



А.Д. БАЗИЛЕВИЧ, д. мед. н., професор; М.Я. КУЛЕШІР, О.В. ГДИРЯ, к. мед. н.;
Х.А. КАМІНСЬКА

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького/

Європейський конгрес кардіологів

Європейський конгрес кардіологів – найважливіша подія року для всіх кардіологів світу. Цього року конгрес, який по праву вважається одним із найбільш масштабних і значущих подій у світовій медицині, відбувся у величавому Римі в період з 27 до 31 серпня 2016 року. Щорічно захід збирає практикуючих лікарів, вчених, працівників охорони здоров'я з країн Європи і всього світу. Українські фахівці також взяли участь у цьому найбільшому форумі: поділилися власними напрацюваннями та ознайомилися з останніми досягненнями в кардіології.

Цього року конгрес знову побив власний рекорд відвідуваності – в його роботі взяли участь понад 32 тисячі делегатів з більше ніж 140 країн світу. В наукових матеріалах конгресу опубліковано понад 4500 тез. Одночасно доповіді проводилися в 27 аудиторіях. Тому кожен з учасників міг відвідати лекції з тематикою, що викликала в нього найбільше зацікавлення.

Основною метою конгресу була організація співпраці поміж консервативним кардіологом, інтервенційним кардіологом та кардіохірургом (формування «серцевої команди» – heart team). В такому випадку кінцевим результатом має бути вибір оптимальної лікувальної стратегії пацієнта з ішемічною хворобою серця.

Багато років основні завдання форуму залишаються незмінними: це обмін досвідом у питаннях профілактики, діагностики та інноваційних методів лікування захворювань серцево-судинної системи, обговорення проблем і перспектив розвитку кардіологічної служби в різних країнах і регіонах, демонстрація сучасних досягнень медицини. Цього року програма конгресу включала пленарні засідання, симпозиуми, дискусії, форуми, постерні сесії, виступи на виставкових майданчиках, інтерактивні засідання, круглі столи, гарячі лінії тощо. За допомогою сучасних засобів комунікації в дні конгресу щодня здійснювалася безкоштовна електронна розсилка з основними новинами і прес-релізами для всіх зареєстрованих на офіційному сайті фахівців, онлайн-канал у режимі реального часу транслював наукові заходи конгресу.



Традиційно підвищений інтерес викликали сесії HotLine з поданням і онлайн-обговоренням результатів великих наукових і клінічних досліджень. Протягом 5 днів з різних напрямів – ішемічна хвороба серця (ІХС), гострий інфаркт міокарда (ІМ), аритмії, фібриляції передсердь (ФП), водії ритму, цукровий діабет (ЦД), фармакологія, артеріальна гіпертензія (АГ), серцева недостатність (СН), захворювання судин – було представлено результати безлічі клінічних досліджень, викладено оновлені клінічні рекомендації, висвітлено провідні методики діагностики та лікування в форматі живої дискусії. В цілому вкрай складно виділити головні теми минулого заходу. Спробуємо зупинитися на найбільш обговорю-



Папа Римський Франциск благословив учасників конгресу



Президент Європейського товариства кардіологів, професор Фаусто Пінто та аспірант кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар-кардіолог Григорій Кияк (фото Д. Беша)

ваних, актуальних, резонансних подіях Європейського конгресу кардіологів – 2016.

На конгресі також було представлено оновлені рекомендації з ведення пацієнтів з дисліпідемією, гострою та хронічною серцевою недостатністю, фібриляцією передсердь, а також з профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці. Крім цього, вперше було презентовано рекомендації з лікування онкологічної патології та кардіотоксичності ліків.

Усі доповіді були на фаховому та одночасно легкодоступному рівні. Після кожної з них відбувалася дискусія, в якій могли взяти участь всі охочі. В ній можна було як поставити запитання до лектора, так і висловити власну думку щодо предмету дискусії.

У спільному документі Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства з вивчення атеросклерозу піднімається питання необхідності зниження рівня ліпідів крові як у загальній популяції, так і у пацієнтів високого ризику.

У пацієнтів з резистентною гіперхолестеринемією рекомендовано призначення комбінованої терапії, що включає застосування статину та езетимібу. Також у всіх пацієнтів, незалежно від ризику, необхідно досягати як мінімум 50% зниження рівня холестерину та холестерину ліпопротеїдів низької густини (ЛПНГ). Цільове значення холестерину ЛПНГ у пацієнтів високого ризику становить менше 2,6 ммоль/л.

У рекомендаціях порушуються питання застосування інгібіторів та PCSK9 – їх призначення може розглядатися в разі збереження високого рівня холестерину ЛПНГ на фоні комбінованої терапії статинами та езетимібом. Як виявилось, вони можуть бути високоєфективними і у пацієнтів з тяжкою сімейною гіперхолестеринемією. З іншого боку, висока вартість терапії може обмежувати їх застосування в деяких країнах.

Ще одним нововведенням став той факт, що тепер при взятті аналізу крові на рівень холестерину пацієнт не обов'язково повинен бути натщесерце, оскільки результати проведених досліджень виявили однаковий рівень ліпідів при заборі крові натще і після прийому їжі.

На сьогоднішній день антикоагулянтною терапією першої лінії є нові пероральні антикоагулянти. Однак антагоністи вітаміну К, такі як варфарин, залишаються основними препаратами для профілактики інсульту при фібриляції передсердь і є препаратами вибору у пацієнтів, яким не показані нові пер-

оральні антикоагулянти, зокрема за наявності механічних клапанів серця.

Одна з ключових змін у нових рекомендаціях торкнулася вирішення питання про ініціювання антикоагулянтної терапії. Так, антикоагулянтну терапію слід призначати за наявності 1 балу за шкалою CHA2DS2-VASc у чоловіків і 2 балів – у жінок.

У певній групі пацієнтів з терапією першої лінії рекомендовано проведення катетерної абляції. При цьому кращим є ізоляція гирла легеневих вен, а більш розширені втручання рекомендовані як терапія резерву у пацієнтів з рецидивуючою ФП.

У нових рекомендаціях з кардіо-онкології розглядаються серцево-судинні ускладнення протиракрової терапії.

Увага сфокусована на 9 категоріях: дисфункція міокарда та СН; ІХС; клапанна хвороба; аритмії; артеріальна гіпертензія; тромбоемболічні стани; захворювання периферичних артерій та інсульт; легенева гіпертензія; ускладнення з боку перикарда.

Для кожного виду ускладнень описано, які пацієнти знаходяться в групі ризику, як визначити і запобігти розвитку можливих побічних ефектів терапії, які принципи лікування та спостереження за пацієнтами обрати.

Наприклад, спільне застосування антрациклінів і трастузумабу у пацієнок з раком молочної залози значно підвищує ризик розвитку СН. Однак кардіотоксичність можна значимо зменшити шляхом проведення терапії з інтервалами без комбінованого призначення препаратів.

Було представлено оновлені рекомендації щодо застосування нових пероральних антикоагулянтів у пацієнтів з ФП. Нижче наведено 9 ключових позицій із застосування нових пероральних антикоагулянтів при неклапанній фібриляції передсердь.

1. Рекомендації містять в собі таблицю з відомими на сьогоднішній день взаємодіями між препаратами, які можуть вплинути на дозування нових пероральних антикоагулянтів. Важливі взаємодії включають дрондадерон (з дабігатраном), рифампіцин, інгібітори протеаз, що застосовуються при ВІЛ, протигрибкові препарати (інтраконазол і кетоконазол), циклоспорин і такролімус (з дабігатраном), карбамаземін, фенобарбітал, фенітоїн.
2. У рекомендаціях описується стратегія переходу між прийомом варфарину і новими пероральними антикоагулянтами. Зазвичай при переході з прийому варфарину на новий пер-



- оральний антикоагулянт останній призначають після того, як МНО становить $\leq 2,0$ – $2,5$. При переході з нового перорального антикоагулянта на варфарин слід оцінити рівень МНО перед призначенням препарату та через 24 години після його останнього прийому. При цьому в перший місяць прийому варфарину рекомендується жорсткий контроль МНО.
- Щодо періпроцедурної антикоагуляції застосування НМГ з метою «bridge»-терапії не рекомендується. Час призначення останньої дози нового перорального антикоагулянта перед процедурою залежить від стану функції нирок пацієнта і ризику кровотечі, пов'язаного з втручанням. Зазвичай прийом нових пероральних антикоагулянтів слід припинити за 24–96 годин до операції.
 - У пацієнтів з кровотечею, асоційованою з прийомом нових пероральних антикоагулянтів, в більшості випадків достатньо консервативної стратегії ведення. При виникненні масивної або загрозливої для життя кровотечі у пацієнтів, які приймають дабігатран, обґрунтованим є призначення 5 мг ідаруцизумабу внутрішньовенно. При прийомі інгібіторів Ха-фактора, поки аднексанет-альфа не буде схвалений і доступний, призначають концентрат протромбінового комплексу в дозі 50 ОД/кг.
 - У пацієнтів, яким запланована кардіоверсія, досить 3-тижневого прийому нового перорального антикоагулянта до процедури, при цьому проведення черезстраховідної ехокардіографії не потрібне. У пацієнтів з тривалістю пароксизму ФП до 48 годин рекомендується преконверсійне застосування НМГ і прийом нових пероральних антикоагулянтів протягом мінімум 4 місяців після відновлення синусового ритму.
 - Пацієнтам, які приймають новий пероральний антикоагулянт, яким належить проведення планового черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), рекомендується відміна прийому препарату мінімум за 24 години перед проведенням процедури. При надходженні пацієнта з гострим коронарним синдромом (ГКС) прийом перорального антикоагулянта скасовується. Після проведення ЧКВ і/або скасування парентеральної антикоагуляції прийом нового перорального антикоагулянта поновлюється в тій самій дозі, що й перед подією, в комбінації з одним або двома антитромбо-

цитарними препаратами. У даній категорії пацієнтів слід розглядати призначення інгібіторів протонної помпи.

- Після планового ЧКВ або ГКС пацієнтам з ФП рекомендується прийом потрібної терапії тривалістю 1 або 6 місяців при установці простих талюлінг-стентів відповідно. Надалі рекомендовано прийом антикоагулянта і аспірину або клопідогрелю терміном до 1 року. Більшість пацієнтів через рік після події можуть приймати лише антикоагулянт.
- Пацієнтам, які перенесли транзиторну ішемічну атаку або ішемічний інсульт, рекомендована ініціація або відновлення терапії новими пероральними антикоагулянтами через 1–12 днів після події залежно від тяжкості останнього. У пацієнтів із внутрішньочерепним крововиливом в разі можливості усунення причини або факторів ризику кровотечі відновлення терапії рекомендовано через 4–8 тижнів; в іншому випадку слід розглядати можливість проведення оклюзії вушка лівого передсердя.
- До призначення нових пероральних антикоагулянтів всім пацієнтам слід оцінювати ниркову функцію із застосуванням формули Кокрофта–Голта. Терапія даними препаратами не показана пацієнтам з тяжкою нирковою недостатністю (кліренс креатиніну менше 15 мл/хв або системний гемодіаліз). Моніторинг ниркової функції має проводитися з інтервалом, розрахованим за формулою: кліренс креатиніну / 10 (місяців).

Згідно з результатами нового дослідження у осіб від 65 років і старше за умови систематичного помірного фізичного навантаження знижується ризик серцево-судинної смерті та гострого коронарного синдрому. Дослідники оцінювали зв'язок між фізичною активністю і ризиком серцево-судинних захворювань та смерті шляхом аналізу даних опитуваних, а також результатів клінічних обстежень, які включають рівень артеріального тиску, ріст, масу тіла і лабораторних даних, в тому числі рівень холестерину.

Автори класифікували низьку фізичну активність як читання, перегляд телевізора і роботу по дому; помірну – піші прогулянки, їзда на велосипеді або легкі фізичні вправи; високу – спортивні ігри або інтенсивні фізичні тренування. Було виявлено, що помірні фізичні навантаження знижують ризик розвитку гострої серцево-судинної події на 30%, а серцево-судинної смерті – на 50%. Більш



На конгресі асистент кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, кандидат медичних наук Дмитро Беш представив постер на тему «Морфологічні особливості інтракоронарних тромбів у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з підйомом сегмента ST» (фото Г. Кияка)

високий рівень фізичних навантажень призводить до ще більшого зниження зазначених ризиків.

Дослідження **EROSION** показало, що у понад 25% пацієнтів з ГКС, при якому зазвичай проводиться ЧКВ зі стентуванням, можна не проводити дану процедуру, а обмежитися лише призначенням антитромботичної терапії.

В даному дослідженні 405 пацієнтів з ГКС, які поступали до відділення невідкладної допомоги та яких направляли на ангіографію коронарних судин, паралельно проводили оптичну когерентну томографію (ОКТ) з метою диференціації ерозії та розриву атеросклеротичної бляшки. Даним пацієнтам була призначена антитромботична терапія без проведення стентування – аспірин і тікагрелор. Додатково 63,6% даних пацієнтів отримували блокатор глікопротеїнових IIb/IIIa-рецепторів.

Через 1 місяць періоду спостереження 47 із 60 (78,3%) пацієнтів досягли кінцевої точки – більше ніж 50% зменшення розміру тромбу. У 22 пацієнтів тромб не візуалізувався взагалі.

За словами авторів, це дослідження вперше продемонструвало, що у пацієнтів з ГКС, викликаним ерозією атеросклеротичної бляшки, може мати перевагу неінвазивна стратегія із застосуванням антитромботичних препаратів.

За результатами нового дослідження **YEARS** розроблено новий алгоритм, який дозволяє просто і точно виключити наявність у пацієнта тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) без проведення КТ-ангіографії легеневих судин.

На відміну від інших алгоритмів діагностики, YEARS складається з аналізу одноразового вимірювання D-димеру, оцінки наявності клінічних ознак тромбозу глибоких вен (наприклад, набряку гомілок), кровохаркання, а також оцінки лікаря щодо того, що ТЕЛА є найбільш вірогідною патологією.

Автори перспективно оцінили застосування алгоритму у 3465 пацієнтів (середній вік – 53 роки), 88% яких обстежувалися на амбулаторному етапі. На підставі алгоритму ТЕЛА була виключена, а проведення КТ-ангіографії – скасовано у 1651 пацієнта, у яких або не було ознак за алгоритмом і рівень D-димеру був нижче 1000 нг/мл, або була одна або більше ознак, а рівень D-димеру становив менше 500 нг/мл. Всі інші пацієнти були направлені на проведення КТ-ангіографії.

Пацієнтам, у яких ТЕЛА була виключена, лікування не проводилося з подальшим періодом спостереження протягом 3 місяців. Пацієнти з діагностованою ТЕЛА отримували антикоагулянти. За словами авторів, перевага YEARS над наявними алгоритмами полягає в тому, що його застосування дозволяє на 14% знизити необхідність проведення КТ-ангіографії, що зменшує ризик потенційної шкоди, пов'язаної з випромінюванням, а також ймовірність гіпердіагностики.

За результатами дослідження **DANISH** профілактична імплантація кардіовертера-дефібрилятора (ІКД) у пацієнтів з симптомною систолічною серцевою недостатністю, не викликаною ІХС, і фракцією викиду (ФВ) $\leq 35\%$ не зумовлює достовірне зниження довгострокового ризику смерті від усіх причин порівняно зі стандартним лікуванням.

Автори включили в дослідження 1116 пацієнтів, 556 з яких було імплантовано ІКД, а 560 пацієнтам призначена медикаментозна терапія. В обох групах 58% пацієнтів був імплантований пристрій для ресинхронізаційної терапії. За результатами виявилось, що через 5,6 року періоду спостереження первинної кінцевої точки –

смерті від всіх причин – досягли 120 пацієнтів групи ІКД порівняно з 131 пацієнтом групи стандартної терапії. За словами авторів, було відзначено важливий зв'язок результатів за віком, який свідчить про те, що у більш молодих пацієнтів відзначається користь від імплантації ІКД. Так, в підгрупі пацієнтів молодше 59 років імплантація ІКД асоціювалася зі зниженням ризику смерті від усіх причин на 49%.

За результатами дослідження **NACIAM** виявилось, що внутрішньовенне введення N-ацетилцистеїну в комбінації з нітрогліцерином достовірно зменшує приблизно на третину розміри зони ураження міокарда у пацієнтів із ПМ з елевациєю сегмента ST, яким проводилося ЧКВ.

У дослідження було включено 112 пацієнтів з ПМ з елевациєю сегмента ST (середній вік – 64 роки), які надійшли в одну із трьох клінік Австралії протягом 12 годин від початку симптомів. Всім пацієнтам була призначена інфузія нітрогліцерину і висока доза N-ацетилцистеїну (15 г на добу) або плацебо. Досліджуваним через 1 тиждень і через 3 місяці після поступлення проводили МРТ серця. Виявилось, що в групі пацієнтів, які отримували N-ацетилцистеїн, порівняно з групою плацебо відзначався на 33% і 50% відповідно менший розмір інфаркту. Також була відзначена схожа, але не достовірна тенденція до зменшення рівня креатинфосфокінази.

Максимальна ефективність відзначалася у пацієнтів, яким комбінована терапія проводилася в ранній період – протягом 3 годин від моменту виникнення симптомів. Через 2 роки періоду спостереження комбінованої точки – повторна госпіталізація з кардіальних причин або смерть – досягли 3 пацієнта групи N-ацетилцистеїну та 16 пацієнтів групи плацебо.

Кінцеві точки безпеки – гіпотензія, кровотеча, контраст-індукована нефропатія – між групами не відрізнялися.

Продовження інфузії бівалірудином протягом кількох годин після завершення черезшкірного коронарного втручання не призводить до виникнення ішемічних проблем та кровотечі. Порівняння пролонгованого введення порівняно з припиненням після інфузії ЧКВ було останнім із завдань, що стояли в дослідженні **MATRIX**. Два інші стосувалися порівняння радіального і феморального підходів при ЧКВ (були виявлені достовірні переваги радіального підходу), а також антитромботичного препарату вибору гепарину або бівалірудину (обидва препарати продемонстрували однаковий вплив на досягнення первинної кінцевої точки).

Конгрес кардіологів – 2016 запам'ятається учасникам не лише розмахом заходу і технічними нововведеннями, а й представленими дослідженнями, які охоплюють різноманітні напрями кардіології – від безпосередніх методів лікування і діагностики, сучасних оперативних методик і презентацій нових рекомендацій до цікавих в практичному плані дискусій, оригінальних робіт і нестандартних підходів до вирішення рутинних питань.

Закриття конференції відвідав Папа Римський Франциск. У своїй промові він наголосив на значній ролі кардіологів у подовженні тривалості та підвищенні якості життя пацієнтів, а також благословив усіх учасників конгресу.

Наступний форум кардіологів відбудеться 26–30 серпня 2017 року у Барселоні (Іспанія).

Фото надані Д. Бешом та Г. Кияком. Також використані фото з сайту: <https://www.facebook.com/europeansocietyofcardiology/photos/>