

Справжніх професіоналів, золоті руки і великі серця об'єднав XVII Національний конгрес кардіологів України

21–23 вересня 2016 р. в Києві відбувся XVII Національний конгрес кардіологів України, організаторами якого виступили Міністерство здоров'я України, Національна академія наук України, Національна академія медичних наук України, Асоціація кардіологів України, Асоціація дослідників України, Асоціація аритмологів України, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України». Основні науково-практичні напрямки конгресу: профілактика та фармакотерапія коморбідності стресу та хвороб системи кровообігу, гострий інфаркт міокарда та питання реабілітації, атеросклероз та ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, інтервенційна кардіологія, кардіохірургія, некоронарогенні захворювання міокарда, аритмії та раптова серцева смерть, гостра та хронічна серцева недостатність, метаболічний синдром, дитяча кардіологія, профілактична кардіологія, експериментальна кардіологія та фундаментальні дослідження, фармакотерапія, медико-соціальні аспекти кардіології.

Національний конгрес кардіологів України (далі — Конгрес) — завжди значуща і масштабна подія. А цього року вона набула особливого значення, адже з ініціативи Асоціації кардіологів України і Асоціації серцево-судинних хірургів України 2016 — «Рік серця в Україні». Цьогоріч відзначають ще дві важливі для української медичної спільноти дати: 80 років ДУ «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук (НАМН) України» і 140 років з дня народження його засновника — Миколи Дмитровича Стражеска. Отже, під час Конгресу відбулися святкові заходи з нагоди цих ювілеїв. У роботі Конгресу взяли участь понад 2 тис. спеціалістів з України, Білорусі, Польщі, Чехії, Італії, Великобританії, Греції, Іспанії.

Наукова програма заходу продовжила традиції попередніх конгресів. Основна частина програми складалася з пленарних, секційних засідань, лекцій, майстер-класів, круглих столів, спікерами і модераторами яких виступили видатні українські вчені-практики, а також закордонні фахівці. При-

родно, що особливий інтерес лікарів — учасників Конгресу викликали секційні засідання, де розглядали реальні клінічні випадки, обговорювали проекти протоколів, стандартів лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) та представили нові міжнародні рекомендації з діагностики та лікування ССЗ. Під час Конгресу відбулися спільні засідання Асоціації кардіологів України, Європейського товариства кардіологів, Товариства кардіологів Франції та Американського коледжу кардіологів. Також пройшов конкурс молодих вчених, який вже став традиційним.

Уперше на Конгресі для лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» прочитано залочатований курс лекцій «Базисні основи аритмології», а також надано рекомендації щодо застосування настанов і протоколів з діагностики та лікування найпоширеніших хвороб серця.

Тож, триденна програма заходу була дуже насиченою. Щодо головної ідеї Конгресу, яка об'єднала всі заходи, що відбулися в його рамках, як зазначив голова оргкомітету, президент Асоціації кардіологів України, академік НАМН України, про-

фесор **Володимир Коваленко**, особливу увагу присвячено питанню формування персоніфікованого підходу до лікування пацієнтів із ССЗ на основі даних доказової медицини. Необхідність індивідуалізації терапії набуває все дедалі більшого значення, адже, на жаль, у більшості випадків пацієнти мають по декілька захворювань, тож лікар, плануючи тактику лікування, повинен виходити з позиції коморбідності патології та враховувати всі фактори ризику (ФР). Зрештою, тільки такий підхід наближає лікаря до дотримання золотого правила — лікувати людину, а не хворобу.

Під час Конгресу докладно висвітлено проблематику артеріальної гіпертензії (АГ), адже АГ, поширеність якої в світі загалом і в Україні зокрема надзвичайно велика, є головним «джерелом», що живить хвороби системи кровообігу. Варто зауважити, що летальність від ССЗ у нашій країні становить 68% у загальній структурі смертності. Досвід більшості розвинених країн світу показав, що найбільш ефективною щодо зниження смертності від хвороб системи кровообігу є боротьба з ФР, у тому числі



АГ, що визначає більше ніж 50% успіху в зниженні смертності.

Останніми роками з'являється все більше нових фактів доказової медицини, які демонструють сучасні підходи до діагностики, оцінки ризику та лікування АГ. Ревізії та оновленню піддані питання, що визначають оцінку загального ризику розвитку ССЗ і серцево-судинних ускладнень (ССУ), критерії початку терапії і цільові значення артеріального тиску (АТ), стратегію вибору антигіпертензивної терапії. Обговоренню цих проблем на Конгресі присвячена велика кількість доповідей в рамках секційних засідань і науково-практичних симпозиумів.

Наразі залишається актуальним питання вибору оптимальної комбінації антигіпертензивної терапії з позицій ефективності та безпеки. У нових версіях рекомендацій користь комбінованої терапії не ставлять під сумнів, натомість активно дискутується питання, чи завжди їй повинна передувати монотерапія, і чи може бути комбінована терапія початковою тактикою лікування, адже недоліком цієї тактики є ймовірність застосування неефективного або непотрібного препарату. Контроль АТ і досягнення його цільових значень є найважливішими проблемами управління АГ і далеко не завжди можуть бути досягнуті за допомогою одного препарату. Низький контроль АГ, властивий в тому числі українським пацієнтам, на думку експертів, пов'язаний не тільки із застосуванням монотерапії, інертністю лікарів щодо зміни лікування за відсутності ефекту, низькою прихильністю до лікування самих пацієнтів, але також із використанням нерациональних комбінацій антигіпертензивних препаратів. Вибір препаратів для комбінації визначається не тільки їхньою здатністю посилювати антигіпертензивний і органопротекторний ефект за рахунок різних механізмів дії, а й знижувати ризик розвитку побічних явищ. Крім того, при виборі комбінації препаратів слід керуватися і конкретною клінічною ситуацією, зокрема наявністю у пацієнта перенесеного інфаркту міокарда, цереброваскулярної події, метаболічних ФР (порушення вуглеводного, ліпідного обміну) тощо. Тож, один із науково-практичних симпозиумів («Артеріальна гіпертензія — сартани та антагоністи кальцію. Монотерапія та комбінована терапія. Результати дослідження ХІПСТЕР-АГ»), що пройшов у рамках Конгресу, був присвячений обговоренню цієї проблематики.

Зокрема, доктор медичних наук, професор **Юрій Сіренко**, завідувач відділу симптоматичних гіпертензій ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», та доктор медичних наук, професор **Євгенія Свіщенко**, завідувач відділу гіпертонічної хвороби ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», представили результати дослідження, проведеного на базі вказаних відділів інституту, а також відділу клінічної та епідеміологічної кардіології ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» (керівник — професор Л.М. Єна). Дослідження організовано з метою вивчення клінічної

ефективності та безпеки телмісартану в дозі 40 і 80 мг в монотерапії та в комбінації з S-амлодипіном в дозі 2,5–5 мг. За необхідності в схему лікування включали діуретик гідрохлоротіазид в дозі 12,5 мг. Згідно з отриманими результатами, лікування телмісартаном сприяло ефективному зниженню офісного систолічного і діастолічного АТ в середньому на 24,4 і 12,8 мм рт. ст. відповідно. Цікаво, що монотерапія телмісартаном призводила до більшого зниження офісного систолічного АТ порівняно з лікуванням в комбінації з S-амлодипіном (зниження на 30 та 22,4 мм рт. ст. відповідно). Результати добового моніторингу АТ (ДМАТ) також продемонстрували більш виражене зниження АТ на фоні монотерапії телмісартаном порівняно із застосуванням вищевказаної комбінації (зниження на 11 та 9 мм рт. ст. відповідно). Це пояснюється тим, що комбіновану терапію призначали пацієнтам, у яких виявляли значні труднощі в зниженні АТ, зумовлені наявністю супутніх станів або іншими індивідуальними особливостями. У цілому, частота досягнення цільових рівнів АТ у ході дослідження при офісному вимірюванні становила 77,5%, при ДМАТ — 70%. У пацієнтів, які застосовували телмісартан в монотерапії, ці цифри були вищими — 95 і 90% відповідно. Призначену терапію в 90% випадків в цілому оцінено як ефективну, 92% хворих продемонстрували хорошу прихильність до лікування, і в 99% випадків препарати добре переносилися. Таким чином, телмісартан в монотерапії та в комбінації з S-амлодипіном ефективний у зниженні АТ при офісному вимірюванні та ДМАТ і має добру переносимість.

Також зазначено, що терапія телмісартаном не тільки не призводила до погіршення метаболічних показників, але й сприяла їх поліпшенню, зокрема, відзначено деяке зниження рівнів інсуліну і загального холестерину в крові. Крім того, на тлі терапії телмісартаном відзначали зниження рівня С-реактивного білка, який свідчить про зменшення вираженості системного запалення, що відіграє важливу роль у розвитку і прогресуванні атеросклеротичного процесу. Оскільки АГ супроводжується активацією системного запалення, протизапальний ефект телмісартану робить певний внесок у зниження серцево-судинного ризику у пацієнтів із цим захворюванням.

Телмісартан — препарат, ефекти якого порівнювали з ефектами «еталонного» інгібітору ангіотензинперетворювального ферменту раміприлу в масштабному дослідженні ONTARGET за участю пацієнтів з АГ і високим серцево-судинним ризиком. Результати допомогли відповісти на багато важливих питань стосовно застосування блокативних рецепторів ангіотензину II (БРА) у різних категорій пацієнтів високого ризику. Але найголовніше — отримано переконливі докази того, що БРА при лікуванні АГ можуть забезпечувати не менш значуще зниження ризику ССУ. У дослідженні ONTARGET телмісартан не поступався перед раміприлом щодо зниження частоти розвитку первинних (серцево-судинна смерть, інфаркт міокарда, інсульт, госпіта-

лізація з приводу застійної серцевої недостатності) і вторинних (вперше діагностована застійна серцева недостатність, процедури ревазуляризації, вперше виявлений цукровий діабет, зниження когнітивної функції, розвиток фібриляції передсердь, нефропатія) кінцевих точок. При цьому телмісартан демонстрував кращу переносимість порівняно з раміприлом. Таким чином, дослідження ONTARGET із застосуванням телмісартану сприяло суттєвому зміцненню позиції БРА у сучасних рекомендаціях з лікування АГ і в клінічній практиці. Наразі, як повідомила **Є. Свіщенко**, БРА включено в сучасні міжнародні та національні настанови з лікування АГ як препарати першої лінії терапії АГ. Сьогодні здатність БРА зменшувати вираженість таких ФР, як гіпертрофія лівого шлуночка, мікроальбумінурія, протеїнурія, порушення вуглеводного обміну, коливання добового АТ, доведена в численних клінічних дослідженнях. БРА, в тому числі телмісартан, володіють доведеними органопротекторними ефектами і не поступаються в цьому відношенні інгібіторам ангіотензинперетворювального ферменту. Особливістю представників класу БРА є низька частота побічних ефектів, порівняна з плацебо. БРА демонструють найвищу прихильність пацієнтів до лікування порівняно з іншими класами антигіпертензивних препаратів і найнижчу частоту скасування. Важливою характеристикою БРА є їх сприятливий метаболічний профіль. Встановлено, що лікування цими препаратами не підвищує ризик розвитку цукрового діабету навіть у випадках застосування в комбінації з діуретиками. Є. Свіщенко також зауважила, що група БРА є досить однорідною за своїми основними характеристиками, проте деякі препарати мають індивідуальні особливості. Телмісартан, крім здатності активувати рецептори PPAR γ і виявляти позитивні метаболічні ефекти, характеризується тривалою дією, демонструючи в цьому сенсі переваги перед іншими БРА. Одноразовий прийом телмісартану протягом доби дозволяє розраховувати на збереження вираженого антигіпертензивного ефекту навіть у години, що передують наступному прийому препарату. Це підтверджено і в дослідженні ХІПСТЕР-АГ. Отже, телмісартан володіє доведеною ефективністю в зниженні частоти ССУ у хворих на АГ високого ризику з різними супутніми станами і може бути призначений пацієнтам із метаболічними порушеннями, нефропатією, цукровим діабетом 2-го типу, несприятливим добовим профілем АТ, особам літнього віку і багатьом іншим пацієнтам, які потребують ефективного і безпечного зниження АТ протягом доби.

У рамках наукової програми Конгресу обговорено ще одну важливу тему, яка завжди на часі для практикуючих лікарів, незалежно від спеціалізації, — генеричні лікарські засоби. З доповіддю виступила **Наталія Бездітко**, доктор медичних наук, професор кафедри фармакоекономіки Харківського національного фармацевтичного університету. Вона, зокрема, повідомила, що за результатами опитування, 67% українців вва-

жають високу вартість ліків причиною неефективного лікування. Отже, заміна оригінальних препаратів генериками — необхідність, продиктована реаліями сучасного життя. Але як зробити правильний вибір і на чому він має ґрунтуватися? «Генерики представлені у нас і в аптечному, і в госпітальному сегментах. І, до речі, генерики — далеко не завжди найдешевші препарати. Однак держава зацікавлена в створенні генериків, оскільки це стосується національної безпеки (перебої з поставками та інші форс-мажорні ситуації виключити складно). Тенденція виготовлення генериків існує не тільки в Україні, але і в інших, більш розвинених і багатих країнах світу. Обираючи між оригінальним і генеричним препаратом, звичайно, потрібно пам'ятати, що якість лікарського засобу — це якість профілактики і лікування, а відповідно, якість життя його тривалість!», — зауважила Н. Бездтко.

Ще один важливий фактор, на якому зупинилася професор, — біоеквівалентність: «Потрібно чітко усвідомлювати, що біологічна еквівалентність не гарантує рівну клінічну ефективність і безпеку оригінального та генеричного препаратів, адже біоеквівалентність вивчається на дуже невеликій кількості здорових добровольців при одноразовому введенні в максимальній дозі».

Багато уваги під час Конгресу було присвячено питанням значущості та необхідності профілактики ССЗ. Зокрема, представле-

но і докладно обговорено новий документ — Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань» (2016 р.), в якій практикуючий лікар знайде чіткі відповіді на такі засадничі питання, як, наприклад: «Що таке профілактика ССЗ?», «Для чого потрібно проводити заходи профілактики ССЗ?» тощо. Основні тези настанови такі:

- ССЗ, пов'язані з атеросклерозом, особливо ішемічною хворобою серця, залишаються провідною причиною передчасної смерті в усьому світі;
- ССЗ виникають як у чоловіків, так і у жінок; з усіх випадків смерті у віковій групі до 75 років у країнах Європи 42% пов'язані з ССЗ у жінок і 38% — у чоловіків;
- стандартизований за віком показник смертності від ССЗ знижується у більшості європейських країн і залишається високим у країнах Східної Європи;
- профілактичні заходи є ефективними: понад 50% зниження смертності від ішемічної хвороби серця пов'язані зі змінами ФР і 40% — із поліпшенням лікування;
- профілактичні заходи повинні проводитися упродовж всього життя, від народження (якщо не раніше) і до глибокої старості;
- стратегії популяційної профілактики в осіб високого ризику повинні доповнювати одна одну; підхід, який обмежується пацієнтами високого ризику,

менш ефективний; як і раніше, існує потреба у впровадженні навчальних програм для населення;

- незважаючи на наявність прогалів у системі наших знань, існує доказова база щодо доцільності проведення інтенсивної роботи закладів охорони здоров'я та індивідуальних профілактичних заходів;
- існують значні можливості для поліпшення контролю ФР, навіть в осіб з дуже високим ризиком.

Насамкінець вважаємо доцільним навести цитату з Європейської хартії здорового серця, зокрема програми під назвою «Заклик для дій», схваленою більшістю країн — членів Європейського Союзу. У ній зазначено показники, яких необхідно досягти, аби зберегти здоров'я.

Отже, «Заклик до дій»:

1. Не курити.
2. Вести адекватну фізичну активність принаймні 30 хв 5 разів на тиждень.
3. Дотримуватися принципів здорового харчування.
4. Не мати надлишкової маси тіла.
5. Підтримувати рівень АТ < 140/90 мм рт. ст.
6. Підтримувати рівень загального холестерину в крові < 5 ммоль/л (190 мг/дл).
7. Підтримувати нормальний метаболізм глюкози.
8. Уникати значних стресів.

Тетяна Стасенко,
фото Сергія Бека

Реферативна інформація

Влияет ли физическая активность на риск развития рассеянного склероза?

На данный момент сведения о том, связана ли физическая нагрузка с риском развития и скоростью прогрессирования рассеянного склероза (РС), и если да — то каким образом, недостаточно убедительны. На животных моделях получены подтверждения того факта, что умеренные, но регулярные физические нагрузки замедляют темпы развития смоделированного острого аутоиммунного энцефаломиелита. Также продемонстрировано, что у пациентов с уже диагностированным РС физическая активность умеренной интенсивности (аэробные нагрузки — с достижением частоты сердечных сокращений на уровне 60–80% от максимальной) положительно влияет на ощущение равновесия, риск развития депрессии и качество жизни. Регулярные занятия также могут принести пользу когнитивной сфере у лиц с РС, однако в этом вопросе полученные в различных исследованиях данные противоречивы.

Однако пока не выяснено, существует ли связь между физическими нагрузками до манифестации РС (в подростковом и взрослом возрасте) с риском развития РС в дальнейшем. Именно этой теме посвящено новое проспективное когортное исследование специалистов Медицинского центра Бет-Израэль (Beth Israel Deaconess Medical Center) при Гарвардской медицинской школе (Harvard Medical School), Бостон, США.

В ходе работы изучены данные о женщинах, принимавших участие в исследованиях Nurses' Health Study (NHS) (n=81 723; 1986–2004 гг.) и NHS II (n=111 804; 1989–2009 гг.). Все участницы заполняли опросник касательно уровня их физической активности в начале исследования и затем неоднократно в течение последующего периода наблюдения. На основании этих сведений авторы исследования вычисляли метаболический эквивалент с учетом времени, уделенного физическим нагрузкам в среднем в течение недели, и распределяли всех участниц, у которых за время исследования развился РС (n=341), по квартилям в зависимости от этого показателя. При этом проведено корригиро-

вание результатов по возрасту, этнической принадлежности, курению табака, приему витамина D, индексу массы тела в возрасте 18 лет и географической широте, в которой проживали пациенты в возрасте 15 лет.

Согласно результатам исследования, у женщин верхнего квартиля отмечали на 27% более низкий риск развития РС по сравнению с участницами нижнего квартиля, сообщившими о самом низком уровне физической активности в начале исследования, однако эта тенденция не достигла уровня статистической достоверности (относительный риск 0,73; 95% доверительный интервал 0,55–0,98; p=0,08 для тренда). При использовании для анализа модели с распределенным лагом (6 лет) тенденция не сохранилась.

Только для группы в возрасте 18–22 лет (в NHS и NHS II) установлена слабая ассоциация между более высоким уровнем физической активности и снижением риска развития РС. Однако при расширении возрастных рамок до 12–22 лет (в NHS II) такая ассоциация утрачивала актуальность.

Также установлено, что в период, предшествовавший дебюту РС, уровень физической активности у женщин снижался, что можно объяснить развитием субклинических проявлений основного заболевания. Авторы исследования полагают, что именно это и является причиной формирования слабых ассоциаций между начальным уровнем физической нагрузки и риском развития РС.

Таким образом, пока нет достаточных оснований считать физическую активность модифицируемым фактором риска развития этого заболевания, несмотря на то что продемонстрирована польза от физических упражнений для лиц с уже диагностированным РС.

Dorans K.S., Massa J., Chitnis T. et al. (2016) Physical activity and the incidence of multiple sclerosis. *Neurology*, 87(17): 1770–1776.

Morrison J.D., Mayer L. (2016) Physical activity and cognitive function in adults with multiple sclerosis: an integrative review. *Disabil. Rehabil.*, Oct. 20 [Epub. ahead of print].

Алина Жигунова