

Атеросклероз
сосудов:
что может ВСУЗИ?

➔ 4

Антикоагулянты
при неклапанной ФП
в преклонном возрасте

➔ 5

Митральная
недостаточность:
новые горизонты

➔ 6



Оформляйте
бесплатную
подписку
на наше
издание!

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ

№ 1 (29) 2024

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

СЛОВО РЕДАКТОРА

ОБЗОР



Филипп
Николаевич
ПАЛЕЕВ

Д.м.н., проф., чл.-корр. РАН,
первый заместитель генерального
директора ФГБУ
«НМИЦ им. ак. Е.И. Чазова»
Минздрава России

Дорогие и уважаемые коллеги!

От лица редакционного коллектива рад приветствовать всех на страницах нового, первого в этом году выпуска «Современной Кардиологии».

Наши постоянные читатели, вероятно, заметили, что прошедший год был отмечен кропотливой работой над оптимизацией формата газеты, изложения и содержания материалов. Хотелось бы подчеркнуть, что мы намерены и дальше повышать уровень издания. Предлагаем вашему вниманию новые публикации, охватывающие максимально широкий тематический спектр — от инструментальной диагностики до сердечно-сосудистой хирургии.

«Точка пересечения» — так озаглавлен основной материал номера, посвященный состоявшейся очередной Всероссийской конференции «Кардиоэндокринология 2024». Ведущие отечественные эксперты в области кардиологии, эндокринологии и диетологии рассмотрели актуальные и неоднозначные вопросы, возникающие на стыке дисциплин. Особое внимание лидеры мнений уделили коморбидности сахарного диабета и различных сердечно-сосудистых заболеваний.

В рубрике «Клинический случай» к.м.н., доцент Ю.А. Лутохина анализирует ситуацию пациента, нуждающегося в проведении первичной сердечно-сосудистой профилактики. Об особенностях внутрисосудистого ультразвукового исследования как значимого диагностического метода, показаниях к нему и интерпретации результатов рассказала к.м.н., врач-кардиолог Н.М. Абдухамалова. Кардиохирургом, к.м.н. А.Ю. Федоровым подробно освещены современные возможности диагностики и оперативного лечения митральной недостаточности — самого распространенного клапанного порока сердца. Проблемы выбора антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий рассмотрел д.м.н., профессор И.С. Явлов.

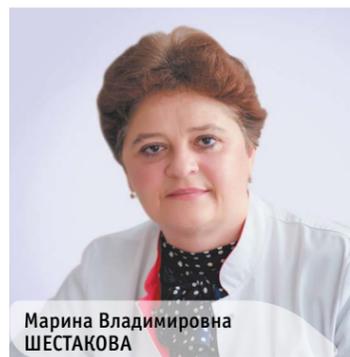
Трудно представить «Современную Кардиологию» без последних новостей и ставшей традиционной клинической задачи. На этот раз мы предлагаем выработать лечебно-диагностическую тактику для больного с перенесенным распространенным инфарктом миокарда и желудочковыми нарушениями ритма. И конечно, уважаемый читатель найдет ответ на предыдущую задачу, помещенную в № 3 (27) от 2023 г.

Желаю всем продуктивного чтения и успехов в работе!

До новых встреч
в следующем выпуске!

Точка пересечения

Ни одно «внекардиальное» заболевание не сопровождается столь значительными рисками для сердечно-сосудистой системы, как сахарный диабет (СД). Кардиология и эндокринология неразрывно взаимосвязаны — и поэтому неудивительно, что врачи этих и других специальностей все чаще встречаются на разных площадках для обсуждения актуальных вопросов. Несколько лет назад специально для этой цели была создана одна из таких платформ. И в феврале Всероссийская конференция «Кардиоэндокринология 2024» в шестой раз собрала коллег — на этот раз в онлайн-формате.



Марина Владимировна
ШЕСТАКОВА

Выступления, а точнее, обмен мнениями открыла директор Института диабета, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, д.м.н., проф., акад. РАН Марина Владимировна ШЕСТАКОВА. Напомнив о том, что сахарный диабет 2 типа (СД2) — системное полиорганное заболевание с сердечно-сосудистыми осложнениями, она охарактеризовала эпидемиологическую ситуацию по данной нозологии в России как угрожающую. Это положение спикер подкрепила соответствующими цифрами. Согласно данным Росстата, в РФ 5,2 млн людей с СД; по результатам же эпидемиологических исследований их число составляет 10–12 млн. Около половины имеющих это заболевание не знают о собствен-

ном диагнозе, являясь «недиагностированными» пациентами. Каждый второй страдающий СД имеет осложнения, связанные с заболеванием. Причина смерти каждого второго (53 %) пациента с СД2 типа — сердечно-сосудистые осложнения.

Основные кардиальные причины смерти пациентов с СД2 включают инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, прогрессирующую хроническую сердечную недостаточность (ХСН), фатальные сердечно-сосудистые катастрофы: тромбоэмболию легочной артерии, тромбозы других локализаций, шок. Основополагающее значение в развитии этих осложнений имеет, безусловно, артериальная гипертензия (АГ). В 2023 г. Европейское общество кардиологов (ECS) обновило рекомендации по лечению АГ при СД2. В соответствии с ними предлагается определять кардиоваскулярный риск при помощи калькулятора SCORE2-Diabetes — модификации шкалы SCORE (англ. Systematic Coronary Risk Evaluation, системная оценка коронарного риска), давно используемой в кардиологической и общетерапевтической практике. Как пояснила М.В. Шестакова, прежде взаимосвязь СД и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) оценивалась недостаточно полно. В число объективных параметров не входили некоторые важные показатели, например

гликированный гемоглобин (HbA1c). Поэтому установить дополнительный вклад нарушенного метаболизма глюкозы в течение АГ для конкретного больного было достаточно трудно.

Обновленная шкала содержит следующие предикторы риска: возраст на момент диагностики СД; статус курения; величина систолического артериального давления (САД); уровни общего холестерина (ХС), липопротеинов высокой плотности (ЛВП) и HbA1c. Впервые в этом качестве стало рассматриваться значение расчетной скорости клубочковой фильтрации. Очень важно, что помимо баллов, которые суммируются в зависимости от ответов пациента на вопросы, есть возможность оценить региональный риск. Россия относится к странам с очень высоким риском, отметила докладчик, поэтому сумму баллов нужно оценивать по соответствующей градации.

Ключевые риск-факторы по SCORE2-Diabetes требуют тщательного мониторинга для предотвращения ССЗ. Одна из наиболее частых ситуаций в клинике — превышение целевого уровня артериального давления (АД) у пациента. Выступавшая привела рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (РМОАГ)

Продолжение на с. 2 ▶

Н О В О С Т И

Метаболические нарушения ведут к развитию психических расстройств?

Ученые из Каролинского университета (Швеция) выявили взаимосвязь между метаболическим и психическим здоровьем человека. Результаты работы опубликованы в журнале *Jama Network Open*.

Одно из крупнейших исследований на основе данных 211 200 человек из популяционной когорты AMORIS (Apolipoprotein-Related Mortality Risk) охватило 21-летний период. Средний возраст участников на момент первого определения биомаркера составлял 42 года. Организаторы задались целью понять, в какой степени показатели углеводного и липидного профилей связаны с вероятностью возникновения расстройств психиатрического регистра. По сравнению с контрольной

группой у 16 256 пациентов за 2 десятилетия до диагностики депрессии, повышенной тревожности или стресс-ассоциированного расстройства регистрировались более высокие уровни глюкозы (коэффициент риска (HR) 1,30), триглицеридов (HR 1,15), ЛНП и общего холестерина. Более высокое содержание аполипопротеинов А1 и В предшествовало установлению этих диагнозов на 10 лет. При этом высокий уровень ЛВП был связан с низким риском психических расстройств (HR 0,88). Д-р Кристофер М. Палмер, основатель программы метаболического и психического здоровья в McLean Hospital отметил, что столь продолжительное исследование ставит практический вопрос — возможно ли предотвратить распространенные психические расстройства путем улучшения метаболического статуса в популяции. «Эту проблему надо изучать. И такие рекомендации врачей как правильное питание, двигательная активность и здоровый сон будут актуальны для поддержания не только физического, но и психического состояния», — подчеркнул эксперт.

Источник: <https://www.medscape.com/viewarticle/metabolic-and-mental-health-closely-linked-2024a10006gz>

О Б З О Р

Точка пересечения

◀ Продолжение, начало на с. 1

по этапной (ступенчатой) стратегии медикаментозного лечения:

- первая ступень — начальная двойная комбинированная терапия: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокатор рецепторов ангиотензина (БРА) + антагонист кальция (АК) или диуретик;
- вторая ступень — тройная комбинация: иАПФ/БРА + АК + диуретик;
- третья ступень — эта же комбинация + спиронолактон, или другой (петлевой) диуретик, или α -адреноблокатор, или β -адреноблокатор, или моксонидин.

М.В. Шестакова подчеркнула, что β -адреноблокаторы могут быть назначены на любом этапе лечения, если есть особые показания (ХСН, перенесенный ИМ, фибрилляция предсердий, беременность или ее планирование). Монотерапия же даже на самом начальном этапе практически не оправдана, за исключением группы пациентов низкого риска или очень пожилых и ослабленных лиц (в т. ч. с высокой вероятностью выраженной гипотонической реакции).

Аналогичный терапевтический алгоритм содержится и в рекомендациях Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ). При этом, когда речь идет о СД и обменных нарушениях, к назначению рекомендуются БРА (сартаны), которые, будучи представителями блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), позволяют решить проблемы контроля АД и воздействия на метаболизм.



Юлия Валерьевна
ЖЕРНАКОВА

СД И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК

Необходимость применения шкалы SCORE2-Diabetes ученый секретарь Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., проф. кафедры кардиологии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России Юлия Валерьевна ЖЕРНАКОВА объяснила среди прочего дополнительными факторами. Среди них — создание новых сахароснижающих препаратов, во многом изменившее парадигму лечения пациентов с СД2 и одновременно поставившее ССЗ во главу угла. «Шкала — это, наверное, главная точка пересечения для кардиологов и эндокринологов, которая ставит основное заболевание в центр внимания», — сказала она.

СД, выступая независимым фактором риска ССЗ, имеет микрососудистые (диабетическая ретинопатия, полинейропатия, нефропатия) и макрососудистые осложне-

ния. Так, с ним ассоциировано 25 % всех случаев ишемического инсульта, риск которого при этом заболевании выше в 4–7 раз; ИБС — ведущая причина смертности у больных СД на фоне в 6–10 раз большей вероятности ИМ. При СД пятикратно повышен риск атеросклероза периферических сосудов — главной причины нетравматической ампутации нижних конечностей.

Значительную часть выступления Ю.В. Жернакова посвятила обновленным рекомендациям ESC 2023 г. Документ содержит положения, касающиеся диагностики коморбидной с СД2 патологии — АГ, ИБС, ХСН, фибрилляции предсердий, заболеваний периферических артерий. Выступавшая указала на скрининг АГ как на один из ключевых компонентов многофакторной стратегии по предотвращению осложнений СД. Скрининг предусматривает регулярное измерение АД у всех страдающих СД пациентов для выявления коморбидности и минимизации кардиоваскулярного риска. Во всех случаях при АД >140/90 мм рт. ст. рекомендуется антигипертензивная терапия, к которой у таких больных необходим строго индивидуализированный подход. В частности, САД необходимо снижать до 120–130 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости; лицам же >65 лет целесообразно поддерживать это значение в диапазоне 130–139 мм рт. ст. Снижение САД <130 мм рт. ст. может быть рекомендовано имеющим высокий сердечно-сосудистый риск в целях уменьшения вероятности инсульта. Целевой диапазон для ДАД составляет 80–89 мм рт. ст., при хорошей переносимости оно может быть снижено до <80 (но не <70) мм рт. ст. «Следует учитывать, что перед нами конкретный пациент со своим коморбидным состоянием, набором факторов риска. Поэтому выбор всегда за нами», — подчеркнула спикер.

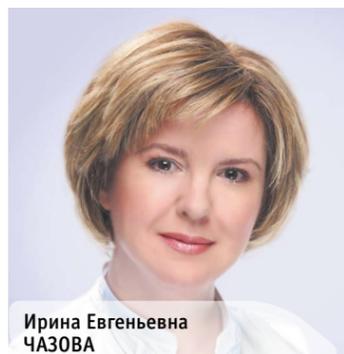
В рекомендациях ESC указаны также целевые показатели АД у больных АГ при СД2. Крупное рандомизированное контролируемое исследование продемонстрировало, что у пациентов с СД2 достижение величины САД <135 мм рт. ст. по сравнению со 140 мм рт. ст. было ассоциировано со значительно меньшей смертностью от ССЗ и смертностью от всех причин. Согласно данным другого исследовательского протокола, снижение САД до 121 мм рт. ст. в сравнении со 135 мм рт. ст. не влияло на сердечно-сосудистую заболеваемость/ смертность или смертность от всех причин, но существенно уменьшало риск инсульта у таких больных. Наряду с этим подвергалась оценке польза гипотензивной терапии. Результаты одного из недавно проведенных метаанализов показали, что значительная часть пользы, связанной со снижением АД, была получена при более высоких (в пределах 140–150 мм рт. ст.) целевых уровнях; другие крупные метаанализы подтвердили связь снижения САД до <140 мм рт. ст. при СД2 с уменьшением частоты всех основных (больших) сердечно-сосудистых событий (англ. MACE, major cardiovascular events). Еще 2 аналогичные работы продемонстрировали, что общая польза снижения АД у пациентов с СД2 (в отличие от не имеющих его) в значительной степени нивелируется, когда САД понижается до величины

<130/80 мм рт. ст., за исключением случаев продолжающегося постепенного повышения АД.

При выборе целевых диапазонов есть спорные моменты, на которых также остановилась докладчик. Низкие цифры АД могут быть ассоциированы с серьезными побочными эффектами: гипотонией, обмороками, электролитными нарушениями и острым повреждением почек/острой почечной недостаточностью. В исследованиях частота этих осложнений была выше в подгруппах интенсивного лечения по сравнению с получавшими стандартную терапию. Нарастающая польза от снижения АД уменьшается по мере понижения его целевых уровней. В настоящее время <50 % пациентов на фоне антигипертензивной терапии достигают целевого показателя САД <140 мм рт. ст. Доказательства пользы более низких целевых значений менее убедительны в нескольких значимых субпопуляциях пациентов с АГ: страдающих хронической болезнью почек (ХБП), ИБС, а также у пожилых.

В соответствии с рекомендациями ESC ведение пациентов с АГ и СД предполагает обязательный контроль АД у всех больных, поскольку СД ассоциирован с увеличением риска ССЗ, макро-/микрососудистых и почечных осложнений. У таких лиц часто выявляются недостаточное снижение АД или повышение его в ночные часы, что должно контролироваться с помощью суточного мониторинга (СМАД). Изменение образа жизни с одновременной инициацией антигипертензивной терапии рекомендуется при офисных САД >140 мм рт. ст. и ДАД >90 мм рт. ст. Врачебная тактика должна быть такой же, как и в отсутствие СД; основная цель — удержание АД в диапазоне 120/70–130/80 мм рт. ст. Достижение целевых значений часто бывает затруднено, в связи с чем практически во всех случаях необходимо комбинированное лечение.

Для уменьшения риска кардиоваскулярных и почечных осложнений при СД2 рекомендуются ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2). Нестероидный антагонист минералокортикоидных рецепторов финеренон в связи с нефро- и кардиопротективным действием может быть использован у пациентов с диабетической ХБП и умеренной/тяжелой альбуминурией. Он, как и иНГЛТ-2, обладает также гипотензивным эффектом. В то же время о потенциальных преимуществах комбинации иНГЛТ-2 + финеренон на сегодняшний день имеются лишь ограниченные сведения — это составляет предмет будущих научных изысканий.



Ирина Евгеньевна
ЧАЗОВА

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫБРАТЬ?

Около 1/3 взрослых людей в мире — 31 % мужчин и 30 % женщин — имеют повышенное АД. Это значительно больше, чем еще десятилетие назад, когда только у четверти взрослого населения планеты выявлялась АГ, отметила заместитель генерального директора по научно-экспертной работе, главный научный сотрудник отдела

гипертонии, заведующая кафедрой кардиологии с курсом интервенционных методов диагностики и лечения ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., проф., акад. РАН Ирина Евгеньевна ЧАЗОВА. Среди некоторых категорий пациентов повышение АД встречается чаще, чем в среднем в популяции. Эпидемиологическое исследование распространенности АГ в зависимости от наличия метаболических нарушений и СД (ЭССЕ-РФ) показало, что если в целом в России АГ регистрируется в 43 % случаев, то у больных с метаболическим синдромом повышенное АД имеет место уже в 74 %, а при СД — в 92 % случаев. Аналогичные результаты относительно сердечно-сосудистой смертности получены зарубежными коллегами: в ходе крупного исследовательского протокола 2011 г. продемонстрировано, что среди имеющих СД этот показатель при АГ двукратно превышает таковой для лиц с нормальным АД.

Сегодня много говорится о том, как важно придерживаться целевых уровней АД. Однако на практике достигнуть их у больных с АГ при наличии метаболических расстройств (включая СД2) очень трудно — это подтверждено рядом исследований. И.Е. Чазова акцентировала внимание на том, что на основе российских и зарубежных данных РМОАГ разработало рекомендации по ведению больных АГ с нарушениями метаболизма и СД2. Важнейшие положения этого документа практически совпадают с содержащимися в рекомендациях ESC 2023 г.

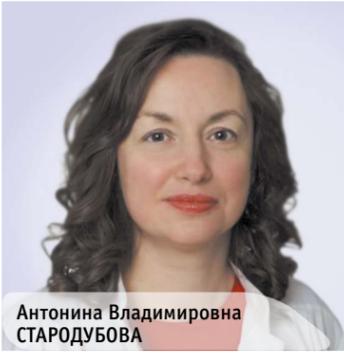
Выбирая конкретный гипотензивный препарат для пациента с АГ и СД, следует остановиться на тех, которые как минимум не повышают риск метаболических нарушений и не провоцируют ухудшение течения СД. Целесообразно назначение блокаторов РААС (иАПФ, БРА), особенно при наличии альбуминурии/протеинурии или гипертрофии левого желудочка. В случаях нарушения толерантности к глюкозе, нарушенной гликемии натощак иАПФ/БРА также имеют преимущество перед β -блокаторами и диуретиками в плане уменьшения риска формирования СД.

Означает ли сказанное, что врачи вообще не должны назначать мочегонные препараты (как и АК) при АГ в сочетании с СД? Отвечая на этот вопрос, И.Е. Чазова пояснила: «Нет, конечно. Хотела бы напомнить, что у таких больных есть общие патофизиологические механизмы. И если, применяя блокаторы РААС, мы сможем у них снизить активность этой системы и уменьшить симпатикотонию, то без β -блокаторов мы никак не сможем убрать такой неприятный механизм, как повышение тонуса периферических сосудов. А без мочегонных мы не сможем подействовать на такой общий патофизиологический механизм, как задержка соли и жидкости. Поэтому, безусловно, применение антагонистов кальция и диуретиков должно быть узаконено у таких больных».

Выступавшая также отметила, что в лечении АГ у больных с нарушениями метаболизма и СД2 предпочтение отдается тиазидоподобным диуретикам: хлорталidonу и метаболически нейтральному препарату пролонгированного действия индапамид ретард. Особенность последнего заключается в его двойном действии. С одной стороны, это некоторое увеличение диуреза с устранением избытка натрия в сосудистой стенке, с другой — первичный вазодилатирующий эффект, который обусловлен регуляцией входа кальция в мышечные клетки и влиянием на синтез простагландинов.

“ Когда речь идет о СД и обменных нарушениях, к назначению рекомендуются сартаны, которые, будучи представителями блокаторов РААС, позволяют решить проблемы контроля АД и воздействия на метаболизм

О Б З О Р



Антонина Владимировна
СТАРДУБОВА

ДИЕТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Современные подходы к диетотерапии ожирения, включая коморбидное, представила главный внештатный специалист — диетолог ДЗ г. Москвы, заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», заведующая отделом лечебного и профилактического питания ФГБНУ «НИИ питания», проф. кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н. Антонина Владимировна СТАРДУБОВА. Известно, что лица с избыточной массой тела или ожирением подвержены повышенному риску развития СД2, что диктует необходимость модификации образа жизни. Это подразумевает среди прочего отказ от вредных привычек и соблюдение диеты. Сегодня у страдающих ожирением успешно используются такие современные направления, как бариатрическая хирургия и соответствующее лекарственное лечение. Но при этом несколько отошли на второй план немедикаментозные методы — среди которых и диетотерапия, хотя этот важный лечебный и профилактический фактор нельзя игнорировать.

Специалисты РНИМУ в настоящее время активно внедряют (в т. ч. для пациентов с ожирением, кардиологическими заболеваниями, СД) методы энтеральной нутритивной поддержки, позволяющие в короткие сроки получать эффект и поддерживать его. Их предполагается применять для терапии/профилактики осложнений и ассоциированной патологии, достижения оптимального уровня АД, хорошего метаболического контроля, коррекции дыхательных нарушений во время сна, предотвращения новых случаев СД и ССЗ и др.

Как уточнила А.В. Стародубова, диетологическое вмешательство предусматривает снижение массы тела на 5–10 % за 3–6 мес; более высокий темп может быть рекомендован для пациентов с индексом массы тела (ИМТ) >35 кг/м². Немедикаментозное лечение основано на создании/поддержании дефицита калорий в 500–700 ккал от физиологических потребностей, умеренных аэробных физических нагрузках >150 мин/нед с дальнейшим увеличением их интенсивности и продолжительности до 200–300 мин/нед. Сюда же относится и диетотерапия ожирения путем применения сбалансированных рационов. Для уменьшения массы тела необходимо длительное снижение калорийности, не оказывающее негативного воздействия на общее состояние пациента. Эффективно уменьшение калорийности рациона на ≥500 ккал/сут, что позволяет снижать массу тела на ~0,5 кг/нед за период 12–24 нед.

Европейские рекомендации по диетотерапии СД (2023 г.) содержат варианты рациона со сбалансированной заменой приема пищи для инициализации снижения массы тела — в режимах полной замены рациона на ограниченный срок либо длительной замены 1–2 приемов пищи в сутки. В дальнейшем замена 1 приема пищи в сутки или 3–6 приемов пищи в неделю может

применяться долгосрочно для поддержания снижения массы тела. Возможен и очень низкокалорийный рацион с полным замещением (840 ккал/сут) на протяжении 12–20 нед при условии постоянного врачебного наблюдения в сочетании с динамической коррекцией медикаментозного лечения СД и АГ. Этот вариант можно использовать для быстрого уменьшения массы тела (10–15 %) при индукции ремиссии СД.

Спикер указала на важность для специалистов документа под названием «Нормы

“ Вторичные (симптоматические) АГ связаны с заболеваниями, при которых причина повышения АД заключается в поражении различных внекардиальных органов и систем, а гипертония выступает лишь одним из симптомов

физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ». В последней редакции 2021 г. он содержит, в частности, новое определение термина «добавленные сахара»: это все моно- и дисахариды, внесенные в пищевые продукты и напитки при их производстве, приготовлении и непосредственном употреблении, в т. ч. столовый сахар из меда, сиропов, фруктовых и овощных соков и их концентратов. В «Нормах...» есть обновленные рекомендации по содержанию ряда нутриентов: для добавленных сахаров — ≤10 % калорийности всего рациона у здорового населения и до 5 % у лиц с избыточной массой тела и ожирением; для натрия и поваренной соли — ≤2 и ≤5 г/сут соответственно; для калия — ≥3,5 г/сут.

Докладчик отметила, что в Евразийских клинических рекомендациях по профилактике ССЗ в детском и подростковом

возрасте 2023 г. также подчеркивается необходимость соблюдения принципов рационального питания, нормализации массы тела, поддержания надлежащего уровня физической активности. В документе отчетливо указано, что формирование стереотипа здорового питания направлено на профилактику и лечение ожирения как фактора риска ССЗ.



Новелла Михайловна
ЧИХЛАДЗЕ

КОГДА АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ВТОРИЧНА

Вторичные (симптоматические) АГ (ВтАГ) связаны с заболеваниями, при которых причина повышения АД заключается в поражении различных внекардиальных органов и систем, а гипертония выступает лишь одним из симптомов. Как сообщила ведущий научный сотрудник отдела гипертонии Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., проф. Новелла Михайловна ЧИХЛАДЗЕ, среди страдающих АГ распространенность ВтАГ составляет 5–15 %, а у детей и подростков может достигать 70–85 %. Из всего количества ВтАГ 3–5 % приходится на эндокринные. Основные их формы — первичный и вторичный гиперальдостеронизм, болезнь Иценко–Кушинга и другие виды гиперкортицизма, гиперпродукция дезоксикортикостерона, феохромоцитомы/параганглиома, акромегалия, заболевания щитовидной железы (гипер- и гипотиреоз), гиперпаратиреоз, а также инсулинорезистентность.

Специалист порекомендовала обращать внимание на следующие клинические особенности, позволяющие

предположить наличие эндокринной ВтАГ: лица молодого (<40 лет) возраста с АГ 2 степени или развитие АГ любой степени в детском возрасте; резистентная АГ; тяжелая АГ (3 степени) или АГ-обусловленное неотложное состояние, требующее госпитализации в отделение интенсивной терапии; выраженное поражение органов-мишеней; клинические или биохимические признаки, свидетельствующие об эндокринном генезе АГ.

Основная задача при диагностике этих вариантов АГ на начальном этапе — проведение скрининга среди пациентов с высоким риском их развития на основании симптомов и проявлений заболевания, которые могут быть основанием для дальнейшего углубленного обследования. Что касается лечения эндокринных ВтАГ, то, согласно приведенным Н.М. Чихладзе положениям Евразийских клинических рекомендаций по диагностике и лечению вторичных (симптоматических) форм АГ (2022 г.), это медикаментозная терапия (антигипертензивная/патогенетическая, лечение сопутствующих заболеваний) и хирургические вмешательства (в частности, удаление феохромоцитомы). Целевые значения АД, как и зависимость их от возраста и переносимости, аналогичны таковым при СД.

Эндокринные формы АГ ассоциированы с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений, подчеркнула выступавшая. Направленный на их выявление скрининг пациентов высокого риска содействует своевременной прицельной диагностике, предоставляет возможности дифференцированного лечения, предотвращения терапевтической резистентности и осложненного течения АГ.

Проблемы коморбидности СД и АГ, к сожалению, пока далеки от своего полного решения. С клинических позиций в отношении таких пациентов особенно важно тесное командное взаимодействие представителей разных медицинских специальностей в рамках мультидисциплинарного подхода.

Римма Шевченко

ЗНАЮ. ВИЖУ. СНИЖАЮ?

~75% пациентов с АССЗ не достигают целевого уровня ХС ЛНП на текущей* терапии¹

Снижение уровня ХС ЛНП на 1 ммоль/л снижает риск сердечно-сосудистых катастроф на 22%²**

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий. Подготовлено при поддержке ООО «Новартис Фарма». 699889/GENMED/DIG/0823/0

Группа компаний «Новартис» в России. Ленинградский проспект, д.70, г. Москва, 125315, Россия. Тел: +7 (495) 967-12-70. Факс: +7 (495) 967-12-68. russia.novartis_group@novartis.com Новартис в России (novartis.ru)

ХС ЛНП - холестерин липопротеидов низкой плотности. АССЗ - атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания. * липидснижающей, ** инфаркта миокарда и ишемического инсульта
1. Cannon CP, et al. JAMA Cardiol. 2017;2(9):959-966.
2. Baigent C, et al. Lancet. 2010;376(9753):1670-1681. Гипотетический пациент

Д И А Г Н О С Т И К А

Атеросклероз сосудов: что может ВСУЗИ?

Несмотря на наличие арсенала действенных лечебных средств, ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает занимать первые позиции по заболеваемости и смертности. Это справедливо и в отношении атеросклероза (АС) — неизменного «сателлита» многих патологических состояний. Именно атеросклеротическая бляшка (АСБ) представляет собой хорошо, казалось бы, изученный морфологический субстрат самого распространенного сосудистого поражения.



Наргиз Магомедгусенова
АБДУЖАМАЛОВА

К.м.н., врач-кардиолог

Как известно, качественно лечит тот, кто качественно диагностирует. И в этом отношении «золотым стандартом» для ИБС остается коронарная ангиография (КАГ). Однако она не дает полной информации о стенке сосуда, так как предоставляет своего рода «силуэтные» изображения венечных артерий. На рубеже столетий наряду с рентгеноконтрастной коронарографией одной из составляющих клинической практики стало внутрисосудистое ультразвуковое (УЗ) исследование (ВСУЗИ). Благодаря значительной глубине проникновения УЗ-волн этот метод позволяет не только изучать состояние просвета артерии, но и осуществлять томографическую визуализацию сосудистой стенки в реальном времени, более того — анализировать детали ее строения на различных участках. Получаемые с помощью ВСУЗИ точные количественные и подробные качественные характеристики помогают оценить степень атеросклеротического поражения и выбрать оптимальный метод лечения.

Обычно АСБ развиваются незаметно и практически бессимптомно до тех пор, пока они остаются интактными. По мере прогрессирования возрастает вероятность разрыва этих образований, что влечет за собой атеротромбоз различных локализаций с большим количеством осложнений. Поэтому одинаковое значение имеют как ранняя диагностика, так и стратификация риска — разделение бляшек на относительно стабильные и нестабильные (склонные к разрывам).

Ранее считалось, что размеры АСБ и сужение артериального просвета служат главными предикторами острых ишемических кардиоваскулярных событий. Однако к настоящему времени появляется все больше свидетельств в пользу того, что решающее значение имеет состав бляшек. Именно ВСУЗИ отводится важная роль в установлении их протяженности и морфологии. В процессе исследования с использованием серой шкалы формируется двумерное изображение, при этом качественный анализ и соответствующие характеристики АСБ

определяются различной эхоплотностью тканей. Таким образом, бляшки с большим липидным ядром представляются эхонегативными, тогда как кальцинированные образования дают гиперэхогенный сигнал с акустической тенью.

Благодаря спектральному анализу частотных показателей отраженного УЗ-сигнала стала возможной более детальная оценка строения АСБ с выделением их морфологических компонентов. Такая визуализация обозначается в литературе термином «виртуальная гистология» (ВГ; *англ.* VH, *virtual histology*). Программное обеспечение VH-IVUS (*англ.* *virtual histology, intravascular ultrasound*) позволяет различать при обработке ВСУЗИ-изображений (ВСУЗИ-ВГ) 4 типа структур с соответствующей цветовой маркировкой:

- фиброзная (зеленый);
- фиброзно-жировая (светло-зеленый или желтый);
- липидное/некротическое ядро (красный);
- кальцификация (белый).

Американская кардиологическая ассоциация (АНА) разработала классификацию АСБ, основанную на возможности их идентификации. Неатеросклеротические отложения, содержащие пенные клетки без некроза или фиброзной покрышки (колпачка), описываются как ксантомы интимы. В классификации выделяются следующие основные фенотипы АСБ, ассоциированные с различными стадиями атеросклеротического процесса:

1. Патологическое утолщение интимы (включает все компоненты с преобладанием фиброзно-жирового).
2. Фиброатерома (ФА) с визуализируемой толстой фиброзной капсулой (*англ.* ThCFA, *thick-cap fibroatheroma*), покрывающей некротическое ядро.
3. Фиброатерома с тонкой фиброзной капсулой (ФАТК, *англ.* TCFA, *thick-cap fibroatheroma*) и крупным липидным ядром.
4. Фиброзная АСБ (без липидного ядра, с признаками умеренной кальцификации).
5. Кальцинированная АСБ (с некротическим ядром или без него, содержащая небольшое количество воспалительных клеток).

Особого внимания среди перечисленных морфологических вариантов заслуживает ФАТК — структурно нестабильный тип АСБ (рис. 1). Чувствительность и специфичность ВСУЗИ-ВГ в выявлении этого фенотипа варьируют по данным различных

авторов в пределах 64–92 и 78–93 % соответственно.

В ряде крупных исследований — PROSPECT, VIVA, ATHEREMO-IVUS, CULPLAC — доказана связь нестабильности АСБ с наступлением неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Известно, что острый коронарный синдром чаще возникает в результате разрыва или эрозии фиброзной покрышки, которая прикрывает богатое липидами некротическое ядро. При этом по данным КАГ степень стеноза может быть не столь выраженной, что также отмечено в результатах протокола PROSPECT.

В настоящее время существуют следующие критерии повышенной нестабильности (уязвимости) бляшек (рис. 2):

- большие размеры липидного/некротического ядра (>40 % общего объема);
- тонкая (<65 мкм) фиброзная капсула;
- включения кальциатов;
- неоваскуляризация;
- положительное ремоделирование коронарного русла в зоне расположения АСБ (направление роста бляшки наружу сосуда, что способствует расширению наружной эластической мембраны и сохранению артериального просвета);
- степень стеноза;
- локализация поражения.

Несколько исследовательских протоколов последних лет имели целью определение морфотипа АСБ в стволе левой коронарной артерии (ЛКА) и проксимальном участке передней нисходящей артерии (ПНА). Склонные к разрывам образования

с высоким риском неблагоприятных коронарных событий.

Что касается осложнений ВСУЗИ, то их частота согласно различным данным составляет от 1 до 3 %. Преимущественно встречается проходящий спазм венечной артерии, обычно быстро купируемый интракоронарным введением нитроглицерина. Серьезные осложнения, такие как диссекция и окклюзия сосуда, наблюдаются в <0,5 % случаев.

Рассматриваемая методика служит ценным дополнением к КАГ или чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ). Существенную помощь ВСУЗИ может оказать в сложных клинических ситуациях, например при поражении ствола ЛКА, бифуркационном стенозе, промежуточной значимости стеноза и других состояниях, когда по данным рентгеноконтрастной ангиографии не удается полностью решить все диагностические проблемы. В таких крупных протоколах, как IVUS-XPL и ULTIMATE, оценивалась эффективность ВСУЗИ при стентировании коронарных артерий. Результаты показали преимущество этой опции по сравнению с ангиографически контролируемым вмешательством для оптимизации ЧКВ при протяженных поражениях, что проявлялось в статистически достоверном снижении частоты сердечной смерти, инфаркта миокарда, тромбоза стента. В другом исследовании (ADAPT-DES) помимо значимого уменьшения частоты неблагоприятных кардиоваскулярных исходов использование ВСУЗИ приводило к изменению стратегии ЧКВ в 74 % случаев, чаще всего — к выбору более крупного стента/баллона.

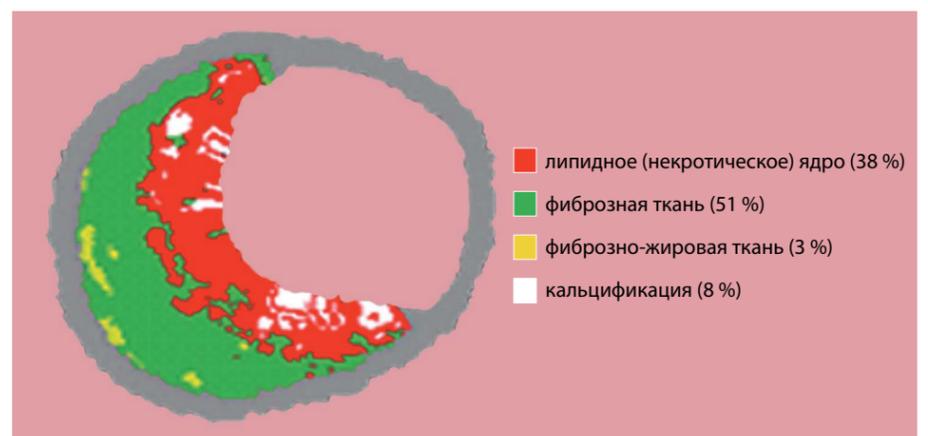


Рисунок 1. Схематическое представление и количественное соотношение структурных составляющих атеросклеротической бляшки (АСБ) при ВСУЗИ. Обращает внимание отсутствие видимой фиброзной ткани непосредственно над некротическим ядром, что свидетельствует о морфологической нестабильности — фиброатероме с тонкой фиброзной капсулой (ФАТК).

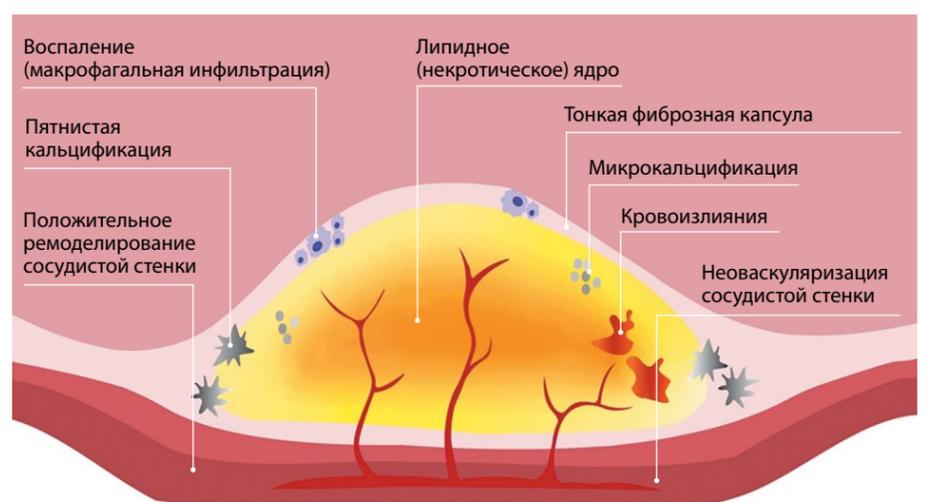


Рисунок 2. Схематическое изображение нестабильной атеросклеротической бляшки.

чаще локализовались в пределах проксимальной трети ПНА (в 83 % случаев — в 10–40 мм от ее устья), не затрагивая ствол ЛКА. Отсюда следует, что ВСУЗИ-ВГ является полезным и эффективным решением для идентификации нестабильных бляшек, что позволяет выявить категорию пациентов

Таким образом, ВСУЗИ — важный диагностический инструмент (в т. ч. на любом этапе ЧКВ) для оценки объема и морфологии АСБ, ремоделирования просвета артерии и, следовательно, для точного определения тактики эндоваскулярного лечения в каждом конкретном случае.

М Н Е Н И Е Э К С П Е Р Т А

Пероральные антикоагулянты при неклапанной фибрилляции предсердий у больных преклонного возраста: проблемы и противоречия

Преклонный возраст — признанный фактор риска инсульта, опасность которого наиболее велика у больных от 75 лет и старше. Причины этого многообразны и наряду с изменениями, характерными для старения, связаны с увеличением количества и усилением тяжести сопутствующих заболеваний у пациента. В то же время возраст выступает предиктором риска геморрагических осложнений. Опасность кровотечений — главный мотив отказа от антитромботической терапии и/или выбора заниженных, заведомо менее эффективных доз антикоагулянтов при фибрилляции предсердий (ФП) у пожилых. Соответственно, чем старше больной, тем важнее оценка соотношения «польза–риск», основанная на фактах и опыте, а не на предубеждениях, опасениях или распространенных заблуждениях.



Игорь Семенович ЯВЛОВ

Д.м.н., профессор, руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «НИИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заместитель председателя секции «Неотложная кардиология» РКО, член правления РКО, член правления Общества специалистов по неотложной кардиологии

При лечении антикоагулянтами наиболее действенными способами предотвращения кровотечений являются активный поиск и устранение их возможных источников/факторов риска, а также выбор перорального препарата, обладающего максимальной безопасностью при достаточной эффективности. При этом со временем могут появляться новые или утяжеляться имеющиеся заболевания, которые способствуют возникновению кровотечений (например, нарушение функции почек), что требует регулярного мониторинга. В частности, на фоне приема прямых пероральных антикоагулянтов (ПОАК) эксперты Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) рекомендуют определять клиренс креатинина у больных с ФП в возрасте ≥ 75 лет или имеющих синдром старческой астении не реже 1 раза в 4 мес, а также внепланово при возникновении заболеваний/состояний, потенциально способных повлиять на почечную функцию.

Роль пероральных антикоагулянтных препаратов у пациентов преклонного возраста с ФП продемонстрирована в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) ВАФТА, включавшем 973 участника в возрасте ≥ 75 лет (в среднем 81,5 года). При назначении варфарина с целевым международным нормализованным отношением (МНО) 2,0–3,0 отмечено снижение риска совокупности неблагоприятных исходов, характеризующих эффективность и безопасность лечения (сумма случаев инсульта, внутричерепные кровотечения и артериальные тромбозы), на 52 % в сравнении с монотерапией ацетилсалициловой кислотой в дозе 75 мг 1 раз/сут ($p = 0,003$). Эта закономерность распространялась и на подгруппу пациентов ≥ 85 лет. Статистически значимых различий по частоте внутричерепных (в т.ч. крупных) кровотечений между группами варфарина и ацетилсалициловой кислоты не было. При этом, несмотря на возраст, в рамках данного РКИ время

нахождения МНО в границах целевого диапазона было высоким и составляло 67 %. Таким образом, показано, что при надлежащем использовании антагонисты витамина К — эффективное и достаточно безопасное средство профилактики кардиоэмболических осложнений у лиц с ФП пожилого и старческого возраста, намного превосходящее ацетилсалициловую кислоту. Кроме того, в большинстве подобных случаев вполне реально поддерживать целевые значения МНО. Важно также, что (как и в других исследованиях) ацетилсалициловая кислота сильно уступала по эффективности сравниваемому препарату и не имела преимуществ по безопасности.

Указанная закономерность подтверждается и при анализе повседневной врачебной практики. Так, по результатам изучения базы данных национальной страховой компании Тайваня, у больных с ФП в возрасте ≥ 90 лет применение варфарина в отличие от антиагрегантов оказалось эффективнее отсутствия антитромботической терапии в профилактике ишемического инсульта. В обоих случаях риск интракраниальных кровотечений не повышался.

Имеются свидетельства о том, что из-за более высокой (в абсолютном выражении) опасности тромботических осложнений в пожилом/старческом возрасте польза длительного приема антикоагулянтов увеличивается. Согласно данным регистра PREFER, включавшего 6412 пациентов с ФП

“ Длительный прием антикоагулянтов у пациентов в преклонном возрасте оправдан

(505 в возрасте ≥ 85 лет), снижение на фоне ПОАК частоты суммы случаев ишемического инсульта, артериальных тромбозов, инфаркта миокарда, геморрагического инсульта или крупных кровотечений за 1 год было наиболее выраженным в подгруппах ≥ 85 и особенно ≥ 90 лет.

Анализ подгрупп пациентов в возрасте ≥ 75 лет в РКИ по прямому сравнению антагонистов витамина К и ПОАК при неклапанной ФП продемонстрировал сопоставимую (дабигатран в дозе 110 мг 2 раза/сут, ривароксабан 15–20 мг/сут) или большую (апиксабан 150 мг 2 раза/сут, дабигатран 150 мг 2 раза/сут) эффективность последних в уменьшении риска суммы случаев инсульта и артериальных тромбозов в сочетании с меньшим риском внутричерепных кровотечений. При этом лишь в протоколах с апиксабаном получена меньшая частота крупных геморрагических событий при отсутствии увеличения риска крупных желудочно-кишечных кровотечений. В итоге по совокупному эффекту с учетом наиболее значимых неблагопри-

ятных исходов (сумма случаев инсульта, артериальная тромбоземболия, крупное или интракраниальное кровотечение) только апиксабан превосходил антагонисты витамина К. И вновь клиническая практика дает похожие результаты. В частности, согласно анализу базы данных национальной страховой компании Тайваня, у больных ≥ 90 лет с ФП ПОАК оказались сопоставимы с варфарином по риску ишемического инсульта и крупных геморрагических событий, но существенно снижали вероятность внутричерепных кровотечений. По данным объединенного анализа 22 исследований (как подгрупп в РКИ, так и наблюдательных), включавших в совокупности 440 281 пациента с ФП в возрасте ≥ 75 лет, прием ПОАК был ассоциирован с меньшим риском суммы случаев инсульта, артериальных тромбозов, геморрагического инсульта, внутричерепных и смертельных кровотечений. При этом с точки зрения безопасности апиксабан выглядел наиболее предпочтительно.

В ходе изучения анализе крупной базы данных страховой компании в США оценивались последствия смены ПОАК у больных с неклапанной ФП, начавших получать апиксабан ($n = 167\,868$) или ривароксабан ($n = 65\,888$). С учетом других межгрупповых различий переход с апиксабана на ривароксабан был сопряжен с более высоким риском инсульта или системных тромбозов (ОР 1,99; 95 % ДИ: 1,38–2,88) и крупных кро-

вотечений (ОР 1,80; 95 % ДИ 1,46–2,23) по сравнению с продолжением приема апиксабана. Переход же с ривароксабана на апиксабан позволял уменьшить риск крупных геморрагических событий (ОР 0,49; 95 % ДИ: 0,38–0,65) при сопоставимой частоте инсульта/системных тромбозов (ОР 0,74; 95 % ДИ 0,45–1,22) в сравнении с продолжением назначения ривароксабана.

Кроме того, для пожилых и престарелых пациентов особенно важна хорошо доказанная безопасность апиксабана при нарушенной функции почек. В итоге, опираясь на фактологическую базу, 10 экспертов, подготовивших международный консенсус по применению ПОАК при ФП у пожилых (OAC-FORTA 2019), единогласно присвоили апиксабану наивысший класс А («необходимый»), в то время как дабигатран и ривароксабан были отнесены к более низкому классу В («полезный»).

В 2023 г. вышел обновленный консенсусный документ Американского общества гериатров (AGS). 12 медицинских экспертов

этой специальности проанализировали в качестве доказательной базы 451 статью, 148 других источников, включая справочные материалы. Согласно опубликованным AGS критериям Бирса (Beers) (критерии для потенциально неуместного использования лекарств у пожилых людей), апиксабан рассматривается как наиболее безопасная альтернатива не только варфарину, но и другим ПОАК: дабигатрану, ривароксабану.

При наличии ФП прогноз существенно ухудшается в случае сопутствующего синдрома старческой астении. В соответствии с данными объединенного анализа 12 исследований, включавших в совокупности 212 111 пациентов с ФП в возрасте 77–85 лет (в среднем 82 года), старческая астения присутствовала в 56 % случаев. По итогам аналогичного анализа 33 исследовательских протоколов с числом участников 1 187 651, частота выявления этого синдрома при ФП составляла 39,7 %, а его наличие было ассоциировано с более высокими смертностью (ОР 5,56; 95 % ДИ 3,46–8,94), частотой ишемического инсульта (ОР 1,59; 95 % ДИ 1,0–2,52) и кровотечениями (ОР 1,64; 95 % ДИ 1,11–2,41).

Логично было бы предположить, что старческая астения должна служить отдельным основанием для назначения наиболее безопасных ПОАК. Однако имеющиеся факты противоречивы. Так, по данным национального регистра Дании, включавшего 32 048 больных с впервые выявленной ФП и синдромом старческой астении (средний возраст 80 лет), начало приема ПОАК при сопоставимой с варфарином частоте тромбозов в течение 1 года было сопряжено с меньшим риском крупных кровотечений.

Таким образом, очевидно, что общие принципы профилактики инсульта при неклапанной ФП в пожилом и старческом возрасте сохраняются неизменными. Надлежащее использование пероральных антикоагулянтных препаратов у этой категории лиц особенно важно, поскольку из-за более высокой частоты кардиоэмболических осложнений в абсолютном выражении польза для таких больных оказывается большей по сравнению с менее возрастными пациентами. При этом особое значение имеют назначение эффективных доз наиболее безопасных лекарственных средств, обеспечение приверженности к терапии, необходимость выявления и максимального контроля заболеваний и состояний, способствующих возникновению кровотечений, причем не только перед началом лечения, но и в процессе приема антикоагулянта.

Список литературы находится в редакции

АКТУАЛЬНО

Митральная недостаточность: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Митральная недостаточность (МН) является одним из самых частых клапанных пороков сердца, с которыми сталкивается клиницист. За последние годы подход к пониманию этого состояния претерпел серьезные изменения.



**Алексей
Юрьевич
ФЕДОРОВ**

К.м.н., сердечно-сосудистый хирург, заведующий операционным отделением Центра сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» МО РФ

Современная классификация недостаточности митрального клапана (МК) подразумевает разделение ее по нескольким критериям: первичная и вторичная, острая и хроническая, ревматическая и неревматическая. При этом на сегодняшний день преобладают случаи первичной неревматической (острой или хронической) МН. Второе место занимает вторичная хроническая недостаточность МК, развивающаяся на фоне ишемической дилатационной кардиомиопатии.

“ Минимальная степень митральной регургитации наблюдается у большинства здоровых людей

ДИСПЛАЗИЯ ИЛИ ИШЕМИЯ

В основе рассматриваемой патологии преимущественно лежат врожденные дисплазии соединительной ткани различного характера, приводящие к формированию избыточного либо, наоборот, местами истонченного аппарата МК (створки и хорд). У таких пациентов речь идет о миксоматозной дегенерации клапана и ее крайней степени — синдроме Барлоу. При этом формулировку «митральная недостаточность» в медицинских документах больного можно встретить совсем не часто. Однако почти всегда в анамнезе отражен выслушиваемый с детства систолический шум на верхушке сердца, фигурирует пролапс МК той или иной степени выраженности. Могут также проявляться симптомы соединительнотканной дисплазии, синдрома Марфана. В ряде случаев створки клапана со временем растягиваются, и регургитация становится более значимой; возможен и спонтанный отрыв истонченных хорд. Нередко интраоперационно выявляются не только избыточность клапанного аппарата, но и не диагностированные ранее врожденные аномалии МК, например формирование глубоких комиссур между тремя сегментами его задней створки, приводящее к неполному смыканию створок

и образованию двух патологических регургитационных потоков.

Следующая по распространенности — относительная (вторичная) МН, возникающая на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) с развитием ишемической дилатационной кардиомиопатии. Наиболее часто такая ситуация имеет место после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ

Среди патологических изменений и состояний, ведущих к МН, следует назвать некроз папиллярных мышц вследствие ИМ; перфорацию створок МК или нарушение их замыкательной функции под влиянием массивных вегетаций на фоне инфекционного эндокардита, формирования миксомы левого предсердия; отрыв хорд в результате травмы грудной клетки (удар об рулевое колесо при ДТП, удар об землю при прыжке с парашютом) и остро го иммуновоспалительного процесса (ревматическая лихорадка/хроническая ревматическая болезнь сердца, системная красная волчанка, системная склеродермия и т. д.). В то же время ревма-

тическая МН практически не бывает изолированной и почти всегда регистрируется в рамках сочетанного митрального порока — вместе со стенозом клапана.

С СИМПТОМАМИ И БЕЗ

Пациенты с бессимптомной митральной регургитацией обычно попадают в поле зрения врача либо из-за выявления систолического шума в ходе обследования,

либо из-за развития аритмии (чаще всего фибрилляции предсердий). Если в стадию компенсации жалобы могут отсутствовать, то по мере увеличения объема регургитации и ухудшения систолической функции левого желудочка больных начинают беспокоить одышка, быстрая утомляемость и сердцебиение при физической нагрузке, а затем и в покое. По мере вовлечения правых камер сердца на фоне повышения давления в легочной артерии и снижения сократительной способности правого желудочка возможно появление отеков, гидроторакса. У имеющих вторичную ишемическую недостаточность МК в клинической картине может преобладать симптоматика ИБС. В случаях тяжелой острой митральной регургитации (отрыв хорд при различных дисплазиях створок либо отрыв папиллярных мышц при ИМ) МН манифестирует картиной отека легких.

КАК ОБНАРУЖИТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

По ЭКГ можно выявить смещение электрической оси сердца влево, признаки гипертрофии левых отделов. Основной же метод инструментальной диагностики МН — трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ). С ее помощью оценивают размеры створок, их коаптацию (полноту смыкания во время систолы желудочков) и вероятное наличие пролапса, выявляют целостность подклапанных структур, наличие поврежденных или оторванных хорд. Одна из основных задач — определить, за счет какой створки (передней или задней) формируется клапанная недостаточность. Эти данные имеют решающее значение при выборе оптимального метода оперативного вмешательства: реконструкции с сохранением собственного клапана либо его протезирования.

Посредством доплерографии при ЭхоКГ устанавливают источник струи регургитации

и ее степень (ранее тяжелой считали регургитацию при ширине основания струи (самой узкой ее части — *vena contracta*) >7 мм и площади струи >40 % от площади левого предсердия). Особую роль в подтверждении степени МН играет чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭхоКГ), позволяющая максимально точно охарактеризовать регургитационные потоки и их вклад в нарушение внутрисердечной гемодинамики. По результатам ЧПЭхоКГ выполняется 3D-реконструкция с точной идентификацией источника регургитационной струи (створки и сегмента). Такая модель является определяющей при установлении показаний к хирургической коррекции и выборе ее способа.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПОКАЗАНИЯМ

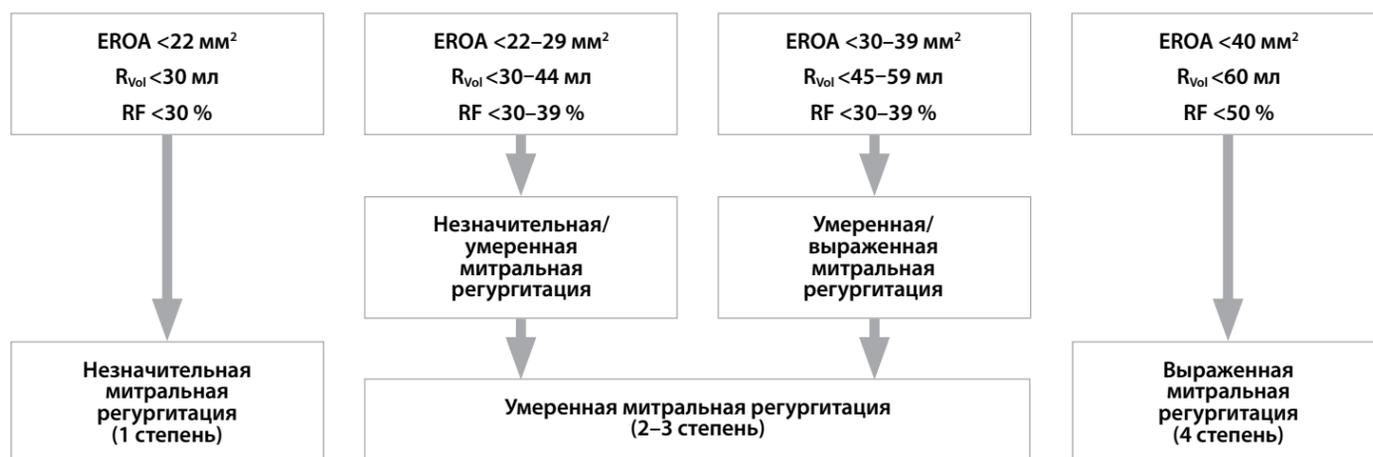
В последние годы изменился подход к стадированию МН и определению показаний к оперативному вмешательству для восстановления МК. В соответствии с новыми клиническими рекомендациями недостаточность 2–3 степени считается умеренной, 3 степени — умеренной/ближе к выраженной, а определению «выраженная МН» соответствует лишь 4 степень (рис. 1). С учетом этого «смещения» регургитация 2–3 степени теперь не рассматривается в качестве изолированного показания к оперативной коррекции. Основанием для подобных изменений стали результаты крупных исследований, продемонстрировавшие, что на фоне длительной существующей МН 2–3 степени зачастую не развиваются прогрессирующие нарушения внутрикardиальной гемодинамики и не формируется хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

ВРЕМЯ ОПЕРИРОВАТЬ

Согласно клиническим рекомендациям, главным показанием к хирургической коррекции недостаточности МК служит выраженная хроническая МН с симптомами ХСН II–IV ФК по NYHA. Операция также выполняется бессимптомным пациентам с выраженной хронической недостаточностью, при впервые возникшей фибрилляции предсердий, наличии вторичной легочной гипертензии и/или значимого увеличения левого предсердия.

ПРОВЕРЕННАЯ КЛАССИКА: ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНА

С развитием сердечно-сосудистой хирургии значительная выраженность МН



Примечание: EROA — радиус потока регургитации, R_{Vol} — объем регургитации, RF — фракция регургитации

Рисунок 1. Современные эхокардиографические критерии митральной недостаточности.

А К Т У А Л Ь Н О

перестала быть диагнозом-«приговором». В начале 60-х гг. прошлого века в практику вошли операции с использованием искусственного кровообращения, позволившего останавливать сердце и работать на его неподвижных клапанах. При восстановлении МК первоначально применялись шариковые протезы, в которых для пропуска крови в правильном направлении поднимался и опускался пластиковый шарик. Впоследствии появились механические устройства с одной створкой, а затем и современные двустворчатые, повторяющие структуры клапана человека. Существенная особенность таких конструкций состоит в том, что створки клапана сделаны из карбона, в связи с чем (несмотря на антитромботическое покрытие) реципиенту необходим постоянный прием эффективного антикоагулянтного препарата (например, варфарина).

На смену механическим пришли биологические протезы из перикарда животных (свиного, бычьего). Створки у этих клапанов более анатомичны, а использование ксеноматериалов позволяет избежать постоянной антикоагулянтной терапии. Однако такой протез подвержен дегенерации, в результате которой через 8–10 лет формируется митральный стеноз, требующий репротезирования. Поэтому биопротезирование в митральной позиции целесообразно у пациентов >65 лет либо у лиц, имеющих противопоказания к назначению антикоагулянтов и согласных на выполнение повторной операции спустя указанный срок.

Следует, однако, отметить, что в последние годы началась реализация инновационной методики — установки в кальцинированный биологический протез МК аортального стент-клапана для

процедуры TAVI (англ. transcatheter aortic valve implantation, транскатетерная имплантация аортального клапана) (техника «клапан в клапан»). Это дает возможность увеличить срок службы конструкции еще на 10 лет.

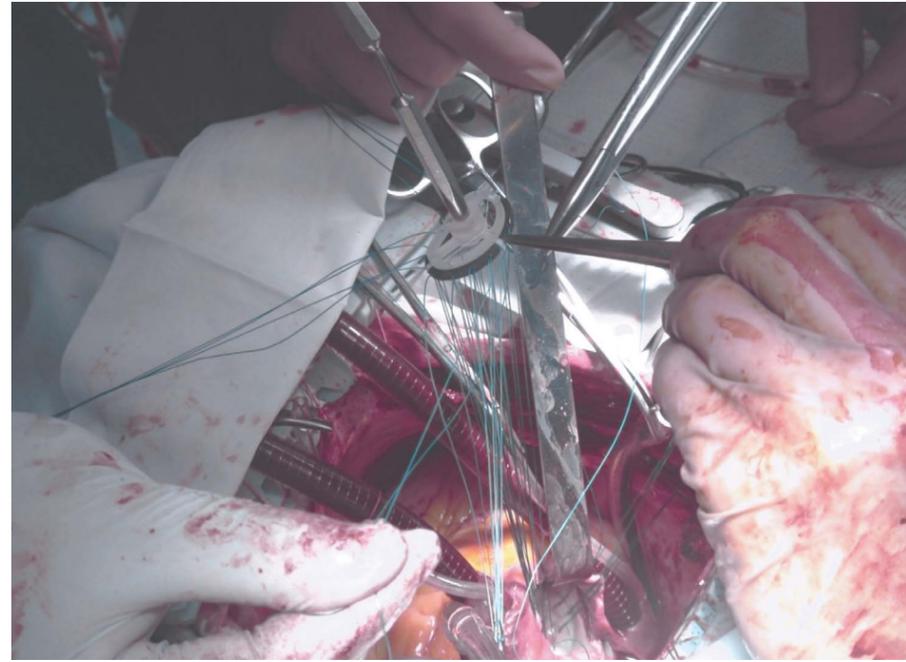


Рисунок 2. Этап реконструкции митрального клапана — фиксация опорного кольца для укрепления фиброзного клапанного кольца.

Пластическая реконструкция на сегодняшний день представляет собой «золотой стандарт» хирургического лечения митральной недостаточности

Реконструктивные операции на МК сегодня являются «золотым стандартом» хирургии МН (рис. 2). Возможность сохранить

« Пластическая реконструкция на сегодняшний день представляет собой «золотой стандарт» хирургического лечения митральной недостаточности

створку посредством ее модификации позволяет избежать применения антикоагулянтов и продлить срок нормальной работы собственного клапана на неограниченное время. В процессе вмешательства хирург не только резецирует пролабирующий сегмент створки, но и восстанавливает оторванные хорды, протезируя их синтетическими неохордами. Тем не менее реконструкцию можно осуществить не всегда, особенно если имеются значительные изменения передней створки МК. Несомненное же преимущество методики заключается в том, что операцию все чаще проводят малоинвазивно, без стернотомии —

НОВЕЙШАЯ МЕТОДИКА — ЧИНИМ КЛАПАН ЧЕРЕЗ СОСУДЫ

Сравнительно недавно разработана революционная технология, получившая название «МитраКлип» (MitraClip). Она заключается в выполнении эндоваскулярного интракардиального доступа и пункции межпредсердной перегородки, после чего в левое предсердие — непосредственно над МК — проводится система доставки, несущая специальную клипсу. С помощью рентгеноскопии и внутрисердечной ЭхоКГ оператор закрепляет ее в зоне пролапса передней и задней створок. В случае правильного определения показаний и подбора пациентов эффективность метода превышает 90 % при минимальной операционной травме. В нашей стране процедура «Митра Клип» выполняется по квотам Минздрава РФ.

КОСМОС БЛИЗКО

Прогресс в лечении МН действительно впечатляет. Сегодня в ведущих клиниках мира уже отработана и внедрена в практику пластика фиброзного клапанного кольца при его расширении, осуществляемая полностью эндоваскулярно. Совмещенная с «МитраКлип», эта манипуляция практически полностью повторяет открытую, но без разреза грудной клетки. Врачебное сообщество ожидает завершения разработки системы транскатетерного митрального протезирования — по аналогии с операцией TAVI при аортальном стенозе. Поэтому с большой вероятностью в ближайшее десятилетие вся хирургия МК станет эндоваскулярной и/или эндоваскулярной.

« Срок нормального функционирования механического протеза не ограничен; биологический же протез деградирует за 8-10 лет

Н О В О С Т И

Безэлектродные интракардиальные пейсмейкеры: данные 5-летнего регистра

При нарушениях ритма и проводимости сердца альтернативой традиционным трансвенозным кардиостимуляторам (КС) могут послужить беспроводные аналоги. В начале марта 2024 г. *European Heart Journal* опубликовал итоги 5-летнего наблюдения за участниками регистра Micra VR PAR — пациентами с имплантированными безэлектродными внутрисердечными пейсмейкерами.

В предшествующих работах продемонстрирован благоприятный профиль эффективности и безопасности КС Micra в среднесрочной перспективе. Представленное исследование впервые оценивает эти параметры устройств при долгосрочном наблюдении в реальной клинической практике.

Согласно дизайну в регистр PAR были включены все лица с имплантированными пейсмейкерами Micra VR. За период с июля 2015 по март 2018 г. собраны сведения о 1809 пациентах из 179 центров в 23 странах. Средняя продолжительность наблюдения была равной 51,1 мес, при этом учитывались возможные осложнения, связанные непосредственно с КС и процедурой его имплантации. Частота больших осложнений (включая компрометацию трикуспидального клапана) составила 4,1 % в течение 36 мес (95 % ДИ: 3,6–5,5) и 4,5 % — через 60 мес, что оказалось существенно ниже значения для трансвенозных аналогов (8,5 %, ОШ: 0,47; 95 % ДИ: 0,36–0,61; $p < 0,001$). За время наблюдения не зарегистрировано случаев удаления Micra из-за инфекционного осложнения.

Одна из основных характеристик, связанных с рассматриваемыми КС, — частота случаев их удаления/ревизии по всем причинам (главным образом в связи с необходимостью апгрейда либо вследствие разряда батареи). В ходе исследования

13 участникам имплантированы новые КС Micra, которые не взаимодействовали с ранее установленным пейсмейкером. Еще у 10 пациентов эти же устройства были установлены после удаления прежней модели ввиду истощения ресурса батареи (максимальный срок службы — 4 года после первой имплантации). Лишь в 12 случаях ее разрядка произошла на фоне повышенных порогов стимуляции. Медиана прогнозируемого срока службы батареи к концу 60 мес наблюдения составила 6,8 года. Micra VR 2 поколения имеет прогнозируемый энергоресурс 17 лет, что, вероятно, еще больше увеличит преимущества этой технологии.

Авторы заключают, что безэлектродные интракардиальные КС Micra подтвердили свою надежность в связи с невысокими показателями осложнений и ревизий системы (<5 % для обоих случаев). Частота апгрейда пейсмейкеров оказалась низкой — 2 %; еще меньше (1,7 %) она была у пациентов, которым ранее не были имплантированы КС. Долгосрочные эффективность/безопасность устройств Micra будут оцениваться и далее в ходе продолжающегося исследования.

Источник: El-Chami M.F., Garweg C., Clementy N., et al. Leadless pacemakers at 5-year follow-up: the Micra transcatheter pacing system post-approval registry. *Eur Heart J.* 2024; ehae101. doi: 10.1093/eurheartj/ehae101

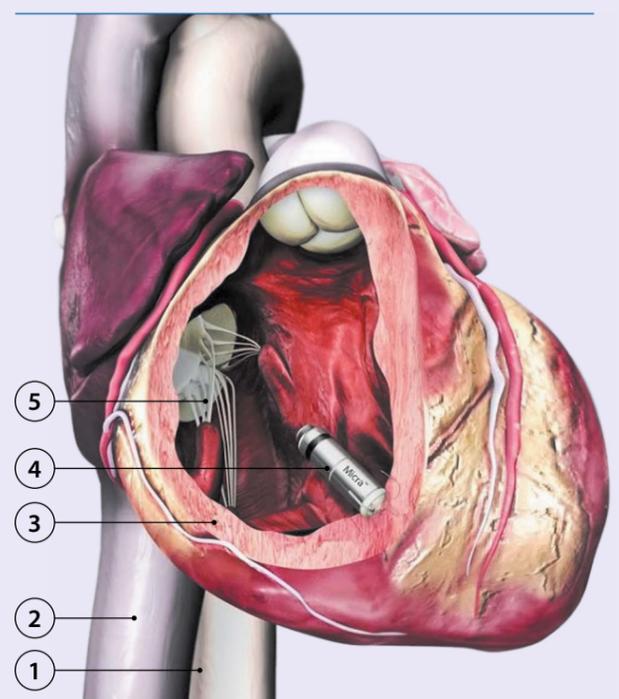


Рисунок. Схематическое изображение установленного кардиостимулятора Micra:

- 1 — аорта;
- 2 — нижняя полая вена;
- 3 — правый желудочек;
- 4 — кардиостимулятор в полости правого желудочка;
- 5 — трикуспидальный клапан.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гарантированная первичная профилактика в одной капсуле

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) чрезвычайно важна в сохранении здоровья населения Российской Федерации. Вместе с тем достижение целевых уровней липидов и артериального давления у пациентов, находящихся в группе риска, зависит от многих факторов — начиная от назначения адекватных доз препаратов и заканчивая приверженностью больного к лечению. В этом материале на клиническом примере разбираются возможные пути решения проблем, связанных с первичной профилактикой.



Юлия Александровна ЛУТОХИНА

К.м.н., доцент кафедры факультетской терапии № 1 института клинической медицины ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Сегодня кардиологи и терапевты получили возможность назначать не только статины, эзетимиб и фибраты, но и ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9), которые стали более доступными для пациентов экстремального риска, если не удастся иным образом достигнуть целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Тем не менее проблема лечения гиперлипидемии сохраняется. Распространенность гиперхолестеринемии в нашей стране в среднем составляет 58 %, причем с возрастом эта цифра растет от 38 % (в группе от 25 до 34 лет) до 75 % (в группе от 55 до 64 лет). К последней возрастной группе в современных реалиях относятся по-прежнему активные, трудоспособные люди, которые в высшей степени нуждаются в регулярной оценке рисков и первичной профилактике ССЗ. По данным же исследования ЭССЕ-РФ¹, в рамках вторичной профилактики доля получающих статины пациентов, с инфарктом миокарда в анамнезе не превышает 40 %, а с инсультом — 16 %. В амбулаторной практике статины принимают лишь половина пациентов, имеющих соответствующие показания, а целевые уровни ЛПНП достигнуты менее чем в 7,5 % случаев в связи с неадекватно низкими дозами (исследование АРГО). Но даже в случае корректного назначения для первичной профилактики не всегда достигается желаемый результат: показано, что на протяжении 2 лет половина пациентов прекращают прием статинов, поэтому не менее важное значение имеет приверженность больных к терапии.

Что касается лечения гипертонии, то целевых цифр артериального давления (АД) с применением современных лекарственных средств можно достигнуть у большинства пациентов. При этом в предпочтительных схемах лечения, которые представлены в действующих рекомендациях по артериальной гипертензии (АГ) у взрослых, акцент делается не только на снижение АД как таковое, но и на влияние препаратов на прогноз, в частности на снижение сердечно-сосудистой смертности. Тем не менее в разделе исследования ЭССЕ-РФ, посвященном лечению АГ, и в российской наблюдательной программе АЛГОРИТМ наглядно продемонстрированы недостаточная частота назначения антигипертензивных препаратов, недостижение целевого АД у абсолютного большинства пациентов, которые получают терапию, а также низкая комплаентность пациентов.

В представленном клиническом наблюдении мы обсудим один из возможных подходов к решению проблемы первичной профилактики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент X., 62 года, при осмотре жалоб не предъявлял. Поводом для обращения к врачу стали эпизоды повышения АД максимумом до 210/110 мм рт. ст., сопровождающиеся болью за грудиной с иррадиацией под левую лопатку.

Семейный анамнез отягощен по ССЗ: матери пациента 84 года, она страдает гипертонической болезнью, фибрилляцией предсердий и 3 года назад перенесла транзиторную ишемическую атаку. У отца пациента (85 лет) и дяди (79 лет) пациента — сахарный диабет 2 типа, отцу выполнялось стентирование коронарных артерий.

Из анамнеза жизни: инженер-механик; курит с 19 лет по 1 пачке сигарет в день, в последние несколько лет перешел на электронные сигареты. В 22 года была выполнена аппендэктомия. Более 10 лет страдает хроническим риносинуситом, для облегчения симптомов ежедневно использует сосудосуживающие препараты на основе α -адреномиметиков. За время пандемии новой коронавирусной инфекции по-

правился на 10 кг в связи со снижением физической активности. В мае 2023 г. перенес COVID-19 (ПЦР+). Ежедневно по выходным употребляет крепкие алкогольные напитки или пиво.

Анамнез заболевания. Впервые эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст. были зарегистрированы около 10 лет назад. Регулярной антигипертензивной терапии не получал. Ухудшение состояния началось с лета 2023 г., когда почувствовал головную боль и боль за грудиной с иррадиацией под левую лопатку на фоне повышения АД до 210/110 мм рт. ст. Бригадой скорой медицинской помощи гипертонический криз был купирован. Повторно гипертонический криз развился в начале октября 2023 г. На ЭКГ во время гипертонических кризов обращает на себя внимание депрессия сегмента ST в V5–V6 до 1 мм. Амбулаторно по месту жительства пациенту назначались каптоприл и моксонидин, был рекомендован прием аспирина (рис. 1). Обратился для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения.

При осмотре: рост 178 см, масса тела 92 кг, ИМТ 29 кг/м² (избыток массы тела). Кожные покровы чистые, отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится

во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС, 68 уд/мин, акцент II тона над аортой. АД на правой и левой руках 170/90 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не изменена. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Общий анализ крови, коагулограмма, уровни тиреоидных гормонов в крови, общий анализ мочи — в пределах референсных значений. Маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, RW — отрицательные.

В биохимическом анализе крови (табл. 1) обращают на себя внимание дислипидемия, уровень мочевины по верхней границе нормы, а также умеренное превышение активности печеночных ферментов (вероятно, в рамках эпизодического злоупотребления алкоголем).

На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 77 уд/мин, вертикальная электрическая ось сердца, признаков гипертрофии миокарда не выявлено, ST на изолинии. При холтеровском мониторинге ЭКГ клинически значимых нарушений ритма и проводимости зарегистрировано не было.

Проведена эхокардиография, по результатам которой отмечаются дилатация левого предсердия (диаметр 42 мм, объем 68 мл, индекс 36,9 мл/м²) и диастолическая дисфункция (1 тип) как отражение того, что АГ у пациента, по всей видимости, присутствовала и ранее, до лета 2023 г. Фракция выброса левого желудочка составила 63 %, межжелудочковая перегородка 10 мм, задняя стенка левого желудочка — 9 мм. Клапанный аппарат без грубой патологии. Признаков легочной гипертензии нет.

При УЗИ почек данных за ренопаренхиматозную природу АГ не получено.

Для выявления поражения органов-мишеней проведено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий: несмотря на нормальный уровень холестерина, обнаружены стенозы левой общей сонной артерии до 30 %, обеих внутренних сонных артерий до 25 %, правой подключичной — до 25 %.

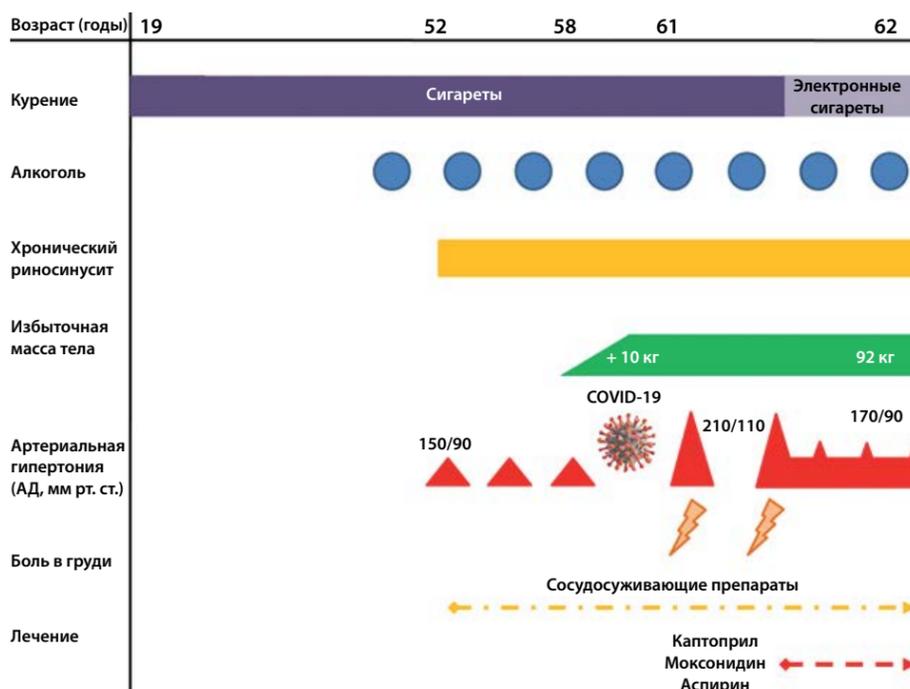


Рисунок 1. Графический анамнез пациента X. (пояснения в тексте).

¹ Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах РФ.

Таблица 1. Биохимический анализ крови пациента X.

Параметр	При поступлении	Норма
Общий белок, г/л	67	57–82
Альбумин, г/л	42,1	32–48
Креатинин, мг/дл	94 (СКФ 79 мл/мин)	0,5–1,2
Глюкоза, ммоль/л	5,3	4,1–5,9
Гликированный гемоглобин, %	5,8	6,0
Натрий, мэкв/л	139,4	132–149
Калий, мэкв/л	4,7	3,5–5,5
Щелочная фосфатаза, Ед/л	112	68–115
ГГТ, Ед/л	94	10–71
АСТ, Ед/л	80	0–40
АЛТ, Ед/л	123	0–40
Мочевая кислота, мкмоль/л	420	208–428
Общий билирубин, мкмоль/л	19,6	5–19
КФК, Ед/л	111	150
Триглицериды, ммоль/л	0,78	1,7
Общий ХС, ммоль/л	3,95	5,2
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,94	1,6
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,66	3,3
ХС ЛПОНП, ммоль/лц	0,35	0,19–0,77

Примечание: ХС — холестерин, ЛПВП — липопротеины высокой плотности, ЛПНП — липопротеины низкой плотности, ЛПОНП — липопротеины очень низкой плотности

В связи с жалобами на загрудинные боли на пике подъемов АД, а также множественными факторами риска ИБС (пол, возраст, отягощенный по ССЗ семейный анамнез, курение, артериальная гипертония, избыточная масса тела и верифицированный атеросклероз брахиоцефальных артерий) больному была проведена *нагрузочная проба*: данных за ишемию миокарда не получено.

Пациент проконсультирован *офтальмологом*: подтверждено наличие гипертонической ангиопатии. После консультации оториноларингологом назначены топические стероиды (флутиказон фураат), на фоне которых существенно улучшилось носовое дыхание и спустя 5 дней от начала противовоспалительной терапии пациент полностью отказался от использования сосудосуживающих препаратов.

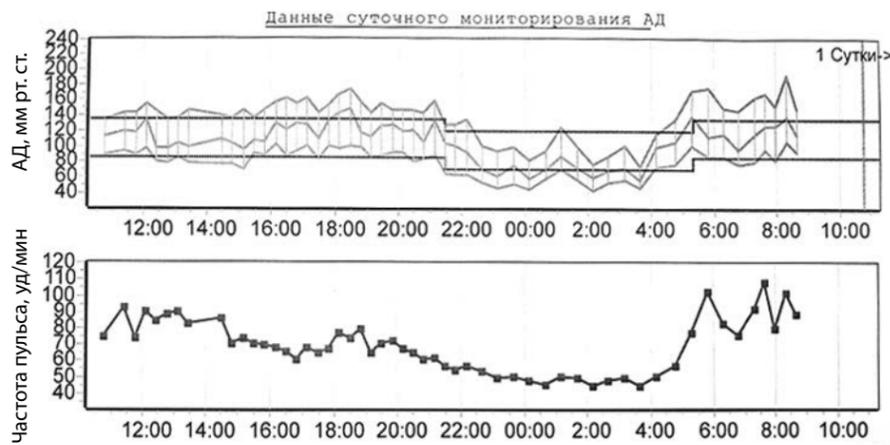


Рисунок 2. Результаты суточного мониторинга АД пациента X. (пояснения в тексте).

Больному начата двухкомпонентная антигипертензивная терапия сочетанием ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл 10 мг/сут) и блокатора кальциевых каналов (амлодипин 5 мг/сут). Оба препарата известны не только своей высокой эффективностью, но и доказанным положительным влиянием на прогноз. На этом фоне проведено суточное мониторирование АД (рис. 2): среднее АД днем 152/89 мм рт. ст., ночью 108/60 мм рт. ст. В дневное время максимальное систолическое АД составило 193 мм рт. ст., а диастолическое — 107 мм рт. ст.

Была осуществлена коррекция антигипертензивной терапии: вдвое увеличены дозы лизиноприла и амлодипина. Кроме того, в связи с выявленным атеросклерозом брахиоцефальных артерий пациенту назначены статины (розувастатин 20 мг/сут). Показаний для назначения ацетилсалициловой кислоты, которая была рекомендована

больному в поликлинике по месту жительства ранее, не выявлено, препарат отменен. В итоге схема лечения выглядела следующим образом:

- лизиноприл 20 мг – 1 таб. утром,
- амлодипин 10 мг – 1 таб. утром,
- розувастатин 20 мг – 1 таб. утром.

На фоне подобранной терапии достигнуты целевые показатели АД пациент отметил, что в целом стал чувствовать себя лучше, активнее, хотя исходно не предъявлял никаких жалоб. Для повышения комплаентности лизиноприл, амлодипин и розувастатин были заменены на фиксированную комбинацию Эквамер®, в которую эти компоненты входят в эквивалентных дозах. Помимо медикаментозного лечения пациенту даны диетологические рекомендации, проведена беседа о необходимости отказа от курения и алкоголя.

Продолжение на с. 10 ▶

амлодипин | лизиноприл | розувастатин

Эквамер®

1 капсула 1 раз в день

ВРЕМЯ ЖИТЬ!

Достижение целевого уровня холестерина | Суточный контроль артериального давления | Одна капсула один раз в сутки

Показания к применению: Эквамер® – комбинированный гипотензивный и гиполипидемический препарат. Показан в качестве заместительной терапии у взрослых пациентов, состояние которых уже адекватно контролируется приемом амлодипина, лизиноприла и розувастатина в тех же дозах, что и в препарате Эквамер®, при лечении артериальной гипертонии и сопутствующей дислипидемии: первичная гиперхолестеринемия (тип IIa по классификации Фредриксона, за исключением семейной гетерозиготной гиперхолестеринемии) или смешанная гиперхолестеринемия (тип IIb по классификации Фредриксона), когда диета и другие немедикаментозные методы (например, физические упражнения, снижение массы тела) оказываются недостаточными; семейная гомозиготная гиперхолестеринемия, когда диета или другая липидснижающая терапия (например, ЛПНП-аферез) недостаточно эффективна; гипертриглицеридемия (тип IV по классификации Фредриксона). **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Обязательно ознакомьтесь с полной инструкцией по применению препарата.**



ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»
119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: +7 (495) 987-1880, GRFarma@g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР
Здоровье — наша миссия

Инструкция Эквамер®
ЛП-№(001991)-(PF-RU)
от 17.03.2023 г.

KEP/DAE/ENB
Реклама

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гарантированная первичная профилактика в одной капсуле

◀ Окончание, начало на с. 8

Через 3 мес при контрольном визите пациент отметил, что АД при самоконтроле не превышает 130/85 мм рт. ст. Кроме того, за этот период больной похудел на 4,5 кг, уменьшил количество выкуриваемых сигарет в день до 5–7 шт. и планирует в дальнейшем отказ от курения, а также существенно снизил частоту употребления алкоголя и его объем. Результаты модификации образа жизни и медикаментозной терапии заметны в биохимическом анализе крови в динамике: достигнут целевой уровень ЛПНП, отмечаются рост ЛПВП и тенденция к нормализации активности печеночных ферментов; практически полностью нормализовалась скорость клубочковой фильтрации, которая ранее была незначительно снижена.

Этот случай имеет ряд особенностей, требующих отдельного обсуждения.

Во-первых, пациент, портрет которого вполне типичен, по результатам обследования сразу оказался в категории высокого риска. Присутствует поражение органов-мишеней в виде гипертонической ангиопатии, диастолической дисфункции и атеросклероза брахиоцефальных артерий. Таких пациентов очень много в повседневной клинической практике, и все они нуждаются в интенсивной первичной профилактике ССЗ. Только при комплексном и системном подходе к этой проблеме удастся добиться снижения уровня смертности

и инвалидизации населения от болезней сердечно-сосудистой системы.

Во-вторых, у этого больного в дополнение к эссенциальной АГ имелся вторичный компонент в виде длительного ежедневного

применения α -адреномиметиков из-за заложенности носа. Их отмена и восстановление нормального носового дыхания позволили не только улучшить качество жизни пациента, но и внесли свой вклад в более успешный контроль АД.

В-третьих, обращает на себя внимание ухудшение течения гипертонии после перенесенной новой коронавирусной инфекции. До этого пациент периодически измерял АД, которое иногда было повышенным (со слов — не более

150/90 мм рт. ст.), а иногда нормальным, однако после COVID-19 гипертония приобрела кризовое течение, а нормальные цифры АД практически не регистрировались. В литературе все чаще встречаются данные, что вирус SARS-CoV-2 усугубляет эндотелиальную дисфункцию как за счет воспалительных механизмов, так и за счет взаимодействия с рецепторами ангиотензинпревращающего фермента 2 типа. Есть сведения о том, что Эквамер® хорошо продемонстрировал себя при коррекции гипертонии, метаболических нарушений и органопротекции в том числе в популяции пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Еще один важный момент в представленном клиническом случае — применение фиксированной комбинации. Согласно данным исследования M. Tomaszewski и соавт. (2014), аккуратно принимать 1 препарат удается абсолютному большинству пациентов, в то время как 3 препарата безошибочно принимают лишь 70 % больных. В действующих отечественных рекомендациях по АГ у взрослых подчеркивается, что фиксированные комбинации, в особенности стратегия «одной таблетки», — важнейший инструмент, который позволяет повысить приверженность пациентов с АГ к лекарственной терапии. В нашем же случае при помощи «одной таблетки» удалось достичь как целевого АД, так и целевого уровня ЛПНП — ключевых параметров для первичной профилактики ССЗ.

Список литературы находится в редакции

Таблица 2. Биохимический анализ крови пациента X. Через 3 мес (пояснения в тексте).

Параметр	При поступлении	В динамике	Норма
Общий белок, г/л	67	69	57–82
Альбумин, г/л	42,1	45	32–48
Креатинин, мг/дл	94 (СКФ 79 мл/мин)	86↓ (СКФ 88↑ мл/мин)	0,5–1,2
Глюкоза, ммоль/л	5,3	5,1	4,1–5,9
Гликированный гемоглобин, %	5,8	5,7	6,0
Натрий, мэкв/л	139,4	135	132–149
Калий, мэкв/л	4,3	4,8	3,5–5,5
Щелочная фосфатаза, ед/л	112	104↓	68–115
ГГТ, Ед/л	94	69↓	10–71
АСТ, Ед/л	80	48↓	0–40
АЛТ, Ед/л	123	55↓	0–40
Мочевая кислота, мкмоль/л	418	383↓	208–428
Общий билирубин, мкмоль/л	19,6	17,2↓	5–19
КФК, Ед/л	111	133	<150
Общий холестерин, ммоль/л	3,95	3,28↓	5,2
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,94	1,21↑	1,6
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,66	1,78↓	3,3
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,35	0,29↓	0,19–0,77

АБВ ПРЕСС ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ | Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ | АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ | ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ | УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ | Опухоли ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ | НЕЙРОХИРУРГИЯ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ | Тазовая хирургия и онкология | Российский Биотерапевтический Журнал

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ | САРКОМЫ | СА | A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание | MD-ONCO

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня | Урология сегодня | СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ | Акушерство и гинекология | МОСКОВСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама

Android iOS

PUBLISHING HOUSE

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

- Газеты «Онкология сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология», «Неврология сегодня», «Педиатрия сегодня», «Акушерство и гинекология сегодня», «Московская эндокринология сегодня», «Гастроэнтерология сегодня»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов.

Удобный функционал: возможность чтения offline.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

App Store Google play

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

В Р А Ч — П А Ц И Е Н Т

Приверженность терапии: как лечить пациента, а не заболевание?

По заключению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более эффективное влияние на здоровье человечества, чем любое улучшение особых методов лечения, оказывает формирование у пациентов приверженности терапии.

ПРОБЛЕМА ОТСУТСТВИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

Несмотря на многочисленные достижения медицины и появление новых лекарственных препаратов, контроль течения хронических заболеваний по-прежнему остается сложной задачей. Главным образом — из-за отсутствия приверженности терапии, или комплаентности.

Это глобальная проблема с серьезными экономическими и социальными последствиями. Отсутствие приверженности терапии — причина 200 тыс. преждевременных смертей в Европе в год. В мире расходуется 125 млрд евро в год на дополнительные обращения за медицинской помощью в Европе и 105 млрд долл. в США в год только на госпитализации, которых можно было бы избежать.

Отсутствие комплаентности вызвано множеством факторов:

- уровнем осведомленности пациента о заболевании (недостаточные знания о терапии; неудовлетворительная коммуникация с медицинскими работниками);
- социокультурными убеждениями (распространенные мифы; боязнь побочных эффектов; неверие в необходимость лечения);
- сомнениями в эффективности лечения (отсутствие видимой пользы от длительного лечения; неудобные схемы приема препаратов);
- экономическими факторами (финансовые проблемы; отсутствие доступа к медицинской помощи).

По совокупности данных причин:

- 1/3 пациентов прекращают терапию гораздо раньше рекомендованного срока;
- 31 % пациентов никогда не покупают назначенный препарат по первому рецепту;
- 50 % пациентов не принимают препараты так, как указано в схеме лечения.

КАК РЕШАЕТСЯ ПРОБЛЕМА?

Первые работы по изучению приверженности терапии были опубликованы около полувека назад. Ранние исследования и теории основаны на том, что отсутствие комплаентности — результат недостаточно четкой коммуникации между врачом и пациентом (пациент не понял/не запомнил, что и как нужно делать). Большая часть вмешательств и тогда, и сейчас основываются на предоставлении информации либо организации напоминаний о приеме лекарственных препаратов.

Для 22,4 % пациентов основная причина отсутствия приверженности терапии — забывчивость. Тем не менее недавние исследования продемонстрировали, что напоминания эффективны только тогда, когда пациенты мотивированы принимать лекарства. Научные данные наглядно показывают, что для стимулирования приверженности терапии элементарного



предоставления информации или напоминаний недостаточно.

Специалисты в области здравоохранения не всегда считают улучшение приверженности лечению своей задачей. Нередко эксперты видят свою профессиональную миссию только в том, чтобы поставить диагноз и выписать рецепт. Часто врачи недооценивают неприверженность терапии, особенно среди собственного пула пациентов. Регулярно встречается так называемая оптимистическая системная ошибка: медики по умолчанию считают, что пациенты следуют их рекомендациям. Но статистика показывает, что каждый второй пациент этого не делает.

Если же врачи начинают говорить о приверженности со своими пациентами, как правило, используют директивные указания, требования, предупреждения или даже угрозы, что заставляет пациента занимать оборонительную позицию.

Большинство врачей обращаются к логике, к разумному мышлению. Однако эти подходы наименее эффективны, хотя являются максимально часто используемой стратегией.

КАК МОЖЕТ РЕШАТЬСЯ ПРОБЛЕМА?

Гораздо результативнее, чем просто выдача рекомендаций, работают мотивационные подходы. Именно эффективная мотивирующая коммуникация с пациентом — центральная часть тех вмешательств, которые врач может использовать для повышения приверженности терапии.

И, наконец, третий этап — это заявление о поддержке, обещание врачом пациенту кооперативных, совместных действий поддержки.

Диалог пациента с врачом может выглядеть примерно так:

Врач (открытый вопрос): «Некоторые из моих пациентов испытывают трудности при приеме препаратов. Как вы думаете, за последние 2 недели сколько раз вы пропустили свою дозу?»

Пациент: «Знаете, я пропустил довольно много. Нужно принимать столько препаратов. И, честно говоря, я даже не всегда замечаю разницу в своем состоянии».

Врач: «Это действительно непросто. Наверное, вы чувствуете себя разочарованным? Как так — принимать лекарства и не чувствовать улучшения?»

Дальше необходимо сделать паузу и ждать ответ.

Пациент: «Да, я расстроен. Сложно запомнить, что и как принимать вовремя. И сомневаюсь, стоят ли все эти усилия того?»

Врач: «Как ваш врач, я бы хотел поддержать вас. Давайте вместе посмотрим, каким образом мы можем помочь с приемом препарата, чтобы вы чувствовали себя как можно лучше».

ФОКУС С ТЕРАПИИ — НА ПАЦИЕНТА

Во всем мире хотят, чтобы здравоохранение стало лучше. Но многие ли готовы на базовом уровне по-другому работать с пациентами? В этом контексте уместны вопросы представителей медицинского сообщества, адресованные самим себе: как мы можем изменить себя? В каком виде попробуем новый вариант коммуникации? Что мы готовы сделать в своей реальной практике уже сегодня?

Решающее значение для определения состояния и получения важной информации о лечении имеет время, проведенное с врачом. Но оно ограничено: например, в Индии врачи проводят со своими пациентами всего 1,5 минуты (против 22,5 минут в Швеции). Это одна из ключевых проблем здравоохранения в развивающихся странах — в среднем половина населения планеты не может рассчитывать больше чем на 5 минут внимания врача. Давление на медика одного только фактора времени сложно преувеличить. Но цель каждого врача — помочь пациенту улучшить состояние здоровья, достаточно на это времени или нет. У значительной части врачей в ближайшей перспективе больше времени на эти цели не будет. Однако, если в те же условные 5 минут на прием специалист сможет озвучить хотя бы два-три вопроса, попытается задавать их по-новому, в парадигме эффективного мотивационного интервью, безусловно, возрастет вероятность того, что пациенты реализуют поведенческие инструкции и в конечном итоге будут тщательнее следовать медицинским рекомендациям.

Елена Герман

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 С., 61 год, с длительным анамнезом артериальной гипертонии, двумя перенесенными инфарктами миокарда, пароксизмами желудочковой тахикардии на приеме у кардиолога предъявляет жалобы на непостоянную общую слабость, эпизодическое головокружение, периодические ощущения перебоев в работе сердца и др.

Анамнез

Наследственность не отягощена. Длительное время страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 160/90 мм рт. ст., адаптирован к АД 100–110/65–70 мм рт. ст. В 2010 г. при плановом кардиологическом обследовании выявлены признаки перенесенного распространенного инфаркта миокарда, терапию не получал. Месяц назад до настоящего обращения поступил в стационар в экстренном порядке с картиной острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST. По данным коронароангиографии выявлены окклюзия огибающей ветви левой коронарной артерии в области устья и правой коронарной артерии в проксимальной трети. Попытки стентирования обоих сосудов оказались безуспешными (провести проводник не удалось). В этот же период в стационаре зарегистрированы устойчивые пароксизмы желудочковых нарушений ритма, купированные электроимпульсной терапией. В настоящее время постоянного лечения не получает; обратился на прием к кардиологу по месту жительства.

Данные физикального обследования

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве и времени. Рост 165 см, масса тела 70 кг; ИМТ = 26. Кожный покров и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, отеков нет. Форма грудной клетки правильная, ЧД 19 в 1 мин. Дыхание над легочными полями везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 64 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.



ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

1. Как можно сформулировать предварительный диагноз?
2. Какие исследования следует провести в настоящее время?
3. Какие немедикаментозные и лекарственные методы лечения показаны пациенту?

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

Ответ на клиническую задачу, опубликованную в СК № 3 (27) 2023

1. Клинический (предварительный) диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии, 1 степени, риск 1 (низкий). Гиперхолестеринемия.
2. Дифференциальный диагноз: Артериальная гипотензия. Нарушение проводимости сердца. Атеросклероз экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий. Анемия. Нарушение мозгового кровообращения. Остеохондроз позвоночника. Вестибулярные расстройства.
3. Лабораторные методы исследования, необходимые пациентке А.: общий и биохимический анализы крови, определение содержания гормонов щитовидной железы в крови. Инструментальные методы: суточное мониторирование АД, 3-суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий. Консультации невролога, офтальмолога, оториноларинголога.
4. Немедикаментозное лечение: снижение массы тела до достижения ИМТ ≤ 25 кг/м² и уменьшения объема талии < 94 см. Регулярная физическая (аэробная) нагрузка по 30–40 мин 5–7 раз в неделю по переносимости. Соблюдение принципов средиземноморской диеты. Коррекция антигипертензивной терапии: увеличение дозы телмисартана до 60 мг/сут.

ОБОСНОВАНИЕ

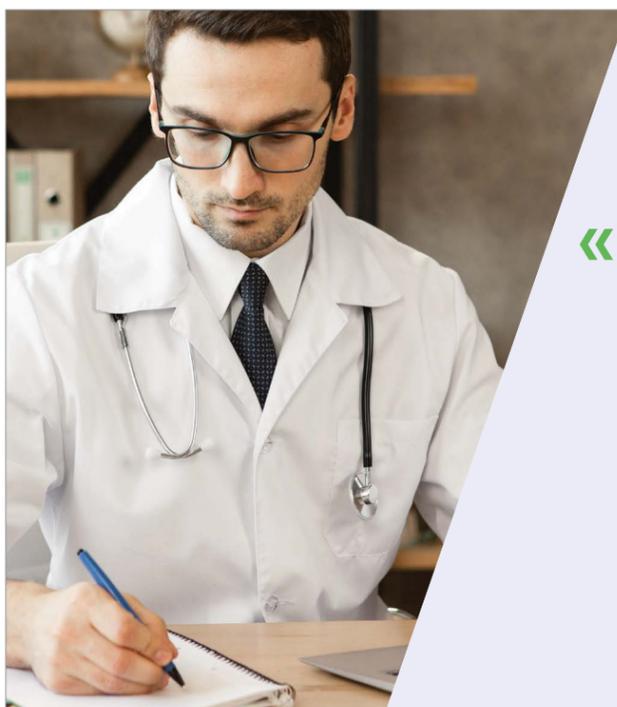
Пациентка А., 58 лет, с длительным анамнезом артериальной гипертонии получает гипотензивную терапию, на фоне которой отмечается эпизодическое повышение АД.

На протяжении 1 мес пациентку беспокоят непостоянное головокружение, периодически возникающие неустойчивость при ходьбе, шум в ушах. Для уточнения генеза жалоб необходимо провести дифференциальный диагноз между кардиоваскулярными нарушениями, неврологическими расстройствами, заболеваниями внутреннего уха, гематологическими причинами.

В целях исключения гиперхолестеринемии показано определение липидного спектра крови (ХС ЛНП, ХС ЛВП, ХС не-ЛВП, ТГ). В плане обследования необходимо выполнить анализы крови для исключения анемии, суточное мониторирование АД (исключение эпизодов гипотонии). С целью оценки кровоснабжения структур, отвечающих за поддержание равновесия, показано проведение ультразвукового дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, в связи с возможностью нарушений проводимости сердца — 3-суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Кроме того, следует провести беседу с пациенткой о важности измерения АД и ЧСС, а также выполнения ЭКГ по возможности непосредственно на фоне указанных жалоб. Показана консультация невролога в целях дифференциальной диагностики между нарушением мозгового кровообращения, остеохондрозом шейного отдела позвоночника и наличием иных органических причин головокружения, шума в ушах, неустойчивости при ходьбе. Необходимы также консультации офтальмолога (изучение состояния глазного дна), оториноларинголога для определения возможной роли вестибулярных нарушений в генезе имеющихся жалоб.

Учитывая эпизоды повышения АД на фоне подобранного лечения, требуется его коррекция: увеличение дозы телмисартана до 60 мг/сут с последующей оценкой эффективности и безопасности. Целесообразна оценка сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE2. Основываясь на результатах лабораторного и инструментального исследования, следует рассмотреть вопрос о необходимости назначения гиполипидемических препаратов. После установления окончательного диагноза пациентке А. необходимы подбор/коррекция соответствующей лекарственной и немедикаментозной терапии.



Научно-практический
рецензируемый журнал

«Клиницист»

Основан в 2005 г.

принимает научные статьи
для публикаций по следующим
специальностям:

4,329
Показатель
журнала в рейтинге
SCIENCE INDEX

1,208
Двухлетний
импакт-фактор
РИНЦ

0,708
Двухлетний
импакт-фактор
по ядру РИНЦ

Авторские статьи публикуются на безвозмездной основе.

3.1.20.

Кардиология
медицинские науки

3.1.24.

Неврология
медицинские науки

3.1.27.

Ревматология
медицинские науки

К публикации
принимаются работы,
оформленные
в соответствии
с требованиями журнала

<https://klinitsist.abvpress.ru>

Реклама

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ

№ 1 (29) 2024

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «ИД «АБВ-пресс»

Генеральный директор:

Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор:

Палеев Филипп Николаевич

Шеф-редактор:

Гаспарян Арменуи Жораевна

Директор по рекламе: Петренко К.Ю.

Руководитель проекта и выпускающий

редактор: Строковская О.А.

Редактор-корректор: Никулин Ю.А.

Дизайн и верстка: Крашенинникова С.С.

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». г. Нижний Новгород,

Окский съезд, д. 2, корп. 1.

Заказ № 241035.

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.