

Мультидисциплінарний підхід у кардіології: новітні рішення в період пандемії

20-21 квітня за сприяння фармацевтичної компанії KRKA відбулася масштабна для медичної спільноти подія – науково-практична онлайн-конференція «Мультидисциплінарний підхід у кардіології: новітні рішення в період пандемії». Такі освітні проєкти вкрай важливі для практикуючих лікарів, оскільки дають змогу отримувати нові знання та гідно відповідати на виклики непростого сьогодення. Створення програми конференції передувала серйозна та тривала підготовча робота, запрошено найкращих вітчизняних кардіологів і фахівців суміжних спеціальностей. Науковий захід мав дещо незвичний формат, гармонічно поєднавши новітні теоретичні дані, практичний досвід спікерів, круглі столи, міждисциплінарні дискусії та цікаві майстер-класи з надання невідкладної допомоги. Загалом анонсований формат наукової події та її цікава програма зумовили жвавий інтерес вітчизняної медичної спільноти. Безпосередню участь у роботі конференції взяли ≈2000 лікарів, а >7000 переглянули представлені доповіді на Інтернет-ресурсах. Пропонуємо до уваги наших читачів стислий огляд доповідей, які пролунали на цьому заході.

Секцію «Ішемічна хвороба серця й атеросклероз» відкрив завідувач кафедри функціональної діагностики Національного університету охорони здоров'я України (НУОЗУ) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Йосипович Жарінов.



Професор кафедри внутрішньої медицини № 3 Дніпропетровської медичної академії МОЗ України, доктор медичних наук Олена Акіндінівна Коваль виступила з доповіддю «Хронічний коронарний синдром: характеристики, нові підходи до діагностики та лікування», нагадавши на початку свого виступу, що ішемічна хвороба серця (ІХС) є поліетіологічним захворюванням, яке спричиняє ішемію та некроз міокарда не лише у зв'язку з атеросклеротичним ураженням коронарних артерій. Саме тому його лікування передбачає не тільки відновлення прохідності коронарних артерій (наприклад, шляхом стентування), а й призначення препаратів, дія котрих спрямована на покращення мікроциркуляції та метаболізму міокарда.

Згідно з оновленими рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (ESC, 2019), із метою адекватного обрання подальшої терапевтичної тактики рекомендується виокремлювати такі клінічні групи пацієнтів із хронічною ІХС:

- ▶ хворий із підозрою на ІХС і стабільними симптомами стенокардії та/або задишки;
- ▶ хворий із початковими проявами хронічної серцевої недостатності (ХСН) або дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) з підозрою на ІХС;
- ▶ хворий зі стабільними симптомами тривалістю <1 року після гострих коронарних синдромів (ГКС) або з нещодавньою ревазуляризацією;
- ▶ хворий після встановлення діагнозу чи ревазуляризації (>1 року);
- ▶ хворий зі стенокардією та підозрою на вазоспастичну чи мікровазулярну хворобу;
- ▶ асимптомний пацієнт, у якого ІХС виявлено під час скринінгу.

З огляду на поєднання механізмів гемодинамічної та мікровазулярної ішемії в патогенезі ІХС доцільним є призначення різних класів лікарських препаратів, які включають β-адреноблокатори (БАБ), блокатори кальцієвих каналів (БКК), статини, івабрадин, триметазидин.

Статини продовжують залишатися основною прогноз-модифікувальною терапією у хворих із хронічним коронарним синдромом. Утім, вартість препаратів може

значно вплинути на прихильність до лікування. Оскільки субоптимальна прихильність обмежує позитивний вплив втручання, експерти ESC вважають доцільним призначення генеричних препаратів. Доведено, що використання недорогих генеричних статинів є виправданим для суспільства в разі збереження високого комплаєнсу. Серед українських лікарів добре відомий генеричний препарат розувастатину Роксера.



Професор кафедри променевої діагностики факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук Юрій Андрійович Іванів розповів про нові можливості ранньої діагностики атеросклерозу. Сьогодні дуже важливою є рання діагностика атеросклерозу артерій, який ще не зумовив значимої ішемії міокарда. Мета ранняї діагностики – виявлення атеросклеротичних уражень, оцінка загального обсягу ураження, кількісна характеристика темпів прогресування чи регресії, виявлення передчасного виникнення галопуючого перебігу атеросклерозу, розпізнавання вразливих, тобто нестабільних, атеросклеротичних бляшок. Останній пункт – один із найважливіших, оскільки нестабільна бляшка може під дією несприятливих чинників розриватися з подальшим утворенням тромбу та перекриттям просвіту судини. Свідченням нестабільності бляшки насамперед є її виражений кальциноз.

Сьогодні доступний метод оцінки кальцинозу коронарних артерій – мультидетекторна спіральна комп'ютерна томографія; такий метод обстеження дозволяє виявляти кальцинози в стінці коронарних артерій, точно визначити їхню кількість і локалізацію. За ступенем кальцинозу вираховують показник Агатстона, що дає змогу визначити ризик коронарних подій протягом року.



Завідувач кафедри терапевтичних і хірургічних дисциплін Чорноморського національного університету ім. Петра Могили (м. Миколаїв), доктор медичних наук Максим Юрійович Зак розповів про особливості оцінки, а також корекцію гастроінтестинальних ризиків на тлі антитромбоцитарної терапії.

Ефективну профілактику кардіоваскулярних подій не можна уявити без використання антитромбоцитарних та антиагрегантних препаратів. Найпоширенішою схемою є комбінація ацетилсаліцилової кислоти з клопидогрелом. Утім, необхідно враховувати негативний вплив такої терапії на шлунково-кишковий тракт, зокрема, ризик геморагічних ускладнень і НПЗП-гастропатій. Слід розуміти, що клінічна картина медикаментозних уражень шлунка є малосимптомною; це пов'язують з анагетичним ефектом НПЗП.

На сьогодні як профілактика, так і лікування НПЗП-гастропатій передбачають 3 основні терапевтичні напрями:

- » кислотосупресія;
- » мукозопротекція;
- » антихелікобактерна терапія.

Стандартом сучасної кислотосупресивної терапії наразі вважаються препарати пантопразолу (наприклад, Нольпаза) у зв'язку зі швидшим і тривалішим антисекреторним ефектом, відсутністю міжлікарських взаємодій і кращою переносимістю (порівняно з іншими представниками цього класу лікарських засобів).



Завідувач кафедри функціональної діагностики НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Олег Йосипович Жарінов розкрив основні аспекти базисної та протиішемічної терапії пацієнтів зі стабільною ІХС.

Обрання лікування залежить від симптомів і ризику кардіальних подій. Пацієнтам високого ризику

має бути рекомендовано проведення коронарографії з подальшою ревазуляризацією за наявності показань.

Загалом, згідно з рекомендаціями ESC, лікування стабільної ІХС передбачає усунення стенокардії та профілактику подій за схемою, наведеною на рисунку.



Керівник відділу серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), президент Української асоціації серцевої недостатності, доктор медичних наук, професор Леонід Георгійович Воронков розглянув проблему постінфарктної серцевої недостатності (СН).

ІХС є причиною ≈64% випадків СН. За даними Фремінгемського дослідження, ризик розвитку СН в осіб, які перенесли інфаркт міокарда, зростає в 6-7 разів. Ішемія й інфаркт – безпосередні причини ремоделювання (зміна розміру, структури, метаболізму міокарда) й дисфункції ЛШ. До макрознак ремоделюваного ЛШ належать гіпертрофія, дилатація, зміна геометрії (сферизація), електрична нестабільність, погіршення функціональної спроможності. Електрична нестабільність є особливо небезпечним і прогностично несприятливим станом, що з'являється внаслідок зміни роботи іонних насосів у гіпертрофованому міокарді та переважання кардіоміоцитів іонами кальцію. Описані зміни – причина генерації міокардом шлуночкових ектопічних ритмів і розвитку життєво небезпечних шлуночкових аритмій (шлуночкової тахікардії, фібриляція шлуночків). У 40-60%

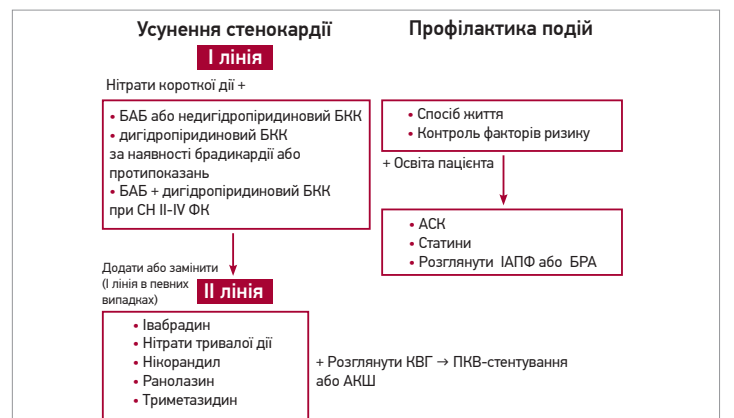


Рис. Алгоритм лікування стабільної ІХС згідно з рекомендаціями ESC

