

В. А. СКИБЧИК

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна/

Конгрес Європейського товариства кардіологів (2019) об'єднався із Всесвітнім конгресом з кардіології у Парижі

Уперше в історії конгрес Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology; ESC), 2019, об'єднався із Всесвітнім конгресом з кардіології (далі – Конгрес), який проходив з 31 серпня по 4 вересня на виставці Порт-де-Версаль у Парижі, Франція. Це була безпрецедентна подія об'єднання зусиль ESC і Всесвітньої федерації серця (WHF) у боротьбі з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), які, попри всі успіхи в їх лікуванні, залишаються вбивцею номер один у світі. Крім того, в Західній Європі вперше за останні 50 років з'явилася тривожна тенденція до зростання рівня передчасної серцево-судинної смертності.

Понад 31 000 лікарів зі 150 країн світу зібралися на 5 днів, щоб відвідати понад 500 експертних сесій та 400 доповідей, що охоплювали весь спектр серцево-судинних захворювань (ССЗ). На шести сесіях «Гарячої лінії» оприлюднено 28 масштабних досліджень, які одночасно були опубліковані on-line в 54 провідних світових медичних виданнях.

Безперечно, у майбутньому матимуть практичне застосування такі представлені на «Гарячих лініях» Конгресу дослідження:

- **DAPA-HF** – дослідження показало, що цукрознижувальний препарат **дапагліфлозин** (інгібітор ко-транспортера натрію-глюкози 2 (SGLT2)) зменшує смертність та госпіталізацію, а також покращує якість життя у пацієнтів із серцевою недостатністю (СН) та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) із цукровим діабетом (ЦД) та без нього. Найважливіший висновок дослідження **DAPA-HF – дапагліфлозин ефективний при лікуванні встановленої СН навіть у пацієнтів без ЦД!** Він справді лікує СН, а не просто є препаратом від ЦД! Клінічні наслідки його застосування потенційно величезні: мало препаратів забезпечували такі результати при СН, які продемонстрував дапагліфлозин у DAPA-HF;

- **COMPLETE** – перше міжнародне рандомізоване дослідження, яке показало, що повна реваскуляризація (стентування всіх уражених коронарних артерій: крім заблокованої артерії, яка спричинила інфаркт (відомої як артерія – винуватець), ще й додаткових звужених артерій (так званих, артерій – не винуватців), що постачають кров до серця) у пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ) і множинним ураженням коронарних артерій зменшує тяжкі серцево-судинні події, порівняно із проведенням черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) лише на артерії – винуватці. Переваги повної реваскуляризації спостерігали впродовж трива-



лого періоду, незалежно від того, чи було проведено ЧКВ ушкоджених коронарних артерій рано, під час первинної госпіталізації, чи незабаром після виписування з лікарні. Ці висновки, ймовірно, матимуть великий вплив на клінічну практику та запобігатимуть багатьом тисячам рецидивів ІМ у всьому світі щороку;

- **ISAR-REACT 5** – багатоцентрове рандомізоване клінічне дослідження, яке показало переваги прасургрелю над тикагрелором у зменшенні ішемічних явищ у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС), яким запланована інвазивна стратегія лікування (ЧКВ). Прасургрель значно краще знижував рівень смертності й захворюваності на ІМ або інсульт, порівняно з тикагрелором, без збільшення частоти великих кровотеч;

- **THEMIS-PCI** – дослідження, яке показало, що додавання антитромбоцитарного препарату тикагрелору до аспірину в низьких дозах знижує ішемічні події у пацієнтів з ЦД та попереднім ЧКВ. Отримані результати дозволяють припустити, що тривала терапія тикагрелором у комбінації з аспірином може бути призначена пацієнтам з ЦД та ЧКВ в анамнезі, які добре переносять антитромбоцитарну терапію, мають високий ішемічний ризик та низький ризик кровотечі;

- **PARAGON-HF** – дослідження, в якому вивчалася ефективність комбінованого препарату, що поєднує інгібітор неприлізину сакубітрин та блокатор ангіотензинових рецепторів валсартан, у лікуванні пацієнтів з **СН із збереженою ФВ ЛШ**. Сакубітрин / валсартан виявився неефективним у цієї групи пацієнтів щодо досягнення при лікуванні первинної кінцевої точки: зменшення загальної госпіталізації та серцево-судинної смертності. Проте у певних підгрупах, зокрема у жінок та у пацієнтів зі зниженою ФВ ЛШ (нижче 45 %) він виявив очікуваний ефект;

• **програма заміни солі у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, здійснена в Перу**, – рандомізоване дослідження, в якому було показано, що за допомогою таких простих засобів, як заміщення солі на її замінник, що містить 75 % натрію та 25 % калію, можна знизити артеріальний тиск і серцево-судинний ризик (зменшити кількість нових випадків гіпертензії);

СНАТ-DM – рандомізоване дослідження ефективності недорогої програми мотиваційних текстових повідомлень (SMS) в покращенні контролю рівня цукру в крові пацієнтів з ЦД та ішемічною хворобою серця (ІХС).

Найбільше вразило те, що на Конгресі було прийнято і одночасно опубліковано п'ять Рекомендацій ESC, важливих з погляду практичної медицини, зокрема такі:

1. «**Гостра легенева тромбоемболія**» (2019);
2. «**Хронічний коронарний синдром**» (2019);
3. «**Діабет, предіабет і серцево-судинні захворювання**» (2019);
4. «**Дисліпідемії**» (2019);
5. «**Суправентрикулярна тахікардія**» (2019).

Нові Рекомендації ESC, порівняно з попередніми, стали більш стислими, конкретними і практичними. Відбулись деякі зміни у діаграмі шкали ризику SCORE: вік був збільшений з 65 до 70 років, видалений холестериновий ряд 8 ммоль/л. Проте деяких рекомендованих цільових рівнів на практиці буде досягти складно, наприклад, рівня ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) <1,4 ммоль/л (за попередніми Рекомендаціями ESC <1,8 ммоль/л) у пацієнтів з сімейною гіперхолестеринемією (СХ), атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями (АС СС3), ЦД з дуже високим ризиком СС3.

Револьюційні зміни, на мій погляд, були внесені в Рекомендації ESC з діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань (2019): уперше запропоновано при ЦД виділяти три категорії кардіоваскулярного ризику (дуже високий, високий та помірний); **метформін уже не розглядають як препарат першої лінії для всіх хворих на ЦД 2**, а лише для пацієнтів з надмірною вагою, що хворіють на ЦД 2 без СС3 і з помірним ризиком СС3! Лікування ЦД із СС3 або з дуже високим/високим ризиком СС3 слід розпочинати з двох груп лікарських засобів: інгібіторів натрійзалежного ко-транспортера глюкози 2 типу та агоністів рецептора глюкагоноподібного пептиду-1.

ESC опублікувало перші рекомендації, в яких вжито новий термін – «хронічний коронарний синдром». Тобто, в нових Клінічних керівництвах відмовилися від терміну «стабільна ішемічна хвороба серця» і перейшли до визначення «хронічний коронарний синдром». Пропонується поділяти хвороби коронарних артерій на дві групи – гострий коронарний синдром та хронічний коронарний синдром. Надзвичайно важлива зміна в цих рекомендаціях – уперше запропоновано додавати до аспірину другий антитромботичний препарат (наприклад, ривароксабан у вазопротекторній дозі 2,5 мг 2 рази/добу) для тривалої вторинної профілактики у пацієнтів з високим ризиком ішемічних подій без високого ризику кривотеч.

Детальний огляд вищезгаданих клінічних досліджень та нових Рекомендацій ESC читайте у наступному номері журналу