

УДК 616.12+616.12-089

Актуальные вопросы кардиологии и кардиохирургии: мировые стандарты и украинский опыт

11 июня 2015 г. в Институте сердца МЗ Украины состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы кардиологии и кардиохирургии», в ходе которой сотрудники учреждения поделились опытом использования современных технологий в лечении разных категорий больных. Отдельная секция была посвящена медикаментозной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, острым коронарным синдромом и методам сердечно-сосудистой профилактики.

Генеральный директор ГУ «Институт сердца МЗ Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Борис Михайлович Тодуров сообщил о результатах применения современной методики декальцификации аортального клапана (АК) при его стенозе:

– Стеноз АК – постоянно прогрессирующее заболевание, характеризующееся утолщением и кальцификацией створок клапана, которые приводят к обструкции путей оттока крови из левого желудочка (ЛЖ), снижению сердечного выброса, развитию сердечной недостаточности (СН) и в ряде случаев – к внезапной сердечной смерти (ВСС). Около 50 % больных с кальцинирующим стенозом АК умирают в течение 2 лет после появления симптомов заболевания. Поскольку медикаментозная терапия стеноза АК не оказывает позитивного влияния на течение заболевания, золотым стандартом его лечения является хирургическая операция, которая заключается в замене клапана на механический или биологический протез.

Операции протезирования АК высокоэффективны, однако ассоциируются с большим количеством осложнений (кровотечения, тромбозы, тромбоэмболии, инфекционный эндокардит, необходимость в повторной операции), что особенно опасно для пациентов пожилого возраста. Для таких больных все большую актуальность приобретают методы хирургичес-

кого лечения, основанные на клапансохраняющей стратегии, которые сопряжены с меньшими послеоперационными рисками. Методом, позволяющим сохранить АК и восстановить подвижность его створок, является механическая декальцификация АК. Впервые этот метод был описан в 1952 г. Наркен и соавт., однако использовавшаяся ими технология ассоциировалась с высоким риском перфорации створки и высокой частотой рестенозов клапана.

Вторую жизнь метод механической декальцификации АК при его стенозе получил в 1972 г., когда А.Н. Brown и соавторы применили для обработки аортальных клапанов модифицированный ультразвуковой стоматологический инструмент. Эта методика позволила проводить более эффективную декальцификацию, снизить риск травматизации ткани и перфорации створок АК. Дальнейшее развитие метод ультразвуковой декальцификации АК получил в 1988 г., когда В.Р. Mindich и соавторами был накоплен успешный опыт его применения у большой группы пациентов. В дальнейшем отмечена достаточно высокая частота возникновения рестенозов АК и аортальной регургитации на протяжении двух лет после операции (24 и 37 % соответственно; D.M. Cosgrove и соавт.). В связи с этим подобные вмешательства рекомендовано выполнять больным пожилого возраста с ограниченной ожидаемой продолжительностью жизни.

В Институте сердца накоплен большой опыт применения ультразвуковой декальцификации при стенозе АК, который демонстрирует эффективность данного метода в восстановлении подвижности створок клапана и его безопасность у пациентов пожилого возраста.

За период 2014–2015 гг. в Институте сердца осуществлена ультразвуковая декальцификация АК у 53 больных пожилого возраста (63–80 лет); при этом не зарегистрировано не одного случая госпитальной летальности. У всех прооперированных отмечено улучшение подвижности створок АК, снижение систолического дав-

ления на АК (градиент давления уменьшился в среднем с 79,5 до 23,7 мм рт. ст.), уменьшение степени кальциноза, увеличение площади аортального отверстия, повышение индекса AVA.

Опыт, полученный специалистами Института, свидетельствует о перспективности метода ультразвуковой декальцификации АК и позволяет надеяться на его распространение в Украине и улучшение результатов лечения кальцинирующего стеноза АК у пациентов пожилого возраста.

Заведующий отделением рентгенэндоваскулярной хирургии и ангиографии Института сердца МЗ Украины Андрей Валериевич Хохлов рассказал об опыте интервенционного лечения гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выходного тракта ЛЖ.

– ГКМП наследуется как аутосомно-доминантное заболевание с частотой 50 % и встречается у 0,5 % больных, направляемых на эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). У взрослых ГКМП диагностируется как утолщение стенки ЛЖ более чем 15 мм в одном или нескольких сегментах при обследовании любым методом (ЭхоКГ, магнитно-резонансная визуализация, компьютерная томография). Дифференциальную диагностику проводят с аортальным стенозом, рестриктивной ГКМП, болезнью Фабри.

Первым клиническим симптомом ГКМП у детей, подростков, молодых спортсменов нередко является ВСС во время или после физической нагрузки – ее ежегодный риск при этом заболевании составляет 3 %.

К факторам риска ВСС при ГКМП относятся: возраст до 30 лет, неблагоприятный семейный анамнез (случаи ВСС у близких родственников), стойкая желудочковая или суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, обмороки в молодом возрасте, брадиаритмия. Пациенты с ГКМП старшего возраста имеют меньший риск ВСС.

Симптоматическое лечение ГКМП направлено на уменьшение диастолической дисфункции, гипердинамической функции ЛЖ и устранение нарушений ритма сердца с помощью антагонистов кальция (верапамил), β -адреноблокаторов и антиаритмических препаратов (амиодарон, соталол).

У значительного количества больных ГКМП (с выраженной асимметричной гипертрофией межжелудочковой перегородки и субаортальным градиентом давления в покое ≥ 50 мм рт. ст.) медикаментозная терапия не позволяет эффективно контролировать симптоматику заболевания, в связи с чем может быть реко-

мендовано хирургическое лечение. Классическая методика – хирургическая миомэктомия – включает иссечение зоны гипертрофированной межжелудочковой перегородки. Эта методика обеспечивает хороший симптоматический эффект, однако не у всех пациентов возможно ее применение в силу пожилого возраста, наличия сопутствующей патологии или ранее перенесенных операций на сердце.

Альтернативой хирургической миомэктомии является новая технология – транскатетерная алкогольная септальная абляция (ТКАСА) – малоинвазивная процедура, которая выполняется без общей анестезии и искусственного кровообращения и потому сопряжена с меньшими рисками. Эффект этой процедуры по длительности сопоставим с таковым миомэктомии, однако продолжительные исследования не проводили. К настоящему времени в мире выполнено около 5 тыс. этих процедур. ТКАСА может быть методом выбора лечения ГКМП у следующих категорий больных: 1) пациенты, относящиеся к III или IV функциональному классу (ФК) по NYHA, у которых на фоне медикаментозной терапии сохраняется градиент давления > 30 мм рт. ст. в состоянии покоя или 60 мм рт. ст. при нагрузках; пациенты, относящиеся ко II ФК по NYHA, у которых на фоне медикаментозной терапии сохраняется градиент давления 50 мм рт. ст. в покое или 100 мм рт. ст. при нагрузках; 3) пациенты, которым ранее была выполнена миомэктомия или электрокардиостимуляция.

Процедура ТКАСА характеризуется высокой эффективностью, низкой травматичностью и коротким госпитальным периодом. В Институте сердца МЗ Украины накоплен опыт выполнения ТКАСА у 42 больных. При этом в двух случаях ТКАСА выполняли дважды с интервалом 4 и 6 дней из-за высокого остаточного градиента после первой процедуры. Результаты наблюдения за пациентами в течение 2 лет после проведения ТКАСА позволяют сделать вывод, что данная процедура приводит к значимому уменьшению выраженности обструкции выходного тракта и митральной недостаточности, объективной и субъективной симптоматики ГКМП. Таким образом, ГКМП является курабельной патологией, в лечении которой может быть эффективна как медикаментозная терапия (до определенного момента), так и хирургические или эндоваскулярные методы коррекции.

Заведующий отделением интенсивной терапии, искусственного кровообращения и экстракорпоральных методов лечения Института

сердца МЗ Украины, кандидат медицинских наук Александр Николаевич Дружина рассказал в своем докладе о перспективах применения экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО):

– ЭКМО – процедура экстракорпорального жизнеобеспечения с помощью инвазивного метода насыщения крови кислородом (оксигенации), которая используется у больных с остро развившейся и потенциально обратимой кардиальной, респираторной или кардиореспираторной недостаточностью, не отвечающих на стандартную терапию. На сегодняшний день ЭКМО является наиболее эффективным методом искусственного жизнеобеспечения, который значительно расширяет возможности лечения пациентов при острых состояниях в кардиологии, например, при остром коронарном синдроме (ОКС) с кардиогенным шоком, и дает возможность перейти к вмешательству на коронарных артериях. ЭКМО, используемая в комплексе сердечно-легочной реанимации, позволяет спасти до 50–75 % больных с рефрактерным кардиогенным шоком и улучшить результаты лечения ОКС. Кроме того, ЭКМО используется при проведении открытых операций на сердце совместно с аппаратом искусственного кровообращения. В отличие от стандартного искусственного кровообращения, ЭКМО может осуществляться путем катетеризации сосудов шеи, которая может быть выполнена под местной анестезией. ЭКМО используется для долгосрочной поддержки (3–10 дней), предоставляя время для восстановления функции легких или сердца.

ЭКМО-центр, который был создан на базе Института сердца МЗ Украины в 2011 г., стал первым в Восточной Европе. За период с 2010 по 2015 г. метод ЭКМО применен у 66 пациентов с острыми состояниями (среди них – 10 детей), 42 из которых выжили.

Накопленный опыт выполнения ЭКМО, в том числе при ОКС, свидетельствует о том, что неотложное коронарное стентирование с поддержкой ЭКМО является эффективным методом лечения острого инфаркта миокарда (ИМ), осложненного тяжелым кардиогенным шоком, позволяет проводить реваскуляризацию миокарда у практически безнадежных больных.

«Лечение дилатационной кардиомиопатии. Опыт Института сердца» – так назывался доклад **заведующего отделением патологии миокарда и трансплантации органов и тканей человека Института сердца МЗ Украины, кандидата медицинских наук Гавриила Игоревича Ковтуна.**

– Кардиомиопатия – заболевание сердца неясной этиологии, в основе которого лежит первичное генерализованное невоспалительное поражение мышцы сердца, не связанное с гипертонией, поражением клапанов, перикарда, коронарных артерий. Основными симптомами кардиомиопатии являются кардиомегалии и СН. В 40–60 % случаев у этих больных выявляют пароксизмальную желудочковую тахикардию, а в 30 % случаев регистрируют постоянную форму фибрилляции предсердий. Лечение пациентов с кардиомиопатиями позволяет достичь стойкой ремиссии только в 5–10 % случаев, а ВСС наступает у каждого второго больного (ВОЗ, 1985).

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – наиболее распространенная форма заболевания, имеющая неблагоприятное течение и прогноз, является одной из главных причин развития тяжелой СН и показанием к трансплантации сердца. Повышенный интерес отечественных и зарубежных исследователей к изучению ДКМП обусловлен увеличением количества пациентов с этой патологией за счет истинного увеличения числа больных и усовершенствования методов диагностики этого заболевания. Как правило, ДКМП диагностируют поздно, при развитии выраженной недостаточности кровообращения, тромбоэмболических осложнений, фатальных аритмий. До последнего времени эффективных методов лечения ДКМП не существовало (за исключением трансплантации сердца), поэтому особый интерес представляют результаты комплексной терапии, проводящейся с использованием метода гемоиммунопреципитации. Основанием для включения этого метода в схему терапии ДКМП стала доминирующая в настоящее время вирусно-иммунологическая теория патогенеза ДКМП, а также результаты исследований, которые показали, что в крови пациентов с ДКМП обнаруживают повышенные титры антител к мускариновым β_1 -адренорецепторам, которые в миокарде имеют как стимулирующее, так и трофическое значение. Процедуры гемоиммунопреципитации проводятся с применением ДНК-содержащего гемосорбента, имеющего выраженное сродство к иммуноглобулину человека, интерлейкинам, провоспалительным цитокинам и фактору некроза опухоли α .

В Институте сердца МЗ Украины метод гемоиммунопреципитации использован в комплексном лечении 73 пациентов с ДКМП – мужчин в возрасте в среднем ($30,0 \pm 8,5$) года. Все больные имели IV ФК по NYHA, у всех регистрировали нарушения ритма – желудочковые и предсердные экстрасистолы. У большинства пациентов

заболевание протекало тяжело – с одышкой в покое (89 %), слабостью (100 %), отеками 87 %), тахикардией (94 %), кардиалгиями (35 %). У всех больных по окончании курса процедур на протяжении нескольких дней отмечали улучшение общего самочувствия, исчезновение одышки, отеков, повышение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение качества жизни, что свидетельствовало об улучшении функционального состояния не менее чем на один класс по классификации NYHA. У пациентов на момент выписки на ЭКГ регистрировали синусовый ритм, уменьшение количества желудочковых экстрасистол, отмечали положительную ЭхоКГ-картину: увеличение фракции выброса ЛЖ, уменьшение конечнодиастолического и конечносистолического объема.

Таким образом, комплексное патофизиологическое лечение ДКМП, включающее не только медикаментозную коррекцию гемодинамики, но и устранение патологических факторов и механизмов заболевания, является предпочтительным на современном этапе понимания этой проблемы. Значительное улучшение результатов лечения ДКМП с использованием метода гемоиммунопреципитации имеет не только важное клиническое значение, но и свидетельствует о возможности уменьшения экономической составляющей терапии этого заболевания.

Патогенетическое лечение подагры – снижение сердечно-сосудистого риска

Как распознать пациентов с высоким риском развития подагры и какую терапию назначить в качестве профилактики? Как вести больных с уже развившейся подагрой в межприступный период для обеспечения стойкой ремиссии? Об этом рассказала в своем докладе **главный научный сотрудник отдела некоронарных болезней сердца и ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Елена Геннадиевна Несукай.**

– Подагру, как и многие другие заболевания, можно предупредить, если врач своевременно обратит внимание на наличие факторов риска, назначит обследование и даст рекомендации, направленные на устранение или ослабление воздействия этих факторов. К немодифицируемым факторам риска развития подагры относятся мужской пол, генетическая предрасположенность, наличие хронической болезни почек. Модифицируемые факторы риска подагры – повышенный уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (гиперурикемия), высокопуриновая диета, потребление алкоголя (особенно

пива), ожирение, прием определенных препаратов (диуретиков), задерживающих выведение из организма МК. Соответственно типичный пациент с подагрой или высоким риском ее развития – это мужчина с ожирением, нерационально питающийся (преобладание мясных продуктов в рационе) и регулярно употребляющий спиртные напитки, например 1 бутылку пива в день. Особенное внимание сегодня привлекает такой фактор, как гиперурикемия (уровень сывороточной МК > 360 мкмоль/л или > 6 мг/дл). МК является конечным продуктом обмена пуринов, и ее метаболизм происходит с участием фермента ксантиноксидазы, которая участвует в превращении гипоксантина в ксантин и ксантина в ураты. МК имеет большое значение для организма: она является мощным стимулятором центральной нервной системы, взаимодействует со свободными радикалами и обладает антиоксидантными свойствами. Однако накопление МК в организме и стойкое повышение ее уровня в сыворотке крови имеют крайне негативные последствия. Накопление МК может быть связано с наследственным изменением активности ферментов метаболизма пуринов, высоким содержанием пуринов в пище, интенсивными тренировками, гибелью клеток при онкологических заболеваниях и химиотерапии. Еще один путь возникновения гиперурикемии – снижение элиминации МК почками вследствие ухудшения почечной функции и нарушения клиренса уратов. При накоплении солей МК и превышении порога растворимости в плазме (около 400 мкмоль/л) они кристаллизуются в периферических зонах с пониженной температурой, например, в мелких суставах стоп и пальцев ног. Поэтому первым признаком подагры часто является интенсивная ночная боль в больших пальцах ног. На начальных стадиях заболевания приступ проходит без какого-либо лечения, однако это лишь первый мучительный эпизод в дальнейшей истории заболевания, которая неизбежно будет иметь продолжение. При этом, чем более выражена гиперурикемия, тем хуже течение подагры и тем выше частота возникновения болевых приступов.

Гиперурикемия является не только важным фактором риска и сильным диагностическим критерием подагры, но и частью сердечно-сосудистого (СС) континуума. У пациентов с гиперурикемией с большой долей вероятности можно выявить артериальную гипертензию (АГ), признаки нарушения почечной функции, сосудистые заболевания, повышенный уровень маркеров воспаления и другие факторы СС-риска.

В исследованиях, проведенных в рамках программы NHANES (оценка состояния здоро-

вья и питания детей и взрослых в США), показано, что в популяции лиц с гиперурикемией широко распространены такие заболевания и состояния, как хроническая болезнь почек, ожирение, АГ. Установлено также, что частота встречаемости коморбидных состояний прямо коррелирует с уровнем МК. Более того, в одном из исследований NHANES отмечено, что повышенный уровень МК ассоциируется с увеличением риска СС-смерти как у пациентов с подагрой, так и без нее, причем у больных с подагрой уровень смертности возрастает более значимо, а наибольший риск СС-смерти отмечается у лиц с уровнем МК > 360 мкмоль/л.

Дальнейшее изучение связи гиперурикемии с СС-заболеваемостью позволило установить, что этот фактор оказывает как прямое (через гиперактивацию ренин-ангиотензиновой системы), так и не прямое (через снижение функции почек, возникновение гиперинсулинемии, оксидантного стресса и т. д.) влияние на риск развития АГ. В международных руководствах по ведению больных АГ рекомендовано определение у них уровня сывороточной МК. В консенсусном руководстве Американской ассоциации сердца (АНА) и Американской коллегии кардиологов (ACC) 2011 г. по лечению АГ у пожилых пациентов указывается на то, что подагра является независимым фактором СС-прогноза у больных АГ пожилого возраста.

В научных работах показано также влияние гиперурикемии на развитие и течение атеросклероза. Согласно данным литературы, гиперурикемия приводит к развитию субклинического атеросклероза у лиц молодого возраста (Е. Krishnan, 2001). У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) повышение уровня МК на 59,5 мкмоль/л (1 мг/дл) приводит к увеличению уровня смертности на 26 %. Связь гиперурикемии со смертностью от ИБС подтверждена в метаанализе, включившем 26 клинических исследований, а в работе J.-G. Wang и соавторов (2001) продемонстрировано, что повышение уровня МК на 50 мкмоль/л от исходного увеличивает риск смерти от СС-заболеваний на 14 % и от инсультов на 34 %. Связь гиперурикемии с СС-смертностью подтвердили и результаты метаанализа 26 клинических исследований. В целом увеличение СС-риска при гиперурикемии сопоставимо с таковым при повышении систолического артериального давления на 10–12 мм рт. ст. Таким образом, гиперурикемия как фактор риска развития СС-заболеваний по своей значимости не уступает АГ, и накопленные на сегодня данные позволяют рассматривать ее как предиктор развития АГ, СН, ИМ и их неблаго-

приятных исходов, а также как фактор риска поражения органов-мишеней – сердца, мозга, почек и сосудов.

Жесткий контроль уровня МК в сыворотке крови способствует не только предупреждению или снижению частоты приступов подагры, но и уменьшению частоты связанных с гиперурикемией коморбидных состояний. Терапевтической целью при гиперурикемии является уровень МК < 360 мкмоль/л, при тяжелой подагре (тофусная форма, поражение ≥ 4 суставов) – < 300 мкмоль/л. Эти цели обозначены в рекомендациях Европейской противоревматической лиги (2014) и Американской коллегии ревматологии (2012).

Препаратами первой линии для снижения уровня МК являются ингибиторы ксантиноксидазы – аллопуринол и фебуксостат, которые назначают в качестве патогенетической терапии после проведения лечения острой стадии подагры. Применяемая в качестве поддерживающего лечения уратснижающая терапия при условии достижения целевых уровней МК способствует предупреждению последующих обострений подагры и ее отдаленных осложнений, а также быстрому уменьшению тофусов (W. Zhang, 2006).

Накопленные данные в области коррекции гиперурикемии и лечения подагры позволяют сделать следующие выводы.

- Гиперурикемия является независимым фактором риска СС-заболеваний, ассоциированным с развитием АГ, ИМ, поражением почек, метаболическим синдромом, сахарным диабетом.
- Определение уровня МК сыворотки следует рассматривать для рутинного скрининга пациентов с АГ (ESC, 2013).
- Постоянный контроль уровня МК и снижение его до значений < 360 мкмоль/л способствует уменьшению частоты приступов подагры, предупреждению отсроченных осложнений, уменьшению риска развития коморбидных состояний, связанных с гиперурикемией.
- Назначение ингибиторов ксантиноксидазы является важным аспектом лечения подагры и предупреждения развития ее осложнений.

Улучшение прогноза у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца

Вопросам диагностики и лечения стабильной ИБС был посвящен доклад **заведующего кафедрой функциональной диагностики Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины,**

Главного внештатного специалиста по функциональной диагностике МЗ Украины, доктора медицинских наук, профессора Олега Иосифовича Жаринова.

– Стабильная ИБС достаточно разнообразна с точки зрения механизмов возникновения ишемии (основным все же является стенозирующий стеноз коронарных артерий) и с точки зрения клинических проявлений. В целом же стабильная ИБС – это определенный этап между двумя периодами нестабильности заболевания, и врачам следует помнить об этом, назначая лечение таким больным. В рекомендациях Европейского общества кардиологов 2013 г. стратегия ведения пациентов со стабильной ИБС ориентирована на достижение двух задач – уменьшение симптомов стенокардии и предупреждение СС-осложнений, то есть улучшение прогноза. Коррекция факторов риска, в том числе с помощью усилий, направленных на повышение информированности пациентов, – важный аспект ведения таких больных. Что касается медикаментозной терапии, обладающей доказанной эффективностью в снижении риска СС-событий, то мы можем принципиально рассматривать назначение трех групп препаратов: антиагрегантов, статинов и при наличии показаний (сопутствующая АГ, фракция выброса ЛЖ $\leq 40\%$, сахарный диабет или хроническая почечная недостаточность) – блокаторов ренин-ангиотензиновой системы (РАС). Двойная анти-тромбоцитарная терапия (ДАТ) – важный компонент лечения пациентов с ИБС, и соотношение польза/риск при ее длительном применении определяется, прежде всего, степенью СС-риска. Чем больше оснований для опасений по поводу дестабилизации ИБС, тем более убедительной является необходимость длительного назначения ДАТ. Главным аргументом для добавления к схеме анти-тромбоцитарной терапии второго компонента (чаще всего – клопидогреля) является доказанное улучшение прогноза выживания у пациентов, перенесших острые формы ИБС. Так, в исследовании CURE добавление клопидогреля к ацетилсалициловой кислоте (АСК) при ОКС без подъема сегмента ST обеспечивало преимущества в снижении риска возникновения ишемических осложнений (смерти, ИМ или инсульта) уже в первые часы после развития события, которые сохранялись в течение всего периода приема ДАТ (12 мес). Снижение риска развития ишемических событий на фоне ДАТ с клопидогрелем в этом исследовании составило 20 % по сравнению со стандартной терапией ОКС без подъема сегмента ST. Улучшение прогноза по крайней мере в течение 1 года при проведении ДАТ с клопидогрелем было показано и в других клинических

рандомизированных исследованиях с участием пациентов с различными формами ОКС и разными стратегиями ведения. В настоящее время для больных с ОКС экспертами Европейского общества кардиологов (2014) рекомендовано добавление клопидогреля к АСК как можно раньше и проведение ДАТ на протяжении как минимум 12 мес, то есть в период, когда пациенты переходят в категорию стабильных больных, но существует высокий риск дестабилизации. Вопрос о возможности продления ДАТ у лиц с очень высоким риском ишемических осложнений особенно активно обсуждается в последнее время. Чаще всего такой вопрос возникает в отношении больных, перенесших ОКС и/или стентирование коронарных артерий. Для того чтобы получить на него ответ, было организовано исследование DAPT, включившее пациентов с имплантированными стентами, 43 % из которых перенесли ОКС. В нем изучали эффекты продленной до 30 мес ДАТ с использованием тиаенопиридина и АСК (в 65 % случаев использовали оригинальный клопидогрель – «Плавикс»). Как показали результаты исследования DAPT, продление ДАТ до 30 мес способствовало достоверному уменьшению риска развития тромбоза стентов (на 71 %), ИМ (на 53 %) и комбинированной конечной точки – смерть/ИМ/инсульт. Увеличение частоты умеренных кровотечений на фоне продленной ДАТ было ожидаемым, и это подчеркивает необходимость тщательного отбора больных для такой терапии. Очевидно, что у пациентов со стабильным течением ИБС наличие высокого риска ее дестабилизации и развития ишемических осложнений может служить основанием для продления ДАТ при условии низкого риска кровотечений.

Заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Вера Иосифовна Целуйко сделала акцент на важности сохранения приверженности к длительной ДАТ у пациентов с высоким риском СС-событий и рассмотрела пути ее повышения.

– Больные, перенесшие стентирование коронарных артерий, относятся к особой категории в связи с наличием высокого риска атеротромботических осложнений. Согласно рекомендациям ESC/EACTS 2014 г., таким пациентам ДАТ (АСК и ингибитор P2Y₁₂-рецепторов) должна быть назначена как можно раньше на длительный срок, и эти рекомендации имеют высший уровень доказательств. У больных с высоким риском регулярный и длительный прием антиагрегантов

означає можливість удешевлення прогнозу і збереження життя, тоді як відмова від цього виду терапії влечет збільшення ризику виникнення СС-осложнень і смерті.

Вопрос о возможном продлении ДАТ на срок более 12 мес у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, возник в связи с получением данных о сохранении высокого риска тромботических осложнений. Так, результаты реестра, в котором изучали исходы у больных с чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) на протяжении 2 лет после процедуры (Real World Paris Registry), показали, что частота СС-событий через 1 год и через 2 года после ЧКВ возрастает более чем в 2 раза – с 23 до 57 % (R. Mehran, 2011). В рамках этого реестра проанализировали также связь между приверженностью больных к ДАТ и частотой крупных СС-событий. Оказалось, что у пациентов с плохой приверженностью к лечению достоверно возрастала частота развития спонтанного ИМ, тромбозов стентов, потребности в реваскуляризации, больших кровотечений. Тем более важными являются результаты исследования DAPT, которые продемонстрировали возможности, связанные с продлением ДАТ до 30 мес у лиц, перенесших стентирование. Это исследование охватило 452 клинических центра из 11 стран и почти 10 000 больных с имплантированными металлическими стентами и стентами с лекарственным покрытием, с ОКС, стабильной и нестабильной стенокардией в анамнезе. Снижение риска развития наиболее частых осложнений у этих больных на фоне продленной ДАТ – ИМ, тромбозов стентов, смерти – свидетельствует о наличии неиспользованного потенциала в лечении пациентов с высоким и очень высоким риском. Однако возникает другой вопрос – как обеспечить приверженность таких больных к длительной ДАТ?

О том, что приверженность к приему антитромбоцитарных препаратов у многих пациентов с ОКС снижается вскоре после выписки из стационара, свидетельствуют результаты как зарубежных, так и украинских исследований. По данным украинского реестра STIMUL (С.В. Валуева, 2012), включившего более 1000 лиц с острым ИМ с зубцом Q, только 20 % больных принимают ДАТ с клопидогрелем через 6 мес после развития события, через 12 мес количество таких больных минимально. Результаты ретроспективного анализа реального приема клопидогреля пациентами с ОКС без подъема сегмента ST и медикаментозной стратегией ведения (более 16 000 участников) показали, что только 30 % из них продолжили

лечение клопидогрелем сразу после выписки из стационара, 2/3 больных прервали прием указанного препарата сразу после выписки. В последующем возобновили лечение клопидогрелем только 10,8 % пациентов, и почти в 40 % случаев это было обусловлено необходимостью проведения ЧКВ, выполненного в течение 23 дней после выписки у каждого 4-го больного, прекратившего прием клопидогреля. По нашим наблюдениям, сделанным в рамках небольшого исследования с включением пациентов, перенесших ИМ, только 5 % из них сохраняли приверженность к приему препаратов в течение 3 лет. Около 30 % больных были относительно привержены к назначенной терапии (принимали три группы препаратов, включая антиагреганты, но не всегда в адекватных дозах). Сравнение исходов через три года у пациентов, выполнявших назначения врачей, и у больных с плохой приверженностью (принимали ≤ 2 препаратов) показало, что у последних достоверно чаще развивался ИМ с необходимостью повторной госпитализации. Таким образом, низкая приверженность к приему жизненно важных препаратов – ведущая причина развития осложнений и смерти после выписки у больных с ОКС, и важной задачей врача, помимо назначения терапии, является обеспечение реального соблюдения рекомендаций пациентами. Как показали результаты исследования M. Brown, на приверженность больных к длительной медикаментозной терапии влияют несколько факторов, среди которых: наличие знаний о влиянии препаратов на течение заболевания и прогноз, способность к самоконтролю приема препаратов, влияние окружения и стоимость лечения. Очевидно, что на часть этих факторов врач может повлиять, к примеру, разъясняя больным, что отказ от приема препаратов сопряжен с ухудшением их состояния и может стоить им жизни. От настойчивости врача во многом зависит ответственное отношение пациента к соблюдению рекомендаций. По данным нашего исследования, ежемесячное напоминание по телефону больным с ИМ о важности приема назначенных препаратов обеспечивает более высокую приверженность к антитромбоцитарной терапии через 6 мес после выписки из стационара. Еще больший эффект обуславливает активное вмешательство – регулярное обследование пациентов с проведением ЭКГ-исследования, оценки уровня липидов, глюкозы крови и т. д. В целом у больных с постоянным активным контролем процесса лечения через 6 мес после выписки приверженность к приему препаратов

составляла 80 %, в группе контроля – 40 %. Но самое важное, что активный врачебный контроль и связанная с ним более высокая приверженность к терапии привели к достоверному снижению частоты развития суммарной конечной точки (нестабильная стенокардия/повторный ИМ, госпитализация по поводу стабильной стенокардии или СН, острые нарушения мозгового кровообращения, СС-смерть).

Таким образом, назначение ДАТ пациентам с высоким риском является сегодня стандартным подходом, и необходимость продления такой терапии после первого года лечения в ряде случаев становится все более очевидной. Приверженность пациентов к постоянной и длительной ДАТ – фактор, определяющий эффективность лечения и, следовательно, влияющий на прогноз больных.

Подготовила Наталья Очеретяная

Редакція журналу «Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія» щиро дякує газеті «Здоров'я України» та Наталії Очеретяній за сприяння у підготовці цього матеріалу.