, for patients with functionally significant left main stem stenosis to improve survival.[718,719,859,860]	I	A
In CCS patients with LVEF >35%, myocardial revascularization is recommended, in addition to guideline-directed medical therapy, for patients with functionally significant three-vessel disease to improve long-term survival and to reduce long-term cardiovascular mortality and the risk of spontaneous myocardial infarction.[55,56,317,732–734]	I	A
In CCS patients with LVEF >35%, myocardial revascularization is recommended, in addition to guideline-directed medical therapy, for patients with functionally significant single- or two-vessel disease involving the proximal LAD, to reduce long-term cardiovascular mortality and the risk of spontaneous myocardial infarction.[55,56,317,719,732–734]	I	B

55. Navarese EP, Lansky AJ, Kereiakes DJ, Kubica J, Gurbel PA, Gorog DA, *et al.* Cardiac mortality in patients randomised to elective coronary revascularisation plus medical therapy or medical therapy alone: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J* 2021;**42**:4638–51. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab246

56. Hochman JS, Anthopolos R, Reynolds HR, Bangalore S, Xu Y, O'Brien SM, *et al.* Survival after invasive or conservative management of stable coronary disease. *Circulation* 2023; **147**:8–19. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.062714

317. Reynolds HR, Shaw LJ, Min JK, Page CB, Berman DS, Chaitman BR, *et al.* Outcomes in the ISCHEMIA trial based on coronary artery disease and ischemia severity. *Circulation* 2021;**144**:1024–38. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049755

732. Bangalore S, Maron David J, Stone Gregg W, Hochman Judith S. Routine revascularization versus initial medical therapy for stable ischemic heart disease. *Circulation* 2020; **142**:841–57. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048194

733. Soares A, Boden WE, Hueb W, Brooks MM, Vlachos HEA, O'Fee K, *et al.* Death and myocardial infarction following initial revascularization versus optimal medical therapy in chronic coronary syndromes with myocardial ischemia: a systematic review and meta-analysis of contemporary randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc* 2021; **10**:e019114. https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019114

734. Kumar A, Doshi R, Khan SU, Shariff M, Baby J, Majmundar M, *et al.* Revascularization or optimal medical therapy for stable ischemic heart disease: a Bayesian meta-analysis of contemporary trials. *Cardiovasc Revasc Med* 2022;**40**:42–7. https://doi.org/10.1016/j.carrev.2021.12.005

Circulation

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Outcomes in the ISCHEMIA Trial Based on Coronary Artery Disease and Ischemia Severity

Harmony R. Reynolds, MD; Leslee J. Shaw, PhD; James K. Min, MD; Courtney B. Page, MA; Daniel S. Berman, MD; Bernard R. Chaitman, MD; Michael H. Picard, MD; Raymond Y. Kwong, MD, MPH; Sean M. O'Brien, PhD; Zhen Huang, MS; Daniel B. Mark, MD, MPH; Ranjit K. Nath, MD, DM; Sudhanshu K. Dwivedi, MD; Paola E.P. Smanio, MD, PhD; Peter H. Stone, MD; Claes Held, MD, PhD; Matyas Keltai, MD, PhD, DSc; Sripal Bangalore, MD, MHA; Jonathan D. Newman, MD, MPH; John A. Spertus, MD, MPH; Gregg W. Stone, MD; David J. Maron, MD; Judith S. Hochman, MD

CONCLUSIONS: Ischemia severity was not associated with increased risk after adjustment for CAD severity. More severe CAD was associated with increased risk. Invasive management did not lower all-cause mortality at 4 years in any ischemia or CAD subgroup.

Тяжесть ишемии не была связана с повышенным риском после коррекции на тяжесть коронарной болезни. Более тяжелая или болезнь коронарных артерий была связана с повышенным риском.

Инвазивное лечение не привело к снижению смертности через 4 года ни в одной подгруппе пациентов с ишемией или болезнью коронарных артерий.

Table 3. Four-Year Cumulative Event Rates, by CAD Severity and Treatment Assignment

	Events, n		4-y event rate, %			
	Invasive strategy	Conservative strategy	Invasive strategy	Conservative strategy	Difference (95% CI), %	Interaction *P* value
All-cause mortality						0.89
1-Vessel CAD ≥50%	2	2	2.7 (0.5 to 8.8)	4.4 (0.7 to 13.6)	−1.6 (−8.9 to 5.6)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	9	9	3.7 (1.7 to 6.8)	3.0 (1.4 to 5.4)	0.7 (−2.5 to 3.9)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	18	17	5.8 (3.4 to 9.1)	5.0 (2.9 to 7.9)	0.8 (−3.0 to 4.6)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	20	20	7.7 (4.8 to 11.5)	7.7 (4.7 to 11.7)	−0.0 (−4.9 to 4.8)	
Myocardial infarction						0.49
1-Vessel CAD ≥50%	2	4	2.2 (0.4 to 7.1)	8.7 (2.5 to 19.9)	−6.5 (−15.8 to 2.8)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	25	21	8.3 (5.4 to 12.1)	7.3 (4.6 to 11.0)	1.0 (−3.7 to 5.6)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	27	36	6.8 (4.5 to 9.8)	9.6 (6.7 to 13.0)	−2.8 (−6.9 to 1.3)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	27	39	9.2 (6.1 to 12.9)	13.4 (9.7 to 17.7)	−4.2 (−9.5 to 1.0)	
Cardiovascular death or myocardial infarction						0.33
1-Vessel CAD ≥50%	3	4	3.3 (0.9 to 8.6)	8.7 (2.5 to 19.9)	−5.4 (−14.9 to 4.2)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	26	25	8.8 (5.7 to 12.8)	8.7 (5.6 to 12.5)	0.2 (−4.7 to 5.1)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	38	48	10.2 (7.2 to 13.9)	12.8 (9.5 to 16.7)	−2.6 (−7.5 to 2.3)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	34	50	11.6 (8.1 to 15.7)	17.9 (13.4 to 22.8)	−6.3 (−12.4 to −0.2)	
Trial primary end point						0.49
1-Vessel CAD ≥50%	4	5	4.5 (1.5 to 10.4)	8.2 (2.7 to 17.6)	−3.6 (−12.3 to 5.1)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	28	30	9.4 (6.2 to 13.4)	10.1 (6.9 to 14.1)	−0.7 (−5.8 to 4.4)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	43	51	11.5 (8.3 to 15.3)	13.2 (9.9 to 17.0)	−1.7 (−6.6 to 3.3)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	39	53	13.3 (9.5 to 17.6)	18.8 (14.3 to 23.9)	−5.6 (−11.9 to 0.7)	
Cardiovascular death						0.42
1-Vessel CAD ≥50%	1	1	1.1 (0.1 to 5.4)	2.7 (0.2 to 12.1)	−1.6 (−7.2 to 4.1)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	4	4	1.6 (0.5 to 4.1)	1.3 (0.4 to 3.3)	0.3 (−1.9 to 2.5)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	14	14	4.2 (2.3 to 6.9)	3.7 (2.1 to 6.1)	0.5 (−2.6 to 3.5)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	11	17	3.7 (1.9 to 6.4)	6.7 (3.9 to 10.5)	−3.0 (−7.0 to 1.0)	
Spontaneous myocardial infarction						0.51
1-Vessel CAD ≥50%	1	2	1.1 (0.1 to 5.4)	5.7 (1.0 to 16.8)	−4.5 (−12.6 to 3.5)	
1-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥50%	17	21	6.0 (3.5 to 9.6)	7.3 (4.6 to 11.0)	−1.3 (−5.7 to 3.1)	
2-Vessel CAD ≥70% or 3-vessel ≥50% or 70% proximal LAD	15	27	4.1 (2.2 to 6.7)	7.0 (4.6 to 10.0)	−2.9 (−6.4 to 0.6)	
3-Vessel CAD ≥70% or 2-vessel ≥70% including proximal LAD	15	30	5.4 (3.1 to 8.6)	10.2 (7.0 to 14.0)	−4.8 (−9.3 to −0.3)	

Reynolds H, Shaw L, Min J, et al. Outcomes in the ISCHEMIA Trial Based on Coronary Artery Disease and Ischemia Severity. Circulation. 2021;144:1024–1038.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: FULL TEXT

2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization

Stenosis in the proximal LAD artery

2b	B-R	7. In patients with SIHD, normal left ventricular ejection fraction, and significant stenosis in the proximal LAD, the usefulness of coronary revascularization to improve survival is uncertain (10,14,17,24-27).

У пациентов со стабильной ИБС, нормальной ФВ левого желудочка и выраженным стенозом в проксимальном отделе передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии польза коронарной реваскуляризации для улучшения выживаемости сомнительна

10. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet*. 1994;344:563-570.

14. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2020;382:1395-1407.

17. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:1503-1516.

24. Chaitman BR, Hardison RM, Adler D, et al. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes randomized trial of different treatment strategies in type 2 diabetes mellitus with stable ischemic heart disease: impact of treatment strategy on cardiac mortality and myocardial infarction. *Circulation*. 2009:120:2529-2540.

25. Kapoor JR, Gienger AL, Ardehali R, et al. Isolated disease of the proximal left anterior descending artery comparing the effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass surgery. *JACC Cardiovasc Interv*. 2008;1:483-491.

26. Jones RH, Kesler K, Phillips HR 3rd, et al. Long-term survival benefits of coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal angioplasty in patients with coronary artery disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1996;111:1013-1025.

27. Aziz O, Rao C, Panesar SS, et al. Meta-analysis of minimally invasive internal thoracic artery bypass versus percutaneous revascularisation for isolated lesions of the left anterior descending artery. *BMJ*. 2007;334:617.

ISCHEMIA

COURAGE

BARI-2

ЧКВ vs КШ?

Наблюдательное исследование, 1 центр, 1984-1990

ЧКВ vs КШ?

Reynolds H, Shaw L, Min J, et al. Outcomes in the ISCHEMIA Trial Based on Coronary Artery Disease and Ischemia Severity. Circulation. 2021;144:1024–1038.

Согласовать рекомендации с опытными практикующими врачами

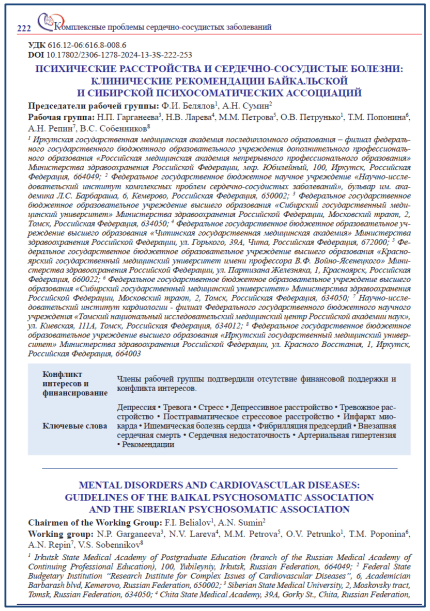
Класс	Характеристика	Применение
I	Доказательства и/или общее согласие, что данный метод лечения или процедура являются полезными, целесообразными и эффективными	**Всем**
IIa	Противоречивые данные и/или расхождение во мнениях относительно целесообразности/эффективности данного метода лечения или процедуры. Совокупность доказательств/мнений свидетельствует в пользу полезности/эффективности	**Индивидуально**
IIb	Противоречивые данные и/или расхождение во мнениях относительно целесообразности/эффективности данного метода лечения или процедуры. Полезность/эффективность менее обоснована доказательствами/мнением.	
III	Доказательства или общее согласие с тем, что данный метод лечения или процедура бесполезны/неэффективны, а в некоторых случаях могут нанести вред.	**Нецелесообразно**

История разработки рекомендаций по психическим расстройствам и сердечно-сосудистым заболеваниям

2026 Baikal Psychosomatic Association and the Siberian Psychosomatic Association Guidelines for the Mental Disorders and Cardiovascular Diseases

Клинические рекомендации по психосоматической медицине. URL: therapy.irkutsk.ru/society2.htm

2016



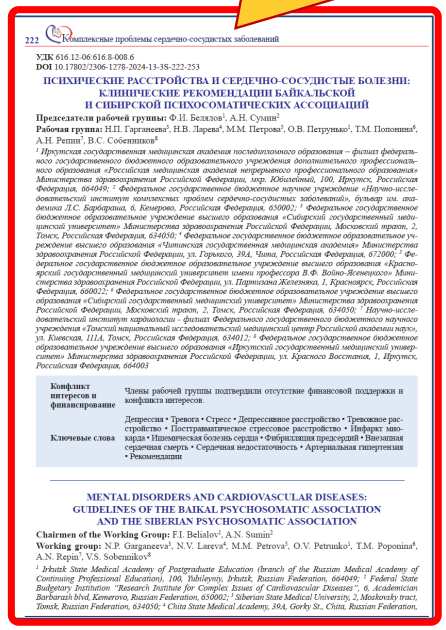
Психические расстройства и сердечно-сосудистые болезни: клинические рекомендации Байкальской и Сибирской психосоматических ассоциаций. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2024;13(3S):222–53.

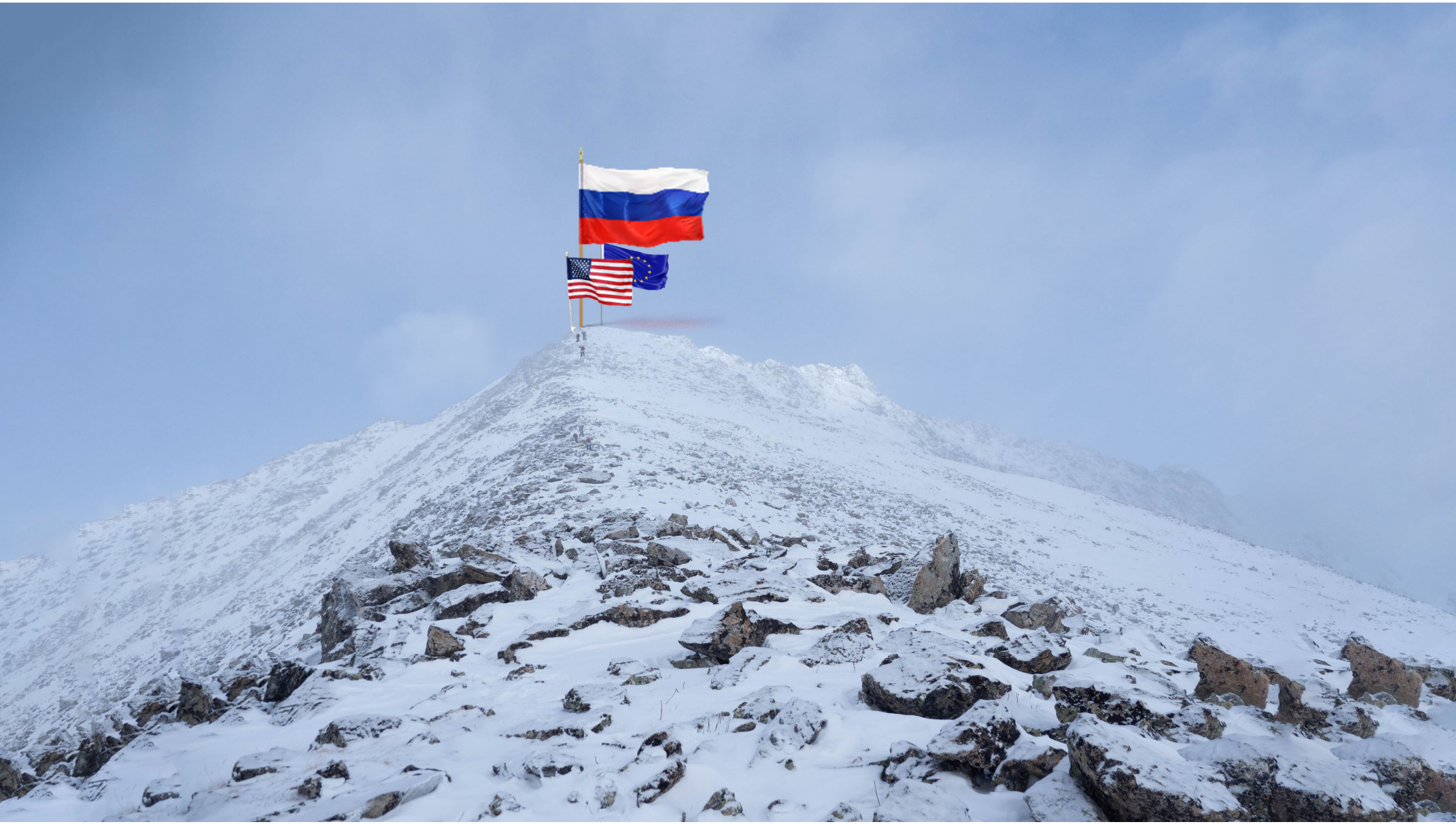
2018

2024

Психические расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Консенсус рабочих групп Российского кардиологического общества и Российского общества психиатров. Кардиология. 2025;65(6):54–73.

2025



Психические расстройства и сердечно-сосудистые болезни 2026: клинические рекомендации Байкальской и Сибирской психосоматических ассоциаций. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2026;15(4S).

2026