

III Щорічна науково-практична конференція «Актуальні питання кардіології та кардіохірургії»

27 квітня в м. Києві відбулася III Щорічна науково-практична конференція «Актуальні питання кардіології та кардіохірургії», організаторами якої виступили ДУ «Інститут серця МОЗ України», кафедри кардіохірургії, рентгеноваскулярних та екстракорпоральних технологій, функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. У роботі конференції взяли участь понад 150 лікарів-кардіологів, терапевтів, кардіохірургів, реаніматологів, анестезіологів, лікарів функціональної діагностики з різних регіонів України. Програма заходу традиційно була мультидисциплінарною та насиченою, включала доповіді провідних фахівців, у яких відобразилися зміни підходів до діагностики й лікування серцево-судинної патології та коморбідних станів, сучасні тенденції впровадження інвазивних методів лікування, останні практичні настанови експертних товариств.



Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Функціональна діагностика», завідувач кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Олег Йосипович Жарінов розглянув сучасні тенденції оптимізації лікування хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС).

Вони пов'язані насамперед із розширенням показань до ревазуляризації міокарда, яка дає шанси пацієнтам і на покращення прогнозу, і на поліпшення якості життя. Тому доповідач приділив особливу увагу критеріям відбору кандидатів на аортокоронарне шунтування (АКШ) або черезшкірні коронарні втручання (ЧКВ).

Нещодавно був опублікований звіт американських експертних асоціацій, у якому наведено переглянуті та узагальнені критерії прийняття рішень про застосування інвазивних методів лікування ІХС (M.R. Patel, J.H. Calhoon, G.J. Dehmer et al. JACC. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.02.001). Результати хірургічного лікування значною мірою залежать від кількості й локалізації уражень коронарних артерій. Чим більше судин залучено й чим проксимальнішим є критичний стеноз, тим кращі віддалені результати виживання пацієнтів порівняно з консервативною стратегією й тим вищим є клас рекомендації проведення АКШ або ЧКВ. Переваги інвазивних методів над оптимальною медикаментозною терапією ІХС переконливо доведено при ураженні проксимального відділу передньої низхідної гілки лівої коронарної артерії (ЛКА). Натомість при одностудинному ураженні без залучення проксимального відділу ЛКА інвазивне лікування взагалі не рекомендовано. Загалом клас рекомендацій для АКШ при всіх типах уражень коронарного русла є вищим, ніж для ЧКВ.

На результати ревазуляризації також впливає наявність супутніх захворювань. За даними дослідження FREEDOM, АКШ у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) забезпечує кращі результати, ніж ЧКВ зі встановленням покритих стентів. Дослідження STICH виявило особливі переваги ревазуляризації у хворих зі значною ішемічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ). Ці пацієнти мали середню фракцію викиду (ФВ) 27%, із них 3/4 перенесли інфаркт міокарда, у всіх було принаймні двостудинне ураження. Результати після АКШ порівнювали з результатами сучасної медикаментозної терапії, яка включала бета-блокатори, інгібітори ренін-ангіотензинової системи, антиагреганти, статини. Минулого року було опубліковано результати 10-річного спостереження за учасниками дослідження, які підтвердили перевагу АКШ за впливом на загальну й серцево-судинну смертність. Важко уявити, що пацієнти з вихідною ФВ ЛШ 20-27% могли би прожити 10 років без ревазуляризації. Тому доцільність ревазуляризації міокарда у хворих на ІХС та серцеву недостатність, яким вона показана за результатами коронарної ангіографії, більше не обговорюють.

Коментуючи успіхи інвазивного лікування ІХС, досягнуті в Інституті серця МОЗ України, професор

О.Й. Жарінов зазначив, що наразі в клініці фактично немає нижньої межі ФВ ЛШ, при якій хірурги відмовляються від АКШ або стентування. Накопичено значний досвід операцій навіть у хворих із показником <20%. Доповідач окреслив типовий портрет пацієнта, якого направляють на ревазуляризацію. Це переважно чоловіки зі зниженою ФВ, надмірною масою тіла, кожен другий — із ЦД і атеросклерозом периферичних артерій, кожен п'ятий — із фібриляцією передсердь (ФП). В історіях хвороби до направлення на високоспеціалізований етап медичної допомоги звертає на себе увагу недостатнє використання потенціалу медикаментозної терапії ІХС — статинів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту, бета-блокаторів.

У другій частині лекції професор О.Й. Жарінов прокоментував можливості сучасної антиішемічної терапії, зокрема в пацієнтів із рефрактерною стенокардією. Доповідач наголосив, що термін «рефрактерна ІХС» правомірний лише стосовно пацієнтів, які перенесли ревазуляризацію, але залишаються симптомними й мають високу частоту нападів стенокардії. Для покращення якості життя у них може бути застосовано весь арсенал антиангінальних засобів — як гемодинамічної (бета-блокатори, блокатори кальцієвих каналів, івабрадин, пролонговані нітрати), так і цитопротекторної дії (триметазидин, ранолазин). Проте всі вони мають свої особливості, протипоказання та пріоритети застосування залежно від показників гемодинаміки й коморбідних станів. У переліку препаратів другого ряду лектор звернув увагу на ранолазин — єдиний цитопротекторний засіб, який включено до європейських та американських рекомендацій із лікування стабільної ІХС.

Механізм дії ранолазину полягає в блокуванні пізнього натрієвого потоку, що перешкоджає перевантаженню кардіоміоцитів кальцієм і зумовлює низку сприятливих ефектів, у тому числі антиаритмічний (рис. 1).

В Україні оригінальний ранолазин зареєстровано під назвою Ранекса. Його антиангінальну ефективність підтверджено результатами низки контрольованих досліджень у різних популяціях пацієнтів: зі стабільною стенокардією (дослідження MARISA, CARISA), з гострим коронарним синдромом без елевачії сегмента ST (MERLIN-TIMI 36), із хронічною ІХС на тлі ЦД (TERISA). Метааналіз продемонстрував, що ефективність ранолазину є навіть вищою в пацієнтів, які перенесли ЧКВ і залишилися симптомними. Тобто після ревазуляризації міокарда є більше підстав застосовувати цитопротекторну терапію, оскільки з'являється додатковий субстрат для дії препарату (B. Scirica et al., 2012).

Найбільш переконливо доведена антиішемічна дія ранолазину в пацієнтів із супутнім ЦД. За даними дослідження MERLIN-TIMI 36, терапія ранолазином знижувала частоту рецидивів ішемії порівняно з плацебо на 25% ($p < 0,008$) у підгрупі пацієнтів із ЦД, тоді як у загальній когорті аналогічний показник становив 13% ($p < 0,03$). Цікавим виявився факт позитивного впливу ранолазину на показник глікованого гемоглобіну в цієї популяції хворих (D.A. Morrow, B.M. Scirica et al., 2009).

Як антиаритмічний засіб ранолазин увійшов до рекомендацій Європейського товариства кардіологів із лікування шлуночкових аритмій і профілактики раптової серцевої смерті (2015). У добовій дозі від 750 до 2000 мг він показаний при 3 типі синдрому подовженого інтервалу QT.

2015 року в рамках наукової сесії Американської асоціації серця доповідали результати дослідження, в якому терапія ранолазином на 54% зменшувала частоту виникнення післяопераційних порушень серцевого ритму при виконанні АКШ (C. Trivedi, L.D. Biase et al., 2015).

Нещодавно опубліковано дані про те, що ранолазин підсилює антиаритмічний ефект аміодарону при спробах відновлення синусового ритму в пацієнтів із ФП (N. Tsanaxidis et al., 2017). У дослідження включили 173 пацієнти з пароксизмом ФП, який виник у межах 48 год. Аміодарон застосовували в дозі 5 мг/кг внутрішньовенно протягом 1 год, потім по 50 мг/год. Ранексу призначали в дозі 1000 мг на добу. Додавання Ранекси істотно й достовірно зменшувало час до відновлення синусового ритму порівняно з групою пацієнтів, у яких для кардіоверсії застосовували лише аміодарон (рис. 2).

Вибір антиішемічної терапії завжди залежить від супутніх захворювань і станів. Найбільші труднощі викликають пацієнти, які погано переносять традиційні гемодинамічні засоби (бета-блокатори та блокатори кальцієвих каналів) через їхні побічні ефекти чи небажану гіпотензивну дію. Перевагою ранолазину є можливість безпечного застосування в пацієнтів з артеріальною гіпотензією та брадикардією. За наявності ФП він має додаткову перевагу для контролю ритму, а також довів ефективність у хворих із супутнім ЦД.

Отже, можна виділити пріоритетні групи пацієнтів з ІХС для застосування ранолазину:

- із поганою переносимістю чи протипоказаннями до призначення препаратів гемодинамічної дії;
- з ІХС на тлі ЦД;
- із рефрактерною стенокардією після неповної ревазуляризації;
- із пароксизмальною ФП.

Підготував Дмитро Молчанов

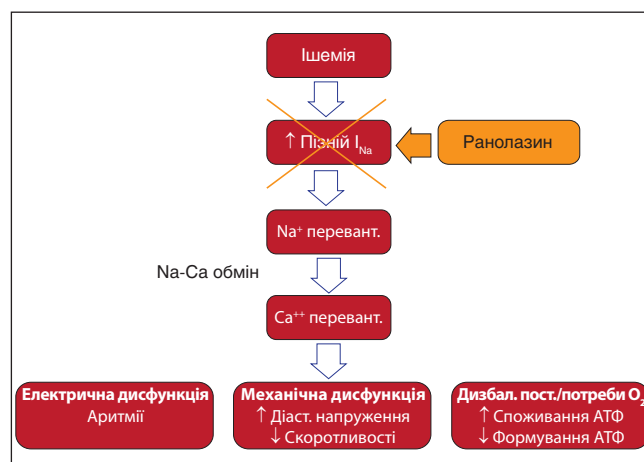


Рис. 1. Механізм дії та ефекти ранолазину

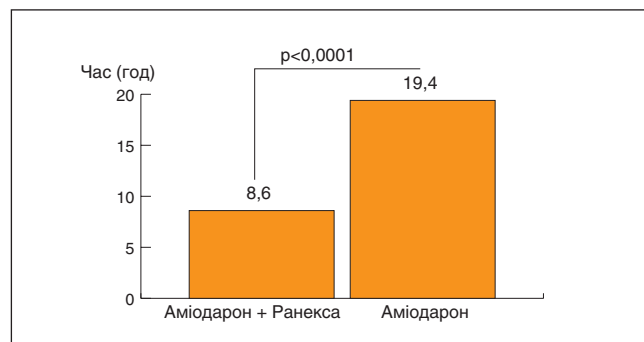


Рис. 2. Комбінована терапія аміодароном і ранолазиним швидше відновлює синусовий ритм у пацієнтів із пароксизмальною ФП