



Напредък в кардиологията, 2001

През последните пет години някои нови методи за диагностика и лечение в кардиологичната практика бяха определени като клинично приложими въз основа на проведени изследвания и резултати от клиничния опит.

На първо място бихме могли да поставим усъвършенстването и въвеждането на нови технологии от областта на инвазивната диагностика и инвазивната катетър-базирана коронарна терапия. Бяха разширени индикациите и се повиши честотата на прилагане на техниката на коронарна реваскуларизация със стентинг (нови модели, при необходимост - по-голяма дължина на стента, осигуряване на по-дистален достъп в коронарната артерия, по-ефективна дезобструкция). В някои страни се очертава тенденция за необосновано разширяване на индикациите за приложение на катетърната реваскуларизация - подход, който получи критична оценка. У нас, както и в някои други страни с по-малки възможности, приложението на инвазивните коронарни процедури е ограничено. Оперативната коронарна реваскуларизационна техника е индицирана при стволова болест, многоклонова коронарна патология и обструкция на коронарните съдове, при която реваскуларизация не може да бъде постигната с PTCA и стент.

В областта на медикаментозната терапия най-впечатляващи резултати са получени при приложението на статините. Доказа се антилипемичният, противовоспалителният и протективният им по отношение на тъканите ефект. Бяха разширени индикациите за приложението им и в ранния период при остра и хронична коронарна болест, а така също и при исхемична левокамерна дисфункция, исхемична кардиомиопатия и др. Статините удължават живота на пациентите, страдащи от ИБС във всичките ѝ форми.

Съществен напредък, но и голямо разочарование се оказа въвеждането на гликопротеинните рецепторни блокери на фибриногена от клас IIb/IIIa (GP IIb/IIIa-рецепторни блокери). Успешно е интравенозното приложение на тази група антитромбоцитни медикаменти при интракоронарните терапевтични процедури (балонна коронарна дилатация - PTCA, и стентинг). Полезни и удобни са при лечението на остри коронарни синдроми без персистираща елевация на ST-сегмента (тежка нестабилна ангина, остър миокарден инфаркт без ST-елевация) при високорискови пациенти. GP IIb/IIIa-рецепторните блокери не се прилагат при пациенти с клинични данни за нискорискова нестабилна стенокардия при неповишени биохимични показатели за миокардна некроза. Острият коронарен синдром без ST-сегмент елевация (нестабилна ангина, остър инфаркт без ST-сегмент елевация) при нисък риск от усложнения (остър инфаркт със ST-сегмент елевация, смърт) се лекува с аспирин, хепарин, нитрат, бета-блокери, с или без калциев антагонист без GP IIb/IIIa рецепторни блокери. При висок риск от посочените усложнения, към горната терапия се добавя GP IIb/IIIa рецепторен блокери интравенозно. Голямо разочарование донесоха обширните рандомизирани проучвания с орални GP IIb/IIIa-рецепторни блокери, включващи хиляди пациенти с коронарна болест с или без преживян миокарден инфаркт, при които не само не бяха установени очакваните полезни ефекти, но и бяха доказани значими странични ефекти и повишаване на смъртността. Това доведе до преустановяване на опитите и отхвърлянето на GP IIb/IIIa-рецепторните блокери като медикаменти за орална употреба.

Според завършилите проучвания (Atman et al., USA, 2001) GP IIb/IIIa-рецепторните блокери вероятно ще намерят рутинно приложение при лечение на остър миокарден инфаркт със ST-елевация и патологичен Q-зъбец.

В метода GUSTO V е включено приложението на Аспирин (250 mg) + GP IIb/IIIa-рецепторен блокери (половината от обичайната доза, приложена интравенозно) + фибринолитик (tPA или друг, в половината от обичайната доза) + Хепарин (половината от обичайната доза, приложена интравенозно). Получените резултати по отношение на болестността и смъртността са по-добри спрямо резултатите, получени от класическия метод GUSTO I, при които тромболитикът, хепаринът и аспиринът се прилагат в пълни дози.

Не бе постигнат очакваният по-добър резултат в търсенето на по-активен тромболитик с понижен риск от възникване на хеморагии при приложение при пациенти с тромбоза на коронарните артерии. Клинично бяха изпитани седем нови тромболитични препарати, при някои от които бяха установени по-добри фармакокинетични параметри и бяха постигнати резултати, еднакви или по-добри от тези при приложението на класическите тромболитици (стрептокиназа, тъканен активатор на плазминогена - tPA, рекомбинантен тъканен активатор на плазминогена - rtPA).

С относително позитивен резултат бе постигнат в търсенето на антикоагулант с по-голяма активност за лечение на коронарната тромбоза (HERO, 2001). При интравенозното приложение на хиролог (директен антикоагулант) при остър миокарден инфаркт с ST-елевация съвместно с аспирин и стрептокиназа, се установява значимо понижение на смъртността и настъпването на групи исхемични усложнения,

но и тенденция към по-голяма честота за възникване на кръвоизливи.

Едно от големите постижения в кардиологията през последните години е новата терапия на хроничната сърдечна недостатъчност при левокамерна дисфункция. Намаление на смъртността при тези пациенти бе установено при лечение с АСЕ-инхибитори, β -адренергични блокери (Карведилол, Метопролол, Бизопролол) и добавяне на Спиринолактон при пациенти с тежка сърдечна недостатъчност (III-IV клас по NYHA). Всяка от посочените групи медикаменти редуцира умерено до значително смъртността при болните със сърдечна недостатъчност.

Наскоро приключи добре организирано рандомизирано проучване (Val-HeFT), което доказва значително редуциране на смъртността при лечение с ангиотензин-рецепторния блокер Валсартан. С основание можем да приемем, че ангиотензин-рецепторните блокери, в или без комбинация с АСЕ-инхибитор, ще заемат важно място сред медикаментите на избор при лечението на хроничната сърдечна недостатъчност.

Бавен е напредъкът в медикаментозната терапия на тахиаритмиите. Оказа се, че почти всички антиаритмични медикаменти (с изключение на β -блокери) имат и проаритмичен ефект, особено при наличие на левокамерна дисфункция. С най-голяма ефективност и най-слабо изразен проаритмичен ефект е препаратът Амиодарон, който, за жалост, при част от пациентите се проявява и с неблагоприятни странични ефекти, ограничаващи широко му приложение. Понастоящем в процес на клинично изпитване са редица антиаритмични препарати, главно от III клас - Ацимилит, Дронедарон, Ибутилит, Дофетилит и др., активни при овладяване на камерни и надкамерни тахиаритмии. Обнадеждаващи са предварително публикуваните резултати. Вероятно през следващите 2-3 години ще разполагаме с препарати с по-висока ефективност, по-незначителни странични ефекти и по-слаб (пог 1%) проаритмичен ефект.

С голям успех в кардиологията при предотвратяване на внезапна аритмогенна сърдечна смърт се използват кардиовертер-дефибрилаторите, технологически усъвършенствани и по-сигурни. Значително се разшириха основните индикации за употребата им.

На сегашния момент антихипертензивната терапия разполага с широк набор от ефективни медикаменти, с които е възможно поддържането на артериалното налягане в оптимални граници (<140/90 mm Hg, средно 130/85 mm Hg), без значими странични ефекти. Бе доказано, че при плавно понижаване на артериалното налягане, без оплаквания (т.е. при добра поносимост) в по-голяма степен и по-трайно се редуцира органната патология (сърце, мозък, бъбреци, аорта, периферни артерии), което реално води до значимо удължаване на продължителността на живота. Диуретиците запазиха своето важно място при лечението на хипертонията, независимо от неяснотата по отношение на антихипертензивния им механизъм. Без загуба на антихипертензивния си ефект, диуретиците се прилагат в по-ниски дози. Бяха въведени добре поносими, модерни сулфонамидни препарати в много ниски дози - Хидрохлоротиазид (12.5 mg дневно), Индапамид (2 mg дневно, много ефективен и с добра поносимост) и др. Широко приложение намират АСЕ-инхибиторите, в комбинация с или без диуретик, с редукция на таргетните органи увреждания. Бета-блокери, особено при хипертония с ИБС, са основни антихипертензивни медикаменти, в комбинация с или без АСЕ-инхибитор, много често в комбинация с диуретик в минимална доза (Индапамид). Калциевите антагонисти от по-нова генерация (Амлодипин, Фелодипин) получиха висока оценка както при монотерапия, така и в комбинация с диуретик в малка доза. Утвърдена комбинация с повишен антихипертензивен ефект, особено при добавка и на диуретик в малка доза, е съвместното приложение на калциев антагонист и АСЕ-инхибитор. Проучването HOPE (2000 г.) доказва, че комбинацията от АСЕ-инхибитор (Рамиприл, 5mg) + калциев антагонист (Фелодипин), с или без диуретик, има висока антихипертензивна ефективност и положителен органен ефект, със значително редуциране на смъртността (мозъчна, сърдечна, обща), дори и при пациенти с коронарни заболявания без хипертония.

Тежките патологични процеси, ангажиращи сърдечните клапи, подлежат на незабавно оперативно лечение. Индикациите за оперативна корекция на клапите бяха разширени. Понастоящем се счита за по-благоприятна ранната оперативна корекция на тежките клапни пороци, преди настъпването на високостепенни увреждания на сърцето (хипертрофия/дилатация, камерна дисфункция, пулмонална хипертония, сърдечна декомпенсация).

Неинвазивната инструментална диагностика в кардиологията през последните години направи много голям напредък с включването на модерна апаратура: стетоскоп, комбиниран с ултразвуков (ехокардиографски) канал, ядрено-магнитен резонанс, компютърна емисионна томография, модерна радиоизотопна техника.

Необходима е по-подробна информация относно научния напредък и обучение на по-широк кръг лекари с цел реализиране на новите изисквания в клиничната практика на кардиолога, интерниста, общопрактикуващия лекар.

Акад. Илия Томов

Национална кардиологична болница