

<b>Recommendations</b>	<b>Class<sup>a</sup></b>	<b>Level<sup>b</sup></b>
It is recommended that specific quality performance measures for CABG are adopted at a national level to allow outcome monitoring and benchmarking.	<b>I</b>	<b>C</b>
It is recommended that national societies establish national databases on CABG practice and outcomes.	<b>I</b>	<b>C</b>
It is recommended that CABG outcome data are reported by hospitals to national databases.	<b>I</b>	<b>C</b>

## Recommendations for operator/institutional volume in myocardial revascularization

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>CABG</b>		
It should be considered that CABG be performed at institutions with annual institutional volumes of $\geq 200$ CABG cases.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>PCI</b>		
It should be considered that PCI for ACS be performed by trained operators with annual volumes of $\geq 75$ procedures at institutions performing $\geq 400$ PCIs per year with an established 24 h/7 day service for the treatment of patients with ACS.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
It should be considered that PCI for SCAD be performed by trained operators with annual volumes of $\geq 75$ procedures at institutions performing $\geq 200$ PCIs per year.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
It should be considered that institutions with annual volumes of $< 400$ PCIs collaborate in networks with higher-volume institutions ( $> 400$ PCIs per year), with shared written protocols and exchange of operators and support staff.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
It should be considered that PCI for LM be performed by trained operators with an annual volume of $\geq 25$ LM PCI cases per year.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
It should be considered that non-emergency high-risk PCI procedures—such as for LM disease, single remaining patent coronary artery, and complex chronic total occlusions—are only performed by adequately experienced operators at centres that have access to circulatory support and intensive care treatment.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

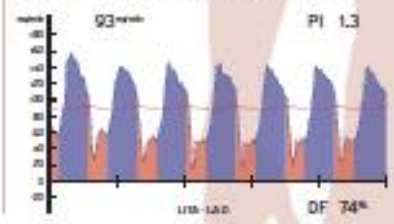
Recommendations according to the extent of CAD	CABG		PCI	
	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>One-vessel CAD</b>				
With proximal LAD stenosis	I	A	I	A
<b>Two-vessel CAD</b>				
With proximal LAD stenosis	I	B		
<b>LM CAD</b>				
LM with low SYNTAX score 0 - 22	I	A	I	A
LM with intermediate SYNTAX score >22 and ≤32	I	A		
LM with high SYNTAX score >32. <sup>e</sup>	I	A	III	B
<b>Three-vessel CAD without diabetes mellitus</b>				
Three-vessel disease with low SYNTAX score 0 - 22	I	A	I	A
Three-vessel disease with intermediate or high SYNTAX score >22 <sup>e</sup>	I	A	III	A
<b>Three-vessel CAD with diabetes mellitus</b>				
Three-vessel disease with low SYNTAX score 0 - 22	I	A		
Three-vessel disease with intermediate or high SYNTAX score >22 <sup>e</sup>	I	A	III	A

Minimize aortic manipulation **IB**  
Off-pump if calcified aorta **IB**  
Off-pump if high-risk **IIaB**



LIMA to LAD **IB**  
BIMA if low risk of sternal complications **IIaB**  
Skeletonize if risk of sternal complications **IB**

Complete revascularization **IB**  
Graft flow measurement **IIaB**



Radial artery in high-grade stenosis **IB**

Endoscopic vein harvesting **IIaA**  
No-touch vein harvesting **IIaB**



Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
After CABG or PCI for AMI, participation in a cardiac rehabilitation programme is recommended to improve patient outcomes. <sup>777</sup>	I	A
It is recommended that secondary prevention measures, including medical therapy and lifestyle changes, are started and reinforced after myocardial revascularization. <sup>683,778–785</sup>	I	A
It is recommended that patients are re-evaluated after myocardial revascularization (e.g. at 3 months and thereafter, at least on an annual basis) in order to reassess symptoms and adherence to secondary prevention measures, and reinforce medical therapy and lifestyle changes when appropriate.	I	C

# Менеджмент после реваскуляризации

	Класс	Уровень
Менеджмент должен основываться на оценке риска включая: <ul style="list-style-type: none"><li>- Полное клиническое и физикальное обследование</li><li>- ЭКГ</li><li>- Лабораторные тесты</li><li>- Уровень гликозилированного гемоглобина</li><li>- оценку физической активности и тестов с физической нагрузкой</li><li>- данные ЭХО-КГ до и после реваскуляризации</li></ul>	I	C
ЭХО-КГ следует выполнить до и после ЧКВ	IIa	C
<b>Рекомендовать ежедневные аэробные нагрузки по 30/60 минут ежедневно</b>	I	A
Пациентам высокого риска (после недавней реваскуляризации, ХСН) необходим контроль медработника	I	B

# Менеджмент после реваскуляризации

	Класс	Уровень
Важна диета и контроль веса: - <b>целевой ИМТ &lt; 25 кг/м<sup>2</sup></b> - окружность талии у мужчин < 95 см. у мужчин - окружность талии < 80 см. у женщин - измерение ИМТ и окружности талии при каждом визите - цель в начале – снижение массы тела на 10% - рекомендовать выбор здоровых (полезных) продуктов	I I I I I I	B B B B B B
<b>Целевой уровень ХС-ЛПНП &lt; 2,5 ммоль/л</b> <b>Для пациентов высокого риска &lt; 2,0 ммоль/л</b> <b>Фибраты и ω-3 жирные кислоты следует рассмотреть при непереносимости Статинов и особенно при уровне ТГ &gt; 1,7ммоль/л. и/или ХС-ЛПВП &lt; 1ммоль/л</b>	I I	A B
<b>Увеличение употребления ω-3 жирных кислот в виде рыбьего жира может быть рассмотрено</b>	IIb	B
Рекомендовать изменение образа жизни и фармакотерапию для <b>достижения уровня АД &lt; 130/80</b> <b>β-блокаторы и/или ИАПФ – препараты первой линии</b>	I I	A A

# Менеджмент после реваскуляризации

	Класс	Уровень
Рекомендовать пациенту отказ от активного и пассивного курения во время каждого визита	I	B
Пациентам с сахарным диабетом: - изменение образа жизни и фармакотерапию для <b>достижения уровня гликозилированного гемоглобина &lt; 6,5 %</b>	I	B
- энергичные усилия по модификации др. факторов риска	I	B
- <b>тщательной наблюдение/координация у эндокринолога</b>	I	C
Скрининг на предмет стресса	I	C
<b>Ежегодная вакцинация против гриппа</b>	I	B



