

УДК: 616.12-08-061.3(485.01)

Европейский кардиологический конгресс, Стокгольм, 2010 год. Что нового?

О.Н. Крючкова, Э.Ю. Турна

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь.

Ключевые слова: европейское общество кардиологов, конгресс, рекомендации, клинические исследования, сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий

Европейское общество кардиологов ведет свою историю с 1946, когда впервые во время межамериканского конгресса кардиологов в Мехико и Чикаго ряд европейских кардиологов обсудили необходимость и возможность создания общества. Официально ЕОК начало существовать с 2 сентября 1950 года, первый европейский конгресс кардиологов прошел в Лондоне в сентябре 1952 года под руководством сэра Джона Паркинсона. С 1988 года ЕОК проходит ежегодно и является центральным событием для кардиологов всего мира.

Очередной съезд кардиологов прошел в этом году в Стокгольме, с 28 августа по 1 сентября. Фаусто Пинто, профессор, уходящий в отставку нынешний председатель ЕОК, назвал этот конгресс очень успешным, в общей сложности было зарегистрировано 27547 участников. В рамках этого грандиозного мероприятия были представлены обновленные обзоры клинических руководств, обнародованы результаты последних исследований и рассмотрены наиболее актуальные вопросы, касающиеся сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди клинических испытаний наибольший интерес вызвало исследование SHIFT, в котором изучалось влияние ивабрадина на сердечно-сосудистый прогноз у больных с сердечной недостаточностью. Несмотря на проводимое современное лечение (иАПФ, б-адреноблокаторы, эффект которых доказан в крупных клинических исследованиях) у таких пациентов сохраняется 50% 5-летняя смертность. Ивабрадин – селективный ингибитор If-каналов в синусовом узле – достоверно снижает риск сердечно-сосудистых событий в исследовании SHIFT (Systolic heart failure treatment with the if inhibitor ivabradine trial). Известно, что ЧСС покоя влияет на

прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и является независимым предиктором риска сердечно-сосудистых осложнений. В исследование вошли 6500 пациентов с сердечной недостаточностью фк ii-iv с ФВ<35%, с ЧСС покоя >70 уд в мин, больные были рандомизированы на группы, получающих плацебо или ивабрадин. Результаты исследования показали достоверное снижение кардиоваскулярной смертности (первичная конечная точка) на 18% в группе ивабрадина, а также снижение на 26% случаев госпитализации.

«Это главное исследование», прокомментировал профессор Комажда: «Результаты были достигнуты в добавление к эффектам других препаратов, используемых стандартно при СН. Сердечная недостаточность и тахикардия обычно сочетаются, даже при использовании лучших препаратов для лечения СН, ивабрадин дополнительно снижает риск смерти или необходимость госпитализации более чем на 25%. Ивабрадин имеет только одно известное действие на сердце, препарат очень интересен для дальнейших исследований. Исследование SHIFT впервые продемонстрировало, что нормальная частота сердечных сокращений при СН предиктор выживания для пациентов».

На конгрессе широко обсуждались вопросы антитромботической терапии, безопасность и эффективность. Антикоагулянты и антиагреганты – краеугольный камень в лечении острой и хронической патологии коронарных сосудов, однако их применение ассоциируется с высоким риском кровотечений, особенно у пожилых пациентов. До недавнего времени единственным эффективным антиагрегантом был аспирин, в настоящее время для профилактики тромботических осложнений у больных ИБС ис-

пользуются антагонисты АДФ-рецепторов тромбоцитов в комбинации с аспирином. Предыдущие исследования показали высокую эффективность этой комбинации у пациентов молодого возраста, у больных пожилого возраста эта комбинация ассоциировалась с большей частотой осложнений, антиагрегантная терапия у этой категории пациентов требует осторожности. Исследования TRITON и PLATO продемонстрировали, что новые блокаторы АДФ-рецепторов, тикагрелор и прасугрель более эффективны, чем клопидогрель, однако использование их у пожилых больных ограничено в связи с высоким риском кровотечений. Другое исследование также не показало эффективность блокаторов IIb/IIIa-рецепторов, включающих абциксимаб, эптифибатид и тирофибан, у пациентов старшей возрастной группы.

Стандартная терапия венозной тромбоэмболии предусматривает назначение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) с последующим переходом на антагонисты витамина К. В предыдущих исследованиях была показана эффективность и безопасность ривароксабана (прямой ингибитор Ха фактора для перорального приема) при системном тромбозе глубоких вен (ТГВ), сопоставимые с таковой стандартной терапии (НМГ + антагонист витамина К). На конгрессе были объявлены предварительные результаты продолжающегося исследования einstein dtv (рандомизированное клиническое исследование), целью которого является изучение при остром тромбозе глубоких вен эффективности ривароксабана по предупреждению тромбоэмболических осложнений. Исследование проходило в 253 центрах 32 стран, были включены 3400 пациентов с острым симптомным прксимальным ТГВ без признаков тромбоэмболии легочной артерии. Больные получали или ривароксабан перорально (15 мг 2р/сутки в течение первых 3 недель, затем 20 мг/сутки), или эноксапарин (1мг/кг 2р/сутки) с последующим переходом на прием антагонистов витамина К (варфарина или аценокумарола), доза которых определялась терапевтическим уровнем МНО (целевой – 2,5, преднлы колебаний 2,0-3,0), изучавшимся на 3, 6-м и 12-м месяце терапии. В качестве первичной онечной точки эффективности была выбрана кумулятивная частота симптомных эпизодов венозной тромбоэмболии (как фатальной, так и нефатальной). ПКТ безопасности считали комбинацию случаев больших и клинически значимых малых кровотечений. Вскоре ожидается завершение этого крупного исследования, если рки einstein dtv продемонстрирует эффективность и безопасность ривароксабана, прием этого препарата с учетом его простого режима дозирования окажется предпочтительнее назначения НМГ и антагонистов витамина К как для лечения ТГВ, так и для длительной вторичной профилактики рецидивов венозной тромбоэмболии.

Особое внимание было уделено вопросам диагностики и ведения пациентов с фибрилляцией пред-

сердий (ФП). Фибрилляция предсердий является наиболее частой формой аритмии, ассоциируется с высоким риском развития мозговых инсультов. Антагонисты витамина К снижают риск мозгового инсульта примерно на 65%, однако их получают лишь 50% пациентов. Причинами этого служат необходимость постоянного контроля МНО, «узкое терапевтическое окно», высокий риск кровотечений, взаимодействие с пищей и другими лекарственными препаратами. АСК снижает риск мозгового инсульта на 22%, это объясняется тем, что формирование тромба в ушке левого предсердия происходит по механизму венозной коагуляции на фоне низкого давления без активации тромбоцитов. Это и послужило предпосылкой для изучения эффективности ингибиторов фактора Ха в профилактике мозговых инсультов.

На конгрессе были представлены результаты исследования рки avergoes, целью которого было изучение способности апиксабана (ингибитора фактора Ха) и ацетилсалициловой кислоты (АСК) предупреждать мозговые инсульты или системные тромбоэмболии, обусловленные фибрилляцией предсердий (ФП). Апиксабан – селективный обратимый ингибитор фактора Ха, характеризуется высокой биодоступностью, быстрым началом действия и периодом полувыведения около 12 часов (требует двукратного приема). Исследование включало 5600 больных с постоянной формой ФП из 520 медицинских центров. Критериями включения были наличие ФП, >1 фактора риска мозгового инсульта и противопоказаний к приему антагониста витамина К (варфарина). Пациентов разделили на две равные группы, одна из которых принимала апиксабан (2,5-5,0 мг 2 р/сутки), другая – АСК (81-324 мг/сут). Годовая частота мозгового инсульта и системной тромбоэмболии в группе апиксабана составила 1,7%, тогда как в группе АСК – 4,0% ($p=0,000004$), в течение года клинически значимые кровотечения у пациентов, принимавших апиксабан, регистрировали в 1,5% случаев, у больных, получавших АСК, – в 1,2% случаев ($p=0,33$), причем частота геморрагического инсульта в обеих группах была одинаковой – 0,2% ($p=0,79$). Таким образом, у больных с постоянной формой ФП с повышенным риском мозгового инсульта и противопоказаниями к приему варфарина апиксабан снижает риск ишемических осложнений на 57%.

Европейское общество кардиологов в Стокгольме представило новые клинические рекомендации по ведению больных с фибрилляцией предсердий (представил профессор из Лондонского госпиталя Святого Георгия Джон Ким). Более ранние рекомендации были подготовлены совместно с Американской ассоциацией сердца и Американского общества кардиологов, однако широкая распространенность ФП в Европе (страдают более 6 млн европейцев), различие в клинической практике и фармакотерапии, сделали необходимым создание новых европейских адаптированных рекомендаций.

В новых рекомендациях не только рассмотрено применение антиаритмических препаратов, но также затрагиваются различные аспекты профилактики тромбоэмболических осложнений и сердечной недостаточности. В рекомендациях 2010 года впервые появился термин «длительно персистирующий эпизод ФП», который длится 1 год и более, при наличии возможности восстановления у пациента синусового ритма. В ряде случаев, когда имеются корригируемые причины ФП, при их устранении удается восстановить синусовый ритм, например после протезирования митрального клапана, особенно у молодых пациентов без выраженной дилатации левого предсердия, также в некоторых клинических ситуациях при длительном анамнезе ФП возможно восстановление синусового ритма с помощью радиочастотных катетерных вмешательств.

В рекомендациях 2010 года также сделан акцент на оценке выраженности симптомов ФП и их влиянии на качество жизни. В результате выделено 4 класса ФП в зависимости от выраженности симптомов по EHRA (European Heart Rhythm Association), охватывающих весь спектр клинических проявлений: от отсутствия клинических проявлений (I класс) до «симптомов инвалидизации», при которых нарушена нормальная ежедневная деятельность (IV класс). Именно выраженность симптомов ФП является определяющей в выборе тактики ведения пациента, так при наличии у больного инвалидизирующих симптомов необходимо назначение антиаритмической терапии, тогда как при отсутствии симптомов тактика лечения должна быть направлена на профилактику тромбоэмболических осложнений, развития сердечной недостаточности и контроль ЧСС, в лечении таких пациентов антиаритмические препараты обычно не применяются, за исключением β -адреноблокаторов.

В обновленных рекомендациях внесены изменения по оценке риска тромбоэмболических осложнений. Дополнительными факторами риска в шкале CHADS₂ признаны: наличие сосудистого заболевания, возраст 55-74 лет, женский пол. Пациенту, набравшему 2 балла в обязательном порядке показаны антикоагулянты, 1 балл – возможно назначение антиагрегантов или антикоагулянтов, хотя подчеркивается, что предпочтение следует отдавать антикоагулянтам. В случаях, когда риск < 1 балла (у молодых пациентов без сопутствующей патологии) возможно назначение небольших доз ацетилсалициловой кислоты либо вообще без антитромботической терапии. Применение антикоагулянтов и антиагрегантов должно обуславливаться не только оценкой риска тромбоэмболических осложнений, но и оценкой риска кровотечений у данного пациента, который оценивается по шкале has-bleed, при наличии у больного 3 баллов по шкале кровотечений необходима осторожность при назначении антикоагулянтов. Факторами риска кровотечений названы артериальная гипертензия, инсульт, пожилой возраст (старше 65 лет), прием алкоголя.

В новых рекомендациях также обсуждаются вопросы контроля ЧСС, согласно результатам исследования RACE II, если у пациента достигнутый показатель ЧСС (<110 уд в мин) приводит к исчезновению симптомов аритмии и сердечной недостаточности, результат терапии можно считать достигнутым. Если же сохраняются симптомы, связанные с частым сердцебиением, следует продолжить титрование дозы препаратов, используемых для контроля ЧСС, с тем чтобы достичь уровней, при которых состояние пациентов оптимизируется.

В обновленных рекомендациях также указывается, что выбор тактики контроля ЧСС зависит от образа жизни больного. Если пациенту с малоподвижным образом жизни достаточно назначения сердечных гликозидов для контроля ЧСС, то для лиц, ведущих активный образ жизни, важно учитывать наличие фонового заболевания (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца). Если речь идет о наличии у больного СН, сердечные гликозиды сочетаются с β -блокаторами. Также при выборе препарата для контроля ЧСС у пациентов без тяжелого структурного заболевания сердца необходимо учитывать состояние вегетативной регуляции сердечной деятельности. Так, если у пациентов имеются признаки гиперактивности симпатoadrenalовой системы, их лечение логично начинать с β -блокаторов, при доминировании парасимпатической регуляции, как препарат выбора рекомендован дизапирамид. У пациентов с неопределенным преобладанием адренергической или вагусной регуляции могут использоваться три препарата: дронедазон, пропafenон, соталол, при их неэффективности – амиодарон.

При наличии структурного поражения сердца лечение начинается с коррекции фонового заболевания, а также факторов, которые могут привести к его прогрессированию. Выбор антиаритмического препарата зависит от структурного поражения сердца, при наличии ИБС без СН могут применяться дронедазон и соталол, у пациентов с СН I ФК – дронедазон, а при его неэффективности – амиодарон. При тяжелой СН препаратом первого выбора является амиодарон (при отсутствии противопоказаний в сочетании с β -блокаторами).

В новых рекомендациях четко разграничены показания к катетерным методам лечения при фоновом заболевании сердца, а также у пациентов с минимальными структурными изменениями миокарда. В частности, при наличии фонового заболевания сердца терапия предполагает назначение антиаритмических препаратов для профилактики пароксизмов и лишь при их неэффективности рассматривается вопрос о катетерной абляции, у пациентов без тяжелых структурных изменений сердца этот метод может применяться значительно раньше.

Также Европейским обществом кардиологов были предложены и приняты первые рекомендации по миокардиальной реваскуляризации, пере-

смотрены рекомендации по врожденным порокам сердца. Рекомендации по миокардиальной реваскуляризации отразили современную стратегию в кардиологии с упором именно на инвазивные реваскуляризирующие манипуляции при коронарных заболеваниях. В них, с позиции доказательной медицины, сосредоточены основные подходы к хирургическому лечению коронарной патологии. Пожалуй, главным выводом этих рекомендаций будет следующий: у больного ИБС в каждом конкретном случае выбор лечения должен осуществляться на индивидуальной основе, чрескожные коронарные вмешательства, аорто-коронарное шунтирование и медикаментозная терапия должны дополнять друг друга и ни в коем случае не вступать между собой в противоречия.

На сегодняшний день остается много нерешен-

ных вопросов в области кардиологии, несмотря на насыщенную и успешную работу конгресса ЕОК 2010. Новый президент ЕОК профессор Мишель Комажда отметил, что конгресс 2011 года, который пройдет в Париже, продолжит начатые дискуссии по актуальным вопросам кардиологии. «Я рад заранее приветствовать Вас в моем родном городе на следующий год»- заключил Мишель Комажда.

Литература

1. О.П. Жаинов. Лечение фибрилляции предсердий – рекомендации 2010 года / «Здоров'я України», № 18 (247), сентябрь, 2010 год;
2. Конгресс Европейского кардиологического общества 2010. Новости доказательной медицины. / «Здоров'я України», № 17 (246), сентябрь, 2010 год;
3. <http://www.escardio.org/>
4. <http://www.stragesko.org/>

Європейський кардіологічний конгрес, Стокгольм, 2010 рік. Що нового?

О.М. Крючкова, Е.Ю. Турна

З 28 серпня по 1 вересня в Стокгольмі (Швеція) проходив конгрес Європейського товариства кардіологів, у ході якого піднімалися багато актуальних для світового співтовариства кардіологічної проблеми, а також були представлені результати останніх досліджень в області кардіології. У статті наведено огляд доповідей і нових рекомендацій, обговорюваних на конгресі.

European cardiologic congress, Stockholm, 2010 year. What's new?

O.N. Kruchkova, E.U. Turna

From August, 28 for September, 1 congress of European society of cardiologists, which many for a world cardiologic association issues of the day rose during, passed in Stockholm (Sweden), and also the results of the last researches were presented in area of cardiology. The review of lectures and new recommendations, discussed on congress is resulted in the article.