

XVIII ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

(25—29 августа 1996 г., г. Бирмингем, Англия)

Европейское общество кардиологов, которое в настоящее время объединяет около 20000 специалистов из 40 стран, было основано в 1950 г. в Париже и собралось впервые в Лондоне в 1952 г. Авторы отчета впервые присутствовали на XVIII конгрессе общества, который состоялся на этот раз в центре Англии, в Бирмингеме, Национальном выставочном центре, одном из крупнейших в мире сооружений, предназначенных для проведения конференций. На конгрессе присутствовали 12000 человек, было сделано около 5000 научных сообщений. До 10000 делегатов могли в одно и то же время разместиться в 24 различных конференц-залах этого центра и прилегающего к нему отеля “Метрополь”. Кроме того, 5 гигантских холлов использовались для развернутых выставок современного кардиологического оборудования и лекарственных препаратов.

Выбор г. Бирмингема в качестве места проведения XVIII конгресса Европейского общества кардиологов был не случаен. Именно в этом городе в 1785 г. W. Withering впервые стал применять дигиталис для лечения сердечной недостаточности. Поэтому одна из первых сессий была посвящена препарату, продлившему жизнь тысячам людей на протяжении более чем 200 лет, — “Дигиталис: вчера, сегодня, завтра”. Несмотря на большой выбор средств, дигиталису и его аналогам до сих пор отдают предпочтение в лечении сердечной недостаточности. Большинство сессий и симпозиумов было ориентировано на сегодня и даже на завтра — в третье тысячелетие.

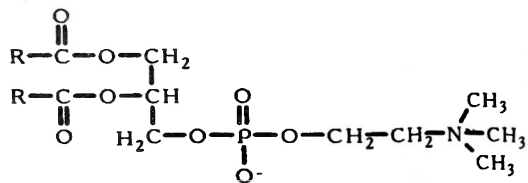
По сообщению проф. М а р т и н а С и м о н с а, председателя научного комитета общества, было получено более 7000 научных заявок на конференцию, но только 864 из них были отобраны для устных сообщений. Еще 1500 делегатов выставили результаты своих изысканий в виде постеров на стендах в специальном зале. Каждый участник имел возможность получить бесплатно содержание тома на CD-диске для компьютера. Благодаря этому материалы конгресса теперь доступны всем в Казани, кто желает с ними ознакомиться, так как находятся в библиотеке медицинского университета.

Еще около 1500 докладчиков были спонсированы фармацевтическими компаниями, которые производят лекарственные препараты, под влиянием которых произошли подлинно революционные преобразования в лечении заболеваний сердца. Тем не ме-

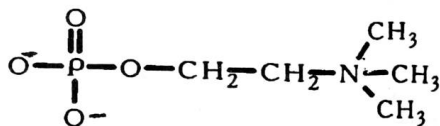
нее организаторы конгресса стремились держать эти компании “на расстоянии вытянутой руки” и отдавали приоритет в каждом сообщении научному содержанию. Небезынтересно отметить, что проведение конгресса в Бирмингеме должно было принести этому региону Англии 15 миллионов фунтов стерлингов дохода.

Президент Европейского общества кардиологов проф. Ф и л и п Пул-Вильсон доложил делегатам конгресса на церемонии открытия, что в Европе 50% случаев смертности вызваны сердечными заболеваниями. Он подчеркнул, что это требует, с одной стороны, тщательной проверки новых технологий — лекарств или вмешательств, а с другой — большей решительности в отказе от таких видов лечения, которые приносили успех в прошлом, но уже не столь эффективны в настоящее время.

Данный отчет затрагивает лишь сферы научного интереса его авторов. Одна из таких сфер — проблема биосовместимости. Прогресс, достигнутый в этом направлении, основан на работах проф. Чапмена (Лондон), который в середине 80-х годов установил, что фосфохолин является биосовместимой частью молекулы фосфатидилхолина, содержащегося в мембранах клеток человека. Поверхности катетеров, баллонов и прочих инструментов, будучи покрыты фосфохолином, становятся биосовместимыми. Это касается инициирования свертывания крови и системы иммунитета. Атромбогенность обуславливается тем, что используются синтетические аналоги молекул, найденных в наружной клеточной мембране. Поэтому кровь продолжает сохранять свой гемостатический потенциал.



Фосфатидилхолин



Фосфохолин

Фосфохолин является цвиттерионной голькой, в которой соединены положительный заряд холина и отрицательный заряд фосфата и таким образом в ней нет преобладания одного из зарядов. В результате поверхность с привитым фосфохолином не адсорбирует белки. Применение инструментов с привитым фосфохолином уменьшает риск тромбообразования во время инвазивных процедур. Кроме того, уменьшается необходимая доза антикоагулянтов и расширяются возможности ангиопластики с помощью "стентов" (проволочных приспособлений для расширения просвета стенозированных кровеносных сосудов). Помимо использования данного изобретения в кардиологии, открываются перспективы его внедрения в практику офтальмологии (контактные линзы) и урологии. В настоящее время этим и занимается фирма "Biosompatibles", продукция которой была представлена на выставке.

Основной темой обсуждения на конгрессе было выявление факторов риска у пациентов с начинающейся формой сердечно-сосудистой патологии. С этой целью используется достаточно большой арсенал различных методов — клинический осмотр, лабораторный (включая биохимический) анализ, электрофизиологическое, миокардиографическое и эхокардиографическое исследование.

Представленная в павильоне выставочного центра ультразвуковая аппаратура новой технологии позволяет получить более обширную информацию об исследуемом органе. По показаниям пациентам производят дополнительно ангиографию или сцинтиграфию. После определения факторов риска больные получают профилактическое лечение. Сравнительная характеристика пациентов группы риска и больных с сердечно-сосудистой патологией, перенесших ишемическую болезнь сердца и инфаркт миокарда, показала, что после своевременного профилактического лечения больные группы риска переносят инфаркт миокарда в более легкой форме и их реабилитация проходит более успешно.

Делегаты конгресса были проинформированы о самых современных методах диагностики и лечения ишемической болезни сердца, лучевой диагностике, ангиографическом и сцинтиграфическом обследовании при распознавании инфаркта миокарда. Акцент был сделан на рентгеноконтрастных методах исследования. Ангиография с применением контрастных веществ показывает протяженность поражения коронарных сосудов, для этого используют обычную, компрессионную и декомпрессионную артериографию, при которых изменяется изображение коронарных сосудов. Чаще всего в таких случаях выявляется поражение передней и затем задней коронарной артерий. Сцинти-

графия же указывает на локализацию инфаркта миокарда, вплоть до сегментарного поражения сердца и его функциональных изменений. Она сопровождается незначительным облучением пациентов, при этом результаты исследования достаточно информативны. В настоящее время ученые работают над рационализацией сцинтиграфического исследования сердца с получением цветного изображения пораженного отдела, степень изменений которого определяется по шкале расцветок. Морфологический анализ изменений сердечной мышцы проводится с помощью высокоэнергетической магнитно-резонансной томографии.

Зарубежные кардиологи настроены на активное вмешательство в патологические изменения коронарных сосудов. Обычное медикаментозное лечение заменяют интервенционной радиологией (дилатация, протезирование, пластика коронарных сосудов) или его проводят параллельно с последней. При этом отмечается определенная закономерность — степень изменения стеноза коронарных сосудов зависит от его диаметра.

На конгрессе были представлены доклады о проведении тромболизиса при тромбозах коронарных сосудов, успех которого зависит от стадии процесса. После тромболизиса необходима дилатация суженного отдела коронарных сосудов, поскольку их стеноз может привести к повторному образованию тромба. Своевременная дилатация суженных коронарных сосудов является профилактикой формирования тромбов.

В последние годы широко используются транскутанная ангиопластика и другие радикальные методы лечения — протезирование суженных отделов коронарных сосудов. Стеноз коронарных сосудов лечат путем дилатации, в том числе баллонной, с помощью имплантатора под контролем ангиографии, протезирования из биополимера, нитиноловой спирали. Большим успехом пользуются спирали фирмы "Джонсон—Джонсон". Все упомянутые инвазивные процедуры в нашей стране относятся к категории рентгеноэндоваскулярной хирургии, в то время как за рубежом — к рентгеноэндоваскулярной терапии.

Кратко осветим некоторые актуальные проблемы кардиологии, обсужденные на конгрессе.

Согласно современным представлениям, при ИБС и инфаркте миокарда возможны особые состояния миокарда: гибернация (hibernation), ступорирование (stunning), повреждение миокарда. Под гибернацией ("сонный миокард") понимается состояние, при котором из сократительной активности выпадает участок миокарда, находящийся в гипоперфузии из-за атеросклеротического сужения кровоснабжающей его артерии. Механизм гибернации окончательно не выяснен. Высказываются предположения, что

в условиях дефицита кислорода резко замедляются процессы окислительного фосфорилирования в кардиомиоцитах. Ресинтезируемые в минимальном количестве макроэргические соединения в состоянии обеспечить течение процессов, сохраняющих жизнеспособность клетки, но не ее сократительную активность. Полагают, что из-за минимального количества ресинтезируемых макроэргов не обеспечивается энергией деятельность ионных каналов, ответственных за трансмембранное движение ионов, вызывающих возбуждение и сокращение кардиомиоцитов. Подобная ситуация может сохраняться длительное время (месяцы, годы). Восстановление коронарного кровотока (ангиопластика, аортокоронарное шунтирование) приводит к достаточно быстрой нормализации сократительной активности данного участка миокарда.

Станнирование ("оглушенный" миокард) может возникнуть при быстром восстановлении кровотока, после его непродолжительного полного прекращения, например в первые часы окклюзии коронарных артерий в результате быстрого медикаментозного или спонтанного тромболитизма. Его связывают с повреждением клеточных мембран из-за образования в этой зоне при реперфузии большого количества свободных радикалов.

В поврежденном миокарде в определенных зонах, наряду с некротизированными, сохраняются жизнеспособные участки, которые постепенно восстанавливают свою сократительную функцию. Подобные изменения миокарда должны учитываться в клинике, особенно при решении вопросов тромболитиза или баллонной дилатации.

На конгрессе были обсуждены рекомендации рабочей группы ESC по ведению больных ИМ, принятые на XVII конгрессе в 1995 г. в г. Амстердаме. В практическом отношении весьма полезным было выступление одного из авторов данных рекомендаций проф. F. W. A. Verheugt (Нидерланды). Лечение инфаркта миокарда по стадиям предлагается проводить следующим образом: в острой стадии (последовательно и при отсутствии противопоказаний) — баллонную дилатацию, тромболитизис (тканевой активатор плазминогена, стрептокиназа), аспирин, внутривенно атенолол, гепарин, ингибиторы АПФ, в подострой стадии — аспирин, гепарин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, в хронической (рубцовой) — аспирин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины.

Весьма подробно обсуждался относительно новый вопрос о лечении острых коронарных синдромов с применением антагонистов тромбоцитарных рецепторов — гликопротеина IIb-IIIa. Блокируя эти рецепторы, лекарства (с7Е3 и др.) ингибируют общую для всех механизмов конечную ступень агрегации тромбоцитов. Показано, что назначение препаратов этой группы существенно уменьшает такие осложнения нестабильной стенокардии, как инфаркт миокарда, летальный исход (E. Topol, P. Feyter).

ИБС (инфаркт миокарда и стенокардия) осложняется хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Современный подход к профилактике ХСН предполагает возможное воздействие на причину болезни. Следующей ступенью является воздействие на два основных механизма, ответственных за развитие этого синдрома, — повышенную активность симпатической нервной системы и ренин-ангиотензиновой системы (P. Le Shahat). Сегодня невозможно представить адекватное лечение ХСН без применения ингибиторов АПФ. Относительно новым подходом к лечению считается воздействие на свободные радикалы, которые при ХСН способствуют дальнейшему повреждению кардиомиоцитов. В этом плане весьма обнадеживающие результаты получены при применении бета-блокаторов с вазодилатирующим эффектом (карведилол и др.), которые ингибируют и увеличенную активность симпатической нервной системы, и оказывают антиоксидантное защитное действие на миокард (W. Remme). В течение ряда лет в лечении артериальной гипертонии применяется новый класс гипотензивных средств — антагонисты ангиотензина II. Поскольку в патогенезе гипертонии и сердечной недостаточности ведущая роль отводится ангиотензину II, в последнее время для лечения ХСН стали использовать его антагонисты. Первым представителем этого класса препаратов является лозартан. Исследования показали, что, блокируя специфические рецепторы АТ1 в различных органах и тканях, лозартан вызывает при ХСН аналогичные ингибиторам АПФ положительные эффекты (подавление активности ренин-ангиотензиновой системы и симпатической нервной системы). При этом лозартан в значительной степени лишен основного побочного эффекта ингибиторов АПФ — кашля. Это объясняется тем, что препарат не действует на деградацию брадикинина. В настоящее время данный класс лекарств быстро пополняется новыми представителями, что в сравнении с ингибиторами АПФ связано с большей специфичностью антагонистов ангиотензина II (действуют только на ангиотензин II), селективностью (выбирают только рецепторы АТ1) и более широким спектром действия (подавляют весь ангиотензин II, независимо от путей его образования).

Вопросам артериальной гипертонии на XVIII конгрессе Европейского общества кардиологов было уделено небольшое внимание. Это связано с тем, что в Великобритании (г. Глазго) в июне состоялся крупнейший всемирный форум специалистов в области артериальной гипертонии — XVI конгресс международного общества гипертонии, созываемый один раз в два года. Организаторы XVIII конгресса Европейского общества кардиологов не сочли нужным повторять представленные ранее исследования по артериальной гипертонии.

Проф. Д.М. Зубаиров, проф. И.И. Камалов,
доц. А.С. Галаявич (Казань)