

Пожилой кардиологический пациент с коморбидностью ➡ 4

Алгоритмы назначения ПОАК при фибрилляции предсердий ➡ 6

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей ➡ 8

Немедикаментозное лечение дислипидемий ➡ 10

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ



№ 1 (15) 2020

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

СЛОВО РЕДАКТОРА



Григорий Павлович АРУТЮНОВ

Главный редактор газеты «Современная Кардиология», член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист-терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы

Уважаемые читатели!

Перед вами новый номер газеты «Современная Кардиология», в котором мы постарались собрать самые разнообразные и интересные материалы, посвященные борьбе с факторами риска сердечно-сосудистой патологии.

К сожалению, на сегодняшний день сохраняется высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, что во многом обусловило выбор темы этого выпуска. Профессор Оксана Михайловна Драпкина в своем интервью рассказала о наиболее значимых модифицируемых факторах риска. Вы сможете прочитать о немедикаментозных методах контроля дислипидемии, о тактике принятия решения при назначении ПОАК пациентам с фибрилляцией предсердий с учетом различных факторов риска. Можно будет найти информацию по возраст-ассоциированным клиническим состояниям, ухудшающим качество жизни, способам их выявления и возможностям коррекции.

Подробно освещены особенности ведения пожилых коморбидных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В материале доктора медицинских наук Игоря Семеновича Явелова особое внимание уделено вопросу тромбоза глубоких вен нижних конечностей и профилактике этого весьма распространенного осложнения.

И, конечно, в новом номере продолжена наша традиционная рубрика «В повседневную практику», где вниманию читателя предлагаются клинические задачи. Напоминаем вам, что имена тех, кто пришлет наиболее полные и аргументированные ответы на очередную задачу, будут опубликованы на страницах газеты.

ИНТЕРВЬЮ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний — эпидемия XXI века?

Во многих странах мира — и Россия в этом плане не исключение — сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности. По данным ВОЗ, ежегодно от этих болезней умирают 17,5 млн человек, при этом 80 % преждевременных инфарктов и инсультов можно предотвратить. Очевидно, что высокая распространенность ССЗ тесно связана с особенностями образа жизни и различными факторами риска. Их модификация должна привести к снижению кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Об этом мы побеседовали с членом-корреспондентом РАН, профессором Оксаной Михайловной Драпкиной.



Оксана Михайловна ДРАПКИНА

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России

— Оксана Михайловна, какой вклад вносят различные факторы риска в развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы? И можно ли говорить, что эта проблема приняла масштаб эпидемии?

— Традиционное понимание эпидемии пришло из средневековья. Дошедшие до нас свидетельства о свирепствовавших

тогда эпидемиях всегда предполагали в качестве причины инфекционный фактор. Сегодня ситуация изменилась с точностью до наоборот. Наиболее ощутимый вклад в общую смертность вносят не бактериальные и вирусные агенты, быстро распространяющиеся и поражающие одно-мента значительную часть населения, а сложившиеся поведенческие факторы, культура жизни и питания, реализующие свой потенциал медленно, но верно. Именно стереотипы неправильного образа жизни во многом являются причиной широкой распространенности, например, ожирения и ассоциированной патологии. Хорошей иллюстрацией к этим словам служат результаты инициированного ВОЗ в 1990 г. крупного проекта «Глобальное бремя заболеваний, травм и факторов риска», в котором приняла участие наша страна. В рамках этого исследования изучались ведущие факторы риска (ФР)

и глобальное бремя болезней с оценкой показателей потери здоровья, связанной с заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью.

— Какие, с вашей точки зрения, факторы риска наиболее важны в развитии и прогрессировании ССЗ?

— Прежде всего необходимо понять: мы говорим именно про факторы риска — состояния, которые не являются причиной, но значительно увеличивают вероятность развития заболевания. ФР разделяются на две большие группы: модифицируемые и немодифицируемые. Последние изменить невозможно, и их всего 3: возраст, пол и наследственность. Модифицируемые же факторы потому так и названы, что мы можем и должны на них воздействовать. Важно отметить, что за период

Продолжение на с. 2 ►

Н О В О С Т И

Исследование COMPASS — комбинированная антитромботическая терапия

Известно, что длительная антиагрегантная терапия (в частности, АСК) у пациентов с высоким риском снижает ежегодный риск серьезных кардиоваскулярных событий (нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт или сердечно-сосудистая смерть) примерно на четверть. Однако, несмотря на использование эффективных стратегий вторичной профилактики, у 5–10 % пациентов ежегодно происходят рецидивирующие сердечно-сосудистые катастрофы.

В исследовании COMPASS изучались эффективность и безопасность комбинированного лечения ривароксабаном в дозе

2,5 мг 2 р/сут в сочетании с АСК 100 мг 1 р/сут и монотерапии ривароксабаном 5,0 мг 2 р/сут по сравнению с АСК 100 мг 1 р/сут для профилактики инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти у пациентов с ИБС или атеросклеротическим заболеванием периферических артерий (ЗПА). Средняя продолжительность наблюдения составила 23 месяца. Исследование проводилось в 602 центрах 33 стран (n=27395 пациентов). Комбинация ривароксабана и АСК снижала частоту первичного неблагоприятного исхода в большей степени, чем только АСК: 347 (4 %) против 460 (6 %) соответственно; $p < 0,0001$. В обеих

группах частота развития кровотечений значимо не различалась (263 (3 %) и 158 (2 %) соответственно). На фоне приема ривароксабана в сочетании с АСК достоверно уменьшался показатель смертности по сравнению с монотерапией АСК (262 (3 %) из 8313 против 339 (4 %) из 8261; $p = 0,0012$).

Таким образом, добавление ривароксабана к АСК может существенно снизить риск серьезных кардиоваскулярных катастроф. Монотерапия ривароксабаном не привела к достоверно большему уменьшению этого показателя в сравнении с изолированным приемом АСК.

ИНТЕРВЬЮ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний — эпидемия XXI века?

◀ Окончание, начало на с. 1

с 2000 по 2013 гг. в мире произошло перераспределение ФР по степени вклада в показатель потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность. На сегодняшний день лидируют тоже 3 таких фактора: артериальная гипертензия (АГ), курение и повышенный индекс массы тела (ИМТ). Результаты крупных проспективных исследований подтвердили взаимосвязь увеличения сердечно-сосудистого риска (ССР) с избыточной массой тела. Относительный риск ССЗ у пациентов, страдающих ожирением, сравним с вкладом в суммарный риск повышения уровня АД на 20 мм рт. ст. Однако большинство существующих моделей стратификации ССР не включают оценку ожирения в качестве одного из ФР. Сейчас известно несколько его фенотипов, наличие любого из которых увеличивает вероятность развития ССЗ и сахарного диабета II типа.

— Какая задача на сегодняшний день является главной в профилактике ССЗ?

— Важнейшая задача первичной профилактики кардиоваскулярной патологии — выявление «бессимптомных» лиц с высоким риском, нуждающихся в интенсивной модификации образа жизни и в медикаментозной терапии по показаниям. С этой целью проводится оценка отдельных ФР и ССР в целом при помощи шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Тем не менее такой подход эффективен далеко не всегда: большое количество первичных сердечно-сосудистых событий происходит у лиц в группах низкого и среднего риска. Представляет интерес и шкала QRISK, в которой наряду с традиционными факторами риска оцениваются ИМТ и семейный анамнез. Однако она не получила широкого распространения в связи с ограниченностью популяцией Великобритании (для которой была создана) и рядом выявленных недостатков. В частности, QRISK недооценивает риск, поскольку послужившее основой для ее формирования исследование включало меньше конечных точек, чем Фрамингемский алгоритм. Кроме того, шкала содержит оценку генерализованного ожирения по критерию ИМТ — показателю, имеющему свои ограничения в гипер- и гиподиагностике этого состояния. Данный индекс непригоден для оценки ожирения у спортсменов с выраженным развитием мышечной ткани, а также в группе пациентов с абдоминальным ожирением и нормальной массой тела. Следовательно, при стратификации ССР у наших пациентов мы зачастую упускаем некие важные моменты, а именно — признаки генерализованного и абдоминального ожирения.

— Оксана Михайловна, вы упомянули артериальную гипертензию как один из лидирующих факторов риска. Действительно, гипертензия достаточно распространена не только в РФ, но и в мире. Каковы наши действия в отношении гипертензии, что мы делаем не так?

— Интерес к изучению эпидемиологических характеристик АГ объясним хотя бы потому, что ее распространенность в мире в среднем составляет 31,1 %. Не секрет, что этот показатель в нашей стране за последние годы несколько возрос. Как и многие европейские государства, Россия переживает

процесс устойчивого старения населения, что на фоне некоторого увеличения продолжительности жизни обуславливает рост общего количества лиц с АГ и, как следствие, утяжеление нагрузки на систему здравоохранения. Несмотря на простоту выявления гипертензии и доступность широкого перечня современных препаратов, во многих странах, включая Российскую Федерацию, остаются нерешенными проблемы достижения целевых показателей АД и приверженности антигипертензивной терапии.

Отечественные исследования, позволяющие оценить распространенность АГ, особенности лечения и его эффективность, чаще проводятся в организованных коллективах либо на отдельно взятых территориях и реже — в масштабах нескольких регионов или всей страны ввиду трудоемкости и высокой стоимости. Так, в середине 1990 гг. было проведено масштабное изучение представительной национальной выборки, детально рассмотревшее эпидемиологические характеристики этого заболевания. В первом десятилетии нашего века в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации» (мониторинга АГ) было выполнено несколько репрезентативных срезов, на которых определялась распространенность АГ в стране. С 2002 по 2017 гг. в 8 регионах Европейской части РФ проводились когортное наблюдение ЭПОХА-АГ и исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в РФ» (ЭССЕ-РФ). Последнее охватило на протяжении 2013–2014 гг. 13 регионов с различными климатогеографическими условиями. Как показал сравнительный анализ особенностей АГ среди населения Китая и США, несмотря на меньшую распространенность болезни, охват лечением и его эффективность в Китае статистически значимо ниже. В этом ключе интересны региональные особенности полученных в ЭССЕ-РФ данных: при сравнительно более низкой частоте АГ в Омской области показатели охвата лечением и терапевтической эффективности там выше, чем в других исследованных регионах. В то же время по распространенности АГ Рязанская область превосходит Краснодарский край, однако доля принимающих лекарственные препараты и эффективно лечатся в ней больше; соответственно, популяционные уровни заболеваемости ниже в сравнении с Краснодарским краем. Кроме того, особое внимание следует уделять сельской медицине: на селе неэффективность лечения среди женщин на 40 % ниже, а мужчины с повышенным АД на 44 % чаще не принимают гипотензивные препараты.

Таким образом, важной задачей медицинской общественности является выявление болезни на более раннем этапе, до появления осложнений. Этому должны служить повышение осведомленности населения о параметрах артериального давления — нормальном, пограничном и повышенном, внедрение в обиход измерения АД и знание собственных показателей даже среди тех, кто не страдает АГ. Такой подход позволит сократить период от начала действия пускового механизма до визита к врачу. Вместе с тем лекарственное лечение по-прежнему проводит только половина лиц с АГ, из которых, в свою очередь, 50 % не достигают целевых значений.

Подготовила Анна Соколова



PUBLISHING HOUSE



НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ ОНКОЛОГОВ

Урология сегодня

СОВРЕМЕННАЯ
КАРДИОЛОГИЯНЕВРОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ | СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ НЕВРОЛОГОВПЕДИАТРИЯ
СЕГОДНЯ | СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ГАЗЕТА
ДЛЯ ПЕДИАТРОВАкушерство
и гинекология

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ

Опухоли ГОЛОВЫ
и ШЕИТазовая хирургия
и онкология

ОНКО

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ГЕМАТОЛОГИЯ

АНДРОЛОГИЯ
и ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯУСПЕХИ
МОЛЕКУЛЯРНОЙ
ОНКОЛОГИИРУССКИЙ
ЖУРНАЛ
ДЕТСКОЙ
НЕВРОЛОГИИ

ОНКОПАТОЛОГИЯ

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ОПУХОЛИ
ЖЕНСКОЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫНервно-мышечные
БОЛЕЗНИРОССИЙСКИЙ
Биотерапевтический
ЖурналМЕДИЦИНСКИЙ
ТУРИЗМРОССИЙСКИЙ
Биотерапевтический
Журнал

К 75-ЛЕТИЮ НАУЧНОГО ЦЕНТРА НЕВРОЛОГИИ

НЕЙРОФОРУМ

У НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
ПО БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
И РАСТРОЙСТВАМ ДВИЖЕНИЙ 2020

WWW.MYNEUROLOGY.RU

30 сентября–2 октября
2020, МоскваОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
НЕЙРОФОРУМА 2020:

- Нейронауки: вызовы современности;
- Новые подходы к диагностике сосудистых заболеваний мозга;
- Болезнь Паркинсона и расстройства движений: инновации и перспективы;
- Нервно-мышечные болезни: современные алгоритмы диагностики наследственных и приобретенных полиневропатий;
- Достижения отечественной и зарубежной науки в лечении демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

- Эпилепсия: новые тренды, новая классификация;
- Инновации в нейрореабилитации: роботы, виртуальная реальность, интерфейс мозг-компьютер, искусственный интеллект;
- Последние достижения эндоскопической нейрохирургии при спинальной и краниальной патологии;
- Междисциплинарные проблемы организации и оказания помощи пациентам с хроническими нарушениями сознания;
- Новые медицинские технологии в неврологии.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА В 2020 ГОДУ:

- История изучения болезни Паркинсона и расстройств движений;
- Ранние биомаркеры болезни Паркинсона;
- Клинический полиморфизм болезни Паркинсона;
- Современные технологии нейромодуляции в лечении болезни Паркинсона;
- Возможности персонализированной фармакотерапии болезни Паркинсона;
- Реабилитация при расстройствах движений;
- Новые генетические и клеточные технологии при расстройствах движений;
- Инновационные подходы к лечению расстройств движений: от эксперимента к клинике.

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Научный центр Неврологии
- Министерство науки и высшего образования
- Российская академия наук
- Федеральный научный центр рассеянного склероза Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Национальное общество по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений
- Общество помощи пациентам с болезнью Паркинсона, болезнью Гентингтона и другими инвалидизирующими расстройствами движений
- Общество специалистов по нервно-мышечным болезням
- Национальная ассоциация по тромбозу и гемостазу
- Сколковский институт науки и технологий
- Компания Нейроботикс
- МГУ им. М. В. Ломоносова

КОНТАКТЫ

КОЗЕЕВА ЕЛЕНА

Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 179

Моб.: +7 (929) 674-74-97

Email: info@myneurology.ru

Реклама

Реклама

ПРЕПАРАТ

Апиксабан продемонстрировал лучшую эффективность по сравнению с варфарином и НМГ

Сравнительные результаты использования апиксабана, варфарина и низкомолекулярных гепаринов (НМГ) у онкологических пациентов с венозной тромбоэмболией (ВТЭ) были доложены на ежегодной конференции Американского общества гематологов (ASH), проходившей 7–10 декабря 2019 г. в Орландо (США)

Венозные тромбоэмболии — частые осложнения и одна из основных причин смерти среди онкологических больных. Существующие клинические рекомендации предписывают назначение таким пациентам преимущественно низкомолекулярных гепаринов (НМГ) или, реже, антагонистов витамина К (АВК). С момента появления новых прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) происходит расширение знаний об их эффективности и безопасности в клинической практике у пациентов онкологического профиля с ВТЭ. Во время конференции ASH были представлены доклады, посвященные применению одного из ПОАК — апиксабана у пациентов с опухолевым процессом и ВТЭ. Первый из них содержал результаты анализа баз обращений 4 страховых компаний США, из которых были выделены заявки 14 тысяч онкопациентов с диагностированной ВТЭ, получавших лечение апиксабаном, варфарином или НМГ. Для оценки основных событий (рецидив ВТЭ, большое

кровотечение и клинически значимое небольшое (КЗНБ) кровотечение) была использована модель пропорциональных рисков (регрессия) Кокса. Было показано, что применение апиксабана у больных с онкопроцессом по сравнению с НМГ приводит к снижению риска большого и КЗНБ-кровотечения, а также рецидива ВТЭ (на 37, 19 и 39 % соответственно). В группах исследуемых, получавших апиксабан и варфарин, также была отмечена более низкая частота повторных тромбоэмболий и сопоставимая — кровотечений. Второе сообщение продемонстрировало эффективность и безопасность применения апиксабана, НМГ и варфарина в терапии и вторичной профилактике ВТЭ у пациентов с онкозаболеваниями различного риска по шкале Хорана. Эта шкала основывается на типе опухоли, гематологических параметрах и массе тела, позволяя предсказать риск тромбоза у больных данной категории. Для этого в базе заявок страховых компаний США были

проанализированы данные пациентов с ВТЭ и злокачественными новообразованиями, разделенных в зависимости от получаемого лечения и уровня тромбофетического риска (низкого, среднего и высокого). Вне стратификации риска тромбоза при назначении апиксабана имела тенденция к снижению частоты рецидива ВТЭ по сравнению с варфарином и НМГ. Во всех группах риска апиксабан был также сопоставим или имел преимущество по частоте больших/КЗНБ-кровотечений в соотношении с другими терапевтическими стратегиями. «Изучение реальной практики применения различных препаратов получает все большее распространение; оно очень важно для адекватного информирования медицинского сообщества, особенно когда речь идет об онкологических пациентах, перенесших ВТЭ, — заявил д-р Рори О’Коннор, медицинский директор подразделения Pfizer «Инновационные препараты общей терапии». — Результаты подобных исследований позволяют

получить более отчетливое представление об этой группе больных и дополняют существующую информацию для оценки безопасности и эффективности такого препарата, как Эликвис®».

О ПРЕПАРАТЕ «ЭЛИКВИС»

Эликвис® (апиксабан) — пероральный селективный ингибитор Ха фактора свертывания крови, являющегося ключевым звеном коагуляционного каскада. За счет блокады этой молекулы препарат уменьшает образование тромбина и формирование тромбов. Во многих странах Эликвис® зарегистрирован на основании данных об эффективности и безопасности, полученных в ходе 7 клинических испытаний III фазы. Это рецептурное лекарственное средство, назначаемое для уменьшения риска инсульта и системной эмболии у пациентов с неклапанной мерцательной аритмией (НКА); в целях профилактики тромбоза глубоких вен (ТГВ), способного привести к тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА); для применения у пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава; с целью лечения ТГВ и ТЭЛА, а также снижения риска рецидивов этих осложнений после начальной терапии.

PP-ELI-RUS-0823 10.03.2020

СТОП тромбоз рецидив

ТГВ/ТЭЛА: лечение и профилактика рецидивов

- ЭФФЕКТИВНОСТЬ лечения и профилактики
- БЕЗОПАСНОСТЬ, сопоставимая с ПЛАЦЕБО² при длительной профилактике рецидива ТГВ/ТЭЛА
- УДОБСТВО – короткая схема применения в острый период лечения ТГВ/ТЭЛА*

ЭЛИКВИС®
апиксабан



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Эликвис®

Торговое название: Эликвис®. МНН: апиксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг и 5 мг апиксабана. Показания к применению: Профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава. Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелой и умеренно выраженной митральной стенозом или искусственными клапанами сердца. Лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания: Повышенная чувствительность к апиксабану или любому другому компоненту препарата. Активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Заболевания или состояния, характеризующиеся значимым риском большого кровотечения: существующее в настоящее время или недавнее обострение язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; наличие злокачественно-

го новообразования с высоким риском кровотечения; недавнее повреждение головного или спинного мозга; недавно перенесенное оперативное вмешательство на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; недавно перенесенный геморрагический инсульт; установленное или подозреваемое варикозное расширение вен пищевода; артериовенозная мальформация; аневризма сосудов или выраженные внутриспинальные или внутримозговые изменения сосудов. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с любыми другими антикоагулянтными препаратами, включая нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) (эноксапарин, далтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран и др.), за исключением тех ситуаций, когда пациент переводится на терапию или с терапии апиксабаном или если нефракционированный гепарин назначается в дозах, необходимых для поддержания проходимость центрального венозного или артериального катетера. Брожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие: Частыми нежелательными реакциями были кровотечения (носовое, желудочно-кишечное, ректальное, кровотечение из десен, гематурия, кровоизли-

яния в ткани глазного яблока), кровоподтек, гематома анемия, закрытая травма, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы: Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и немедленно принять внутрь. В качестве альтернативы, таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и немедленно ввести полученную суспензию через назогастральный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени (с клиренсом креатинина 15-29 мл/мин) и фибрилляцией предсердий следует применять дозу апиксабана – 2,5 мг два раза в сутки. Не принимавшим ранее антикоагулянты пациентам с фибрилляцией предсердий, которым требуется проведение кардиоверсии, для достижения антикоагуляции возможно назначение по крайней мере 5 доз препарата по 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы) перед проведением

процедуры. Если проведение кардиоверсии требуется до назначения 5 доз препарата Эликвис®, возможно применение нагрузочной дозы апиксабана 10 мг по крайней мере за 2 часа до проведения процедуры с последующим приемом 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12-24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, перед применением необходимо ознакомиться с полным текстом Инструкции. Дата версии: 31.05.2019

* В рандомизированном клиническом исследовании ARISTOTLE при оценке первичной конечной точки инсульт/СЭ Эликвис® подтвердил двухуровневую гипотезу превосходства ("superiority") по эффективности и превосходство по безопасности по риску большого кровотечения по сравнению с варфарином у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий.
1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992. 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ЭЛИКВИС®



ООО «Пфайзер Инновации»
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00.
www.pfizer.ru PP-ELI-RUS-0756 29.10.2019



Служба Медицинской Информации: MedInfo.Russia@Pfizer.com
Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer на интернет – сайте www.pfizermedinfo.ru

А К Т У А Л Ь Н О

Пожилой кардиологический пациент с коморбидностью

Пациентов, чей возраст превышает 75–80 лет, становится все больше. Как правило, это лица с высоким кардиоваскулярным риском, при этом сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) часто сочетаются у них с поражением других органов и систем.

Юлия Викторовна
КОТОВСКАЯ,
Мадина Магомет-Башировна
БАЛАЕВА,

ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава
России – ОСП «Российский геронтологический
научно-клинический центр»

Ведение таких больных сопряжено с определенными проблемами: 1) ввиду низкой представленности в рандомизированных клинических исследованиях данные о пользе для указанной возрастной группы тех или иных вмешательств, используемых у более молодых пациентов, ограничены; 2) прогноз в отношении жизни и ее качество определяются не только непосредственно коморбидностью, но в большей степени споясбностью жить самостоятельно, сохранностью физического, эмоционального и когнитивного статуса. Последнее обстоятельство нередко становится основанием для коррекции общепринятых подходов. В первую очередь необходимо ориентироваться не на хронологический, а на биологический возраст, предполагающий оценку выраженности старческой астении, бремени заболевания, способности к самообслуживанию, переносимости терапии и приверженности к ней.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ — ВАЖНЫЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Ведение больных старше 75 лет имеет свои особенности ввиду широкой распространенности гериатрических синдромов (ГС). Их совокупность — многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, инвалидизации, повторных госпитализаций, зависимости от посторонней помощи, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, ГС не выступает проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс полисистемных изменений. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития остальных.

Наиболее распространенными ГС являются: старческая астения, падения, переломы, хроническая боль.

Старческая астения (СА). В соответствии с клиническими рекомендациями Российской ассоциации геронтологов и гериатров «Старческая астения» (КР 613/1 в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России) всем пациентам 60 лет и старше,

обратившимся за медицинской помощью, необходимо проводить скрининг СА в соответствии с опросником «Возраст не помеха», разработанным и валидированным в России. Он включает 7 пунктов — вопросов, на которые пациент отвечает «да» или «нет»:

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?
2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?
3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?
4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?
5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?
6. Страдаете ли Вы недержанием мочи?
7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м или подъем на 1 лестничный пролет).

За каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Если пациент набирает 0–2 балла, старческой астении нет; при 3–4 — результат требует уточнения с помощью кратких тестов физической деятельности и активности, а также теста «Мини-Ког» (Mini-Cog), являющегося скрининговым методом оценки когнитивных функций. Показатель 5–7 баллов свидетельствует о высоковероятной СА и необходимости консультации гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки.

Падения. Падения в пожилом возрасте — полифакторный синдром, который складывается из сложного взаимодействия биологических, поведенческих, средовых и социально-экономических факторов.

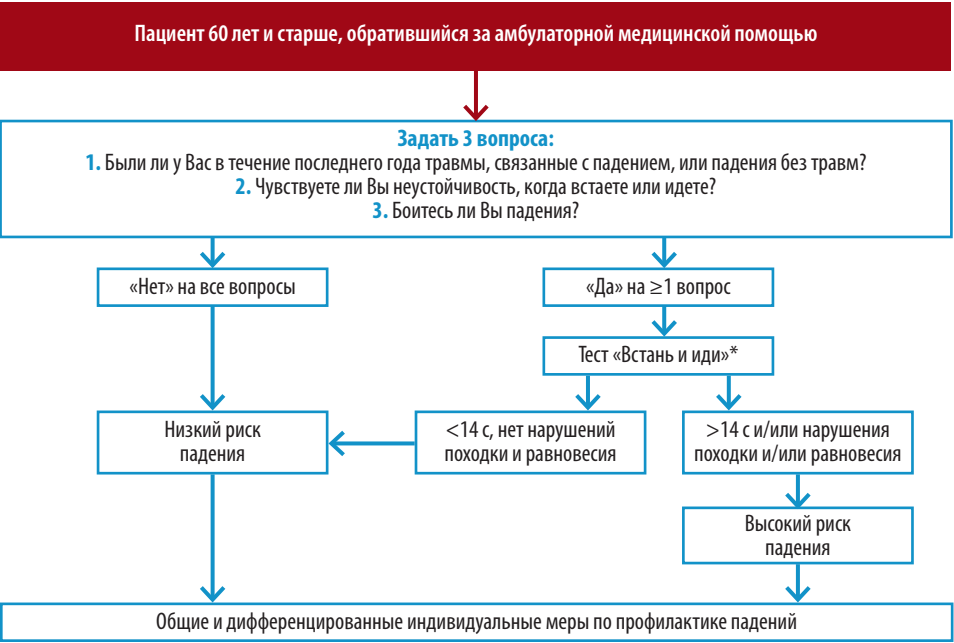
Повреждения вследствие падений занимают 5 место среди причин смерти у пожилых после сердечно-сосудистых заболеваний, опухолей, инсульта и болезней легких. Несмертельные травмы и переломы существенным образом определяют качество жизни, ее прогноз и автономность возрастного пациента. Большинство факторов риска падений модифицируемы; задача врача — выявить их и принять меры по коррекции. Оценка риска этого ГС должна проводиться у каждого человека 60 лет и старше (рис. 1).

Для более детального определения риска падений Российская ассоциация геронтологов и гериатров рекомендует использование опросника для самооценки (табл. 1). Комплекс мер по профилактике падений и переломов представлен на рис. 2.

Переломы. Эта проблема тесно связана с риском падений. Риск переломов должен оцениваться по алгоритму FRAX для российской популяции с использованием интернет-ресурса, доступного на сайте Российской ассоциации остеопороза. Онлайн-калькулятор также доступен по ссылке <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>.

Для оценки риска требуются следующие данные о пациенте, которые, как правило, есть в карте амбулаторного наблюдения или могут быть уточнены при расспросе:

- возраст, пол, масса тела и рост;
- анамнез предшествующего низкоэнергетического перелома(ов);
- перелом бедра у родителей;
- статус курения в настоящее время;
- прием глюкокортикостероидов;
- наличие ревматоидного артрита;
- наличие вторичного остеопороза, в случае если пациент имеет заболевание с доказанной ассоциацией с остеопорозом:
- сахарный диабет I типа,
- несовершенный остеогенез у взрослого,
- длительно не леченный гипертиреоз,
- гипогонадизм или ранняя менопауза (ранее 45 лет),
- хроническое недоедание или мальабсорбция,
- хроническое заболевание печени;
- потребление алкоголя от 3 и более единиц в день.



*Пациенту предлагается встать со стула, пройти 3 м, вернуться назад и снова сесть на стул.

Рисунок 1. Оценка риска падений у лиц пожилого и старческого возраста



Рисунок 2. Алгоритм профилактики падений и переломов у пожилых и престарелых

Таблица 1. Самооценка риска падений (анкета-опросник для пациента)

Обведите «Да» или «Нет» для каждого утверждения			Как это связано с риском падения
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я падал(а) в течение последнего года	Люди, которые падали хотя бы раз, имеют высокую вероятность повторных падений
Да = 2 балла	Нет = 0 баллов	Я использую (или мне советовали использовать) трость или ходунки (манеж) для безопасного передвижения	Люди, которым было рекомендовано использование трости или ходунков (манежа), имеют высокую вероятность падения
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Иногда я чувствую неустойчивость при ходьбе	Неустойчивость или необходимость поддержки при ходьбе являются признаками плохого равновесия
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я опираюсь на мебель при передвижении по дому	Это тоже признак плохого равновесия
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я боюсь упасть	У людей, которые боятся упасть, вероятность падения возрастает
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула	Это признак слабости мышц ног — важной причины падений
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мне трудно подняться на бордюр	Это тоже признак слабости мышц ног
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	У меня часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания	Срочная необходимость посетить туалет, особенно ночью, повышает вероятность упасть
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Мои ноги утратили чувствительность	Онемение ног может привести к спотыканию и падению
Да = 1 балл	Нет = 0 баллов	Я принимаю лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют меня чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно	Иногда нежелательные эффекты лекарств могут повышать риск падения

Подсчитайте количество баллов: _____.
Результат ≥4 баллов указывает на высокий риск падений

Полученный результат необходимо оценить на отдельном графике, где учитываются риск и возраст пациента. Пересечение кривых, соответствующих этим двум показателям, в красной зоне говорит о высоком риске перелома с необходимостью назначения препаратов для лечения остеопороза. Если же результат оказался в зеленой зоне, рекомендуется повторить оценку риска через 5 лет. Следует отметить, что пациентам с анамнезом низкоэнергетического перелома антиостеопоротические препараты должны назначаться без оценки по алгоритму FRAX.

Остеоартроз и боль в суставах. Остеоартроз (остеоартрит) с артралгиями — самое распространенное коморбидное состояние у кардиологических пациентов пожилого возраста. Кардиоваскулярная патология всегда ограничивает применение препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Следует избегать их назначения страдающим СА ввиду высокого риска нежелательных явлений, неблагоприятных профилей сердечно-сосудистой, почечной и желудочно-кишечной безопасности.

В качестве базисного лечения хронического болевого синдрома при остеоартрозе и дорсопатиях пациентам рассматриваемой возрастной группы рекомендуется выполнение ежедневного комплекса специальных упражнений, включающих прежде всего ходьбу — от 4500 (максимум 15 000) шагов в сутки в ортопедической обуви. Полезны аквааэробика, гимнастика тай-чи, йога, пилатес.

У лиц с СА при хронической боли, связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, показано использование колесальциферола. Болевой синдром в области спины на фоне компрессионных переломов тел позвонков требует назначения антиостеопоротических средств.

В рамках базисной терапии остеоартроза эксперты Европейского общества остеопороза и остеоартроза рекомендуют назначение на первой ступени лечения медленно действующих симптоматических средств — фармацевтических стандартизированных субстанций хондроитина сульфата и микрокристаллического глюкозамина сульфата, которые в России доступны и в парентеральной форме: Хондрогад (МНН хондроитина сульфат) и Сустагад Артро (МНН глюкозамин) — единственные препараты, имеющие собственные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Артериальная гипертензия (АГ). В процессе лечения АГ у пациентов с СА решения о назначении антигипертензивной терапии следует принимать с учетом тяжести старческой астении, степени утраты автономности, функционального статуса, состояния когнитивных функций. Если такое решение принято, рекомендуется тщательный мониторинг ортостатической гипотонии (измерение АД через 1, 2 или 3 мин после перехода в вертикальное положение обязательно для всех пациентов старшего возраста!), падений, когнитивного статуса, динамики выраженности синдрома СА.

Антигипертензивную терапию рекомендуется начинать с одного препарата в низкой дозе, переходя к комбинированному лечению лишь при неэффективности монотерапии. Нецелесообразно применение более 3 гипотензивных лекарственных средств.

Современные данные поддерживают назначение антигипертензивного лечения «крепким» пациентам пожилого и старческого возраста («в противоположность «хрупким») и сближение тактики их ведения



КОМПЛЕКСНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ

С целью профилактики падений всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуются:

- регулярная физическая активность в объеме и интенсивности, зависящих от функциональных возможностей пациента; упражнения на тренировку баланса, развитие мышечной силы и выносливости;
- консультирование по вопросам рационального питания с акцентом на достаточное потребление белка и жидкости. Пациентам с высоким риском падений и синдромами старческой астении, мальнутриции, саркопении рекомендованы увеличение потребления белка до 1,0–1,5 г/кг массы тела в сутки и нутриционная поддержка с использованием продуктов энтерального питания при необходимости;
- консультирование по вопросам организации безопасных условий проживания для первичной и вторичной профилактики падений, в том числе подбора обуви;
- людям пожилого и старческого возраста с высоким риском падений/переломов по FRAX рекомендуется ношение непластиковых протекторов бедра для профилактики перелома проксимального отдела/шейки бедренной кости;
- ревизия лекарственных назначений с целью уменьшения полипрагмазии и анализа влияния лекарственных средств, применяемых для лечения острых и хронических состояний, на риск падений. Подробные алгоритмы изложены в клинических рекомендациях КР 613/1 «Старческая астения» и Методических рекомендациях МР 103 «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста», размещенных на сайте Минздрава России;
- пациентам с высоким риском падений/переломов и дефицитом витамина D рекомендован прием содержащих его препаратов;
- всем пациентам с высоким риском переломов по шкале FRAX, а также пациентам с высоким риском падений, имеющим средний риск переломов в соответствии с этой шкалой и остеопороз по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрии), рекомендовано назначение комбинации витамина D, препарата кальция и антиостеопоротической терапии.

с таковой у более молодых лиц, страдающих АГ, но с достижением более либерального целевого уровня АД (130–140/70–80 мм рт. ст.). Не существует единых рекомендаций относительно показателя целевого АД у нуждающихся в посторонней помощи и уходе больных с синдромом СА, а также у страдающих когнитивными расстройствами. В подобных клинических ситуациях достижение определенного уровня АД не должно приводить к ухудшению функционального статуса, усугублению когнитивных нарушений или повышению риска падений. Не следует снижать систолическое АД ниже 130 мм рт. ст. В ряде случаев может быть рассмотрено уменьшение интенсивности гипотензивной терапии под контролем функциональных и когнитивных характеристик.

Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия. Возраст не служит противопоказанием для назначения антикоагулянтной терапии. Пожилым пациентам с неклапанной фибрилляцией предсердий и клиренсом креатинина (КК) >30 мл/мин предпочтительнее назначать прямые оральные антикоагулянты (ПОАК), нежели варфарин. Дозы их зависят от возраста и функции почек; дабигатран не рекомендован при КК <30 мл/мин, апиксабан и ривароксабан — при снижении этой величины <15 мл/мин. В случае нарушения почечной функции (КК <30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин. У пожилых на фоне его приема могут потребоваться снижение доз для достижения целевых значений МНО и более частый контроль этого показателя. Следует помнить, что независимо от возраста данные целевые значения при лечении варфарином составляют 2,0–3,0 (все показания, за исключением профилактики тромбоэмболий при наличии искусственных/биологических клапанов сердца).

Назначение ацетилсалициловой кислоты без установленных сердечно-сосудистых заболеваний (перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, документированное атеросклеротическое поражение периферических артерий) с целью первичной кардиоваскулярной профилактики не рекомендуется.

После стентирования коронарных артерий период двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов 75 лет и старше не должен длиться более 1 года.

Назначение статинов. К настоящему времени данных в пользу начала терапии статинами в целях первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц 75 лет и старше (независимо от наличия СА) недостаточно. Для вторичной же кардиоваскулярной профилактики пациентам со старческой астенией рекомендовано назначение статинов при условии отсутствия противопоказаний и хорошей индивидуальной переносимости. В ходе длительного наблюдения

следует учитывать общий гериатрический статус, полиморбидность и полипрагмазию, ожидаемую продолжительность жизни и предпочтения больного. Если пожилой коморбидный пациент принимает статины, необходимо обращать внимание на риск лекарственных взаимодействий, мониторировать возможность развития нежелательных мышечных явлений.

Сердечная недостаточность (СН). Медикаментозное лечение СН с низкой фракцией выброса в рассматриваемой возрастной категории не имеет существенных особенностей. Однако титрование доз ингибиторов АПФ, сартанов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, бета-блокаторов и препаратов класса АРНИ (ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы) должно быть более медленным на фоне тщательного контроля почечной функции. В процессе ведения страдающих сердечной

недостаточностью пациентов с СА целесообразно привлечение мультидисциплинарной команды и использование доменного подхода, учитывающего клинический, функциональный, когнитивный и социальный статус пациента.

Сахарный диабет (СД). Цели лечения пожилых больных с СД зависят не только от средней ожидаемой продолжительности жизни, но и от состояния сердечно-сосудистой системы, риска гипогликемических состояний, сохранности когнитивных функций и способности к регулярному самостоятельному контролю гликемии. У пациентов пожилого и старческого возраста с СД рекомендуемый целевой уровень HbA1c составляет <7,5 % в отсутствие тяжелых осложнений СД и/или риска выраженной гипогликемии. Если эти условия присутствуют, то данный показатель возрастает до <8,0 %.



Всероссийская конференция
ЧАЗОВСКИЕ ЧТЕНИЯ
совместно с
VI ЕЖЕГОДНОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИЕЙ
«КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ»

ОРГАНИЗАТОРЫ



25 АПРЕЛЯ 2020
Москва

ПАРТНЕРЫ КОНФЕРЕНЦИИ



Российский
Анти тромботический
форум



Липидология
от А до Я



Тагеровские
чтения



НИИ
Пульмонологии



Форум
антикоагулянтной
терапии



Национальная ассоциация
специалистов по тромбозам,
клинической гематологии
и гематологии

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ КОНФЕРЕНЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ПРОВЕСТИ НЕСКОЛЬКО ТЕМАТИЧЕСКИХ СЕКЦИЙ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЮТ ТАКИЕ ОБОБЩЕННЫЕ ТЕМАТИКИ, КАК:

- Липидология
- Острый Коронарный Синдром (ОКС)
- Диабетология
- Кардиопульмонология
- Лабораторная медицина
- Анти тромботическая терапия
- Кардионеврология
- Кардиоонкология
- Аритмология
- Артериальная гипертензия
- Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)
- Нефрология/ревматология
- Рентгенхирургия
- КТ/МРТ/УЗИ визуализация в кардиологии (от организаторов Тагеровские чтения)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

inflammation.russia@mail.ru

РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ

info@cardio-conference.ru

CARDIO-CONFERENCE.RU

А Л Г О Р И Т М Ы

Назначение прямых оральных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий

Фибрилляция предсердий (ФП) — распространенная и социально значимая проблема современной кардиологии. В связи с тем что большинство пациентов, особенно старшего возраста, характеризуются высокой коморбидностью, с ФП сталкиваются не только кардиологи, но и врачи других специальностей, в том числе терапевты, врачи общей практики, неврологи (до 1/3 всех случаев ишемических инсультов возникает у страдающих этим видом аритмии) и другие.



Анна Сергеевна СИМБИРЦЕВА

К.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России

Фибрилляция предсердий ассоциирована с повышенным риском внезапной смерти, в первую очередь от сердечно-сосудистых осложнений. Однако не менее значимым является факт значительно большей распространенности когнитивных нарушений и деменции среди пациентов с ФП в сравнении с общей популяцией. Поражение головного мозга связывают с микроинсультами вследствие распространения по большому кругу кровообращения тромбов небольшого размера из левого предсердия. При ФП в сочетании с увеличением его объема тромбы вследствие нарушенной гемодинамики образуются как в ушке левого предсердия, так и пристеночно (что подтверждается так называемым феноменом «спонтанного контрастирования» при ЭхоКГ). Таким образом, адекватная профилактика тромбообразования и тромбоэмболических осложнений оказывается крайне важной не только для сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни пациентов, но и в плане улучшения ее качества.

Широко применяемые новые прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) зарекомендовали себя как эффективные и безопасные препараты, в том числе и при сравнении с антагонистом витамина К (АВК) (варфарином). Однако для тех, у кого это нарушение ритма развилось вследствие стеноза левого АВ-отверстия (митрального стеноза) умеренной/тяжелой степени, а также для имеющих механические или биологические клапаны сердца средством выбора остается АВК,

Таблица 1. Шкала CHA₂DS₂-VASc

Фактор	Перевод и клиническая характеристика	Баллы
Congestive heart failure	Хроническая сердечная недостаточность (ФВ <40 %)	1
Hypertension	Гипертоническая болезнь (АД постоянно >140/90 мм рт. ст. либо контролируемая гипертония на медикаментах)	1
Age	Возраст >75 лет	2
Diabetes mellitus	Сахарный диабет (лечение препаратами и/или инсулином; глюкоза натощак >7 ммоль/л)	1
Stroke	Инсульт/ТИА/системные тромбоэмболические осложнения в анамнезе	2
Vascular disease	Поражение сосудов (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты)	1
Age	Возраст 65–74 лет	1
Sex category	Женский пол	1

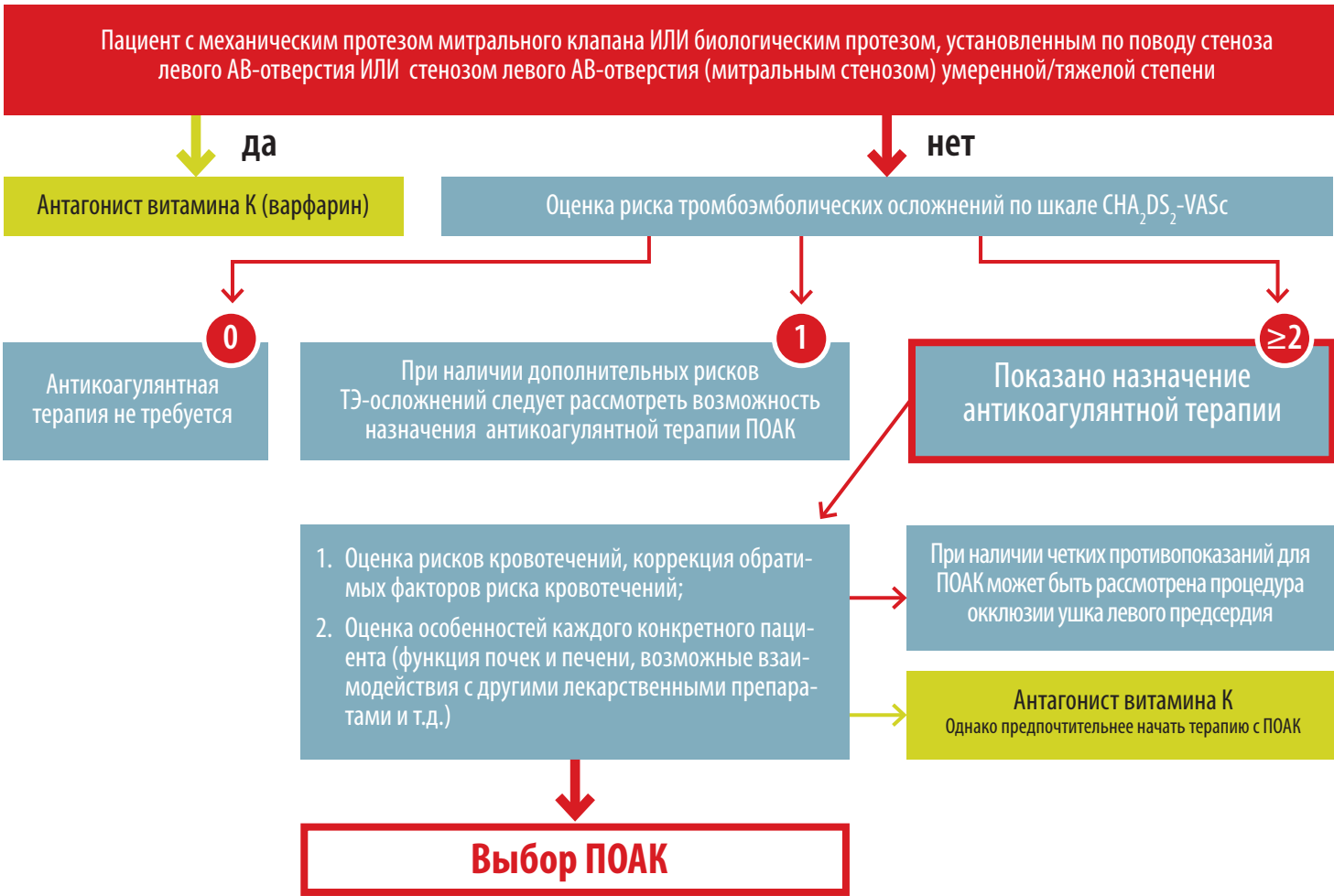


Рис. 1. Алгоритм выбора антикоагулянтной терапии для профилактики ОНМК у пациентов с ФП

доказавший большую эффективность в этой клинической ситуации. В процессе принятия решения о назначении ПОАК при наличии ФП обязательно использование шкалы CHA₂DS₂-VASc (табл. 1). Если сумма баллов по ней составляет 3, то значительно возрастает вероятность ишемического инсульта или системной эмболии в течение ближайшего года, а при 6 баллах такое событие случится у каждого пятого. В ходе обследования российской популяции пациентов с ФП установлено, что среднее количество баллов по этой шкале — 5. Антикоагулянтная терапия показана, если данный показатель равен или превышает 2. Но даже если эта сумма

минимальна (1 балл), необходимо оценить риск эмболических осложнений и при необходимости назначить лечение антикоагулянтами (рис. 1). Все мировые клинические рекомендации советуют отдавать предпочтение ПОАК вместо использования АВК или ацетилсалициловой кислоты у пациентов с ФП и перенесенными острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторной ишемической атакой (ТИА).

Таблица 2. Шкала HAS-BLED

Фактор	Перевод и клиническая характеристика	Баллы
Hypertension	Артериальная гипертензия (неконтролируемая, САД >160 мм рт. ст.)	1
Abnormal renal/liver function	Нарушение функций почек (хронический диализ, либо трансплантация почки, либо креатинин сыворотки более 200 мкмоль/л) и печени (хронические болезни печени (цирроз), либо значительные сдвиги в печеночных пробах: повышение билирубина >2 раз от верхней границы нормы + повышение активности АЛТ/АСТ/щелочной фосфатазы >3 раз от верхней границы нормы)	По 1 за патологию почек или печени
Stroke	Инсульт	1
Bleeding history or predisposition	Кровотечения в анамнезе (большие, потребовавшие госпитализации и/или гемотрансфузии, и/или со снижением гемоглобина >2 г/дл) и/или предрасположенность к ним	1
Labile international normalized ratio (INR)	Лабильное международное нормализованное отношение (МНО) (<70 % времени в терапевтическом диапазоне)	1
Elderly	Возраст (>65 лет)	1
Drugs/alcohol concomitantly	Совместный прием медикаментов, усиливающих кровоточивость: антиагреганты, НПВП и т.д.) и/или алкоголя (>8 доз в неделю)	По 1 за препараты или алкоголь

При назначении ПОАК необходимо оценить риск кровотечений, для чего используется шкала HAS-BLED (табл. 2). Высоким считается риск при количестве баллов по ней, равном 3 и более. Факторы риска кровотечений делятся на модифицируемые, потенциально (частично) модифицируемые и немодифицируемые. Они могут быть изменены либо ликвидированы в относительно короткое время (адекватная терапия артериальной гипертензии, отказ от НПВС и т.д.),

Клинические особенности пациента

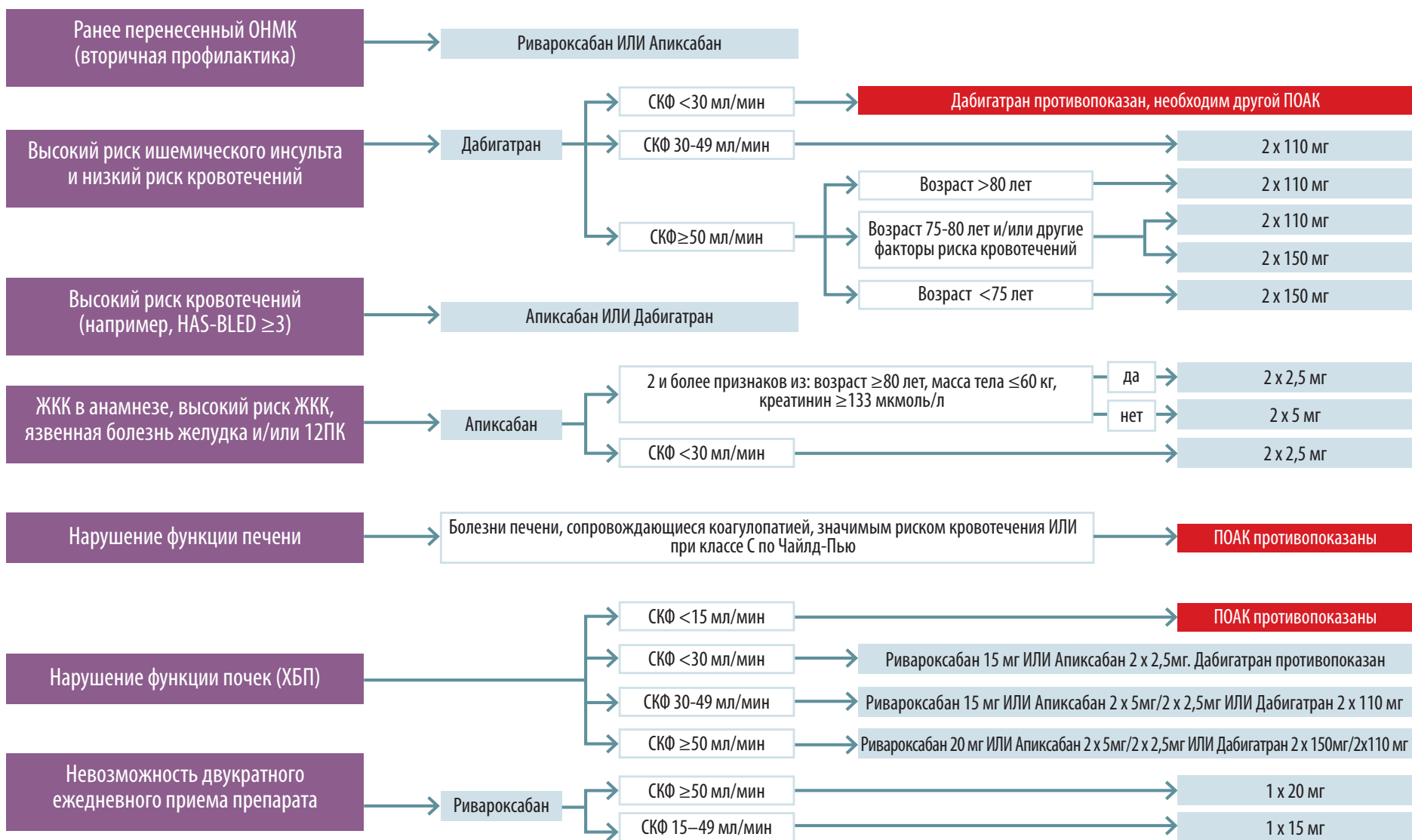


Рис. 2. Алгоритм выбора ПОАК для профилактики ОНМК у пациентов с неклапанной ФП

за более длинный период (нормализация гемоглобина, уровня тромбоцитов) или же повлиять на них невозможно. Выбирая препарат и дозы ПОАК для пациентов с подобными факторами риска, врачу важно учитывать, что вероятность развития ОНМК всегда выше таковой для кровотечения (табл. 3).

Необходимо также помнить о крайней важности адекватной оценки функций почек и печени, так как эти факторы будут влиять на выбор конкретного ПОАК и его дозу. Особенности клинических характеристик больных, нуждающихся в назначении лекарственных средств этой группы, отражены в алгоритме выбора препаратов. В случае если возможным оказывается назначение 2 препаратов (например, ривароксабан ИЛИ аписксабан), окончательный выбор делает врач. Варианты дозы приведены для ситуаций, когда у одного медикамента есть явные преимущества перед другими. Для пациентов со сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) подробно описан алгоритм назначения всех ПОАК в связи с распространенностью ХБП и значением снижения СКФ как фактора риска кровотечений (рис. 2).

Клинический пример №1. У женщины 63 лет в анамнезе острый инфаркт миокарда (ОИМ). На приеме жалобы на одышку, выявлены отеки нижних конечностей. По данным ЭхоКГ, выполненной 8 месяцев назад: увеличение левого предсердия (ЛП), умеренная митральная и трикуспидальная регургитация, фракция выброса 34 %. На ЭКГ — ФП с частотой 62–74 в минуту (пациентка принимает бета-блокаторы после ОИМ). Тогда же был назначен АВК (варфарин) для профилактики тромбоэмболических осложнений, рекомендован контроль МНО. За последние 6 месяцев доза варфарина изменялась несколько раз в связи с тем, что показатели МНО не соответствовали целевым. За это же время только 6 из 10 значений МНО не выходили за пределы 2,0–3,0. Также при обследовании в настоящее

время у пациентки диагностирован сахарный диабет (ранее — нарушение толерантности к глюкозе), креатинин 132 мкмоль/л. СКФ по формуле CKD EPI 37 мл/мин/1,37 м². С учетом продолжительного неудовлетворительного контроля МНО, а также снижения функции почек было принято решение о смене АВК на ПОАК. Количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc для больной составило 5 (женский пол — 1, перенесенный ОИМ — 1, сердечная недостаточность — 1, контролируемая артериальная гипертензия на медикаментах — 1, сахарный диабет — 1), риск кровотечений по HAS-BLED — 1.

При низком риске кровотечений и высокой вероятности ишемического инсульта было бы допустимо назначить дабигатран, однако его применение запрещено при значительном снижении СКФ, поэтому в данном случае лучше остановить выбор на других

ПОАК. Поскольку пациентка получает большое количество препаратов для контроля АД, гликемии, а также диуретики, то для наилучшей приверженности к лечению имеет смысл выбрать антикоагулянт, требующий однократного ежедневного приема — ривароксабан (15 мг/сутки). Дополнительным плюсом его является то, что дозу этого препарата при СКФ 15–49 мл/мин не нужно изменять в отличие от аписксабана (при СКФ 15–30 мл/мин 2,5 мг дважды в сутки; при СКФ ≥30 мл/мин 5 мг или 2,5 мг при наличии двух критериев из трех: возраст ≥80 лет, вес ≤60 кг, креатинин плазмы >1,5 мг/дл (133 мкмоль/л) дважды в сутки). Необходимо продолжить контроль функции почек с регулярной оценкой СКФ.

Клинический пример №2. Мужчина 68 лет имеет в анамнезе 2 ТИА и перенесенный 6 месяцев назад ишемический инсульт. Страдает гипертонической

болезнью на протяжении 8 лет, постоянно получает гипотензивное лечение. Недавно обратился к сосудистому хирургу по поводу перемежающейся хромоты, назначено проведение УЗДГ сосудов нижних конечностей для подтверждения атеросклеротического поражения артерий. При плановом осмотре врачом общей практики на ЭКГ — синусовый ритм с частотой 82 в минуту. Однако было решено выполнить холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 72 часов; зарегистрированы пробежки ФП длиной до 5 минут с максимальной ЧСС 124 в минуту. По данным ЭхоКГ: увеличение размеров ЛП, нормальная сократительная способность ЛЖ. Креатинин 98 мкмоль/л, СКФ по формуле CKD EPI 68 мл/мин/1,37 м². Количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc равно 5 (контролируемая артериальная гипертензия на медикаментах — 1, возраст 65–74 года — 1, ОНМК и ТИА в анамнезе — 2, атеросклероз периферических артерий — 1), риск кровотечений по HAS-BLED составил 2.

Согласно данным мировой статистики, почти 1/3 перенесших ОНМК или ТИА имеют нарушения ритма, в частности ФП. Поэтому выбор холтеровского мониторирования вполне правилен и целесообразен. Если при этом также обнаруживаются большие размеры левого предсердия, то такому пациенту необходимо назначить пероральные антикоагулянты.

В данном случае при выборе ПОАК можно остановиться на ривароксабане (20 мг однократно в сутки) либо аписксабане (5 мг дважды в сутки) в качестве вторичной профилактики ОНМК. Можно также выбрать и дабигатран; поскольку возраст больного менее 75 лет, а СКФ более 50 мл/мин, доза дабигатрана — 150 мг двукратно в сутки.

ФП ассоциирована с пятикратным увеличением риска инсульта, трехкратным повышением риска сердечной недостаточности и двукратным — деменции и летального исхода. Эти показатели уменьшаются при условии правильного назначения современной терапии, направленной на профилактику тромбообразования и тромбоэмболических осложнений.

Таблица 3. Факторы риска кровотечения, основанные на шкалах оценки риска геморрагических осложнений у пациентов, принимающих антикоагулянты

Модифицируемые факторы	Немодифицируемые факторы
Артериальная гипертензия (особенно, при уровне систолического артериального давления >160 мм рт. ст.) ^{a,b,c}	Возраст (>65 лет) ^a (≥75 лет) ^{b,c,d}
Лабильное МНО или время нахождения данного показателя в терапевтическом диапазоне <60 % у пациентов, принимающих антагонисты витамина К ^a	Большое кровотечение в анамнезе ^{a,b,c,d}
Прием лекарственных препаратов, предрасполагающих к развитию кровотечения (антитромботические и нестероидные противовоспалительные препараты) ^{a,d}	Перенесенный инсульт ^{a,b}
Чрезмерное употребление алкоголя (≥8 доз в неделю) ^{a,b}	Хронический диализ у пациентов с ХБП или трансплантация почки ^{a,c}
Потенциально модифицируемые факторы	Цирроз печени ^a
Анемия ^{b,c,d}	Злокачественное новообразование ^b
Нарушение функции почек ^{a,b,c,d}	Генетические факторы ^b
Нарушение функции печени ^{a,b}	Биомаркеры риска кровотечений:
Снижение количества тромбоцитов или нарушение их функции ^b	Высокочувствительный тропонин ^e
	Фактор роста /дифференциации-15 ^e
	Креатинин сыворотки/оценка КлКр ^e

^a адаптировано из шкалы HAS-BLED

^b адаптировано из шкалы HEMORR₂-HAGES

^c адаптировано из шкалы ATRIA

^d адаптировано из шкалы ORBIT

^e адаптировано из шкалы ABC

КлКр — клиренс креатинина

Д И А Г Н О З

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) — достаточно распространенный патологический процесс. Это состояние закономерно осложняет течение различных заболеваний, которые либо сами по себе провоцируют его возникновение, либо воздействуют в дополнение к другим предрасполагающим факторам.

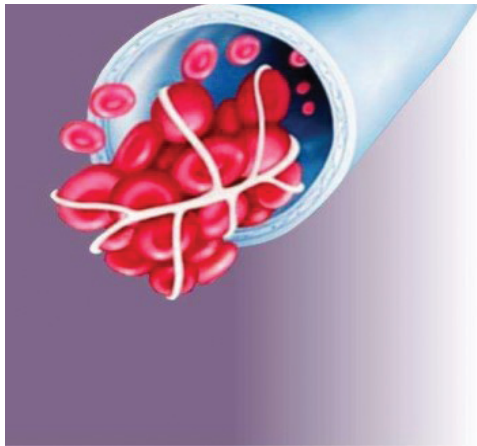


Игорь
Семенович
ЯВЕЛОВ

Д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела клинической кардиологии ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России

Клинические симптомы ТГВ, с одной стороны, достаточно характерны (асимметричный отек нижней конечности или ее части, цианоз кожных покровов, усиление рисунка подкожных вен, распирающая боль в конечности), с другой — возникают далеко не всегда. Во многих случаях проявления заболевания либо стерты, либо вообще отсутствуют. По статистике большинство тромбозов такой локализации протекают бессимптомно, выявляясь только при инструментальном обследовании.

Последствия глубокого венозного тромбоза во многом зависят от его распространенности и длительности сохранения в просвете магистральных вен тромботических масс, существенно ограничивающих кровотоки. Со временем многие тромбы лизируются (особенно на фоне рациональной антитромботической терапии), однако у части больных они могут подвергаться уплотнению, надолго затрудняют прохождение крови и способствуют повторному тромбообразованию. Помимо этого, ТГВ способен привести к несостоятельности клапанного аппарата вен нижних конечностей. В итоге у некоторых больных формируется посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) — прогрессирующее инвалидизирующее последствие ТГВ, очень плохо поддающееся лечению. Другое неблагоприятное осложнение на ранних этапах глубокого флеботромбоза — отрыв тромботических образований от места прикрепления к стенке вены и их миграция с током крови в нижнюю полую вену, правые отделы сердца, а оттуда — в легочные артерии с возникающей в итоге их тромбоэмболией (ТЭЛА). Тяжесть этого осложнения также варьирует от бессимптомных небольших тромбоэмболов, выявляющихся только при инструментальном обследовании на чувствительных аппаратах (многодетекторная компьютерная томография с контрастированием легочных артерий), до выраженной дыхательной недостаточности и шока. Обычно источником эмболизации выступают тромбы, располагающиеся в проксимальных отделах глубоких вен (начиная с подколенной вены), имеющие узкую точку прикрепления и за счет этого колеблющиеся током крови (флотирующие тромбы). Кроме того, ТГВ склонны к рецидивированию, опасность которого наиболее велика в случае проксимальной локализации тромботических масс.



ФАКТОРЫ РИСКА

Как и большинство патологических состояний, ТГВ проще предупредить, нежели лечить его острые проявления и последствия. На сегодняшний день достаточно много известно о факторах, предрасполагающих к появлению глубокого флеботромбоза, и группах больных повышенного риска, в отношении которых профилактические мероприятия имеют клиническую пользу. Среди факторов риска (ФР) — различные внешние воздействия (хирургические вмешательства, травмы, длительный постельный режим, продолжительные поездки на автомобиле и перелеты), многочисленные заболевания, а также особенности конкретного пациента (возраст, избыточная масса тела, варикозная болезнь нижних конечностей и другие). Кроме того, у некоторых людей имеются врожденные особенности системы свертывания крови, из-за которых тромбообразование происходит быстрее и легче в сравнении со среднепопуляционными показателями (так называемые тромбофилии). Важно понимать, что наличие врожденной тромбофилии свидетельствует лишь о повышенной опасности возникновения ТГВ (при наличии других предрасполагающих факторов), который может развиваться несколько чаще, чем у лиц без таких особенностей. При этом далеко не все тромбофилические состояния имеют практическое значение в клинике. В настоящее время рутинный



(поголовный) скрининг на тромбофилии при определении необходимости первичной профилактики ТГВ не рекомендуется.

ПРОФИЛАКТИКА

Для отбора пациентов, нуждающихся в профилактике заболевания, используются среди прочего специальные шкалы. В частности, для госпитализированных нехирургических больных предлагают использовать шкалу Padua (табл. 1). При сумме баллов ≥ 4 рекомендуется расценивать риск ТГВ и/или ТЭЛА как высокий и начинать профилактику. Предложены и другие шкалы оценки риска венозного тромбоза. Некоторые из них учитывают в качестве ФР повышенный уровень D-димера в крови.

С профилактической целью применяется подкожное введение низких (профилактических) доз антикоагулянтов (препаратов гепарина, в отдельных случаях — фондапаринукса натрия). Их эффективность многократно подтверждена на многих контингентах больных в многочисленных клинических исследованиях. Назначение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) до недавнего времени было возможно лишь в ходе крупных операций в ортопедии (препараты этого класса были изучены при плановом протезировании тазобедренного или коленного суставов). Недавно появились свидетельства в пользу возможности достаточно длительного использования 2 лекарственных средств этой группы

(бетриксабана и ривароксабана) для некоторых категорий госпитализированных нехирургических пациентов, однако в Российской Федерации такое показание пока не зарегистрировано.

Иногда у отдельных больных в качестве способа первичной профилактики ТГВ рассматривают возможность использования ацетилсалициловой кислоты (АСК). Однако следует учитывать, что ее эффективность документирована гораздо хуже; она проигрывает по этому показателю антикоагулянтам и согласно всей совокупности накопленных фактов не имеет преимуществ в плане безопасности. Представляется, что это достаточно серьезные аргументы для отказа от применения АСК в этом качестве в пользу антикоагулянтов. Если последние даже в низких (профилактических) дозах противопоказаны, следует использовать механические методы (компрессионный трикотаж, перемежающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей). При этом профилактическая эффективность компрессионного трикотажа вызывает сомнения, по крайней мере для ряда больных с высоким риском ТГВ. В целом при первой возможности надо начать (либо возобновить) использование антикоагулянтов.

Важно понимать, что на фоне повышенного риска ТГВ современные подходы по предотвращению этого осложнения снижают его частоту, однако его вероятность все равно сохраняется повышенной, и в некоторых случаях тромбоз возникает несмотря на профилактические меры. Очевидно, это является следствием ограниченности наших возможностей и не служит поводом для отказа от профилактики глубокого флеботромбоза в необходимых ситуациях.

При клиническом подозрении на ТГВ, а иногда и у больных с высокой его вероятностью (например, перед операцией по поводу злокачественного новообразования), его следует подтвердить объективным методом. Как правило, это компрессионная дуплексная ультрасонография нижних конечностей. Важно обследовать обе конечности, поскольку не исключено наличие тромбоза глубоких вен (нередко бессимптомного) с контралатеральной стороны. Для быстрой диагностики может использоваться определение концентрации D-димера в крови — его нормальные значения говорят об отсутствии острого тромботического состояния. Однако следует учитывать и ограничения этого метода: со временем показатель нормализуется, а его сохраняющееся (персистирующее) повышение свидетельствует о предрасположенности к тромбообразованию или существовании недавно сформировавшегося тромба любой локализации (не обязательно в венозном судистом русле).

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ

Выявление ТГВ диктует необходимость как можно более скорого начала лечения антикоагулянтами, и здесь также существует несколько подходов. При парентеральном назначении этих препаратов у больных, не имеющих тяжелой почечной недостаточности, предпочтительны подкожные инъекции низкомолекулярного гепарина (НМГ) либо фондапаринукса натрия. Иногда оправдана внутривенная инфузия нефракционированного гепарина в индивидуально подобранной дозе. Не исключено и подкожное введение его высоких доз, однако

Таблица 1. Шкала Padua для оценки вероятности тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) или тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) у госпитализированных нехирургических больных

Признак	Балл
Активное злокачественное новообразование (метастазы и/или химиотерапия или лучевая терапия < 6 месяцев назад)	3
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе (за исключением тромбоза поверхностных вен)	3
Ограниченная подвижность (постельный режим с посещением туалета ≥ 3 дней)	3
Известная тромбофилия (дефекты антитромбина, протеина С или S, фактор V Лейден, мутация протромбина G20210A, антифосфолипидный синдром)	3
Травма и/или операция ≤ 1 месяца назад	2
Возраст ≥ 70 лет	1
Сердечная и/или дыхательная недостаточность	1
Инфаркт миокарда или ишемический инсульт	1
Острая инфекция и/или ревматологическое заболевание	1
Ожирение (ИМТ > 30 кг/м ²)	1
Продолжение использования гормональной заместительной терапии или пероральных контрацептивов	1

Интерпретация: ≥ 4 баллов — высокий риск ТГВ/ТЭЛА

Источник: J. Thromb. Haemost., 2010; 8: 2450–2457 (модифицировано)

из-за недостатков этого лечебного метода (плохая и непредсказуемая всасываемость препарата, трудности титрации) к нему следует прибегать только при недоступности других, более надежных. Обычная длительность парентерального введения антикоагулянтов при ТГВ — не менее 5 суток.

Для длительной терапии ТГВ обычно используются ПОАК. Как минимум через 5 суток лечения ими возможен переход на пероральный прием антагониста витамина К (если к этому моменту удалось подобрать его дозу), а при проксимальном ТГВ — на назначение прямого перорального антикоагулянта дабигатрана этексилата. Кроме того, с самого начала лечения ТГВ возможен пероральный прием апиксабана или ривароксабана без предварительного парентерального введения антикоагулянтов. В целом ввиду большей безопасности прямые пероральные антикоагулянты в настоящее время считаются предпочтительными, если к ним нет противопоказаний (прежде всего это выраженная почечная недостаточность, антифосфолипидный синдром). У больных со злокачественными новообразованиями в приоритете пока остаются длительные (вплоть до 6 месяцев) подкожные инъекции НМГ, но представляется, что скоро в качестве полноценной альтернативы будут разрешены некоторые препараты класса ПОАК. При лечении ТГВ антикоагулянтами очень важны не только выбор препаратов и последовательности их применения, но и использование в оптимальных (достаточно высоких) дозах. Распространенная ошибка — назначение необоснованно низких (иногда профилактических) доз антикоагулянтов для лечения ТГВ.

Минимальная длительность антикоагулянтного лечения ТГВ составляет 3 месяца. В дальнейшем решение о длительности продолжения данного вида терапии

принимается индивидуально с учетом риска рецидива, опасности кровотечений и возможности поддержания стабильного уровня гипокоагуляции. При этом, если возникновение проксимального глубокого венозного тромбоза не было связано с обратимым крупным провоцирующим фактором (операция, вылеченное тяжелое нехирургическое заболевание), во многих случаях опасность рецидива сохраняется очень долго, и не всегда ясно, когда можно отменить антикоагулянт без риска повторного возникновения ТГВ. Наличие тромбофилии, как правило, не служит основанием для продления лечения препаратами этого ряда, за исключением антифосфолипидного синдрома и, возможно, некоторых других тромбофилических состояний с наиболее высоким риском венозного тромбоза (речь идет прежде всего о дефиците антикоагулянтных протеинов). Если через несколько месяцев терапии обстоятельства не позволяют продолжить использование антикоагулянтов, альтернативой отказа от длительного антитромботического лечения может быть назначение АСК или сулодексида. Важно понимать, что такая возможность не должна рассматриваться как «индальгенция» за отказ от использования антикоагулянтов, поскольку оба этих подхода ведут к снижению эффективности вторичной профилактики глубокого флеботромбоза. Обязательное раннее использование компрессионного трикотажа для предупреждения ПТФБ с некоторыми пор не считается таковым и предлагается для случаев, когда необходимо уменьшить симптомы ТГВ. Отношение к имплантации кава-фильтров также стало достаточно сдержанным; основным показанием к их использованию считается невозможность адекватной антитромботической терапии.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе **XXVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»**, который состоится 6–9 апреля 2020 года в Центре международной торговли по адресу: Москва, Краснопресненская набережная, д. 12.

Конгресс «Человек и лекарство» дает уникальную возможность изучить проблему полиморбидного пациента с междисциплинарной точки зрения, опираясь на принципы доказательной медицины.

Один из самых удачных форматов работы на конгрессе «Человек и лекарство» — **саммиты**. Они позволяют собрать для презентации докладов и их обсуждения лучших экспертов в нескольких нозологических направлениях.

Регламент предусмотрен для следующих направлений: «Саммит по первичной медико-санитарной помощи», «Гастро-Саммит», «Нейро-Саммит», «Саммит Пульмонологов» и одной из ключевых тем конгресса «Человек и лекарство» — профилактика и предупреждение неинфекционных заболеваний. В 2020 году эта тема будет впервые выделена в отдельный саммит международного уровня — Russia prevent.

Саммиты возглавляют лучшие специалисты в России — каждый в своем медицинском направлении. Это главные внештатные специалисты Минздрава и известные эксперты.

Если указанные темы входят в сферу ваших научных интересов, вы можете подать заявку на включение **вашего доклада в научную программу** соответствующего саммита.

Каждый год мы ведем **онлайн-трансляции**. Присоединиться к ним можно на сайте конгресса в разделе «Трансляция» или на сайте генерального информационного партнера internist.ru

Регистрация открыта на официальном сайте XXVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» www.chelovekilekarstvo.ru



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 2020

WWW.SCARDIO.RU



29 СЕНТЯБРЯ—1 ОКТЯБРЯ 2020 ГОДА | КАЗАНЬ

27 РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО CHELOVEKILEKARSTVO.RU

2020 / 06.04 - 09.04

Центр международной торговли
Москва

Конгресс состоится в Центре Международной Торговли
г. Москва, Краснопресненская наб. 12

Секретариат конгресса info@chelovekilekarstvo.ru. Тел./факс: +7 (499) 584-45-16
Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте Конгресса
www.chelovekilekarstvo.ru

Р Е Ф Е Р А Т

Немедикаментозное лечение дислипидемий

К настоящему времени накоплена огромная доказательная база по позитивному влиянию гиполипидемической терапии, в частности статинов, на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Имеющиеся же доказательства в отношении немедикаментозных методов воздействия систематизированы в значительно меньшей степени, чем для лекарственной терапии. Необходимость изменения образа жизни, включая коррекцию пищевых привычек, все больше приковывает внимание и заставляет говорить о себе. Согласно современным представлениям, немедикаментозные меры должны сопутствовать приему липидснижающих препаратов.

Н.В. Поленова, С.Д. Косюра, Ю.Р. Вараева, Е.Н. Ливанцова, А.В. Стародубова. Немедикаментозное лечение дислипидемий: обзор современных методов диетотерапии и нутрицевтики. Кардиология 2019;59(75):4–14.

Известно, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний разделяются на немодифицируемые (возраст, пол, отягощенная наследственность по ССЗ) и модифицируемые (дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет (СД), ожирение, гиподинамия, избыток в пище насыщенных жиров и рафинированных углеводов). Атерогенная дислипидемия проявляется в возрастании уровня общего холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижении антиатерогенной фракции липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Российские рекомендации по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) оставляют возможности для немедикаментозных методов в качестве единственного терапевтического вмешательства (без липидснижающей терапии) при ведении пациентов с низким и умеренным риском по шкале SCORE (табл. 1 и 2).

Очевидно, что наибольшее влияние на дислипидемию с диетологической точки зрения оказывает ограничение (качественное и количественное) потребляемых жиров. Основными принципами оптимального потребления их являются: уменьшение количества насыщенных жиров, резкое ограничение (а лучше полное исключение) трансжирных кислот, повышение содержания в диете длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Все это позволяет снизить уровень ХС ЛПНП и триглицеридов (ТГ) плазмы.

МОДИФИКАЦИИ ПИТАНИЯ

DASH-диета (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) разработана специально для борьбы с гипертонией. Акцент в ней делается на потребление фруктов, овощей, обезжиренных молочных продуктов, включение в рацион цельнозерновых продуктов, орехов и рыбы, ограничение насыщенных жиров и красного мяса, а также сахаросодержащих напитков. Уже через 8 недель применения диеты было зафиксировано достоверное снижение уровней общего ХС (–0,35 ммоль/л), ЛПНП (–0,28) и ЛПВП (–0,09) без значимого влияния на уровень ТГ. При этом наиболее значительные различия отмечались у лиц мужского пола. В то же время в перекрестном исследовании, где сравнивались влияние стандартной диеты DASH и ее модификации с пониженным содержанием жиров (за счет использования обезжиренных молочных продуктов) и более высоким содержанием углеводов (HF-DASH), было показано достоверное снижение показателей

Таблица 1. Уровни ХС, при которых следует начинать гиполипидемическую терапию в зависимости от показателей риска (НОА, 2017)

Риск (SCORE)*, %	Уровень ХС ЛПНП (ммоль/л)				
	<1,5	1,5–2,4	2,5–3,9	4,0–4,8	>4,8
<1 низкий					
Класс/уровень	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥1 и <5 умеренный					
Класс/уровень	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥5 и <10 высокий					
Класс/уровень	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥10 очень высокий**					
Класс/уровень	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

- – лечение не требуется.
- – изменение образа жизни, возможно (по решению врача) назначение липидснижающей терапии, если целевой уровень ХС ЛПНП не достигнут.
- – изменение образа жизни и одновременное назначение липидснижающей терапии.

* Абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) по европейской шкале SCORE.
** У больных ССЗ терапия статинами назначается вне зависимости от уровня ХС ЛНП.

ХС ЛПНП – уровень ХС липопротеинов низкой плотности, ммоль/л.

ТГ при втором варианте питания. Метаанализ проспективных исследований влияния DASH-диеты продемонстрировал ее протективное значение в отношении достоверного уменьшения риска кардиоваскулярных событий на 20 %, ишемической болезни сердца на 21 %, инсульта — на 19 %, а также развития сердечной недостаточности на 29 %.

Средиземноморская диета характеризуется обилием овощей и фруктов, цельнозерновых и обезжиренных молочных продуктов, рыбы, оливкового масла, умеренным потреблением алкоголя (вина) и ограничением — красного мяса. В сравнении с DASH этот вариант питания содержит меньше мясо-молочных и морепродуктов, больше растительного (оливкового) масла. Метаанализ влияния диеты на сердечно-сосудистые события показал преимущества ограничения потребления насыщенных жиров до 7 % суточной калорийности или менее. Однако данные исследования PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study) демонстрируют, что преобладание в рационе углеводов (более 60 % общей калорийности) ассоциируется с неблагоприятным влиянием на общую смертность, а также на смертность от внекардиальных причин. Напротив, более высокое потребление жиров было связано с меньшим риском общей смертности, а также возникновения инсульта и инфаркта миокарда. Авторы работы с осторожностью интерпретируют полученные результаты, так как они отчасти диссонируют с принятыми ранее установками об ограничении количества жиров.

Вегетарианская диета предполагает потребление овощей, фруктов, злаков, цельных зерен. Вегетарианцы делятся

Таблица 2. Немедикаментозные методы воздействия на уровни ОХ и ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и ТГ, класс рекомендаций/уровень доказательности

Метод	ОХ/ХС ЛПНП	ХС ЛПВП	ТГ
Снижение избыточной массы тела	B*	A**	A***
Снижение потребления насыщенных жиров и транс-жиров	A***	A***	–
Увеличение уровня регулярной физической активности	A*	A***	A**
Потребление продуктов, обогащенных фитостеролами	A***	–	–
Потребление продуктов, содержащих соевый белок	B*	–	–
Добавление в рацион красного дрожжевого риса	B*	–	–
Снижение количества углеводов	–	C*	A**
Замена насыщенных жиров моно- и полиненасыщенными	–	–	B*
Исключение алкоголя	–	–	A***
Снижение потребления моно- и дисахаридов	–	C*	A***

* противоречивые сведения.
** менее выраженное влияние на уровень липидов; имеющиеся свидетельства/мнения специалистов указывают на эффективность мероприятий.
*** общее соглашение об эффективности влияния на уровень липидов.
А – данные получены из рандомизированных клинических исследований.
В – данные основываются на результатах одного рандомизированного исследования или нескольких нерандомизированных исследований.
С – рекомендуемые методы основаны на соглашении экспертов, отдельных клинических наблюдениях, стандартах оказания медицинской помощи.

ХС ЛПНП – уровень ХС липопротеинов низкой плотности, ммоль/л.
ХС ЛПВП – уровень ХС липопротеинов высокой плотности, ммоль/л.
ОХ – общий холестерин, ммоль/л.
ТГ – триглицериды, ммоль/л.

на веганов (полностью исключают продукты животного происхождения), лакто-ово-вегетарианцев (допускают употребление в пищу молока и яиц) и песко-вегетарианцев (включают в рацион морепродукты и рыбу). Рандомизированные и обсервационные исследования продемонстрировали позитивное влияние вегетарианских диет на содержание ЛПНП, артериальное давление (АД), а также массу тела. Даже краткосрочное соблюдение вегетарианского режима питания (на протяжении 4 недель) приводило к достоверному благоприятному воздействию на показатели липидного спектра, АД, а также содержание С-реактивного белка (СРБ), инсулина и гликированного гемоглобина.

НУТРИЦЕВТИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ

В целом все биологически активные добавки (нутрицевтические агенты) для коррекции дислипидемии по механизму своего действия могут быть разделены на 3 группы:

1) ингибиторы абсорбции ХС в кишечнике (растительные стерины и станолы присутствуют главным образом в растительном масле, орехах, зерновых и бобовых и структурно очень похожи на ХС, поэтому в кишечнике происходит их конкуренция с этой молекулой за образование смешанной мицеллы);

2) ингибиторы синтеза ХС в печени (красный дрожжевой рис представляет собой продукт взаимодействия грибов рода *Monascus purpureus* и риса *Oryza sativa*, имеет характерный красный цвет и содержит ряд липидснижающих агентов (поликетиды, монаколины), механизм действия монаколинов напоминает таковой у статинов в связи с ингибированием фермента 3-гидроксиметилглутарил-коэнзим А (ГМГ-КоА-редуктазы);

3) средства, влияющие на экскрецию ЛПНП (берберин — алкалоид, содержащийся в корнях, корневищах, стеблях и плодах

некоторых растений рода *Coptis*. Гиполипидемический эффект вещества обнаружен сравнительно недавно и обусловлен ингибированием пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PSCCK9), а также прямым воздействием на экспрессию ЛПНП-рецепторов).

Однако следует понимать, что это деление условно, так как большинство биологически активных веществ задействуют несколько разных механизмов. Потенциальный позитивный результат использования диетологических агентов проявляется в так называемых плейотропных эффектах, включающих влияние на функцию эндотелия и жесткость артериальной стенки, противовоспалительное и антиоксидативное действие.

и в растительных продуктах (водоросли, льняное семя, грецкий орех, шалфей). В настоящее время Американская кардиологическая ассоциация определяет омега-3 ПНЖК как средство для профилактики ССЗ в связи с их достоверным антигиперлипидемическим действием. Механизм его связан с ингибированием синтеза ХС ЛПНП в печени и уменьшением количества субстрата для синтеза ТГ в связи с конкурентным ингибированием фермента ТГ-синтазы, активизацией процессов β -окисления жирных кислот, а также повышением интенсивности синтеза фосфолипидов. Было проведено множество исследований по влиянию моно- и полиненасыщенных жирных кислот на параметры липидно-

Согласно обновленным диетологическим рекомендациям, насыщенные жиры должны составлять около 10 % общей калорийности, в то время как трансжирные кислоты должны быть полностью исключены или не превышать 1 % суточной калорийности рациона. Потребление поваренной соли следует ограничить до 5 г/сут, а клетчатки — напротив, увеличить до 25–30 г/сут. Рекомендуется потреблять не менее 400 г овощей и фруктов в день. Включать в рацион рыбу и морепродукты рекомендуется 1–2 раза в неделю.

ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ОМЕГА-3 ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ

В природе полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) содержатся как в животных (рыба, яйца, моллюски), так

го спектра. В частности, было показано, что потребление по крайней мере 2 г/сут докозагексаеновой (ДГА) и эйкозапентаеновой (ЭПА) кислот приводит к значимому снижению уровня ТГ.

Н О В О С Т И

FDA одобрило применение нового препарата, снижающего уровень ЛПНП

Известно, что к дислипидемиям относится широкий спектр нарушений липидного обмена, однако в последнее время наибольшее внимание уделяется холестерину (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) — именно он является основной мишенью лекарственной терапии. В основном средствами коррекции служат статины, эзетимиб, фибраты.

FDA одобрило новый класс веществ, блокирующих холестеринный синтез, — пероральных ингибиторов фермента аденозинтрифосфат-цитратлиазы (ACL), представителем которых является бемпедоевая кислота. АТФ-цитратлиаза, на которую направлено ее действие, является частью пути выработки ХС ЛПНП и по метаболическому каскаду действует выше, чем процесс, катализируемый ГМГ КоА редуктазой и блокируемый статинами. Бемпедоевая кислота показана в дозе 180 мг один раз в день при гиперхолестеринемии (семейной или с установленным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием) в качестве дополнения к диете и лечению статинами (при толерантности к ним), т.е. в тех случаях, когда требуется дополнительное снижение содержания атерогенного холестерина.

Эффективность препарата была продемонстрирована на протяжении 52 недель в 2 многоцентровых рандомизированных клинических исследованиях с участием 3009 пациентов с гиперхолестеринемией, принимавших статины. При назначении бемпедоевой кислоты уже через 12 недель у пациентов

происходило снижение уровня ХС ЛПНП на 18 % от исходной величины (95 % ДИ, от –20 % до –16 %; $p < 0,001$) в сравнении с группой плацебо.

Кроме того, получила одобрение к применению комбинация бемпедоевой кислоты 180 мг и эзетимиба 10 мг в одной таблетке. Такое сочетание позволяет снижать повышенный уровень атерогенной фракции холестерина благодаря дополнительным механизмам действия, подавляя синтез его в печени и всасывание в кишечнике. Было достигнуто уменьшение ХС ЛПНП в среднем на 38 % при использовании данной комбинации со статинами по сравнению с плацебо.

Проведенные клинические исследования новой группы лекарственных веществ позволили выявить нежелательное воздействие на метаболизм мочевой кислоты: у 26 % пациентов зарегистрирована гиперурикемия, (в 3,5 % случаев — значимая); подагрический синдром был выявлен у 1,5 % исследуемых, получавших бемпедоевую кислоту. Рекомендуется также избегать одновременного приема ее с симвастатином (в дозе свыше 20 мг) или правастатином (более 40 мг), поскольку это вызывает повышение их концентрации и может увеличивать риск возникновения сопутствующей миопатии.

На сегодняшний день необходимо принимать во внимание отсутствие данных о влиянии представителей этого класса препаратов на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность ввиду недостаточной изученности.

Лозап® АМ

амлодипин + лозартан

В 4–5 раз ниже частота периферических отеков при терапии фиксированной комбинацией лозартан + амлодипин vs. монотерапия амлодипином^{4,5}

Дополнительный уникальный метаболический эффект у пациентов с АГ: снижение уровня мочевой кислоты за счет урикозурического действия лозартана^{4,6,7}

У 90% пациентов достижение целевого АД или снижение САД ≥ 20 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 10 мм рт. ст. при переходе с монотерапии лозартаном¹

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЛОЗАП® АМ

Регистрационный номер: ЛП-001481. Группировочное название: амлодипин + лозартан. Фармакотерапевтическая группа: гипотензивное средство комбинированное (блокатор «медленных» кальциевых каналов + ангиотензина II рецепторов антагонист). Код АТХ: C09DB06. Показания к применению: артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). Противопоказания: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет; одновременное применение с алискиреном или алискиренсодержащими препаратами у пациентов с сахарным диабетом и/или нарушением функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²); тяжелая печеночная недостаточность; шок; обструкция выносящего тракта левого желудочка; гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда; применение у пациентов с нарушениями функции почек или пациентов, находящихся на гемодиализе; тяжелая артериальная гипотензия. **С осторожностью:** двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки; гиперкальциемия, состояние после трансплантации почки, аортальный или митральный стеноз, гипертензивная кардиомиопатия, сердечная недостаточность с сопутствующими тяжелыми нарушениями функции почек, тяжелая сердечная недостаточность, сердечная недостаточность с угрожающими жизни аритмиями, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, первичный гиперальдостеронизм, ангионевротический отек в анамнезе, печеночная недостаточность, нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда, синдром слабости синусового узла, артериальная гипотензия, одновременное применение с ингибиторами и индукторами изофермента CYP3A4, нарушения водно-электролитного баланса, почечная недостаточность. У пациентов со сниженным объемом циркулирующей крови может возникнуть симптоматическая артериальная гипотензия. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: применение препарата Лозап® АМ противопоказано при беременности и в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** препарат Лозап® АМ принимается внутрь вне зависимости от времени приема пищи. Рекомендуется запивать препарат достаточным количеством воды. Препарат Лозап® АМ можно принимать в комбинации с другими гипотензивными средствами. Рекомендуемая доза препарата Лозап® АМ — 1 таблетка 1 раз в сутки. Максимальная рекомендуемая доза препарата Лозап® АМ составляет 5 мг + 100 мг 1 раз в сутки. Препарат Лозап® АМ в дозе 5 мг + 50 мг назначают пациентам, которые не достигли адекватного контроля АД при применении амлодипина в дозе 5 мг или лозартана в дозе 50 мг в монотерапии. Препарат Лозап® АМ в дозе 5 мг + 100 мг назначают пациентам, которые не достигли адекватного контроля АД при применении амлодипина в дозе 5 мг или лозартана в дозе 50 мг или препарата Лозап® АМ в дозе 5 мг + 50 мг. Пациенты, принимающие комбинированную терапию амлодипином и лозартаном в виде отдельных лекарственных препаратов, могут перейти на прием комбинированного препарата Лозап® АМ для повышения приверженности к терапии. **Побочное действие** [см. полную инструкцию по применению, приведенные частые, очень частые и способные причинить серьезный ущерб здоровью побочные эффекты]: головокружение, головная боль. **Формы выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 50 мг или 5 мг + 100 мг. **Срок годности:** 2 года (в блистерах), 3 года (во флаконах). Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

АД — артериальное давление; АГ — артериальная гипертензия; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление. 1. Содержит уникальную соль амлодипина: амлодипина камзилат. В состав препарата Лозап® АМ входит соль амлодипина камзилат в состав других лекарственных комбинаций с амлодипином — амлодипина безилат. [Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Лозап® АМ. РУ номер: ЛП-001481 от 03.04.2017] 2. Согласно данным Государственного реестра лекарственных средств [Электронный ресурс] // URL: http://grls.rsmnizdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=f2974acc-bbc9-4497-9a9d-4b44100c32c&t= (дата последнего доступа: 11.12.2017). 3. Патентный поиск РФ [Электронный ресурс] // URL: <http://www.freepatent.ru/patents/2241701> (дата последнего доступа: 11.12.2017). 4. Согласно данным Государственного реестра лекарственных средств [Электронный ресурс] // URL: http://grls.rsmnizdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=621e77dc-2d19-4a82-8ede-95f1759f897e&t=a930c9a2-f4a1-44db-b9c6-896d748b20e3, 08.09.2017 (дата последнего доступа: 04.05.2018). 5. Hong B.K. et al. Comparison of the efficacy and safety of fixed-dose amlo地平ine/losartan and losartan in hypertensive patients inadequately controlled with losartan: a randomized, double-blind, multicenter study // Am. J. Cardiovasc. Drugs. — 2012, Jun. 1. — Vol. 12(3). — P. 189–195. 6. Kohlmann O.J. et al. The LOTNAR study: evaluation of efficacy and tolerability of the fixed combination of amlo地平ine and losartan in the treatment of essential hypertension // Arq. Bras. Cardiol. — 2006, Jan. — Vol. 86(1). — P. 39–51. 7. На основании результатов клинического исследования с 20-й недели терапии. 8. Уникальный метаболический эффект лозартана среди sartанов: только лозартан вызывал снижение уровня МК [Nishida. et al. // Cardiovascular Diabetology. — 2013. — Vol. 12. — P. 159]. 9. Nishi S. et al. // World Journal of Pharmaceutical Science. — 2016. — Vol. 4(11). — P. 195–199. 10. Инструкция по медицинскому применению препарата Лозап® АМ. РУ номер: ЛП-001481 от 03.04.2017. 11. Соль амлодипина камзилат обладает большей термостабильностью и фотостабильностью по сравнению с солью амлодипина безилат [Патентный поиск в РФ [Электронный ресурс] // URL: <http://www.freepatent.ru/patents/2241701> (дата последнего доступа: 11.12.2017).

РЕФЕРЕНТНАЯ КОМБИНАЦИЯ
АМЛОДИПИНА С ЛОЗАРТАНОМ^{1, 2}

Информация предназначена для специалистов здравоохранения.
Представительство АО «Санофи-авентис групп»
125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11.
www.sanofi.ru. SARU.GLOSZ.18.07.1400.

SANOFI

В П О В С Е Д Н Е В Н У Ю П Р А К Т И К У

Клиническая задача



ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Пациент А., 63 лет направлен на консультацию к кардиологу для решения вопроса о необходимости коррекции проводимого лечения.

Жалобы

На момент обращения предъявляет жалобы на слабость, сердцебиение, периодические головные боли.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 7 лет, когда впервые был госпитализирован с болями в области сердца. По рекомендации врача при возникновении болей такого характера принимал нитроглицерин. Год назад перенес инфаркт миокарда, после которого выполнено стентирование ПКА. Цифры артериального давления не контролирует, АД на протяжении жизни выше 160/100 мм рт. ст. не повышалось. В течение последних 2 лет наблюдается постоянная форма фибрилляции предсердий.

Анамнез жизни

На протяжении более 40 лет курил по 20 сигарет в день; год назад отказался от курения. Алкогольные напитки не употребляет. Проживает с женой. Наблюдается у эндокринолога по поводу повышенного уровня глюкозы в крови, рекомендованы контроль гликемии и соблюдение диеты. Наблюдается хирургом в связи с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (перемежающейся хромотой).

Препараты, принимаемые пациентом

- Верапамил 240 мг х 1 р/сут
- Индапамид 2,5 мг х 1 р/сут
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг х 1 р/сут
- Клопидогрел 75 мг х 1 р/сут
- Дабигатран 150 мг х 2 р/сут

Данные физикального обследования

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве и времени. Appetit снижен. Рост 175 см, масса тела 61 кг. Температура тела 36,5 °С. Периферических отеков нет. Частота дыхательных движений 14 в минуту. Дыхание над всеми полями легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, шумов нет. АД 130/90 мм рт. ст. ЧСС 100 в мин. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клинический анализ крови — без патологических изменений.

Клинический анализ мочи — без отклонений от нормальных значений.

УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено.

При ЭхоКГ: уплотнение стенок аорты, аортального кольца; створки митрального, аортального клапанов уплотнены, кальцинированы. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Фракция выброса ЛЖ (EF) — 64 % по Teichholz (норма >60 %).

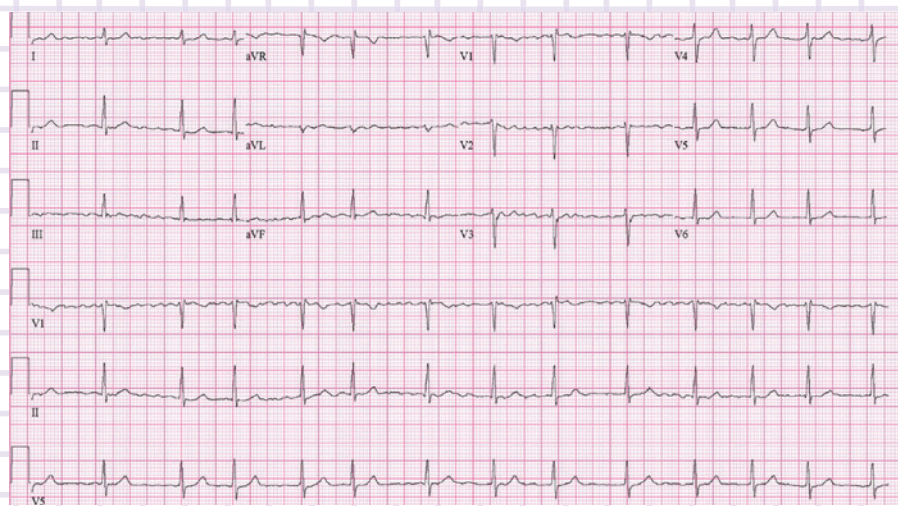
Ответы на задачу вы найдете в следующем номере «Современной Кардиологии».

Развернутый ответ на клиническую задачу необходимо выслать в адрес редакции. ФИО авторов, давших наиболее полные и аргументированные ответы на клиническую задачу, будут опубликованы в следующем номере.

Биохимическое исследование крови

Показатель	Результат	Единица измерения	Референсные значения
Общий белок	81	г/л	65–85
Креатинин	154	мкмоль/л	80–115
Холестерин общий	8,5	ммоль/л	3,1–6,1
ХС ЛПНП	5,2	ммоль/л	2,6–3,3
Глюкоза	6,1	ммоль/л	3,3–5,5
АлАТ	13,0	Ед/л	5–35
АсАТ	15,0	Ед/л	5–40

ЭКГ



ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

Сформулируйте диагноз. Определите факторы риска. Оцените лекарственную терапию.



Уважаемые читатели! Благодарим вас за активное участие в решении наших клинических задач! Многие из полученных ответов достаточно подробные.

Ответ на клиническую задачу, опубликованную в СК № 4 (14) 2019

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

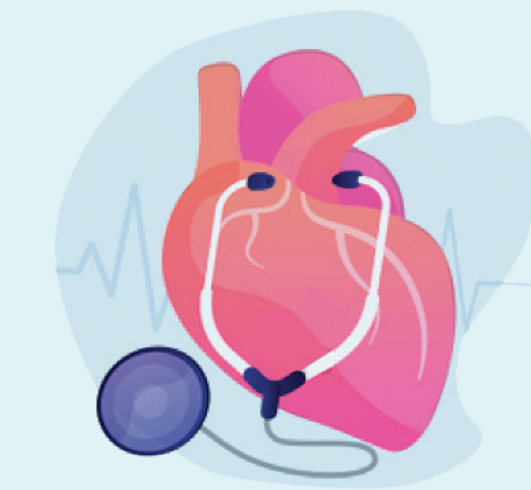
Основное

Гипертоническая болезнь 3 стадии (поскольку у пациента выявлены ассоциированные состояния — ИБС, ХСН, ТИА), 2 степени (т.к. цифры офисного АД — 170/100 мм рт. ст.), риск 4 (при наличии ассоциированного состояния риск всегда сохраняется очень высоким).

ИБС: ПИКС (ОИМ от 2014 г.)

Осложнения

НРС: Фибрилляция предсердий, персистирующая форма (по анамнестическим данным — у больного постоянная форма ФП, однако, если решение пересматривается в пользу стратегии контроля сердечного ритма, то его нарушение следует классифицировать как персистирующую фибрилляцию предсердий), EHRA 3 (в связи с тем что нормальная повседневная активность нарушена на фоне симптомов, связанных с ФП). ХСН: СННФВ (сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса, ФВ 30 %), 2Б стадия (изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения), 4 ФК NYHA (симптомы ХСН присутствуют в покое). ХБП С4 (расчетная СКФ 28 мл/мин/1,73 м² по CKD EPI).



Сопутствующие

ТИА от 2012 г. (по данным анамнеза). Хронический токсический (алкогольный) гепатит (по данным анамнеза). Цирроз печени, класс С по Чайлд-Пью (10 баллов). Печеночная энцефалопатия 2 ст. Остеохондроз. Остеоартрит. ЯБ 12 ПК, ЖКК от 2014 г. (по данным анамнеза). Ожирение 1 степени (ИМТ 32 кг/м²).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Пациенту должна проводиться терапия ХСН согласно принятым рекомендациям, однако, учитывая сопутствующую патологию, наиболее предпочтительны иАПФ (рамиприл/эналаприл), бета-блокаторы (бисопролол/карведилол/метопролола сукцинат (CR/XL)/небиволол), АМКР (спиронолактон). Не проводилось изучение применения комбинации сакубитрил + валсартан у лиц с нарушениями функции печени тяжелой степени, в этой связи препараты класса ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторов (АРНИ) не рекомендованы для данной категории больных.

С учетом наличия синдрома задержки жидкости требуется диуретическая терапия (петлевые диуретики в мочегонных дозах — торасемид, фуросемид).

Учитывая наличие ФП, 7-балльный показатель по шкале оценки риска развития тромбэмболических осложнений у пациентов с ФП CHA₂DS₂-VASc, необходим прием ОАК. Принимая во внимание имеющийся цирроз печени, класс С по Чайлд-Пью на фоне рСКФ 28 мл/мин/1,73 м² по CKD EPI, следует решить вопрос о назначении варфарина.

Высокий риск кровотечений диктует необходимость модификации показателей АД (снижение САД <160 мм рт. ст.), а также отмены НПВП.

С О В Р Е М Е Н Н А Я
КАРДИОЛОГИЯ

№ 1 (15) 2020

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Директор: Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор:
Арутюнов Григорий Павлович
Шеф-редактор: Соколова Анна Викторовна
Директор по рекламе: Петренко К.Ю.
Руководитель проекта: Строковская О.А.

Заместитель руководителя

проекта: Кононова О.Н.
Ответственный секретарь:
Ширабокова Ю.Ю.
Корректор: Никулин Ю.А.
Дизайн и верстка: Степанова Е.В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ

115478, Москва,
Каширское шоссе, 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru
www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Заказ № 200533. Тираж 9000 экз.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-66671 от 27.07.2016.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.