

Неотложная кардиология: реальность и перспективы (по материалам научно-практической конференции)

Алина Бабушкина,
фото Сергея Бека

28–29 мая состоялась научно-практическая конференция «Неотложная кардиология — 2010». Организаторами мероприятия выступили МЗ Украины, НАМН Украины, ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, Рабочая группа по неотложной кардиологии Ассоциации кардиологов Украины. На конференции рассматривались: вопросы неотложных состояний у больных с повышенным артериальным давлением (АД), нарушениями ритма сердца; тромбозы и эмболии в неотложной кардиологии; индивидуализация терапии больных с острой сердечной недостаточностью (СН); тактика ведения больного с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST; оптимизация ведения больного с ОКС с подъемом сегмента ST; аспекты нарушения функции почек и эмоционально-депрессивные расстройства у больных с неотложными кардиологическими состояниями. Учитывая актуальность проблематики на современном этапе, докладчики представили аудитории обновления зарубежных и отечественных рекомендаций по данным темам. Проводилось обсуждение практических вопросов, разбор клинических случаев, вероятных диагнозов, тактики лечения, научные дискуссии.

Академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, ректор Днепровской государственной медицинской академии **Георгий Дзяк** в своем докладе подчеркнул неоспоримость роли артериальной гипертензии (АГ) в риске развития сердечно-сосудистых осложнений. Он также отметил, что связанная с АГ смертность обусловлена плохой выявляемостью

казано негативное влияние нейрогуморальных сдвигов, возникающих при эндогенной депрессии, на состояние сердечно-сосудистой системы), обратив внимание присутствующих на то, что, по данным разных авторов, влияние депрессии почти в 4 раза повышает риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и в 2,5–6 раз — риск смерти, связанной с ИМ; а риск смерти, связан-

ная симптоматика. При рассмотрении клинического случая тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) докладчик представил алгоритм обследования при подозрении на ТЭЛА; методы диагностики ТЭЛА и их преимущества, подробно остановившись на роли маркера тромбообразования — D-димера, отметив, что в настоящее время золотым стандартом диагностики



Г. Дзяк



О. Иркин



Я. Лутай



В. Шумаков

и недостаточным контролем и что гипертензивный криз является маркером качества назначенной врачом терапии и выполнения врачебных рекомендаций пациентом. Докладчик напомнил аудитории, что врачебная тактика при возникновении гипертензивного криза зависит не столько от уровня АД, а определяется возникающими осложнениями. Не менее важна терапия на постгоспитальном этапе.

Олег Иркин, доктор медицинских наук, отдел реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, представил слушателям лекцию о проблеме эндогенной депрессии в неотложной кардиологии (до-

ной с СН, при сопутствующей депрессии повышается в 8 раз.

Ярослав Лутай, кандидат медицинских наук, ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, рассмотрел клинический случай гипертензивного криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, у пациента с диффузной гиперплазией надпочечников. Докладчик сделал акцент на необходимости проведения у пациентов с гипертензивным кризом дальнейшего обследования с целью выявления поражений других органов-мишеней; он также подчеркнул, что у 17–20% пациентов с гипертензивным кризом отмечается полиорган-

данного заболевания остается ангиография.

Валентин Шумаков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом инфаркта миокарда и восстановительного лечения ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, подчеркнул важность пристального внимания к больным нестабильной стенокардией не только в период обострения ишемической болезни сердца, но и при дальнейшем наблюдении и лечении. Докладчик также представил аудитории алгоритм лечения больных ОКС без подъема сегмента ST, освещенный в рекомендациях Европейского кардиологического

общества (European Society of Cardiology — ESC) 2007 г., отметив, что всем больным со средним и высоким риском рекомендуется ранняя коронарография с последующей реваскуляризацией. В. Шумаков напомнил слушателям о разработанной ESC модели риска ОКС (GRACE ASC risk model), сделав акцент, что определение риска алгоритмизирует тактику лечения.

Олег Сычев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом аритмий сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, рассказал слушателям о стратификации риска желудочковых аритмий и их предотвращении, напомнив, что желудочковые аритмии являются фактором риска внезапной смерти. Докладчик осветил роль оценки вариабельности сердечного ритма, нагрузочного тестирования с целью диагностики нарушений ритма сердца, отметив, что, к сожалению, определение барорефлекторной чувствительности в нашей стране недостаточно распространено. Также он остановился на вопросах первичной и вторичной профилактики внезапной коронарной смерти у больных, перенесших ИМ с/без СН.

Сергей Кожухов, кандидат медицинских наук, отдел реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, представил слушателям аспекты современной медикаментозной терапии больных СН, критерии оценки острой деком-

пенсированной СН, отметив, что анемия регистрируется в 10–20% случаев СН, при этом результаты исследования RENAISSANCE убедительно доказали роль снижения уровня гемоглобина в снижении выживаемости пациентов с СН. Он также обратил внимание аудитории на проблему соматизированных психических расстройств.

Василий Нетьяженко, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, декан медицинского факультета № 2, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, президент Ассоциации врачей-интернистов, заслуженный деятель науки и техники Украины, осветил аспекты антитромбоцитарной терапии ОКС согласно рекомендациям ESC 2007 г., остановившись на длительности применения антитромбоцитарных препаратов, проблеме аспиринорезистентности, перспективах ее диагностики у каждого пациента, а также индивидуального подбора препаратов и их комбинаций с целью профилактики инсультов и инфарктов на фоне тромбообразования. В. Нетьяженко представил международные рекомендации в отношении стратегии реперфузии у больных с ОКС с повышением сегмента ST, а также разработанную Американской кардиологической ассоциацией (American Heart Association) стандартную схему действий пациента с подозрением на ОКС и тактики врача. В лекции, посвященной ТЭЛА, докладчик

подчеркнул необходимость применения у пациентов после перенесенного острого ИМ антиагрегантов, блокаторов β -адренергических рецепторов и статинов. Также докладчик затронул тему недостаточного выполнения в нашей стране ТЛТ и перкутанных коронарных вмешательств (ПКВ) вследствие их низкой доступности.

Борис Тодуров, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач Украины, директор Киевского городского центра сердца, прочитал лекцию о лечении острых и хронических ТЭЛА, обратив внимание слушателей, что тромболизис является золотым стандартом в тех случаях, когда к нему нет противопоказаний. Остановившись на информативности и выборе методов диагностики, Б. Тодуров подчеркнул, что, к сожалению, ТЭЛА диагностируется слишком поздно. Также докладчиком была освещена роль катетер-фильтров в профилактике рецидивирования венозного тромбоэмболизма.

Алгоритм неотложной помощи при фибрилляции предсердий и аспекты терапии пароксизма фибрилляции предсердий были представлены доктором медицинских наук, профессором кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика **Олегом Жариновым**.

Екатерина Амосова, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренней медицины № 2 Национального



В. Ташук



В. Нетьяженко



Б. Голобородько



А. Пархоменко

пенсированной СН, вопросы предупреждения летальности, шкалу риска СН.

В лекции, посвященной СН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины, физической реабилитации и спортивной медицины Буковинского государственного медицинского университета **Виктор Ташук** представил современную тактику диагностики и лечения острой СН, перспективы медикаментозной терапии СН, осветил проблему назначения статинов, «агрессивного» контроля АД, позволяющего снизить риск возникновения новых случаев на 50%. Докладчик коснулся вопросов сопутствующей патологии при острой

осветил вопросы проведения оценки клинической вероятности ТЭЛА и дальнейшей тактики врача, представил стандартные схемы тромболитической терапии (ТЛТ), рассмотрел ошибки и необоснованные назначения препаратов у больных с ТЭЛА, вопросы профилактики.

Борис Голобородько, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача Одесской городской клинической больницы № 3 по кардиологии, представил клинический случай внезапной смерти в результате повторного ИМ большого с АГ через 1 мес после самостоятельной отмены пациентом назначенной терапии,

медицинского университета им. А.А. Богомольца, заслуженный деятель науки и техники Украины, представила аудитории комментарии в отношении тромболитической терапии при ОКС с подъемом сегмента ST. Е. Амосова подчеркнула, что фактор времени имеет ключевое значение и определяет реперфузию миокарда на уровне тканей (отсрочка реперфузии на 30 мин от момента госпитализации приводит к 3% летальности, отсрочка же на 180 мин повышает летальность до более чем 8%). Также следует отметить, что первичное ПКВ является методом выбора и более эффективно, обеспечивая более низкую летальность. При времени ишемии до 2 ч

30-дневная летальность при обоих методах реперфузии одинакова, однако если время ишемии свыше 4 ч — неоспоримо преимущество первичной ПКВ над ТЛТ.

Александр Пархоменко, профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, подчеркнул необходимость мониторинга динамики функции почек при терапии ОКС (ухудшение функции почек в течение 2 нед после ИМ является четким предиктором 3-годовой летальности, связанной с СН или повторным ИМ).

Докладчик напомнил аудитории о тесной зависимости между объемом пораженного инфарктом миокарда и развитием СН, возникновением нарушений сердечного ритма. Для предупреждения осложнений ОКС необходимо уменьшение прогрессирующего повреждения кардиомиоцитов и расстройства метаболизма, возникающего при ишемии миокарда. С первых часов развития острого ИМ вследствие ишемии и гибели функционирующего миокарда возникают регионарные нарушения сократительной способности миокарда и чрезмерное напряжение стенки левого желудочка. В результате возросшей нагрузки на миокард происходят перерастяжение, истончение некротизированных и ишемизированных участков, изменение формы и увеличение объема левого желудочка. Даже при ранней реканализации (фармакологической, механической) инфаркт-

Над созданием препарата работала группа украинских специалистов: сотрудники Института физиологии им. А.А. Богомольца (академик НАН Украины А.А. Мойбенко), Института фармакологии и токсикологии НАМН Украины (профессор Н.А. Мохорт), Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (профессор Н.П. Максютин), ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (профессор А.Н. Пархоменко) и Днепропетровской государственной медицинской академии (профессор Е.А. Коваль). Первые клинические исследования КОРВИТИНА у больных с острым ИМ были начаты в 1993 г. в отделе реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины под руководством А. Пархоменко. Препарат производится ЗАО НПЦ «Борщаговский химико-фармацевтический завод» и с 2004 г. реализуется в аптечной сети Украины. На настоящий момент терапию КОРВИТИНОМ получили свыше 100 тыс. больных в 9 странах мира.

Наиболее важными свойствами КОРВИТИНА являются мощное антиоксидантное действие, торможение активности ряда мембраносвязанных ферментов (особенно липоксигеназ), модуляция уровня оксида азота в поврежденных тканях и крови, а также снижение активности полиморфноядерных нейтрофилов и макрофагов крови. КОРВИТИН® стойко снижает уровень лейкотриена C₄ и может стабилизировать

лексную терапию острого ИМ в 1-е сутки заболевания ведет к уменьшению количества случаев рецидива ангинозной боли, снижению частоты использования наркотических анальгетиков, предотвращению развития атриовентрикулярных блокад. Применение КОРВИТИНА также способствует улучшению функции почек у пациентов с острым ИМ и скоростью клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м².

КОРВИТИН® в комбинации с современными стандартами реперфузионной терапии улучшает течение реперфузионного синдрома с восстановлением не только эпикардального кровотока, но и микроциркуляции на тканевом уровне.

КОРВИТИН® также нормализует церебральную гемодинамику при ишемических поражениях, уменьшает коэффициент асимметрии мозгового кровотока при ишемическом инсульте. Терапия КОРВИТИНОМ больных с острым среднетяжелым и тяжелым ишемическим инсультом в течение первых 12 ч после развития симптомов достоверно повышает вероятность полного восстановления неврологических функций в течение 3 мес от начала наблюдения.

Важный аспект применения любого препарата — его безопасность и переносимость. При внутривенном введении КОРВИТИН® хорошо переносится. Применение КОРВИТИНА на фоне стандартной терапии (в том числе при применении ТЛТ) незначительно снижает АД



зависимой коронарной артерии отдаленные результаты лечения не всегда оправдывают ожидания, поскольку при восстановлении проходимости часто развивается реперфузионное повреждение миокарда. Поэтому сегодня особое внимание направлено на разработку методов метаболической коррекции состояний, обусловленных ишемией/реперфузией, в частности методы миокардиальной цитопротекции.

Отечественный кардиопротектор нового поколения КОРВИТИН® — первый в мире водорастворимый ингибитор каталитических ферментов и липоксигеназы на основе биофлавоноида кверцетина, пригодный для внутривенного введения.

мембраны кардиомиоцитов вследствие ингибирования процессов перекисного окисления липидов.

Применение КОРВИТИНА способствует уменьшению времени формирования зоны некроза и предупреждению дальнейшего повреждения жизнеспособных кардиомиоцитов. КОРВИТИН® улучшает сократительные свойства миокарда в начальный период острого ИМ за счет сохранения его функциональной активности в условиях ишемии и реперфузии; предупреждает развитие ранней дилатации полости левого желудочка, способствует улучшению насосной функции сердца. Включение КОРВИТИНА в комп-

и не влияет на частоту сердечных сокращений.

В заключение А. Пархоменко поблагодарил присутствующих слушателей и докладчиков за активное участие в мероприятии, пожелав успешной и плодотворной работы. В свою очередь хочется отметить вклад организаторов и спонсоров конференции, одним из которых является ЗАО НПЦ «Борщаговский химико-фармацевтический завод», в повышение профессионального уровня отечественных специалистов благодаря информационной насыщенности программы и созданию превосходных условий для работы и обмена опытом.

□