

Рекомендації ESC 2024: короткий огляд

Настанови з лікування підвищеного артеріального тиску та гіпертензії

Керівництво з артеріального тиску (АТ) та гіпертензії від 2024 року містить велику кількість нововведень та змін. Серед найважливіших - нова класифікація АТ, нові цілі лікування, а також фармакологічне та нефармакологічне лікування.

У нових настановах представлено 57 нових і 43 переглянуті рекомендації з різних аспектів лікування артеріальної гіпертензії [1-3]. "У нас ще багато роботи", - заявив професор Джон Вільям МакЕвой (Національний університет Ірландії, Голуей, Ірландія), зважаючи на все ще низький рівень впровадження ефективного лікування АГ у світі.

Щодо вимірювання АТ, нові рекомендації включають не тільки використання каліброваних приладів для забезпечення правильної техніки вимірювання (клас I), але також підкреслюють важливість вимірювання в амбулаторних умовах для діагностики та надання допомоги пацієнтам:

- Рекомендується вимірювати АТ за допомогою валідованого та відкаліброваного приладу, дотримуватися правильної техніки вимірювання та застосовувати послідовний підхід до вимірювання АТ для кожного пацієнта (клас I).
- Вимірювання АТ поза офісом рекомендується з діагностичною метою, особливо тому, що воно може виявити як гіпертензію "білого халата", так і масковану гіпертензію. У випадках, коли вимірювання АТ поза офісом не є логістично або економічно доцільним, рекомендується підтвердити діагноз повторним вимірюванням АТ в офісі з використанням правильної стандартизованої методики вимірювання (клас I).
- Вимірювання АТ в домашніх умовах з метою контролю артеріальної гіпертензії за допомогою самоконтролю рекомендується для досягнення кращого контролю АТ (клас I).
- Самостійне вимірювання, якщо воно проводиться належним чином, рекомендується через його позитивний вплив на прийняття діагнозу гіпертонії, розширення можливостей пацієнта та прихильність до лікування (клас I).

Нова класифікація артеріального тиску

Замість колишніх 7 категорій артеріального тиску, нові Настанови визначають 3 категорії. Вони ілюструють, що збільшення ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) через АТ відбувається поступово:

- невідвищений АТ (офісний АТ <20/70 мм рт.ст.);
- підвищений АТ (120-139/70-89 мм рт.ст.)
- артеріальна гіпертензія ($\geq 140/\geq 90$ мм рт.ст.).

Для підтвердження підвищеного АТ та артеріальної гіпертензії необхідне позаофісне вимірювання. Подальше лікування залежить від категорії пацієнта. "Гіпертензивні особи, незалежно від віку, незалежно від ризику, заслуговують на негайне медикаментозне лікування і, звичайно, це не стосується підгрупи підвищеного АТ", - зазначила професор Роза Марія Бруно (Європейський Госпіталь ім. Жоржа Помпію, Франція). Особи з підвищеним АТ підлягають поетапній оцінці ризику, яка включає прогнозування 10-річного ризику ССЗ, оцінку модифікаторів ризику та розгляд можливості подальшого тестування на ССЗ, щоб визначити адекватні заходи.

Дві нові рекомендації класу I особливо детально розглядають оцінку ризику ССЗ при підвищеному АТ:

- Рекомендується використовувати ризик-орієнтований підхід при лікуванні підвищеного АТ, а особи з помірною або тяжкою хронічною хворобою нирок, встановленим ССЗ, опосередкованим гіпертензією ураженням органів, цукровим діабетом або сімейною гіперхолестеринемією вважаються такими, що мають підвищений ризик ССЗ (клас I).
- Рекомендується, щоб, незалежно від віку, особи з підвищеним АТ і ризиком ССЗ за шкалою SCORE2 або SCORE2-OP $\geq 10\%$ вважалися такими, що мають підвищений ризик ССЗ, з метою ризик-орієнтованого управління їх підвищеним АТ (клас I).

Оскільки в нових настановах приділяється значна увага пацієнтоорієнтованій допомозі, рекомендації класу I включають інформоване обговорення ризику ССЗ і переваг лікування, адаптованого до потреб пацієнта, в рамках управління артеріальною гіпертензією.

Немедикаментозні втручання

Зміна способу життя та немедикаментозні заходи для зниження АТ відіграють важливу роль у лікуванні підвищеного АТ. "У наших рекомендаціях наголошується на збільшенні споживання калію, і зараз є багато доказів того, що збільшення споживання калію, особливо у пацієнтів з артеріальною гіпертензією без помірного або прогресуючого захворювання нирок - це саме те, на чому слід зосередитися", - підкреслив професор Ріан Туйз (Університет Макгілла, Канада).

- У пацієнтів з артеріальною гіпертензією без помірної або прогресуючої ХХН і з високим добовим споживанням натрію слід розглянути можливість збільшення споживання калію на 0,5-1,0 г/добу - наприклад, шляхом заміни натрію збагаченою калієм сіллю (75% хлориду натрію і 25% хлориду калію) або за допомогою дієти, багатой на фрукти і овочі (клас IIa).
- Рекомендується обмежити споживання цукру, зокрема підсолоджених напоїв, максимум до 10% від калорійності раціону (клас I).

Цілі лікування та фармакологічний менеджмент

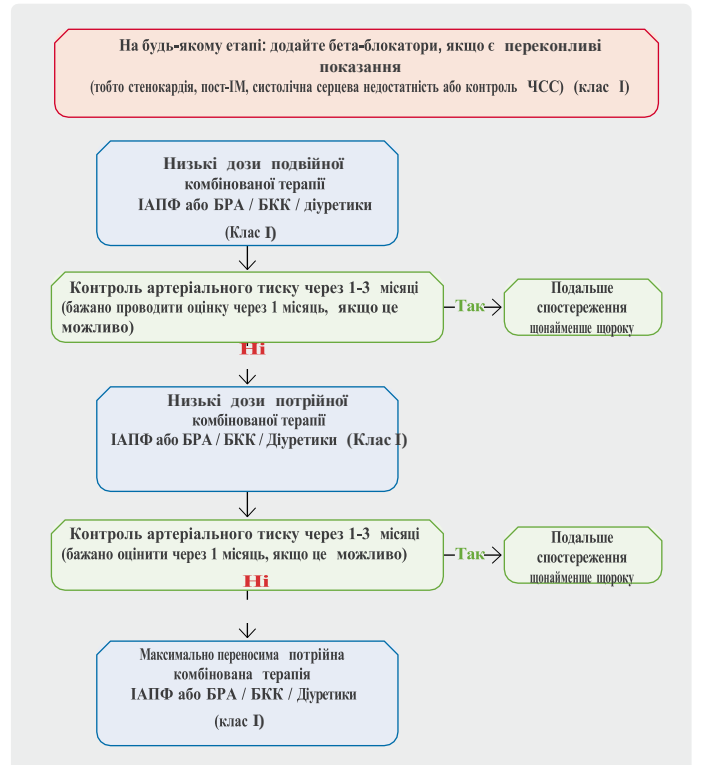
Вказівки щодо того, коли починати лікування АТ, наведені в різних нових рекомендаціях:

- У дорослих з підвищеним АТ і низьким/середнім ризиком ССЗ (<10% протягом 10 років) рекомендується зниження АТ за допомогою заходів щодо способу життя, що може знизити ризик ССЗ (клас I).
- У дорослих з підвищеним АТ і достатньо високим ризиком ССЗ після 3 місяців втручання на рівні способу життя рекомендується зниження АТ за допомогою фармакологічного лікування для осіб з підтвердженим АТ $\geq 130/80$ мм рт.ст. для зниження ризику ССЗ (клас I).
- Пацієнтам з АГ з підтвердженим АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст., незалежно від ризику ССЗ, рекомендується негайно розпочати заходи щодо зміни способу життя та фармакологічне зниження АТ для зниження ризику ССЗ (клас I).

Що стосується мети лікування, то комітет запровадив спрощений, але посилений підхід з метою зниження систолічного АТ до 120-129 мм рт.ст. "Це стосується більшості пацієнтів, включаючи пацієнтів з цукровим діабетом, пацієнтів з ХХН, з перенесеним інсультом та серцевими захворюваннями", - повідомив професор Бруно, додавши, що "чим нижче, тим краще". У пацієнтів з поганою переносимістю цього цільового показника слід прагнути опуститися якомога нижче (тобто принцип ALARA).

"Ми пропонуємо, щоб пацієнти, у яких діагностовано артеріальну гіпертензію, починали з низької дози подвійної комбінованої терапії, а якщо тиск все ще не досяг цільового рівня, пропонується низька доза потрійної комбінованої терапії", - сказав професор Туйз (див. рисунок). Початкова монотерапія, наприклад, рекомендується при підвищеному АТ, слабкості та ортостатичній гіпотензії. Нарешті, при виконанні в центрах середнього і великого обсягу денервація нирок може також розглядатися у дорослих пацієнтів з резистентною гіпертензією, які приймають 3 препарати, або з поєднанням підвищеного ризику ССЗ і неконтрольованого АТ, які приймають менше ніж 3 препарати (клас IIb).

Малюнок: Алгоритм фармакологічного зниження АТ. Модифіковано за [3].



ІАПФ - інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту; БРА - блокатор рецепторів ангіотензину; БКК - блокатор кальцієвих каналів; ІМ - інфаркт міокарда.

1. Презентації на сесії "Огляд рекомендацій ESC 2024", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
2. Презентації на сесії "Керівництво 2024 ESC з лікування хронічних коронарних синдромів", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
3. [McEvoy JW et al. Eur Heart J. 2024; серпень 30. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae178.](#)

Настанови з ведення хронічних коронарних синдромів

Рекомендації ESC 2024 пропонують нове визначення і підтримують діагностику та лікування хронічних коронарних синдромів (ХКС) для кожного клініциста. Рекомендації щодо початкового лікування підозри на ХКС включають поетапний підхід для покращення результатів.

"З 2019 року відбулася зміна парадигми в нашому розумінні патофізіології ішемії міокарда та ХКС", - заявив професор Крістіан Врінтс (Університетська лікарня Антверпена, Бельгія) [1]. Це призвело до оновленого, більш комплексного визначення введеного в 2019 році терміну "ССС", який включає цілий ряд клінічних проявів або синдромів, що виникають внаслідок структурних або функціональних змін, пов'язаних з хронічними захворюваннями коронарних артерій або мікроциркуляції [1-3]. Професор Врінтс також підкреслив, що основна патофізіологія є складною, оскільки структурні та функціональні порушення можуть бути присутніми як на епікардіальному, так і на мікросудинному рівнях.

Нові настанови рекомендують 4-етапний підхід до лікування підозри на ГКС. Крок 1 починається з детальної оцінки серцево-судинних факторів ризику, історії хвороби та характеристик симптомів (клас I), а також ЕКГ у стані спокою та біохімічного аналізу. Етап 2 передбачає подальше кардіологічне обстеження для виключення дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) і клапанних захворювань серця, а також для оцінки ймовірності обструктивної ішемічної хвороби серця (ІХС) за допомогою нової і краще відкаліброваної моделі ймовірності (див. рисунок). "Інші моделі суттєво переоцінювали ймовірність обструктивної коронарної хвороби", - прокоментував д-р Франсіско Ксав'єр Росселло (Університетська лікарня Сон Еспасес, Іспанія) нові рекомендації, в яких наводяться подальші деталі:

- Рекомендується оцінювати дотестову ймовірність обструктивної ІХС епікарда за допомогою моделі клінічної ймовірності, зваженої за факторами ризику (клас I).
- Рекомендується використовувати додаткові клінічні дані (наприклад, дослідження периферичних артерій, ЕКГ у стані спокою, ехокардіографію у стані спокою, наявність судинних кальцифікатів на раніше виконаних візуалізаційних тестах) для коригування оцінки, отриманої за допомогою моделі клінічної ймовірності, зваженої на фактори ризику (клас I).
- В осіб з дуже низькою ($\leq 5\%$) дотестовою ймовірністю обструктивної ІХС слід розглянути можливість відтермінування подальших діагностичних досліджень (клас IIa).
- В осіб з низькою ($> 5\text{--}15\%$) дотестовою ймовірністю обструктивної ІХС слід розглянути можливість проведення кальцієвого скорингу коронарних артерій (CACS) для перекласифікації пацієнтів та виявлення більшої кількості осіб з дуже низькою ($\leq 5\%$) клінічною ймовірністю, зваженою за CACS (клас IIa).

Рисунок: Дотестова оцінка ймовірності обструктивної ІХС (зважена на фактор ризику). Модифіковано за даними [3].

Кількість факторів ризику	Оцінка симптомів											
	0-1 бал						2 бали					
	♀ Жінка 0-			♂ Чоловік 0-1			♀ Жінка 0-			♂ Чоловік 0-1		
	1 2-3 3-4			Чоловік 0-1 2-3 3-4			1 2-3 3-4			1 2-3 3-4	Чоловік 0-1 2-3 3-4	
Вік 30-39 років	0	1	2	1	2	5	0	1	3	2	4	8
Вік 40-49 років	1	1	3	2	4	8	1	2	5	3	6	12
Вік 50-59 років	1	2	5	4	7	12	2	3	7	6	11	17
Вік 60-69 років	2	4	7	8	12	17	3	6	11	12	17	25
Вік 70-80 років	4	7	11	15	19	24	6	10	16	22	27	34

Клінічна ймовірність: дуже низька низька помірна

Третій етап цього підходу спрямований на підтвердження діагнозу та оцінку ризику події відповідно до клінічної ймовірності обструктивної ІХС. В осіб з низькою або помірною ($> 5\text{--}50\%$) дотестовою ймовірністю, коронарна комп'ютерна томографія (КТ)

комп'ютерна томографія з ангіографією (КТКА) (клас I). У пацієнтів з помірним ризиком функціональна візуалізація має той самий клас рекомендацій, що й КПТА. "Для пацієнтів з високим ризиком функціональна візуалізація має клас I, тоді як для пацієнтів з дуже високим ризиком інвазивна параметрична ангіографія має клас I", - поінформував д-р Росселло.

Не ігноруйте стенокардію або ішемію без обструктивної ІХС

"Пацієнти з обструктивною ІХС - це лише верхівка айсберга, до 50% чоловіків і 70% жінок з підозрою на ГКС не мають обструктивної ІХС і можуть страждати на стенокардію з необструктивною ІХС [ANOCA] або ішемією [INOCA]", - підкреслив професор Врінтс. ANOCA та INOCA отримали нові рекомендації щодо діагностики та лікування:

- Інвазивна коронарна ангіографія з доступністю інвазивних функціональних оцінок рекомендується для підтвердження або виключення діагнозу обструктивної ІХС або ANOCA/INOCA в осіб з невизначеним діагнозом при неінвазивному дослідженні (клас I).
- У симптоматичних пацієнтів з ANOCA/INOCA слід розглянути медикаментозну терапію на основі результатів коронарних функціональних тестів для покращення симптомів та якості життя (клас IIa).

Лікування ГКС

Останній крок у рекомендованому підході до початкового лікування пацієнтів з підозрою на ГКС полягає у лікуванні і включає модифікацію способу життя та ризику, медикаментозне лікування та реваскуляризацію. Нові рекомендації класу I радять підбирати антиангінальні препарати відповідно до особливостей пацієнта, супутніх захворювань, супутніх ліків, переносимості лікування та основної патофізіології стенокардії, а також з урахуванням місцевої доступності та вартості препаратів.

"Настанова не визначає лікування першої або другої лінії, але дає порядок рекомендацій за силою дії бета-блокаторів, блокаторів кальцієвих каналів і нітратів, які все ще залишаються найсильнішими препаратами класу I або IIa", - деталізувала професор Фелічіта Андреотті (Університетська лікарня Гемеллі, Італія). Інші нові рекомендації щодо терапії включають:

- У пацієнтів з ГКС та перенесеним ІМ або ЧКВ клопідогрель 75 мг на добу рекомендовано як безпечну та ефективну альтернативу монотерапії аспірином (клас I).
- Пацієнтам з ГКС без попереднього ІМ або реваскуляризації, але з ознаками вираженої обструктивної ІХС рекомендується довічний прийом аспірину 75-100 мг на добу (клас I).
- Агоніст рецептора GLP-1 семаглутид слід

розглянути у пацієнтів з ГКС без діабету, але з надмірною вагою або ожирінням ($IMT > 27 \text{ кг/м}^2$), для зниження серцево-судинної смертності, ІМ або інсульту (клас Іа).

- У пацієнтів з ГКС з атеросклеротичною ІХС слід розглянути можливість застосування низьких доз колхіцину (0,5 мг на добу) для зниження частоти ІМ, інсульту та потреби в реваскуляризації (клас Іа).

Д-р Konstantinos Koskinas (Університетська лікарня Берна, Швейцарія) закликав своїх колег приділяти час інформуванню пацієнтів і залучати їх до спільного прийняття рішень з метою підвищення довготривалої прихильності до терапії.

Спеціальні рекомендації щодо реваскуляризації

Для реваскуляризації настанови рекомендують лікарям обирати найбільш підходящий метод на основі профілю пацієнта, коронарної анатомії, процедурних факторів, ФВЛШ, уподобань пацієнта та очікуваних результатів (клас І). Наведення зображення за допомогою внутрішньосудинного ультразвуку або оптичної когерентної томографії для ЧКВ рекомендується при анатомічно складних ураженнях (клас І). При ГКС з ураженням лівої магістральної артерії були видані нові важливі рекомендації класу І щодо хірургічного втручання:

- У пацієнтів з ГКС низького хірургічного ризику зі значним стенозом лівої магістральної коронарної артерії рекомендується операція аортокоронарного шунтування (АКШ):
 - над медикаментозною терапією для покращення виживання,
 - як загальний спосіб реваскуляризації, якому надається перевага перед ЧКВ, з огляду на нижчий ризик спонтанного ІМ та повторної реваскуляризації.
- У пацієнтів з ГКС зі значним стенозом лівої коронарної артерії низької складності (бал за SYNTAX ≤ 22), у яких ЧКВ може забезпечити еквівалентну повноту реваскуляризації, як і при АКШ, ЧКВ рекомендується як альтернатива АКШ, зважаючи на меншу інвазивність та не гіршу виживаність.

1. Презентації на сесії "Огляд рекомендацій ESC 2024", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
2. Презентації на сесії "Керівництво 2024 ESC з лікування хронічних коронарних синдромів", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
3. [Vrints C. та ін. Eur Heart J. 2024. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae177.](#)

Клінічні настанови з лікування захворювань периферичних артерій та аорти

Клінічні настанови 2024 року з лікування захворювань периферичних артерій та аорти були розроблені робочою групою Європейського товариства кардіологів (ESC) [1-3]. Цей новаторський документ вперше об'єднує лікування захворювань периферичних артерій та аорти, наголошуючи на цілісному мультидисциплінарному підході до здоров'я судин.

Нові настанови рекомендують мультидисциплінарне лікування досвідченою командою. Поширеність захворювань периферичних артерій та аорти є високою: 113 мільйонів людей віком ≥ 40 років страждають від них. З них у віці 80-84 років майже 15% мають захворювання периферичних артерій та аорти [1].

ПАД: недостатньо діагностована та недостатньо лікована

Незважаючи на високу поширеність, особливо серед жінок, захворювання периферичних артерій (ЗПА) все ще занадто часто залишаються поза увагою. "Захворювання часто протікає безсимптомно", - підкреслює професор Лючія Маццоллаї (Університетський госпітальний центр Водуа, Швейцарія) [2]. Таким чином, скринінг є необхідним, оскільки рання діагностика ХПН має вирішальне значення для кращого результату. Особливо це стосується жінок, оскільки типові симптоми, такі як переміжна кульгавість, зустрічаються у них рідше, ніж у чоловіків, тоді як атипові симптоми - частіше.

Гомілково-плечовий індекс (ГПІ) є рекомендованим початковим діагностичним тестом для скринінгу та діагностики ПАС. Значення ГПІ $\leq 0,90$ є діагностичним критерієм. "Дуплексне ультразвукове дослідження є рекомендованим методом візуалізації першої лінії для підтвердження ЗПА, особливо у жінок", - сказав професор Маццоллаї. ПАС класифікується відповідно до клінічної картини і може бути пов'язаний або не пов'язаний з пораненнями кінцівок.

Нова настанова визнає широкі терапевтичні цілі лікування ПАС. Оскільки пацієнти з ПАД мають у 4-5 разів підвищений ризик СС подій порівняно з пацієнтами без ПАД, метою лікування є зниження ризику серцевих захворювань, цереброваскулярних захворювань та захворювань нижніх кінцівок, а також покращення якості життя пацієнтів. Цієї мети найкраще можна досягти за допомогою оптимального мультимодального лікування, що складається з фармакологічного лікування, тренувань під наглядом лікаря та зміни способу життя.

Нова рекомендація полягає в тому, що реваскуляризація не рекомендується при безсимптомному перебігу ПАД. "Реваскуляризація рекомендується лише пацієнтам із симптоматичною формою ПАД після періоду оптимального медикаментозного лікування та фізичних вправ і має обговорюватися в мультидисциплінарному середовищі", - сказав професор Маццоллаї.

Ще одна нова рекомендація стосується антитромботичного лікування після реваскуляризації. У таких пацієнтів слід розглянути можливість лікування комбінацією ривароксабану (2,5 мг двічі на день) та аспірину (100 мг один раз на день), якщо пацієнт має невисокий ризик кровотечі (рекомендація класу Іа). Існує також нова рекомендація класу І щодо агресивної гіполіпідемічної терапії з метою зниження рівня ХС ЛПНЩ до $< 55 \text{ мг/дл}$ ($1,4 \text{ ммоль/л}$).

Незалежно від реваскуляризації, пацієнтам із симптоматичною ПАД (клас I) рекомендується контрольоване фізичне тренування. Ходьба повинна бути рекомендована як тренування першої лінії з частотою і тривалістю 3 рази на тиждень по 30 хвилин.

Рекомендується регулярне спостереження за пацієнтами з ПАД, принаймні раз на рік (клас I). "Ці пацієнти потребують постійного і довічного спостереження. Це хронічне захворювання, ми часто про це забуваємо", - підсумував професор Маццолай.

Стандартизація в номенклатурі та вимірюванні аорти "Для нас важливо використовувати однакову номенклатуру, щоб мати можливість правильно спілкуватися", - зазначив професор José Rodríguez Palomares (Університетська лікарня Валь д'Хеброн, Іспанія) [2]. Тому нові настанови рекомендують (клас I) стандартизацію номенклатури та вимірювань аорти. Трансторакальна ехокардіограма (ТТЕ) рекомендована як метод візуалізації першої лінії в оцінці захворювань грудного відділу аорти. Другою рекомендацією є оцінка факторів ризику розриву аневризми. Діаметри аорти вимірюють у попередньо визначених анатомічних орієнтирах. Діаметр аорти є найважливішим предиктором розриву аневризми, але не єдиним. "Він повинен поєднуватися з іншими морфологічними критеріями, такими як довжина аорти та аортальний фенотип", - пояснив професор Алессандро Делла Кортє (Університет Кампанії Луїджі Ванвітеллі, Італія) [3]. Особливо для розмірів тіла, що знаходяться на нижньому кінці індексу нормального розподілу діаметра аорти до площі поверхні тіла (BSA), для більш точної оцінки розміру аорти слід додатково розглянути номограми, z-рахунки або інші методи індексзації (рекомендація класу IIa).

Хірургічне втручання тепер рекомендується всім пацієнтам з дилатацією кореня аорти або висхідної аорти з тристулковим аортальним клапаном і максимальним діаметром ≥ 55 мм. Заміна кореня аорти, що не завдає шкоди клапану, рекомендується, якщо така методика є можливою. У пацієнтів з низьким прогнозованим ризиком операція рекомендується навіть при менших діаметрах.

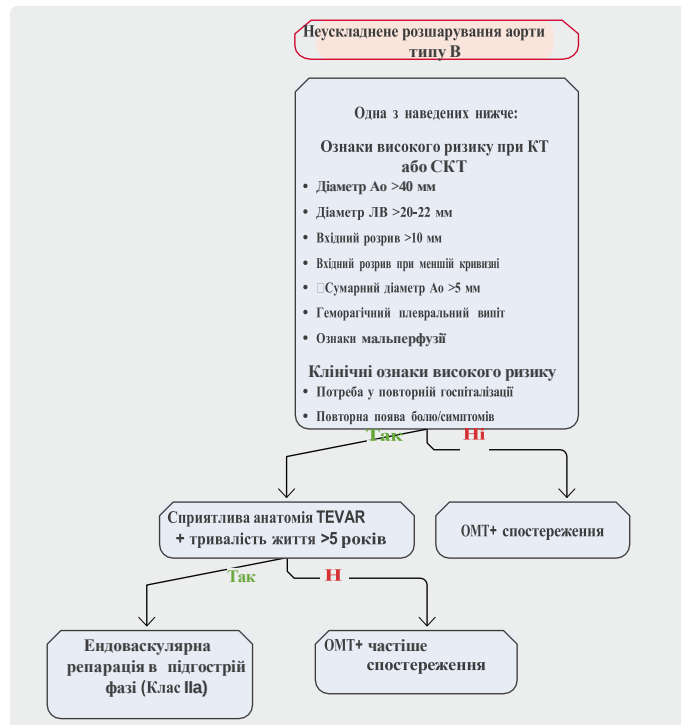
У нових настановах представлено алгоритм спостереження за пацієнтами з неспадковими захворюваннями грудного відділу аорти з різними варіантами хірургічного втручання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів. Крім того, вводиться новий алгоритм генетичного та візуалізаційного скринінгу у пацієнтів із захворюванням грудного відділу аорти. Якщо пацієнт молодше 60 років і у нього спостерігається гострий аортальний синдром або дилатація аорти без факторів ризику ССЗ, ми повинні направити такого пацієнта в спеціалізований центр.

Паломарес [2]. У разі позитивного генетичного тесту рекомендується провести генетичне тестування біологічних родичів з групи ризику.

Інший новий алгоритм спрямований на запобігання затримці встановлення діагнозу у пацієнтів з гострим аортальним синдромом (ГАС), що передбачає негайне проведення серцево-судинної КТ у пацієнтів з високим ризиком. Новий алгоритм медичного менеджменту ГАС базується на 3 етапах. Перший крок складається з контролю частоти серцевих скорочень/тиску, титрованого до частоти серцевих скорочень 60 уд/хв. Другим кроком є знеболення за допомогою внутрішньовенних опіатів. Крок 3 настає, коли систолічний тиск залишається ≥ 120 мм рт.ст. і передбачає внутрішньовенне введення вазодилаторів з метою досягнення найнижчого можливого тиску, який підтримує адекватну перфузію органів.

Нарешті, настанови містять алгоритм інтервенційного лікування гострого розшарування аорти (ГРА) [1]. Надано нову рекомендацію щодо ендоваскулярної репарації у підгострій фазі неускладненого розшарування аорти типу В у пацієнтів з факторами ризику, якщо це можливо (див. рисунок). Основною проблемою при цих станах залишається затримка з діагностикою або переведенням пацієнтів до аортального центру.

Малюнок: Алгоритм інтервенційного лікування пацієнтів з неускладненим гострим розшаруванням аорти (ГРА) типу В. Модифіковано за [1].



ААД, гостре розшарування аорти; Ао, аорта; КТ, комп'ютерна томографія серцево-судинної системи; КМР, магнітно-резонансна томографія серцево-судинної системи; ФЛ, хибний просвіт; ОМТ, оптимальна медикаментозна терапія; ТЕВАР, торакальне ендоваскулярне відновлення аорти.

1. Mazzolai L, et al. Eur Heart J 2024;45(36):3538-3700.
2. Презентації на сесії "Огляд рекомендацій ESC 2024" Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
3. Доповіді на сесії "Настанови ESC 2024 щодо лікування захворювань периферичних артерій та аорти", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.

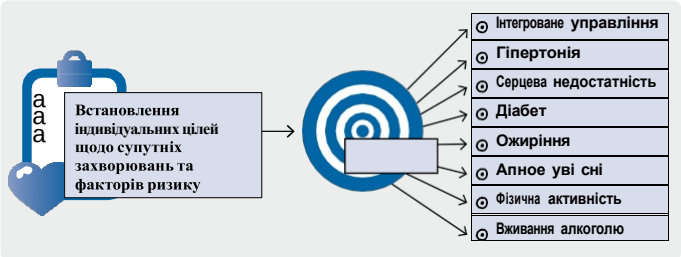
Настанови з лікування фібриляції передсердь

Оновлена версія 2024 року Керівництва з лікування фібриляції передсердь від 2020 року була розроблена робочою групою ESC у співпраці з Європейською асоціацією кардіо-торакальної хірургії (EACTS) та за особливого внеску Європейської асоціації серцевого ритму (EHRA) [1-3]. У новій версії основна увага приділяється індивідуалізованій допомозі, ранньому втручанню та комплексному лікуванню супутніх захворювань.

Очікується, що поширеність ФП, одного з найпоширеніших захворювань серця, подвоїться протягом наступних кількох десятиліть внаслідок старіння населення, збільшення тягара супутніх захворювань, покращення обізнаності та нових технологій виявлення [1]. "По-перше, і це дуже важливо, ми рекомендуємо лікувати всіх наших пацієнтів з ФП відповідно до нашого пацієнт-орієнтованого інтегрованого підходу AF-CARE", - пояснила професор Ізабель ван Гелдер (Університетський медичний центр Гронінгена, Нідерланди). "С" в концепції AF-CARE означає фокус на розпізнаванні та лікуванні супутніх захворювань і факторів ризику. "А" означає уникнення або профілактику інсульту та тромбоемболії. "R" - зменшення симптомів шляхом контролю частоти та ритму, а нова рекомендація "Е" - оцінка та динамічна переоцінка.

"Першим стовпом допомоги є управління супутніми захворюваннями та факторами ризику. Ми знаємо, що широкий спектр супутніх захворювань і факторів ризику асоціюється з рецидивами і прогресуванням ФП", - зазначив професор Michiel Rienstra (Університетський медичний центр Гронінгена, Нідерланди) [3]. Існує рекомендація класу I щодо виявлення та агресивного лікування супутніх захворювань і факторів ризику, оскільки це має вирішальне значення для успіху всіх інших аспектів допомоги пацієнтам з ФП. Ключовими мішенями є артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, ожиріння, обструктивне апное сну, вживання алкоголю та цукровий діабет (див. рисунок). Медичні працівники повинні встановлювати індивідуальні та досяжні цілі щодо супутніх захворювань і факторів ризику. Ці цілі слід обговорювати з пацієнтом у процесі спільного прийняття рішень.

Малюнок: Управління ключовими супутніми захворюваннями, "С" в концепції AF- CARE. Модифіковано з [1].



Щоб уникнути інсульту та тромбоемболії, важливо запобігти несприятливим наслідкам. Тому у пацієнтів з персистуючою формою ФП слід використовувати локально валідовані шкали ризику або шкалу CHA₂DS₂-VA. У цій новій шкалі рекомендації не роблять різниці між чоловіками і жінками. "Це величезне спрощення, і ми припускаємо, що це призведе до кращого дотримання наших рекомендацій", - сказав професор ван Гелдер. На противагу цьому, використання балів ризику кровотечі не рекомендується для прийняття рішення про початок або відміну антикоагулянтів. Існує рекомендація класу I для пероральних антикоагулянтів у пацієнтів з показником CHA₂DS₂-VA 2 або більше і клас IIa для пацієнтів з показником 1. Антагоністи вітаміну К рекомендуються тільки пацієнтам з механічними серцевими клапанами або мітральним стенозом. Слід оцінювати та контролювати всі модифіковані фактори ризику кровотечі. Для запобігання кровотечі не рекомендується комбінація антитромбоцитарних засобів та пероральних антикоагулянтів.

"Після цього ми переходимо до літери "Р", - сказав професор ван Гелдер. Зменшення симптомів за допомогою контролю частоти і ритму має важливе значення для покращення якості життя пацієнтів. У гострому періоді препарати, що контролюють частоту серцевих скорочень, рекомендуються як початкова терапія; як доповнення до терапії, що контролює ритм, або як єдине лікування. Контроль ритму розглядається у всіх відповідних пацієнтів, але, знову ж таки, безпека на першому місці.

Буква "Е" в концепції AF-CARE означає регулярне повторне обстеження пацієнта, яке рекомендується проводити через 6 місяців після звернення, а потім щонайменше щорічно або на основі клінічної необхідності.

Інтервенційний контроль ритму: завжди виконується після спільного прийняття рішень

Багато нових досліджень призвели до оновлення рекомендацій щодо інтервенційного контролю ритму. "Зараз ми маємо рекомендації класу I щодо катетерної абляції як варіанту першої лінії при пароксизмальній ФП, при пароксизмальній і персистуючій ФП після невдалої терапії антиаритмічними препаратами і, звичайно, для тих пацієнтів, у яких є висока ймовірність того, що тахікардія індукує якусь кардіоміопатію", - зазначив професор Діпак Котеча (Університет Бірмінгема, Великобританія) [2]. Ендоскопічна абляція або гібридний підхід отримали рекомендацію класу IIa для пацієнтів з персистуючою формою ФП, незважаючи на антиаритмічну терапію. Крім того, існує рекомендація класу I для хірургічної абляції у пацієнтів з операцією на мітральному клапані та рекомендація класу IIa для пацієнтів з операцією на немітральному клапані.

Перед проведенням інтервенційного контролю ритму рекомендується спільний процес прийняття рішень (клас I) для всіх пацієнтів з метою

враховувати процедурні ризики, ймовірні переваги та фактори ризику рецидиву фібриляції передсердь. Професор Котеча також підкреслив важливість періодичної переоцінки всіх пацієнтів з ФП, як це рекомендовано в новому підході AF-CARE. Не менш важливим є скринінг пацієнтів на ФП після тромбоемболічної події та інформування пацієнтів про наслідки виявлення ФП.

"ФП є величезним тягарем для пацієнтів, але вона також дуже варіабельна, що може бути дуже складним завданням", - сказав професор Котеча. Часто буває складно розпізнати, чи симптоми викликані ФП, чи одним із супутніх захворювань.

Існує підвищений ризик інсульту, а також 2-кратне збільшення серцевої недостатності і все більше доказів того, що ФП може сприяти зростанню кількості пацієнтів з судинною деменцією. В основі нової настанови лежить ведення пацієнтів у мультидисциплінарній команді лікарів, медсестер та інших медичних працівників.

1. [Van Gelder IC та ін. Eur Heart J 2024; серпень 30. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae176.](#)
2. Презентації на сесії "Огляд настанов ESC 2024", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.
3. Презентації на сесії "Керівництво 2024 ESC з лікування фібриляції передсердь", Конгрес ESC 2024, 30 серпня-02 вересня, Лондон, Великобританія.

Підготувала доктор Наталія Довганич