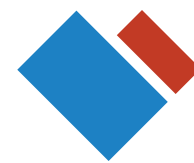


С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ



№ 3 (20) 2021

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

СЛОВО РЕДАКТОРА



Филипп
Николаевич
ПАЛЕЕВ

Д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, первый заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России

Уважаемые коллеги!

Несмотря на достижения современной медицины и кардиологии в частности, сердечно-сосудистые заболевания продолжают сохранять лидирующую позицию в генезе причин смертности. Наша задача как кардиологов и терапевтов — продолжать быть на страже здоровья пациентов. Именно от нас зависит правильность рекомендаций по профилактике и своевременному лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы и коморбидных состояний.

Вы держите в руках новый выпуск газеты «Современная Кардиология». В нем вы можете ознакомиться с особенностями гибридной хирургии в кардиологии, кардиотоксичности противоопухолевого лечения онкологических больных, лечения артериальной гипертензии на фоне хронической болезни почек, антиагрегантной и антикоагулянтной терапии при различных клинических состояниях, постпрандиальной гликемии и риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также с другими интересными материалами, включая новости мировой кардиологии. В постоянной рубрике «Клиническая задача» представлен интересный и поучительный случай обморока у пациентки с нарушениями ритма сердца.

Не так давно прошел Европейский конгресс кардиологов, на котором были освещены актуальные вопросы и проблемы кардиологии. В этом номере газеты представлены некоторые из них.

Мы, конечно, ожидаем проведения Российского национального конгресса кардиологов, на котором будет сделан фокус на современных достижениях науки и практической медицины в области кардиологии в нашей стране.

Желаю вам крепкого здоровья и успехов в нашем труде!

ИНТЕРВЬЮ

Гибридная хирургия: от операции отчаяния к операции выбора

Хирургические методы постоянно совершенствуются и занимают все больше места в лечении заболеваний сердца и сосудов. Сравнительно недавно в кардиохирургии появился новый термин — гибридные операции. О том, как развивается это направление в нашей стране, рассказал руководитель лаборатории гибридных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний отдела сердечно-сосудистой хирургии Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, д.м.н. Тимур Эмвярович ИМАЕВ.



— Тимур Эмвярович, что представляет собой гибридные операции и чем вызвана необходимость именно такого вмешательства?

— Гибридная кардиохирургия — это методика лечения кардиологической патологии, сочетающая в себе открытую и эндоваскулярную хирургию, что позволяет малоинвазивным способом с минимальным риском выполнять хирургическую коррекцию больных высочайшего хирургического риска.

В последние годы кардиология, терапия, фармацевтика, мировая медицина в целом добились феноменальных результатов, вследствие чего продолжительность

жизни пациентов, в том числе и в нашей стране, существенно увеличилась. Стало возможно медикаментозно корригировать достаточно сложные физиологические и патологические процессы, которые раньше не удавалось решать без хирургического вмешательства. Медики всего мира, и России в частности, столкнулись с тем, что сейчас к ним поступает все больше тяжелых больных, которые исчерпали все ресурсы терапевтического лечения. Для таких пациентов стали разрабатываться способы хирургической коррекции с минимальной травматичностью и максимальным эффектом, что воплотилось в методе гибридной хирургии.

Изначально данное направление вышло из хирургии аорт и аортального клапана — огромных операций, с большой кровопотерей. У пациентов старшей возрастной группы при такой кровопотере, как известно, уровень инвалидизации достаточно высокий, причем даже при успешных операциях. Кроме того, сейчас речь идет о том, чтобы человек уже через несколько дней мог вернуться к своему нормальному состоянию, привычному образу жизни. Для этого необходимо, чтобы коррекция была максимально эффективной, а восстановление — максимально

Продолжение на с. 2 ►

Н О В О С Т И

Значение раннего контроля ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью

Даже при оптимальной терапии у многих пациентов с сердечной недостаточностью (СН) и фибрилляцией предсердий (ФП) развиваются сердечно-сосудистые осложнения (ССО). Для уменьшения вероятности развития таких событий требуется соблюдение особых условий.

ФП и СН — два взаимосвязанных сердечно-сосудистых заболевания. Около 30 % пациентов с ФП страдают СН.

В конце июля 2021 г. на сайте журнала Circulation был опубликован предварительно проведенный субанализ рандомизированного исследования EAST-AFNET 4, продемонстрировавшего положительную роль раннего контроля ритма (путем подбора антиаритмической терапии (ААТ) или катетерной аблации) при сравнении с отсроченной терапией, направленной на уменьшение симптомов ФП.

В исследование 4 были включены 798 пациентов с ФП, зарегистрированной за ≤12 мес, и диагностированной СН, средний возраст которых составил 71 год. СН со средним значением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у 442 пациентов составила $61 \pm 6,3$ %, у 211 этот показатель составил $44 \pm 2,9$ %, у 132 — $31 \pm 5,5$ %. За 5-летний период наблюдения первичная точка (смерть от сердечно-сосудистых

заболеваний, инсульт или госпитализация по поводу обострения СН либо острый коронарный синдром) встречалась реже у пациентов, рандомизированных в группу раннего контроля ритма (отношение рисков (ОР) 0,74 [0,56–0,97], $p = 0,03$), проводимого с использованием ААТ и аблации ФП. ФВ ЛЖ улучшилась в обеих группах: изменение через два года в группе раннего контроля ритма — на $5,3 \pm 11,6$ %, в группе контроля симптомов ФП и СН — на $4,9 \pm 11,6$ %, $p = 0,43$.

Авторы исследования отмечают клиническое значение раннего контроля ритма у пациентов с ФП и СН независимо от сохранности ФВ ЛЖ, а также подчеркивают важность такой стратегии путем ААТ или аблации в течение первого года после диагностирования ФП и СН с целью снижения риска развития ССО.

Источник: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056323>

ИНТЕРВЬЮ

Гибридная хирургия: от операции отчаяния к операции выбора

◀ Продолжение, начало на с. 1

коротким. Гибридные методы, которые предполагают небольшие разрезы и доступы, как раз и дают такую возможность.

— Когда гибридные операции начали выполняться и где?

— Эндоваскулярный способ коррекции аневризм впервые применил Николай Леонтьевич Володос в 1984 г. в Харькове. Было сделано специальное устройство — стент-графт, причем из материалов, произведенных в Советском Союзе. И только через два года аргентинский врач Хуан Пароди смог повторить подобное оперативное вмешательство. По сути, это было начало гибридных операций в области аорт.

Постепенно гибридная хирургия распространилась и на другие заболевания сердца. В 2002 г. была проведена транскатетерная операция аортального клапана, что способствовало смене парадигмы в лечении тяжелого аортального стеноза. Иными словами, произошла самая настоящая революция в кардиохирургии, вследствие чего транскатетерные способы лечения патологии клапанного аппарата сердца стали применяться повсеместно. Сегодня невозможно представить кардиохирургию без транскатетерных способов коррекции. Так, только в нашем кардиоцентре ежегодно выполняют сотни таких операций.

Приведенная операция является высокотехнологичной, при которой клапан без разреза грудной клетки доставляется в аортальную, митральную, преаортальную

позиции и позицию легочной артерии, после чего выполняется хирургическая коррекция. Она делается вообще без разрезов, причем даже бедренной артерии.

“ В настоящее время в России ежегодно выполняется около 1500 подобных операций, что ничтожно мало, поскольку нужно как минимум 15–20 тыс., если брать в расчет только больных высокого хирургического риска, и 30–40 тыс., говоря о пациентах умеренного хирургического риска

И это действительно здорово, потому что пациенты старше 50 лет уже через 3–4 дня после такого вмешательства могут уехать домой.

Кроме того, мы начали выполнять пластические операции на клапанном аппарате сердца — не только меняем клапан, но и имплантируем створки, занимаемся их аппликацией и коррекцией для того, чтобы они соединились.

В нашем кардиоцентре была создана первая в России гибридная операционная, оснащенная оборудованием как для открытой, так и для эндоваскулярной хирургии, что позволяет выполнять одновременно оба вида вмешательства.

— Во всем мире гибридная хирургия очень востребована и достаточно доступна. Насколько она распространена у нас в стране?

— В настоящее время в России ежегодно выполняется около 1500 подобных операций, что ничтожно мало, поскольку нужно как минимум 15–20 тыс., если брать в расчет только больных высокого хирургического риска, и 30–40 тыс., говоря о пациентах умеренного хирургического риска. Таким образом, на данный момент мы еще не дошли до того объема медицинских вмешательств, который требуется в нашей стране. В Германии и США, например, в последние годы просто не осталось тяжелых больных с критическими стенозами, серьезными патологиями клапанного аппарата сердца, так как там постоянно проводится их санация. Для этого в Германии делается 30 тыс. таких вмешательств, а в США — 75 тыс.

— Что нам мешает?

— Нас останавливает пока экономическая составляющая. Стоимость оборудования для гибридных операционных достаточно высока. Но надо сказать, отечественные производители уже начинают выпускать подобные устройства, цена которых намного ниже зарубежных. Одна из компаний производит транскатетерный клапан как раз для гибридной имплантации, что отменно. Кроме того, они начинают изготавливать стент-графты и другие устройства для малоинвазивных хирургических вмешательств. Чем больше будет российского оборудования, тем больше операций мы сможем проводить. У нас еще совсем непаханое поле, предстоит много всего сделать в этом направлении.

— Оборудование важно, но это все же полдела. Достаточно ли в России квалифицированных кадров?

— На протяжении 10 лет мы занимаемся просветительской работой. Когда только начинали проводить конференции, посвященные гибридной хирургии, на нас смотрели с широко открытыми глазами: удивлялись и говорили, что такая методика не будет востребована. Сейчас все понимают, что это самая актуальная тема. Мы обучали специалистов по всей стране — от Калининграда до Сахалина, работали в Хабаровске, Красноярске, Новосибирске, Кемерово, Уфе, охватили весь Урал, а также Татарстан, Кавказ и даже страны ближнего зарубежья — Казахстан, Узбекистан, Украину, активно сотрудничали с белорусскими коллегами. Благодаря нашей 10-летней просветительской деятельности был создан пул специалистов, которые проводят гибридные операции не только

в Москве и Санкт-Петербурге, но и во многих других городах нашей страны, пока, правда, в небольших объемах, но они готовы выполнять и гораздо больше, поскольку результаты очень хорошие.

— Где именно в России выполняют гибридные операции?

— Прежде всего, конечно же, в Москве и Санкт-Петербурге. В Москве их выполняют наш кардиоцентр, Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) хирургии им. А.В. Вишневского, НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова, НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России.

Однако гибридные операционные созданы не только в федеральных центрах. В Москве эту методику успешно освоили в Городской клинической больнице №15 (в чем мы тоже активно помогали), НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Первой градской больницы им. Н.И. Пирогова. Должен сказать, что мэр Сергей Семенович Собянин — большой молодец, поставивший себе цель сделать Москву столицей здоровья. Вместе с вице-мэром Анастасией Раковой они много работают в этом направлении, следят за трендами, стремятся, чтобы московские больницы оказывали помощь на высочайшем уровне и могли конкурировать с федеральными учреждениями. И если раньше столичные городские больницы имели достаточно узкую специализацию, то сейчас кардиохирургия есть практически в каждой из них. Количество отделений кардиохирургической помощи увеличилось на порядок.

В Санкт-Петербурге, в связи с тем что в нем меньше федеральных медицинских учреждений, чем в Москве, значительную часть нагрузки взяла на себя городская система здравоохранения. Гибридные вмешательства выполняют в Мариинской, Елизаветинской больницах, а также в Городских клинических больницах №40 и 2. Естественно, во главе всего стоит федеральное учреждение — НМИЦ им. А.В. Алмазова, генеральным директором которого является академик Евгений Владимирович Шляхто.

— Кому показаны такие операции и есть ли противопоказания, в том числе возрастные?

— Они рекомендованы прежде всего больным высокого хирургического риска старших возрастных групп, которым противопоказана открытая традиционная хирургия. Такие операции делают и маленьким детям, родившимся с тяжелыми патологиями. Возрастных ограничений здесь нет. В связи с тем что в кардиологии сейчас произошла смена парадигмы, во всем мире набирает силу тенденция применять данную методику и для больных без хирургического риска, поскольку она позволяет более безопасно и эффективно корректировать патологию клапанного аппарата сердца. Это уже становится не операцией отчаяния, а операцией выбора. Не случайно методику гибридных операций многие называют будущим кардиохирургии.

Беседовала Алена Жукова

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

урология	кардиология	педиатрия
онкология	неврология	акушерство и гинекология

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- новости медицины;
- актуальные материалы научного и прикладного характера для практикующих врачей: аналитические материалы, обзоры, интервью с экспертами, рекомендации по лечению и диагностике, алгоритмы, описания клинических случаев;
- свежие выпуски газет;
- справочники для специалистов;
- анонсы медицинских мероприятий;
- архив газет за последние несколько лет;
- рассылка свежих выпусков газет с учетом профессиональных предпочтений.

Доступ с любого устройства

Реклама

ПРЕПАРАТ

Клиническое исследование ARISTOTLE отмечает десятилетний юбилей

В этом году научное сообщество отмечает 10 лет с завершения масштабного исследования ARISTOTLE, продемонстрировавшего превосходство апиксабана над варфарином в снижении риска инсульта и системной эмболии, большого кровотечения и общей смертности, изменившего парадигму терапии пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (НФП).

ARISTOTLE — исследование фазы III по применению апиксабана по сравнению с варфарином у 18201 пациента, завершившееся в сентябре 2011 г. и процитированное более 8 тыс. раз. Результаты этого исследования стали основанием для рассмотрения и последующей регистрации препарата Эликвис® (апиксабан), оказав значительное влияние на изменение стандартов лечения пациентов с НФП и существенно повысив его эффективность.

В мае 2019 г. исследование ARISTOTLE вошло в престижный список «Дюжина Дрезена: статьи, изменившие клиническую практику с 2000 года» — рейтинг, составленный главным редактором New England Journal of Medicine, доктором Джеффри Дрезеном. Эксперт назвал ARISTOTLE «одним из 12 оказавших

наиболее значимое влияние на клиническую практику и жизненноспасающих исследований за последние 19 лет».

«Исследование ARISTOTLE — одно из знаковых для мирового медицинского сообщества. Мы гордимся своим участием в этом прорывном проекте и тем, что его результаты уже на протяжении десятилетия помогают обеспечить пациентов инновационной терапией», — сообщил Кирилл Тверской, медицинский директор Pfizer в России и Беларуси.

Эликвис® (апиксабан) — селективный пероральный ингибитор Ха фактора свертывания крови, сегодня широко используемый в клинической практике для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с НФП, венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у пациентов после планового эндопро-

тезирования тазобедренного или коленного сустава, а также назначаемый для лечения тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии.

По данным за первое полугодие 2020 г., представленным аналитической платформой IQVIA MIDAS, препарат был назван оральным антикоагулянтом №1 в мире по количеству дней назначенного лечения пациентам по показаниям НФП и ВТЭ по данным аналитической платформы IQVIA MIDAS*.

Осенью прошлого года Эликвис® был признан лучшим рецептурным брендом в России по версии IQVIA RX AWARDS по итогам исследования ФармаТренд. За период с июля 2019 г. по июнь 2020 г. он продемонстрировал наибольший прирост продаж в абсолютных цифрах среди рецептурных препаратов розничного сегмента на российском рынке.

Список литературы находится в редакции

PP-ELI-RUS-1237 18.03.2021г.

* Дни назначенного лечения рассчитаны на основе данных аналитической платформы IQVIA MIDAS по реализации препаратов за 6 мес. Стандартные единицы рассчитаны по рекомендованной суточной дозе прямого орального антикоагулянта (апиксабан 2 р/сут, дабигатран 2 р/сут, эдоксабан 1 р/сут, ривароксабан 1 р/сут). Дни назначенного лечения антагонистами витамина К основаны на стандартных единицах, рассчитанных на основе средней суточной дозы IQVIA MIDAS. Показания учитывались при масштабировании объема стандартных единиц на основе данных медицинского аудита IQVIA и соответствующих кодов ВОЗ МКБ10.

ЭЛИКВИС®
апиксабан

Единственный ПОАК, который
приводил к снижению рисков по трем
показателям у пациентов с НФП^{1*}



«Исследование ARISTOTLE – одно из 12 жизненноспасающих исследований, оказавших наиболее значимое влияние на клиническую практику за последние 19 лет»²

Д-р Дж. Дрезен, главный редактор «Медицинского журнала Новой Англии»

ARISTOTLE
10 ЛЕТ ЗАЩИЩАЕМ ПАЦИЕНТОВ С НФП

Эликвис® (апиксабан) – ОАК №1 в мире
по количеству дней назначенного лечения пациентам** по показаниям НФП и ВТЭ***



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



ООО «Пфайзер Инновации»
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10,
БЦ «Башня на набережной» (блок С)
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300
www.pfizer.com PP-ELI-RUS-1214 04.03.2021

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЭЛИКВИС®. Торговое название: Эликвис®, МНН: апиксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг апиксабана. Показания к применению: профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания: повышенная чувствительность к апиксабану или любому другому компоненту препарата. Активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Заболевания или состояния, характеризующиеся значимым риском большого кровотечения: существующее в настоящее время или недавнее обострение язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; наличие злокачественного новообразования с высоким риском кровотечения; недавнее повреждение головного или спинного мозга; недавнее перенесенное оперативное вмешательство на головном или спинном мозге; а также на органе зрения; недавно перенесенный геморрагический инсульт; установленное или подозреваемое варикозное расширение вен пищевода; артериовенозная мальформация; аневризма сосудов или выраженные внутриспинальные или внутримозговые изменения сосудов. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с любыми другими антикоагулянтными препаратами, включая нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) (эноксапарин, далтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран и др.), за исключением тех ситуаций, когда пациент переводится на терапию или с терапии апиксабаном, или если нефракционированный гепарин назначается в дозах, необходимых для поддержания проходимость центрального венозного или артериального катетера. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие: частыми нежелательными реакциями были кровотечения различных локализаций (носовые, желудочно-кишечные, ректальное, кровотечение из десен, гематурия, кровоизлияния в ткани глазного яблока), кровоподтек, носовое кровотечение и гематома, анемия, закрытая травма, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы: препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и незамедлительно принять внутрь. В качестве альтернативы таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и незамедлительно ввести полученную суспензию через назоглоточный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 ч. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик: возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени (с клиренсом креатинина 15–29 мл/мин) и фибрилляцией предсердий следует применять дозу апиксабана 2,5 мг два раза в сутки. Не принимавшим ранее антикоагулянты пациентам с фибрилляцией предсердий, которым требуется проведение кардиоверсии, для достижения антикоагуляции возможно назначение по крайней мере 5 доз препарата по 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы) перед проведением процедуры. Если проведение кардиоверсии требуется до назначения 5 доз препарата Эликвис®, возможно применение нагрузочной дозы апиксабана 10 мг по крайней мере за 2 часа до проведения процедуры с последующим приемом 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы). У пациентов с фибрилляцией предсердий нет необходимости прекращать терапию препаратом Эликвис® перед катетерной абляцией. У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, перед применением необходимо ознакомиться с полным текстом Инструкции по применению препарата Эликвис®.

К О Н Г Р Е С С I N F O

Европейский конгресс кардиологов: самое важное и интересное

С 27 по 30 августа 2021 г. проходил Европейский конгресс кардиологов — событие, которое заслуженно можно назвать самым масштабным в мире кардиологии. В этом году перечень ключевых исследований отличался большим разнообразием, причем лишь 2 из 18 посвящались чисто медикаментозной кардиологии, остальные так или иначе были связаны с интервенционными процедурами и применением вспомогательных устройств. Остановимся на наиболее интересных и значимых для врача исследованиях, результаты которых могут повлиять на нашу повседневную клиническую практику, а также представим краткий обзор изменений в рекомендациях по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) и по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).



Антон
Владимирович
РОДИОНОВ

Доцент кафедры факультетской терапии № 1
Института клинической медицины Первого
Московского государственного медицинского
университета им. И.М. Сеченова



Анна
Романовна
ЛЕВШИНА

Студентка Международной школы «Медицина
будущего» Первого Московского
государственного медицинского университета
им. И.М. Сеченова

ЭМПАГЛИФЛОЗИН ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (ИССЛЕДОВАНИЕ EMPEROR-PRESERVED)

Главное событие нынешнего года вновь связано с одним из самых обсуждаемых в последние годы классов лекарственных средств — ингибиторами натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (ингибиторы SGLT-2). Как известно, за 6 лет ингибиторы SGLT-2 не только доказали улучшение сердечно-сосудистого прогноза у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, но и продемонстрировали эффективность при сердечной недостаточности (СН) со сниженной фракцией выброса (ФВ) (исследования DAPA-HF, EMPEROR-Reduced).

В исследовании EMPEROR-Preserved методом изучения стало влияние эмпаглифлозина на прогноз пациентов с СН с сохраненной ФВ. В исследование включали пациентов с клинически выраженной СН II–IV функционального класса по NYHA, ФВ >40 % и повышенным уровнем мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). У этих больных эмпаглифлозин по сравнению с плацебо на 21 % ($p < 0,001$) снижал частоту достижения составной конечной точки (госпитализация по поводу СН и сердечно-сосудистая смерть), при этом показатель NNT (число больных, которых необходимо пролечить, чтобы предотвратить одно нежелательное событие) составил 31 (рис. 1). Следует отметить,

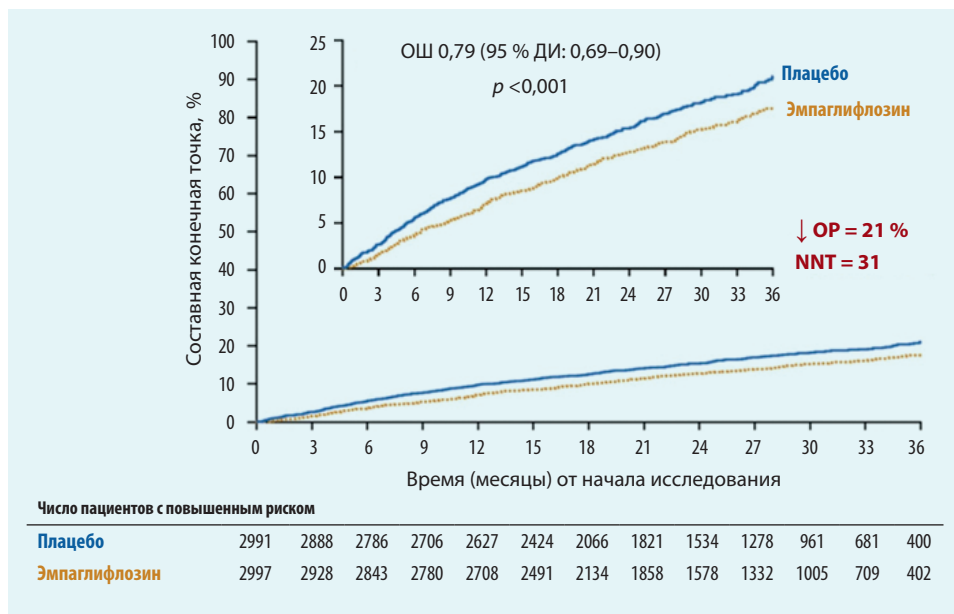


Рисунок 1. Исследование EMPEROR-Preserved: первичная конечная точка

что при анализе отдельных компонентов первичной конечной точки достоверные различия получены лишь для госпитализации по поводу СН, но не для общей смертности.

Таким образом, эмпаглифлозин стал первым в мире препаратом с доказанной эффективностью при СН с сохраненной ФВ, поскольку ранее ни одному классу препаратов (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов ангиотензинпревращающего фермента (БРА), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР), ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АПНИ)) не удалось продемонстрировать аналогичные результаты.

ФИНЕРЕНОН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА (ИССЛЕДОВАНИЕ FIGARO-DKD)

Финеренон — новый представитель класса АМР, который, в отличие от спиронолактона и эплеренона, не имеет стероидной основы. Традиционно АМР используют для лечения СН, однако создатели финеренона решили испытать антифибротическое действие препарата у пациентов с диабетической нефропатией.

В 2020 г. завершено исследование FIDELIO-DKD, в котором оценивали эффективность финеренона у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на фоне СД 2 типа (средняя скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 44 мл/мин). Был получен положительный результат: снижение риска по комбинированной конечной точке составило –14 %, однако по каждому из ее

компонентов (сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, инсульт и декомпенсация ХСН) различий не было.

Исследование FIGARO-DKD представляет собой расширение FIDELIO-DKD (рис. 2) с вовлечением менее тяжелых пациентов (средняя СКФ = 68 мл/мин). Результаты FIGARO-DKD практически аналогичны: снижение относительного риска по комбинированной конечной точке составило 13 % ($p = 0,03$), а при раздельном анализе показано только достоверное снижение частоты госпитализации по поводу ХСН, при этом кривые показателей сердечно-сосудистой

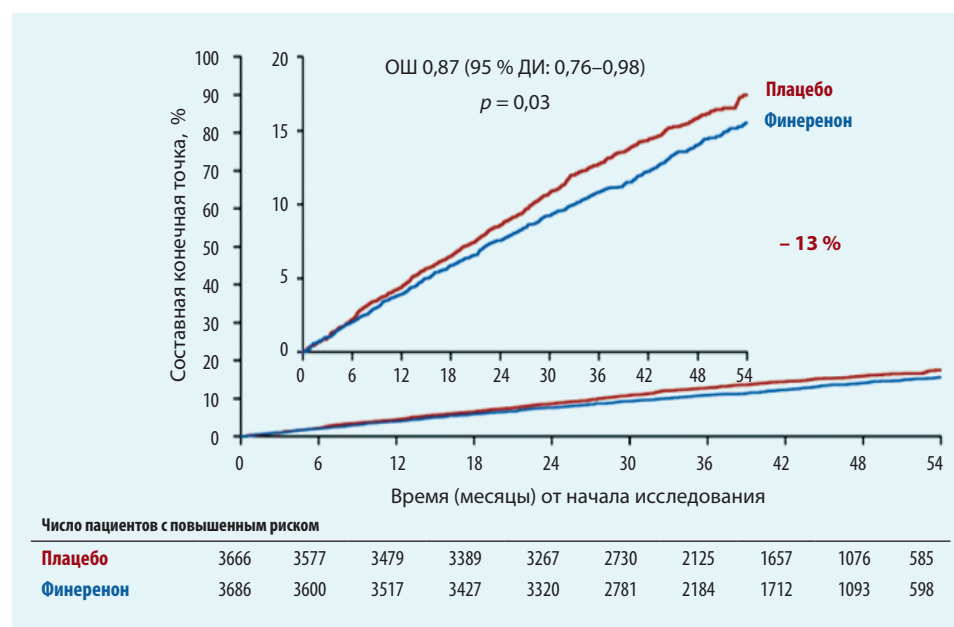


Рисунок 2. Исследование FIDELIO: первичная конечная точка

смертности, а также частоты инфарктов и инсультов не разошлись (рис. 2).

В ближайшее время есть вероятность того, что финеренон будет зарегистрирован по показанию «улучшение прогноза у пациентов с ХБП на фоне СД 2 типа».

ВЫЯВЛЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ИССЛЕДОВАНИЕ LOOP И STROKESTOP)

В последние годы появилось множество устройств, позволяющих выявить субклиническую фибрилляцию предсердий (ФП), однако до сих пор не ясно, каково должно быть время ФП (длительность и частота пароксизмов), достаточное для начала антикоагулянтной терапии.

В исследовании LOOP основной группе пациентов ($n = 1501$) имплантировали петлевой регистратор, а за контрольной группой ($n = 4503$) наблюдали традиционным способом (регистрация по обращаемости, периодическая ЭКГ). Частота выявления ФП в случае имплантации петлевого регистратора на протяжении 3,3 лет была почти в 3 раза выше (32 % против 12 %). В случае выявления ФП длительностью > 6 мин пациентам назначали антикоагулянты, соответственно, в группе активного наблюдения антикоагулянтная терапия проводилась намного чаще. Разумно предположить, что у пациентов, которым выявляли субклиническую ФП и, следовательно, раньше назначали антикоагулянты, будет меньшая частота кардиоэмболических осложнений. Однако большим разочарованием стало отсутствие различий по всем конечным точкам: частота инсультов и других системных эмболий, а также общая смертность были одинаковыми. Впрочем, и частота кровотечений существенно не различалась.

Аналогичные результаты получены и в исследовании STROKESTOP, в котором использовали иную тактику ранней диагностики: в активной группе регистрировали ЭКГ 1 раз в 14 дней. Однако и при таком сценарии более частое выявление ФП и ранняя антикоагуляция не привели к снижению частоты кардиоэмболических осложнений.

Таким образом, вопрос о целесообразности активного выявления субклинической ФП и сроках начала антикоагулянтной терапии остается открытым.

АБЛЯЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ И СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ИССЛЕДОВАНИЕ ARAF-CRT)

Ведение пациентов с постоянной ФП редко представляет затруднение. Тем не менее, есть небольшая подгруппа больных, у которых комбинация высоких доз бета-блокаторов и дигоксина не позволяет достичь приемлемого урежения ритма. Авторы исследования ARAF-CRT (n = 133) сравнили стратегию традиционной консервативной ритм-урежающей терапии постоянной ФП с абляцией атриовентрикулярного соединения (АВ-соединения) и последующей имплантацией системы сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ). Смертность от всех причин в группе интервенционного лечения была на 26 % ниже (p = 0,004), чем в группе консервативной терапии при NNT = 3,7.

Несмотря на небольшое количество участников, актуальность исследования ARAF-CRT достаточно высока, а полученные результаты представляют большой интерес для кардиологов, поскольку теперь у пациентов с резистентной к урежению ФП абляция АВ-соединения с имплантацией СРТ может рассматриваться не просто как «процедура отчаяния», а как обоснованный вариант лечения.

ПОТРЕБЛЕНИЕ ХЛОРИДА НАТРИЯ И РИСК ИНСУЛЬТА (ИССЛЕДОВАНИЕ SSASS)

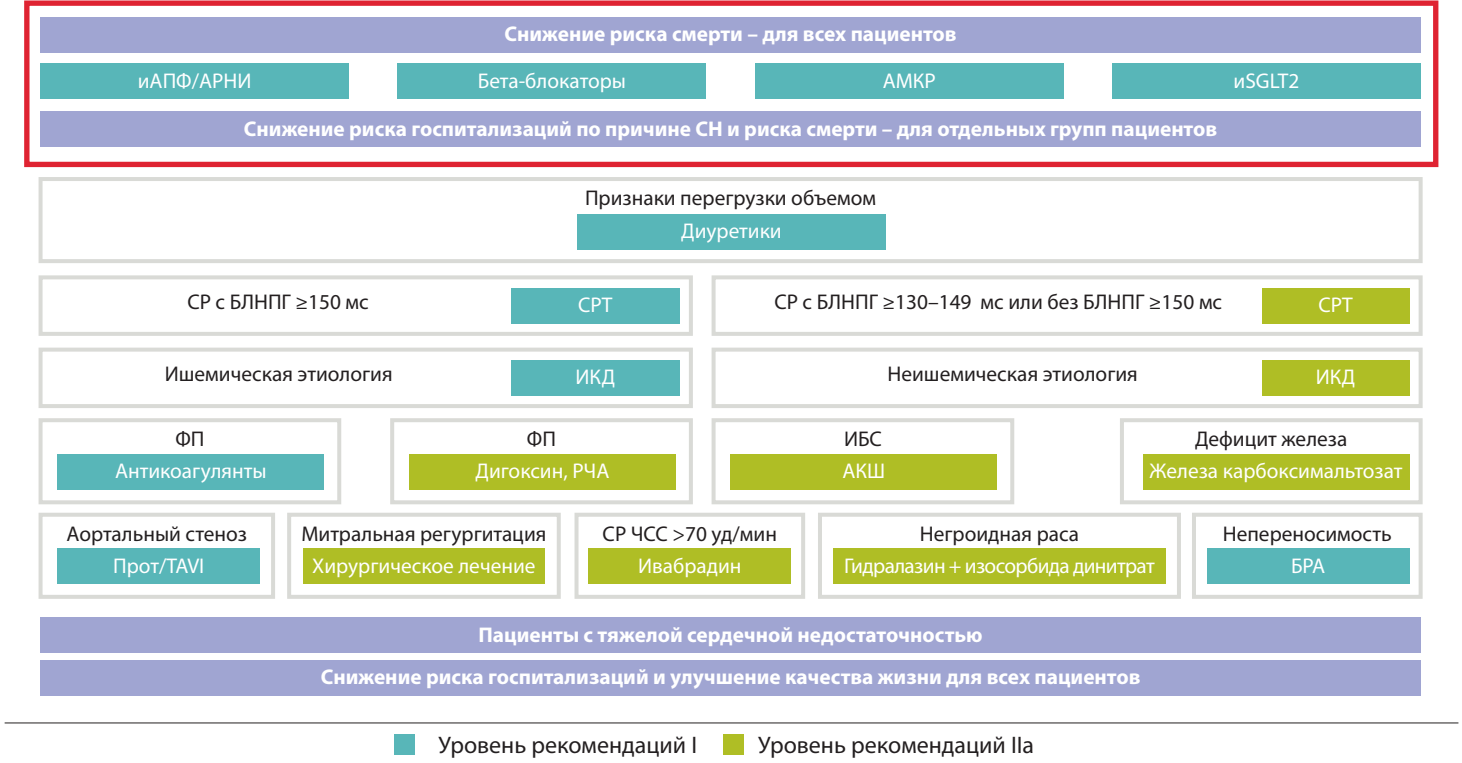
Исследование SSaSS, проведенное в Китае, стало не просто очередной попыткой изучить взаимосвязь между потреблением соли и риском инсульта, но и способом предложить реальный инструмент для снижения риска. Прежде всего, надо отметить включение в исследование огромного количества участников (n = 20995). Основную группу сформировали из жителей 300 деревень. Испытуемым предложили альтернативу классической поваренной соли — соль со сниженным содержанием хлорида натрия (NaCl), в которой 25 % вещества было заменено на хлорид калия. В контрольную группу входили жители других 300 деревень, использовавшие обычную поваренную соль в привычных для себя количествах. Важно подчеркнуть, что эффективность вмешательства оценивали с точки зрения влияния не только на артериальное давление (АД), но и на «жесткие конечные точки» сердечно-сосудистого прогноза. В исследование не включали пациентов с исходной гиперкалиемией, тяжелой ХБП и получающих АМР.

Использование заменителя поваренной соли достоверно снижало частоту инсульта, серьезных сердечно-сосудистых осложнений и смерти от любой причины среди лиц, ранее перенесших инсульт, или пациентов в возрасте ≥60 лет, страдающих артериальной гипертензией. Однако следует отметить, что частота гиперкалиемии достоверно не различалась.

СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (ИССЛЕДОВАНИЕ STEP)

Гипертензиология как наука переживает не лучшие времена: новые молекулы для снижения АД давно не создаются, поскольку считается, что имеющегося арсенала препаратов вполне достаточно для эффективной терапии большинства больных. Усилия ученых сейчас направлены в основном на изучение целевого АД у пациентов различных групп в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний.

Цель исследования STEP — изучить эффективность и безопасность стандартного (до 130–150 мм рт. ст.) и интенсивного (до 110–130 мм рт. ст.) снижения АД у пациентов 60–80 лет. Основным результат оказался



Примечание: иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АРНИ — ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы; АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов; uSGLT2 — ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа; БЛНПГ — блокада левой ножки пучка Гиса; РЧА — радиочастотная катетерная абляция; ИКД — имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор; ФП — фибрилляция предсердий; ИБС — ишемическая болезнь сердца; СРТ — сердечная ресинхронизирующая терапия; АКШ — аортокоронарное шунтирование; TAVI — транскатетерное протезирование аортального клапана; БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина

Рисунок 3. Лечение ХСН со сниженной фракцией выброса

ожидаемым: в группе интенсивного снижения АД риск достижения первичной составной конечной точки (инсульт, острый коронарный синдром (ОКС), декомпенсация ХСН, коронарная реваскуляризация, ФП, смерть) был на 26 % ниже, чем в контрольной группе.

Очевидно, что ахиллесовой пятой дополнительного снижения АД всегда становится симптомная гипотония. В этом отношении исследование STEP приятно удивило: среди всех показателей безопасности достоверные различия были выявлены лишь по частоте гипотонии (снижение АД <110/50 мм рт. ст.), тогда как частота других нежелательных явлений (головокружения, переломы вследствие падений,

снижение СКФ, острое почечное повреждение) не различалась.

Тема детального обсуждения — различия результатов исследований STEP и SPRINT. В последнем, как мы помним, более интенсивное снижение АД сопровождалось более высокой частотой нежелательных явлений, что главным образом связано с неодинаковой популяцией пациентов и использованием различных методов измерения АД.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ИССЛЕДОВАНИЕ IAMI)

Влияет ли вакцинация против гриппа на прогноз пациентов после инфаркта миокарда?

На этот вопрос ответили авторы исследования IAMI. Вакцину против гриппа вводили в стационаре в течение первых 3 суток после развития ОКС. Вакцинация против гриппа в ранние сроки после перенесенного инфаркта миокарда приводила к снижению риска смерти от всех причин, инфаркта миокарда и тромбоза стента — через 12 мес по сравнению с плацебо (отношение рисков составило –28 %). Клинически значимых различий по частоте системных реакций в ответ на инъекцию и серьезных нежелательных явлений выявлено не было.

Сложно сказать, войдут ли результаты этого исследования в нашу повседневную

Окончание на с. 12 ►

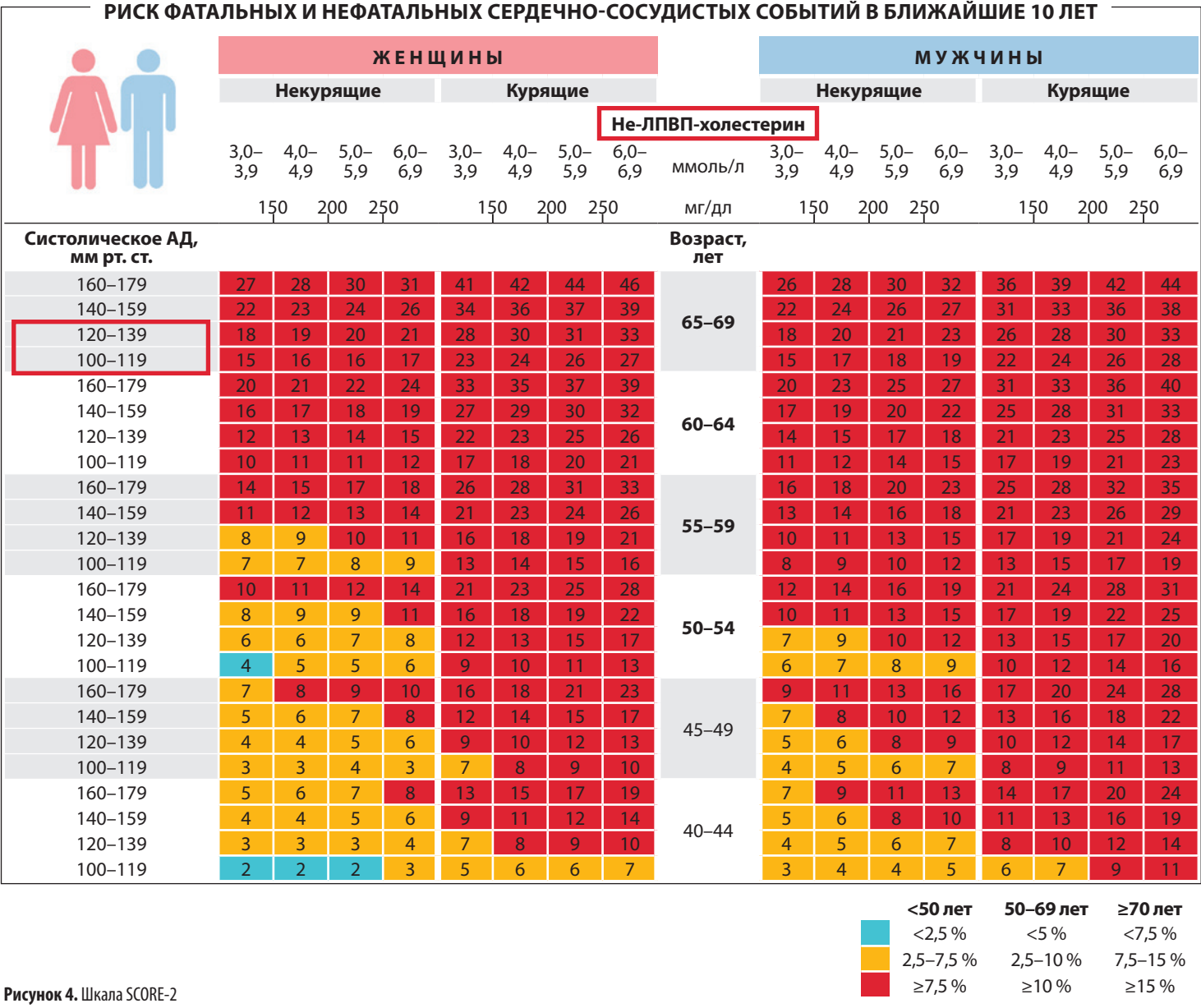


Рисунок 4. Шкала SCORE-2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Кардиотоксичность противоопухолевой терапии: факторы риска и меры профилактики

В настоящее время кардиотоксичность рассматривается в качестве наиболее опасного побочного эффекта противоопухолевого лечения, поскольку осложнения, которые она вызывает, могут значительно повысить смертность больных. Возникает ситуация, когда при успешном лечении основного заболевания появляется вероятность развития кардиомиопатии токсического характера, что нередко оказывается причиной не только снижения качества жизни пациента, но и уменьшения ее продолжительности.



Ирина
Владиславовна
ВОЛОДИНА

Д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ
«Российский научный центр радиологии
и хирургических технологий им. акад.
А.М. Гранова»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КАРДИОТОКСИЧНОСТИ

Термин «кардиотоксичность» у онкологических больных включает в себя различные нежелательные явления со стороны сердечно-сосудистой системы на фоне и после проведенного противоопухолевого лечения. Эта проблема в последние годы представляет повышенный интерес как для онкологов, так и для кардиологов. Европейским обществом кардиологов (ESC) в 2016 г. опубликовано позиционное письмо, посвященное теме кардиоваскулярных осложнений у онкологических больных. В 2020 г. изданы практические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) по коррекции кардиоваскулярной токсичности противоопухолевой лекарственной терапии. В этих документах суммирована и оценена доказательная база по изучаемому вопросу с целью помощи практикующим врачам в выборе наилучшей стратегии лечения данного состояния в каждом индивидуальном случае.

Отдельные вопросы по предупреждению кардиотоксичности рассматриваются в рекомендациях Российского кардиологического общества (РКО) по профилактике неинфекционных заболеваний, хронической сердечной недостаточности и артериальной гипертензии. Несмотря на то что кардиоваскулярные осложнения возникают как следствие противоопухолевой терапии,

врачи-онкологи должны опираться на заключения своих коллег-кардиологов. В случаях остро возникших неотложных состояний пациентам прерывают специфическое лечение и переводят их в стационары кардиологического профиля. Помимо этого кардиологи неизбежно сталкиваются с пациентами, которые в прошлом перенесли онкологическое заболевание и не всегда считают необходимым сообщить об этом врачу.

ФАКТОРЫ РИСКА

В отечественной и зарубежной литературе последних лет большое внимание уделяется факторам риска кардиоваскулярных осложнений у онкологических больных. Во многих случаях эти факторы определяют персонализированный подход, а именно объем возможного лечения по поводу онкологического заболевания у конкретного пациента. В нашей стране стратификация риска проводимой противоопухолевой терапии не разработана. За рубежом широко цитируется целесообразность использования в практическом здравоохранении шкалы балльной оценки риска, предложенной J. Herrmann и соавт. (2014 г.), которая отличается простотой, доступностью и может применяться в любом лечебном учреждении (табл. 1). Наиболее высокий риск наблюдается у больных, набравших более 6 баллов.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Эксперты ESC разделяют все сердечно-сосудистые осложнения противораковой терапии на 9 основных категорий (рис.). Важно отметить, что некоторые противоопухолевые препараты вызывают побочные эффекты сразу после воздействия, вследствие чего могут негативно повлиять на проведение противораковой терапии, тогда как кардиотоксичность от применения других может проявиться только годы спустя. С увеличением продолжительности

жизни пациентов и сроков наблюдения за ними увеличилась выявляемость поздних осложнений химиолучевой терапии. В связи с отсутствием рекомендаций РКО врачам-кардиологам целесообразно придерживаться рекомендаций Российского общества клинической онкологии по поддерживающей и сопроводительной терапии (RUSSCO), в соответствии с которыми до начала противоопухолевой терапии необходимы следующие обследования:

(СКФ), калия, натрия, аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), креатинкиназы;

7) определение сердечных биомаркеров: тропонина I или T (предпочтительно высокочувствительного), натрийуретических пептидов (BNP, NT-proBNP), особенно у больных с высоким риском развития дисфункции ЛЖ/сердечной недостаточности.

Наиболее серьезными кардиоваскулярными осложнениями противоопухолевого лечения, приводящими к необратимым последствиям и росту смертности больных, являются дисфункция миокарда и сердечная недостаточность. В отечественной и зарубежной литературе выделяют 2 «классических» типа кардиотоксичности: тип I — необратимая, которая в основном связана с применением антрациклинов (чаще всего доксорубицина, поэтому нередко ее называют «доксорубициновой кардиотоксичностью»); тип II — обратимая, примером

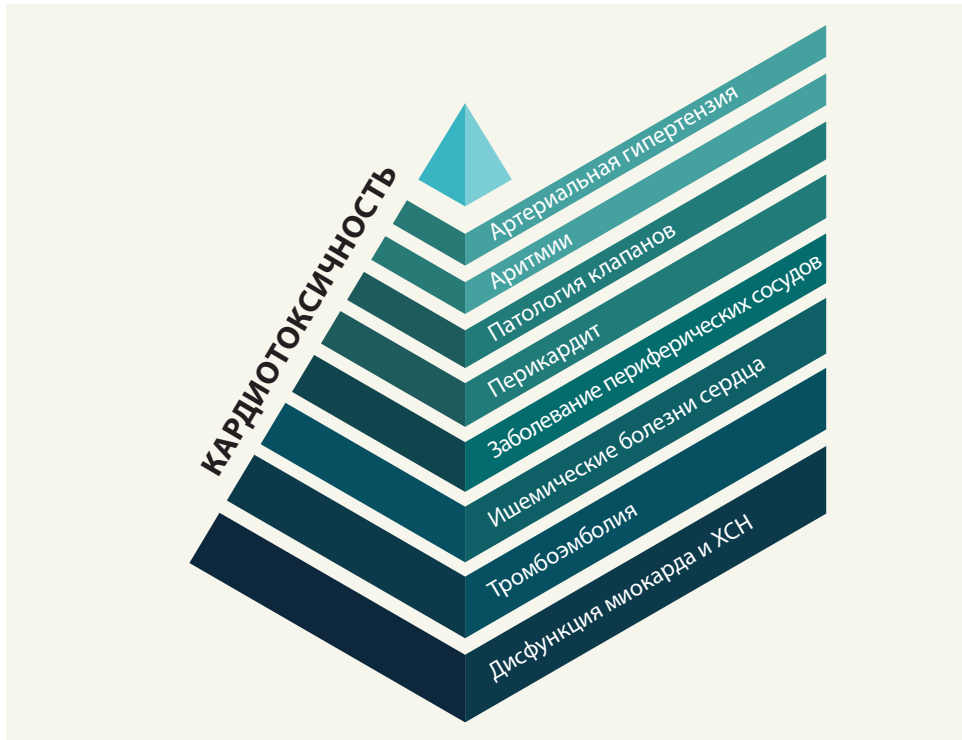


Рисунок. Сердечно-сосудистые осложнения противоопухолевой терапии

- 1) сбор жалоб с целью выявления симптомов, типичных для сердечной недостаточности (одышка, утомляемость, плохая переносимость нагрузок, отеки нижних конечностей, ортопноэ, сердечная астма), анамнеза (сведения о наличии ИБС, АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска, семейный анамнез);
- 2) физикальное обследование с измерением офисного АД;
- 3) эхокардиография (ЭхоКГ) для оценки фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), общей продольной деформации миокарда (GLS) ЛЖ (при доступности метода) и других показателей структурно-функционального состояния сердца;
- 4) магнитно-резонансная томография сердца (МРТ), равновесная изотопная вентрикулография — по показаниям (при недостаточной информативности ЭхоКГ);
- 5) электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях с расчетом скорректированного интервала QT (QTc);
- 6) биохимический анализ крови с определением липидного спектра, глюкозы, креатинина с расчетом клиренса креатинина и/или скорости клубочковой фильтрации

которой является поражение сердца, развивающееся при применении трастузумаба (герцептина). При кардиотоксичности типа I происходит прогрессирующее ремоделирование миокарда как отдаленное последствие повреждения кардиомиоцитов с развитием кардиомиопатии. Другие препараты, например трастузумаб, могут вызывать преходящую дисфункцию (тип II). Следует отметить, что такое деление условно, так как в значительной степени результат зависит от того, насколько рано выявлены изменения и начато лечение кардиоваскулярных осложнений. Трудности заключаются и в том, что, как правило, онкологические пациенты получают множество противоопухолевых препаратов и лучевую терапию. При этом кардиотоксическое действие происходит при взаимодействии совместно использованных методов противоопухолевого лечения.

Кардиотоксичность определяется при уменьшении ФВ ЛЖ более чем на 10 % или до уровня ниже 50 %. Это снижение должно быть подтверждено повторными измерениями через 2–3 нед после первого исследования, выявившего начальное снижение ФВ ЛЖ. Для раннего выявления

Таблица 1. Оценка уровней риска кардиотоксичности у онкологических больных (адаптировано из Herrmann J. et al., 2014 г.)

Риск, связанный с противоопухолевым лечением	Риск, связанный с пациентом
Высокий риск (4 балла). Антрациклины, циклофосфан, ифосфамид, клофарабин, герцептин. Промежуточный (2 балла). Доцетаксел, пертузумаб, сунитиниб, сорафениб. Низкий (1 балл). Бевацизумаб, дазатиниб, иматиниб, лапатиниб. Отсутствие риска (0 баллов). Этопозид, ритуксимаб, талидомид	Каждый из перечисленных факторов — 1 балл: – кардиомиопатия или ХСН; – ИБС/эквивалент (заболевания периферических сосудов); – АГ; – СД; – предшествующее лечение антрациклинами; – предшествующая или одновременная лучевая терапия; – возраст <15 или >65 лет; – женский пол
Уровень риска — сумма баллов всех рисков: >6 — очень высокий; 5–6 — высокий; 3–4 — промежуточный; 1–2 — низкий; 0 — очень низкий	

Примечание: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ИБС — ишемическая болезнь сердца; АГ — артериальная гипертензия; СД — сахарный диабет.

Таблица 2. Динамический контроль за пациентами в зависимости от риска кардиотоксичности (адаптировано из Herrmann J. et al., 2014 г.)

Риск	Обследование	Дополнительно (не носит обязательный характер)
Очень высокий	ЭхоКГ с оценкой деформации миокарда левого желудочка перед началом лечения и перед каждым циклом, в конце лечения, через 3, 6, 12 месяцев	ЭКГ, высокочувствительный тропонин I, ЭхоКГ во время химиотерапии
Высокий	ЭхоКГ с оценкой деформации миокарда левого желудочка каждые 3 цикла, в конце, через 3, 6, 12 месяцев	ЭКГ, высокочувствительный тропонин I, ЭхоКГ во время химиотерапии
Промежуточный	ЭхоКГ с оценкой деформации миокарда левого желудочка в середине и в конце лечения, через 3, 6 месяцев	ЭхоКГ, высокочувствительный тропонин I, ЭхоКГ во время химиотерапии
Низкий	ЭхоКГ с оценкой деформации миокарда левого желудочка и/или ЭКГ, с Tn в конце лечения	нет
Очень низкий	нет	нет

субклинической дисфункции оптимальным параметром является глобальная продольная деформация. Снижение GLS более 15 % от исходного значения принято считать значимым, а менее 8 % — не значимым. Динамическое наблюдение таким больным следует проводить в соответствии с уровнем риска кардиотоксичности (табл. 2). Эти показатели в настоящее время широко используются в европейских странах. В России применение их желательно, но не является обязательным, несмотря на высокую значимость.

Кроме того, используются лабораторные показатели: предшественник мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), мозговой натрийуретический пептид (BNP) и высокочувствительный тропонин I (HsTnI).

Согласно имеющимся рекомендациям, профилактические мероприятия и лечение следует проводить как можно раньше. К препаратам с клинически доказанным эффектом относят ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты минералокортикоидов, статины, дексразоксан (для предупреждения

доксорубициновой кардиотоксичности), антитромбоцитарные препараты, антикоагулянты, β-адреноблокаторы. Признана целесообразной комбинация ингибитора АПФ (эналаприл) и β-адреноблокатора (карведилол).

Необходимо помнить и о других возможных осложнениях противоопухолевой терапии, среди которых одним из наиболее частых является ишемия миокарда. Механизмы, за счет которых данные препараты вызывают это заболевание, различны и варьируют от прямого вазоспастического ответа на повреждение эндотелия, острого артериального тромбоза до отдаленных изменений метаболизма жиров и последующего преждевременного развития атеросклероза.

Артериальная гипертензия также является частым сопутствующим заболеванием у онкологических больных. Помимо возрастных особенностей это обусловлено и прессорным эффектом двух групп широко используемых противоопухолевых препаратов: ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и ингибиторов

протеасом. Первая группа препаратов ингибирует образование оксида азота в стенке сосудов, а вторая способствует уменьшению вазодилатации в ответ на действие ацетилхолина, что ведет к вазоконстрикции и вазоспазму.

Нарушения ритма, связанные с лечением онкологических заболеваний, представляют собой сложную проблему, в патогенезе которой участвует множество факторов. Пациенты могут иметь различные виды аритмий сердца, включая синусовую тахикардию, брадиаритмии или тахикардии, нарушения проводимости. Удлинение скорректированного интервала QT (QTc) может сопровождаться развитием жизнеугрожаемой аритмии — желудочковой тахикардии типа пирет. В связи с этим длительность интервала QT и факторы риска, его удлиняющие, должны контролироваться до начала лечения, в процессе и после него. Согласно имеющимся рекомендациям, если выявляется удлинение QTc >500 мс или QTc >60 мс от исходного, следует задуматься о прекращении лечения или использовании альтернативных схем терапии.

Опухолевые клетки влияют на систему гемостаза с помощью различных механизмов, включая прокоагулянтные, антифибринолитические и проагрегантные эффекты, выделение провоспалительных и проангиогенных цитокинов, взаимодействие с клетками сосудов и клетками крови через молекулы адгезии. Венозные тромбозы и тромбоэмболии у онкологических больных довольно распространены, достигая 20 % случаев среди стационарных пациентов, и часто не распознаются. В то же время у больных раком отмечается и повышенный риск кровотечений, что создает дополнительные сложности в ведении таких пациентов.

Лучевое поражение клапанов встречается в 10 % случаев. Отсутствие вовлечения кончиков створок митрального клапана

и комиссур позволяет дифференцировать его от ревматического поражения.

Тяжелые атеросклеротические и неатеросклеротические поражения периферических артерий нижних конечностей могут возникать как в первые месяцы терапии, так и через несколько лет после нее. Последствиями химиолучевой терапии с применением L-аспарагиназы, цисплатина, метотрексата, 5-фторурацила и паклитаксела могут быть синдром Рейно и ишемический инсульт. Согласно имеющимся рекомендациям, пациенты, облучавшиеся по поводу рака головы/шеи или лимфомы, должны проходить цереброваскулярный скрининг. Значительный стеноз (например, сонных артерий) может потребовать стентирования или оперативного лечения.

Легочная гипертензия является редким, но серьезным осложнением при применении некоторых противоопухолевых средств, назначаемых при хроническом миелобластном лейкозе и пересадке стволовых клеток. Легочная гипертензия, вызванная дазатинибом, часто обратима после его отмены, хотя обычно без полного восстановления нормальной гемодинамики правых отделов сердца.

Острый перикардит может возникать при использовании антрациклинов, циклофосфамида, цитарабина и блеомицина. При проведении лучевой терапии он развивается нечасто и обычно связан с перикардиальными медиастинальными опухолями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то что в нашей стране отсутствует специальность «Кардиоонкология», проблеме кардиотоксичности необходимо уделять большое внимание как онкологам, так и кардиологам. Раннее выявление кардиоваскулярных осложнений позволяет избежать стойкого повреждения со стороны сердечно-сосудистой системы в дальнейшем.



БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ



Небиволол 5 мг №14, №28

Небилет®



Эффективное снижение АД²



Хорошая переносимость²



Благоприятное воздействие на метаболические показатели³



Один раз в сутки¹



Два механизма действия¹



Два показания: артериальная гипертензия, стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет



Небилет®
Небиволол 5 мг · β-адреноблокатор селективный
14 таб.
BERLIN-CHEMIE MENARINI



Небилет®
Небиволол 5 мг · β-адреноблокатор селективный
28 таблеток · Для приема внутрь
BERLIN-CHEMIE MENARINI

Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Небилет®. Показания к применению: артериальная гипертензия; стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет. Способ применения и дозы: внутрь, один раз в сутки, желательно в одно и то же время, независимо от времени приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Средняя суточная доза для лечения артериальной гипертензии составляет 5 мг небиволола. Препарат Небилет® можно применять как в монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами. Лечение стабильной ХСН должно начинаться с постепенной титрации дозы небиволола до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Далее осуществляется титрование доз до 2,5–5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза). Противопоказания: повышенная чувствительность к небивололу или к любому из компонентов препарата; печеночная недостаточность (класс В и С по классификации Чайлд-Пью) или нарушения функции печени; острая сердечная недостаточность; кардиогенный шок; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным инотропным действием); тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.); синдром слабости синусового узла, включая синоурикулярную блокаду; атриовентрикулярная (АВ) блокада II и III степени (без электрокардиостимулятора); брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин до начала терапии); нелеченная феохромоцитома (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые нарушения периферического кровообращения; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность в этой возрастной группе не изучены); период грудного вскармливания; одновременное применение с флюокетином, сультопридом (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). С осторожностью: почечная недостаточность тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин/1,73 м2 площади поверхности тела); сахарный диабет; гиперфункция щитовидной железы; аллергические заболевания в анамнезе, псориаз; хроническая обструктивная болезнь легких; облитерирующие заболевания периферических сосудов (пережимающаяся хромота, синдром Рейно); атриовентрикулярная блокада I степени; стенокардия Принцметала; возраст старше 75 лет; артериальная гипотензия; феохромоцитома (при одновременном применении альфа-адреноблокаторов); хирургические вмешательства и общая анестезия; проведение десенсибилизирующей терапии; беременность. Побочное действие (ниже приведены часто встречающиеся нежелательные реакции). Нарушения со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, парестезия. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: одышка. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, диарея, запор. Общие расстройства и нарушения в месте введения: отеки, повышенная утомляемость. Более подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Небилет® от 05.02.2020.

АГ-артериальная гипертензия, ХСН-хроническая сердечная недостаточность

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Небилет® P N011417/01-050220.

2. Van Bortel L. M. et al.; Am J Cardiovasc Drugs 2008; 8 (1): 35-44.

3. Schmidt A. C. et al.; Clin Drug Invest 2007; 27 (12):841-849.

Адрес компании: ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини» 123317, г. Москва, Пресненская набережная, д. 10 БЦ «Башня на набережной», блок Б Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01 <http://www.berlin-chemie.ru>

Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту врача. Подробная инструкция о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Небилет от 05.02.2020. RU_Neb_03_2020_v1_print одобрен 04.2020.

Реклама

ОБЗОР КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Лечение артериальной гипертензии на фоне хронической болезни почек

В 2021 г. опубликовано обновленное руководство KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) по лечению высокого артериального давления (АД) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), не получающих диализ. Ключевыми вопросами в руководстве являются оптимальные целевые значения АД и дифференцированный выбор антигипертензивных препаратов (АГП).



Марина
Васильевна
ЛЕОНОВА

Д.м.н., проф., чл.-кор. РАЕН, клинический фармаколог

Высокая распространенность ХБП в популяции, достигающая 10–15 %, является причиной роста сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности. Эта проблема требует поиска оптимальных стратегий лечения для снижения бремени заболевания, особенно при сочетании ХБП с артериальной гипертензией (АГ). Средства, снижающие АД, являются основой стратегий лечения для замедления прогрессирования ХБП и снижения риска ССЗ. Ключевыми подходами для такой категории пациентов выступают снижение АД, достижение его оптимального уровня, рациональное использование АГП.

ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ХБП

Руководство предлагает для пациентов с АГ и ХБП применение более низкого уровня целевого систолического артериального давления (САД) <120 мм рт. ст., определяемого стандартизированным методом измерения офисного АД, только при хорошей переносимости (в 2012 г. рекомендовался целевой уровень АД <130/80 мм рт. ст.). Оговорено, что применять рекомендованное целевое значение САД <120 мм рт. ст. потенциально опасно для измерения АД, полученного не-стандартным методом. Основанием к данной рекомендации стали результаты крупного метаанализа, который был проведен Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration (2013 г.), включавшего 26 рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) (n = 152290) и 30295 пациентов без АГ со сниженной расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ <60 мл/мин/1,73 м²), показавшие, что клиническая значимость и сердечно-сосудистые преимущества в этой когорте в большей степени зависят от достигнутого эффекта снижения АД. Так, применение гипотензивной терапии со снижением САД на 5 мм рт. ст. обеспечивало уменьшение относительного риска развития серьезных сердечно-сосудистых событий на 17 % в группах пациентов с/без нарушения рСКФ (относительный риск (ОР) составил 0,83 при доверительном интервале (ДИ) 0,79–0,88). При этом абсолютная польза активного лечения пациентов со сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) была более

выраженной в сравнении с пациентами без ее нарушения: предотвращение серьезных сердечно-сосудистых исходов на каждую 1000 участников составило 28 случаев (number needed to treat (NNT) для предотвращения 1 исхода за 4 года, NNT = 35) в сравнении с 19 случаями в группе пациентов без нарушения СКФ (NNT = 53). Позднее был проведен дополнительный анализ результатов крупного РКИ SPRINT (2017 г.), в котором в общей когорте (n = 9361) 2646 участников (28,3 %) имели ХБП. Исходный средний уровень АД составлял 139,2/74,9 мм рт. ст. Оценивалось влияние более интенсивного (<120 мм рт. ст.) и менее интенсивного снижения САД (<140 мм рт. ст.) на смертность, риск развития ССЗ, почечных исходов при средней длительности наблюдения 3,3 года. При интенсивном снижении САД отмечено уменьшение ССЗ (ОР 0,81, ДИ 0,63–1,05) и смертности (ОР 0,72, ДИ 0,53–0,99). В абсолютных значениях в группе интенсивного снижения САД получено на 13 смертей меньше на каждую 1000 пациентов. В подгруппе пациентов с ХБП старше 75 лет эффект был более выраженным: для достижения целевого САД <120 мм рт. ст. необходимо снижение риска ССЗ (ОР 0,64, ДИ 0,45–0,92) и смертности (ОР 0,66, ДИ 0,49–0,90). При этом не было получено неблагоприятного влияния на частоту комбинированного почечного исхода (снижение СКФ ≥50 % или терминальная почечная недостаточность (ТПН)) и протеинурии. Таким образом, результаты исследования SPRINT представляют собой наилучшие доказательства в пользу интенсивного снижения САД как средства повышения выживаемости у пациентов с ХБП и АГ.

Классификация и характеристика ХБП по категориям (KDIGO, 2021)

Стадии по уровню СКФ		Диапазон (мл/мин/1,73 м ²)	Категории альбуминурии		Диапазон (мг/сут)
G 1	Нормальная или оптимальная	>90	A1	Нормальная или незначительно повышенная	<30
G 2	Незначительно сниженная	60–89			
G 3a	Умеренно сниженная	45–59	A2	Умеренно повышенная	30–300
G 3b	Существенно сниженная	30–44			
G 4	Сильно сниженная	15–29	A3	Сильно повышенная	>300
G 5	Терминальная почечная недостаточность	<15			

Результаты дополнительного метаанализа, выполненного экспертами KDIGO, также показали преимущества достижения более низкого целевого САД (<120 мм рт. ст.) в снижении риска общей смертности в разных подгруппах пациентов: АГ и ХБП с/без диабета и без диализа — на 25 % (ОР 0,75, ДИ 0,57–0,99), АГ и ХБП без диабета — на 21 % (ОР 0,29, ДИ

0,69–0,91), в подгруппе АГ и ХБП с протеинурией — снижение комбинированного риска (смертность + терминальная почечная недостаточность (ТПН)) на 20 % (ОР 0,80, ДИ 0,68–0,95).

Целевой уровень САД <120 мм рт. ст. снижает риск сердечно-сосудистых событий и смертности от всех причин при ХБП, однако влияние на прогрессирование почечной недостаточности остается неопределенным. Вместе с тем у большинства пациентов с ХБП и высоким АД, включая ослабленных и пожилых, сердечно-сосудистые преимущества и риск когнитивных нарушений могут быть снижены при целевом САД <120 мм рт. ст. по сравнению с САД <140 мм рт. ст. Доказательства, подтверждающие целевое значение САД <120 мм рт. ст., менее очевидны у отдельных категорий пациентов: при сахарном диабете, более низкой СКФ при ХБП стадий G4–5, значительной протеинурии (>1 г/сут), исходном САД 120–129 мм рт. ст., у молодых (возраст <50 лет) или в старческом возрасте (>90 лет).

ВЫБОР ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ АГ И ХБП

Имеются ограниченные данные об использовании разных классов АГП для лечения высокого АД при ХБП. В РКИ по изучению АГ, в которых участвовали пациенты с ХБП, преимущества влияния на сердечно-сосудистые исходы получили ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция. Этим классам уступали β-адреноблокаторы, но они часто показаны при определенных состояниях,

системы (РААС), антагониста кальция и диуретиков — в рекомендуемых дозах недостаточна для контроля АД, дополнительная терапия может включать антагонист минералокортикоидных рецепторов или АГП других групп.

БЛОКАТОРЫ РААС У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ХБП

ИАПФ и БРА являются наиболее изученными АГП, которые обеспечивают значительную защиту почек и сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХБП и рекомендованы KDIGO (2013, 2021 гг.) в качестве терапии первой линии для пациентов с недиабетической ХБП, особенно с протеинурией, а также они более предпочтительны для лечения пациентов с диабетической ХБП и протеинурией даже при отсутствии высокого АД.

Поиск обоснований и убедительных доказательств наличия дополнительного защитного эффекта блокаторов РААС по сравнению с другими АГП получил продолжение в двух последовательных метаанализах, включавших только РКИ с участием когорты пациентов с АГ и ХБП наиболее уязвимых стадий G3–5, составляющих значительную долю в популяции (более 10 %) и имеющих высокий риск прогрессирования заболевания почек и развития ТПН.

В крупном метаанализе Xie X. (2016 г.), включавшем 119 РКИ с участием 64768 пациентов с ХБП (СКФ <60 мл/мин/1,73 м²) с/без диабета, были установлены преимущества лечения блокаторами РААС по сравнению с другими АГП или плацебо в отношении почечных и сердечно-сосудистых исходов. ИАПФ и БРА значительно снижали риск почечной недостаточности (удвоение сывороточного креатинина, снижение СКФ на 50 % или ТПН) на 39 и 30 % (ОР 0,61, ДИ 0,47–0,79; ОР 0,70, ДИ 0,52–0,89) соответственно в сравнении с плацебо, а также на 35 и 25 % (ОР 0,65, ДИ 0,51–0,80; ОР 0,75, ДИ 0,54–0,97) соответственно в сравнении с другими классами АГП, которые не показали влияния на почечные исходы. ИАПФ и БРА снижали риск серьезных сердечно-сосудистых исходов в сравнении с плацебо на 18 и 24 % (ОР 0,82, ДИ 0,71–0,92; ОР 0,76, ДИ 0,62–0,89) соответственно. Кроме того, проведение сравнительного анализа БРА и ИАПФ показало преимущество последнего с более высокой вероятностью уменьшения почечной недостаточности, сердечно-сосудистой и общей смертности.

В другом сетевом метаанализе Zhang Y. (2020 г.), основанном на большом количестве РКИ и пациентов с АГ, ХБП стадий G3–5 с/без диабета (44 РКИ, n = 42319), проводилось сравнение того, насколько эффективно разные классы АГП способны предотвратить развитие почечных и сердечно-сосудистых исходов, а также снизить риск сердечно-сосудистой и общей смертности. По предотвращению развития почечных исходов монотерапия ИАПФ была достоверно более эффективной, чем плацебо (ОР 0,54, ДИ 0,41–0,73), другой контроль (ОР 0,54, ДИ 0,33–0,87), антагонисты кальция (ОР 0,67, ДИ 0,50–0,89), β-адреноблокаторы (ОР 0,60, ДИ 0,37–0,96) и БРА (ОР 0,7, ДИ 0,52–0,97). Монотерапия БРА имела достоверное преимущество в сравнении с плацебо (ОР 0,76, ДИ 0,58–1,00). По предотвращению сердечно-сосудистых исходов только ИАПФ

таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и систолическая сердечная недостаточность с пониженной фракцией выброса. Многим пациентам с АГ и ХБП, у которых уровень АД превышен на 20 мм рт. ст. и более целевого значения, обычно требуется комбинация 2 или более препаратов. Если комбинация 3 препаратов — блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой

Клинические рекомендации KDIGO

Рекомендации	Сила/качество рекомендации
Основные	
Начинать прием блокаторов РААС (ИАПФ или БРА) пациентам с высоким АД, ХБП и сильно повышенной альбуминурией (G1–4, A3) без диабета	1B
Начинать прием блокаторов РААС (ИАПФ или БРА) пациентам с высоким АД, ХБП и умеренно повышенной альбуминурией (G1–4, A2) без диабета	2C
Начинать прием блокаторов РААС (ИАПФ или БРА) пациентам с высоким АД, ХБП и умеренно или сильно повышенной альбуминурией (G1–4, A2 и A3) с диабетом	1B
Избегать комбинации ИАПФ, БРА и прямых ингибиторов ренина у пациентов с ХБП, с диабетом или без него	1B
Дополнительные	
Рационально лечить пациентов с высоким АД, ХБП и отсутствием альбуминурии, с диабетом или без него, с помощью блокаторов РААС (ИАПФ или БРА)	
Следует применять блокаторы РААС (ИАПФ или БРА), используя наивысшую разрешенную дозу, которая переносится для достижения преимуществ, поскольку доказанная польза была достигнута в исследованиях с использованием этих доз	
Изменения АД, сывороточного креатинина и калия следует проверять в течение 2–4 недель после начала или увеличения дозы блокаторов РААС в зависимости от исходной СКФ и уровня калия в сыворотке	
Продолжать терапию ИАПФ или БРА, если сывороточный креатинин не повысился более чем на 30 % в течение 4 недель после начала лечения или увеличения дозы	
Гиперкалиемию, связанную с использованием блокаторов РААС, можно контролировать с помощью мер по снижению уровня калия в сыворотке, а не уменьшением дозы или прекращением приема блокаторов РААС	
Рассмотреть возможность снижения дозы или прекращения приема ИАПФ или БРА на фоне симптоматической гипотензии или неконтролируемой гиперкалиемии, несмотря на лечение, или для уменьшения симптомов уремии при лечении почечной недостаточности (рСКФ <15 мл/мин/1,73 м²)	
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов эффективны для лечения рефрактерной АГ, но могут вызывать гиперкалиемию или обратимое снижение функции почек, особенно у пациентов с низкой рСКФ	

Примечание 1. Сила рекомендации: 1 — «сильная» (рекомендуется); 2 — «слабая» (предлагается). Качество рекомендации: А — высокое; В — умеренное; С — низкое; D — очень низкое.
Примечание 2. Высокое АД — уровень выше целевого АД; РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система; ИАПФ — ингибитор ангиотензин-превращающего фермента; БРА — блокатор рецепторов АТII

и БРА достоверно снижали риск в сравнении с плацебо на 23 и 13 % (ОР 0,73, ДИ 0,64–0,84; ОР 0,83, ДИ 0,70–0,98), а ИАПФ имели преимущество и в сравнении с активным контролем (ОР 0,66, ДИ 0,45–0,98). Однако ИАПФ/БРА не получили преимуществ в защите сердечно-сосудистой системы над диуретиками, антагонистами кальция и β-адреноблокаторами. Монотерапия ИАПФ значительно снижала риск сердечно-сосудистой и общей смертности на 27 и 23 % по сравнению с плацебо, а также показала преимущество перед БРА в дополнительном снижении рисков на 37 и 24 %. Комбинированная терапия ИАПФ + БРА не превосходила монотерапию ИАПФ или БРА, контроль и другие АГП для любых исходов.

В рамках руководства KDIGO дополнительно были выполнены метаанализы по оценке эффективности блокаторов РААС у пациентов с АГ и ХБП в зависимости от наличия сахарного диабета. В когорте пациентов с АГ и ХБП без диабета метаанализ показал преимущество ИАПФ над другими АГП по протективному влиянию на сердечно-сосудистые и почечные исходы. ИАПФ значительно снижали риск сердечно-сосудистых событий — на 43 %, ТПН — на 49 %, особенно в подгруппах с протеинурией (A2–3), где наблюдалось снижение риска на 42 и 68 % соответственно, а также риска комбинированного почечного исхода (ТПН + удвоение креатинина) — на 49 %. В метаанализе исследований в когорте пациентов с АГ, хронической почечной недостаточностью (ХПН) и сахарным диабетом ИАПФ убедительно снижали риск развития почечных исходов: наступления ТПН — на 40 %, комбинированного исхода — на 42 %, а также риск прогрессирования микро- в макропротеинурию — на 55 %, хотя и не было выявлено достоверного уменьшения смертности (ОР 0,79). БРА также имели эффект снижения риска развития тех же почечных исходов, особенно на фоне протеинурии (A2–3) — на 23, 16 и 44 % соответственно. При этом для БРА было отмечено уменьшение риска сердечно-сосудистых исходов на 21 %, но без влияния на общую смертность.

Таким образом, терапия блокаторами РААС у пациентов с АГ и ХБП является наиболее эффективной для защиты функций почек и сердечно-сосудистой системы. ИАПФ превосходят БРА и другие АГП, а также показывают самую высокую вероятность быть наиболее эффективным методом лечения у недиализных пациентов с ХБП и АГ.

Наличие кардио- и ренопротекторных эффектов блокаторов РААС обеспечивается особым фармакодинамическим действием. Благодаря ингибированию эффектов ангиотензина II, который оказывает сильное сосудосуживающее действие на постгломерлярную сосудистую систему, блокаторы РААС эффективно снижают фильтрационное давление, улучшают размер пор в клубочках для уменьшения протеинурии и предотвращения повреждения почек. ИАПФ имеют брадикининовые эффекты, которые способствуют ослаблению негативного воздействия гипергликемии на микрососуды почек у пациентов с сахарным диабетом. Кроме того, ИАПФ могут приводить к увеличению ангиотензина 1–7, что снижает уровень ингибитора активатора плазминогена-1, который является еще одним фактором риска для функции почек.

Кроме того, наличие кардио- и ренопротекторных эффектов у блокаторов РААС придает препаратам большую клиническую значимость, обеспечивая очевидную пользу, несмотря на потенциальные нежелательные эффекты, включая гиперкалиемию, острое повреждение почек. В этой связи рекомендуется избегать любой комбинации ИАПФ, БРА и прямых ингибиторов ренина у пациентов с ХБП вне зависимости от наличия диабета.

ДРУГИЕ АГП У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ХБП

Проводилась оценка других АГП по влиянию на основные исходы у пациентов с АГ и ХБП. Наибольшее внимание уделено дигидропиридинам класса антагонистов кальция. Проведен крупный метаанализ Zhao H.J. (2016 г.), в котором на основе данных 8 РКИ с участием 25647 пациентов с АГ, ХБП и/или сахарным диабетом проведено сравнение отдаленной эффективности (не менее 2 лет наблюдения) дигидропиридинов и блокаторов РААС. В группе терапии дигидропиридинами отмечена значительно более высокая частота наступления ТПН по сравнению с терапией ИАПФ/БРА при одинаковом снижении уровня АД (ОР 1,25, ДИ 1,05–1,48). Хотя ИАПФ и БРА показали лучший ренопротекторный эффект, не было существенных различий между блокаторами РААС и дигидропиридинами по влиянию на общую смертность (ОР 0,96).

В метаанализе Lin Y.C. (2017 г.), включавшем 21 РКИ с участием 9492 пациентов с АГ и ХБП стадий G3–5, сравнивались

эффекты антагонистов кальция и блокаторов РААС на сердечно-сосудистые и почечные исходы. Результаты не показали значительных различий по гипотензивному эффекту, снижению смертности, сердечно-сосудистых событий, а также почечных исходов между антагонистами кальция и блокаторами РААС у пациентов с более выраженным проявлением ХБП.

Следовательно, антагонисты кальция не увеличивают смертность у пациентов с ХБП и обладают более слабым

ренопротекторным действием по сравнению с терапией ИАПФ/БРА, что в сочетании с их выраженным гипотензивным эффектом и благоприятным метаболическим профилем может использоваться для предпочтительной комбинации с блокаторами РААС у пациентов с АГ и ХБП.

Проведенный метаанализ в рамках руководства KDIGO других классов АГП (β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, прямые ингибиторы ренина) показал, что эти препараты мало или совсем не оказывают влияния на сердечно-сосудистые и почечные исходы (ТПН, удвоение креатинина, снижение СКФ) у пациентов с АГ, ХБП и протеинурии в сравнении с плацебо.

СРАВНЕНИЕ KDIGO И НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ХБП

Национальные клинические рекомендации по ХБП (2021 г.) согласуются с руководством KDIGO по предпочтительному выбору ИАПФ и БРА пациентам с ХБП стадий G3–5 вне зависимости от наличия АГ и диабета при отсутствии противопоказаний для эффективной фармакотерапии, снижения протеинурии и рисков прогрессирования дисфункции почек (ренопротекции), сердечно-сосудистых событий и смерти от всех причин (уровень рекомендации A1), а также комбинации блокаторов РААС с антагонистами кальция (уровень рекомендации B1) и диуретиками (уровень рекомендации A2). Вместе с тем рекомендуемые целевые показатели САД более консервативны: снижение САД до 130–139 мм рт. ст. при протеинурии A1–2 (уровень рекомендации A1) и до 120–130 мм рт. ст. при протеинурии A3 (уровень рекомендации B1).

Список литературы находится в редакции



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 2021

21–23 ОКТЯБРЯ 2021 ГОДА | САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

КОНГРЕССНО-ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР «ЭКСПОФОРУМ»
(ПЕТЕРБУРГСКОЕ ШОССЕ, Д. 64/1)

реклама

В Ф О К У С Е

Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия при различных клинических состояниях

Сегодня временная или постоянная кроверазжижающая терапия занимает одно из ведущих мест в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Что нового появилось в клинических рекомендациях за последние годы? Какие схемы назначения успели стать золотым стандартом?



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»

ПОСТОЯННАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ МОНОТЕРАПИЯ

В последнее десятилетие изменилось отношение к профилактическому применению ацетилсалициловой кислоты. Оптимистичные результаты клинических исследований 1970-х годов доказали эффективность ее ежедневного приема для профилактики неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Зачастую прием ацетилсалициловой кислоты рекомендовали рутинно лицам среднего и пожилого возраста. Согласно последним клиническим рекомендациям, для назначения постоянной антиагрегантной терапии требуется доказательство развития атеросклероза — утолщение комплекса интима-медиа или появление начального атеросклероза по данным ультразвуковой доплерографии сосудов, инструментальные признаки ишемии миокарда, клиническая картина ишемической болезни сердца (ИБС), перемежающаяся хромота, перенесенный инфаркт миокарда или головного мозга в анамнезе. Перед назначением учитывается риск развития кровотечений, а при необходимости назначается курсовой прием гастропротекторов.

ДВУХКОМПОНЕНТНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ

В ряде случаев доказанного атеросклероза постоянной терапии ацетилсалициловой кислоты в профилактической дозе оказывается недостаточно. Добавление второго антиагреганта целесообразно при стабильном течении ИБС, но наличии высокого риска, ишемических событий (доказанном многососудистом атеросклеротическом поражении коронарных артерий без хирургической коррекции вследствие отсутствия гемодинамически значимых стенозов или отказа больного от предложенной хирургической реваскуляризации в сочетании с одним из следующих признаков: сахарный диабет, постинфарктный кардиосклероз, атеросклеротическое поражение нижних конечностей, хроническая болезнь почек). Добавление второго антиагреганта **абсолютно показано** при проведении чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием коронарных или магистральных артерий.

При этом рекомендованы комбинации ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелом, а в некоторых случаях — с тикагрелом. Добавление однократного приема клопидогрела в дозировке 75 мг/сут показано во всех случаях ЧКВ со стентированием сроком на 6 мес вне зависимости от типа установленного стента. В случае возникновения жизнеугрожающего кровотечения и его высокого риска продолжительность терапии клопидогрелом может быть сокращена до 3 мес, а при крайне высоком риске — до 1 мес.

ПОСТОЯННАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЯМЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Наличие одной из форм фибрилляции предсердий (ФП) — пароксизмальной, персистирующей, постоянной, тромбозов и тромбоэмболических эпизодов в анамнезе или их крайне высокого риска (венозные тромбозы, тромбоэмболия легочной артерии, генетически обусловленная склонность к гиперкоагуляции) требует назначения постоянной терапии прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК). Раньше для этой цели использовались антагонисты витамина К (фенилин, варфарин), требующие скрупулезного подбора дозы и постоянного лабораторного контроля уровня гипокоагуляции. В наши дни золотым стандартом стали препараты из группы новых оральные антикоагулянты (НОАК), к которым относятся прямые ингибиторы тромбина, такие как дабигатран, или прямые ингибиторы фактора Ха — апиксабан, ривароксабан. Прием этих препаратов не требует скрупулезного соблюдения диеты, частой смены дозировок и лабораторного контроля, а также сопряжен с меньшим риском развития кровотечений.

КОМБИНАЦИЯ АНТИАГРЕГАНТНОЙ И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Сочетание ИБС с патологией, сопровождающейся высоким риском тромбообразования

(аритмии, прежде всего ФП, эпизоды венозных тромбозов и/или эмболий в анамнезе, наличие протезов клапанов сердца), требует назначения комбинированной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии. В то же время двойная антиагрегантная терапия, усиленная назначением антикоагулянта (тройная терапия), повышает риск различных кровотечений (главным образом желудочно-кишечных, маточных, посттравматических) и геморрагического инсульта. Подход к ее назначению должен быть дифференцированным, с обязательным расчетом прогнозируемого риска кровотечений по различным шкалам. Наиболее информативной признана шкала HAS-BLED (табл.). Сумма баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3 указывает на высокий риск кровотечений.

Необходимость сочетанного приема ПОАК и антиагрегантов чаще всего возникает при наличии постоянной формы ФП и/или высоком риске тромбоэмболических осложнений у пациентов, перенесших стентирование коронарных или магистральных артерий. Согласно международным рекомендациям, после планового ЧКВ пациентам с ФП и высоким риском инсульта рекомендовано рассмотреть назначение тройной антитромботической терапии (ПОАК в сочетании с ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом) на 1 мес независимо от типа стента. При этом в последнее время появились данные о том, что комбинация клопидогрела с антикоагулянтом может быть не менее эффективной, а также более безопасной по сравнению с тройной антитромботической терапией у пациентов с ФП и острым коронарным синдромом. Поэтому по истечении первого месяца рекомендовано сочетание 75 мг клопидогрела и прямого перорального антикоагулянта в течение 6 мес, с дальнейшим переходом на монотерапию антикоагулянтом либо сочетанием антикоагулянта и ацетилсалициловой кислоты пожизненно.

При назначении антагониста витамина К совместно с антиагрегантом (сочетание

протезированного клапана сердца или клапанной ФП с имплантацией стента) рекомендовано действовать аналогично, при этом уровень МНО не должен превышать 2,5, даже если рекомендовано поддерживать более высокий показатель.

ПОСТОЯННАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К

На сегодняшний день постоянная гипокоагуляция антагонистами витамина К с периодическим лабораторным контролем уровня МНО абсолютно показана лишь в случае протезирования клапанов сердца или клапанной ФП в сочетании с некоррегированным митральным стенозом. Доказано, что использование на постоянной основе других классов антиагрегантов и антикоагулянтов сопряжено с высоким риском тромбоза протеза и развития его дисфункции. Установка биологического протеза одного из клапанов сердца предполагает **временную** терапию антагонистом витамина К в течение 3 мес (целевой уровень МНО составляет 2,0–2,5 для всех позиций имплантации). Имплантация механического протеза предполагает **пожизненную** терапию антагонистом витамина К, при этом целевой уровень МНО отличается в зависимости от позиции имплантации (2,5–3,0 — для аортальной, 3,0–3,5 — для митральной и трикуспидальной). Повышение уровня МНО более 4,5 значительно увеличивает риск кровотечений и требует временной отмены препарата до момента достижения целевого значения с дальнейшей коррекцией дозировки и/или выявления причины увеличения степени гипокоагуляции, которая чаще всего бывает алиментарной.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ COVID-19

Доказанное повышение риска тромбообразования на фоне новой коронавирусной инфекции привело к тому, что антикоагулянтная терапия стала базовым методом лечения и профилактики осложнений COVID-19. Согласно последним временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции (версия 11 от 7 мая 2021 г.), пациенты со среднетяжелым и тяжелым течением должны получать профилактические дозы низкомолекулярного гепарина подкожно, которые рассчитываются в зависимости от их массы тела. В стационаре при повышении маркеров гиперкоагуляции (D-димер, фибриноген) назначаются лечебные дозы низкомолекулярного гепарина или гепарина, однако в этом случае требуется постоянный лабораторный контроль уровня гипокоагуляции (АЧТВ). Пациентам, проходящим лечение на амбулаторном этапе без ежедневного медицинского наблюдения, целесообразно назначение ПОАК (ривароксабан в дозе 10 мг 1 р/сут или апиксабан в дозе 2,5 мг 2 р/сут). При амбулаторном назначении антикоагулянтов важно полноценно выявлять возможные противопоказания (кровотечения в анамнезе, почечная и печеночная недостаточность, нарушения свертываемости крови различного генеза). Продолжительность постоянной терапии может достигать 30 сут с момента появления симптомов заболевания.

Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLED

Показатель	Комментарий	Баллы
Гипертония	Неконтролируемая, систолическое АД >160 мм рт. ст.	1б
Нарушение функции печени	Цирроз, нарушения в печеночных пробах: билирубина >2 норм + АЛТ/АСТ/ЩФ >3 норм	1б
Нарушение функции почек	Диализ, трансплантация почки, креатинин >200 мкмоль/л	1б
Инсульт в анамнезе	Особенно лакунарный	1б
Кровотечения	Большие кровотечения в анамнезе (интракраниальное, либо требующее госпитализации, либо со снижением Hb >2 г/л, либо требующее гемотранфузии), анемия или предрасположенность к кровотечениям	1б
Лабильное МНО	<60 % времени в терапевтическом диапазоне, высокое МНО	1б
Возраст	>65 лет	1б
Прием лекарств	Прием лекарств, усиливающих риск кровотечения: антиагрегантов, НПВП	1б
Злоупотребление алкоголем	>8 рюмок в неделю	1б

Примечание: АД — артериальное давление; АЛТ — аланинаминотрансфераза; АСТ — аспартатаминотрансфераза; ЩФ — щелочная фосфатаза; МНО — международное нормализованное отношение; НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

Д И А Г Н О З

Постпрандиальная гликемия и сердечно-сосудистый риск

Одной из центральных тем недавно прошедшего вебинара на тему кардиометаболической медицины стало обсуждение постпрандиальной гликемии (ППГ). О важности контроля показателей постпрандиальной глюкозы для сердечно-сосудистой системы рассказал Александр Сергеевич АМЕТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Приводим основные тезисы его выступления.

Гомеостаз глюкозы — способность организма человека поддерживать постоянную гликемию. Уровень ППГ определяется всасыванием глюкозы из желудочно-кишечного тракта, ее эндогенной продукцией и утилизацией. У пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа эндогенная продукция глюкозы вносит весомый вклад в формирование постпрандиального уровня глюкозы. Эффективный жесткий контроль в норме, согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации, подразумевает баланс «триады», состоящей из HbA1c, глюкозы натощак и ППГ. Решающая роль принадлежит пластичности эндокринного аппарата поджелудочной железы, которая в норме адекватно реагирует на потребность организма в инсулине. Повышение содержания глюкозы в крови служит сигналом для островковой бета-клетки, который активирует глюкокиназу, а она в свою очередь запускает каскад внутриклеточных реакций. Конечным результатом этого процесса является выброс инсулина — резкий пикообразный подъем его концентрации в ранние сроки после поступления глюкозы в кровь. У пациентов с СД 2 типа инсулинемическая кривая уплощена, так как бета-клетки перестают реагировать на повышение концентрации глюкозы в крови. На начальных этапах патологические реакции бета-клеток (нарушение чувствительности к глюкозе, биосинтеза и секреции инсулина, истощение его резервов) носят обратимый характер. На более поздних этапах развиваются амилоидоз и апоптоз бета-клеток, происходит их трансформация в альфа-клетки. Масса функционирующих инсулин-продуцирующих единиц уменьшается.

ППГ является важной характеристикой контроля углеводного обмена. СД 2 типа характеризуется постепенной утратой прандиальной секреции инсулина. Показано, что потере постпрандиального гликемического контроля предшествует ступенчатое ухудшение показателей гликемии натощак с обострением диабета. Профессор Monnier показал, что чем больше «стаж» диабета, тем выше постпрандиальные показатели. Кроме того, результаты его исследований свидетельствуют о том, что нормальные показатели HbA1c отнюдь не гарантируют благоприятный профиль ППГ. Оказалось, что пациенты даже с уровнем HbA1c в целевом диапазоне могут в течение суток находиться 13,5 ч в постпрандиальном состоянии гипергликемии, а органы-мишени, прежде всего стенка сосудов, все это время подвергаются воздействию глюкозотоксичности.

Нарушение прандиальной регуляции относятся к острой глюкозотоксичности. При ее персистенции речь следует вести уже о хронической глюкозотоксичности — тотальном нарушении гомеостаза глюкозы. Одним из пусковых механизмов реализации патологических эффектов глюкозотоксичности признан оксидативный стресс, нарушающий функцию эндотелия сосудов. Поражение структур микро- и макроцирку-

чем у тех, кто находился в нем менее 50 % времени. Потеря каждых 10 % времени в целевом диапазоне сопряжена с увеличением риска осложнений СД 2 типа: ретинопатии — на 64 %, микроальбуминурии — на 40 %, утолщения комплекса интима-медиа — на 6,4 %.

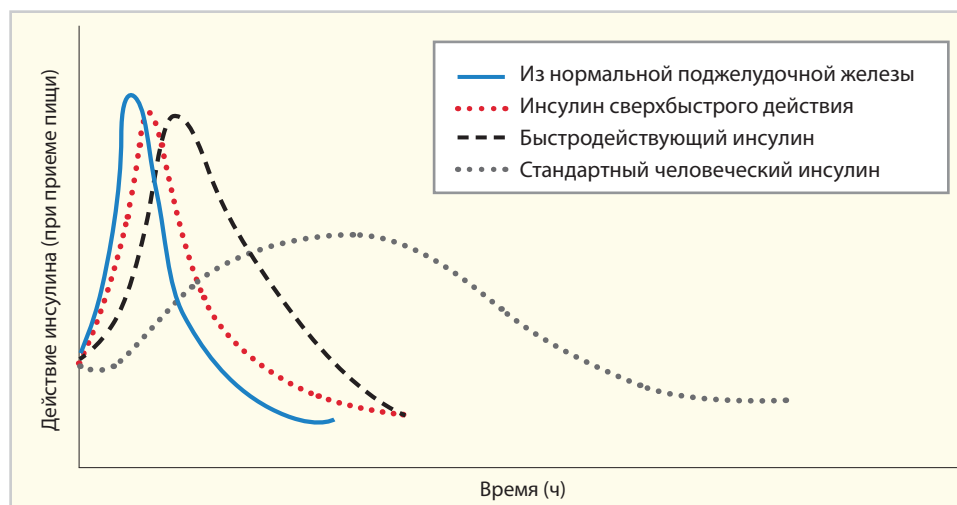
Глюкокардиомониторирование подтвердило, что повышение уровня глюкозы протекает с многочисленными эпизодами ишемии с депрессией сегмента ST и удлинением

По данным исследований последних лет, постпрандиальная гипергликемия при сахарном диабете 2 типа ассоциирована с увеличением толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, снижением миокардиального кровотока, ухудшением когнитивных функций у пациентов не только старшего, но и молодого возраста

ляторного русла формирует перспективу развития невропатий, ретинопатии, нефропатии и многих других осложнений СД. Особенно опасны выраженные колебания уровня глюкозы с периодами гипер- и гипогликемии в течение суток. Показано, что при СД 2 типа колебания уровня глюкозы в течение суток больше 3,4 ммоль/л ассоциированы с сердечно-сосудистыми осложнениями. В проведенных на эту тему исследованиях смертность от сердечно-сосудистых заболеваний ниже у пациентов, которые 85 % времени находятся в пределах целевого диапазона значений гликемии,

интервала QT. Постпрандиальная гипергликемия негативно влияет на липидный профиль путем стимуляции катаболизма холестерина липопротеидов высокой плотности и нарушения выведения триглицеридов и липопротеидов низкой плотности. По данным исследований последних лет, постпрандиальная гипергликемия при СД ассоциирована с увеличением толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, снижением миокардиального кровотока, ухудшением когнитивных функций у пациентов не только старшего, но и молодого возраста.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ИНСУЛИНА И ПРОФИЛИ АНАЛОГОВ ИНСУЛИНА ЧЕЛОВЕКА



ППГ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Несмотря на то что ППГ является одним из ключевых проявлений СД 2 типа, многие врачи продолжают ориентироваться только на показатели HbA1c и глюкозы натощак. Между тем ППГ широко распространена среди пациентов с так называемыми хорошими показателями метаболического контроля. Показано, что у 70 % пациентов при уровне HbA1c <7,3 % имеется ППГ. Контроль ППГ способствует более эффективно-му контролю HbA1c.

Также известен феномен метаболической памяти, ярко продемонстрированный в исследовании UKPDS: ранний интенсивный контроль глюкозы натощак и ППГ создает долгосрочные преимущества для предупреждения микро- и макрососудистых осложнений СД. Не нужно забывать, что парадигма контроля СД 2 типа меняется, соответственно, сегодня мы все чаще должны обращать внимание не только на привычные показатели, такие как HbA1c и глюкоза натощак, но и на время нахождения пациента в целевом диапазоне значений глюкозы, а также на уровень ППГ.

Как правильно определять ППГ? Выяснилось, что пик ППГ у пациентов, принимающих инсулинотерапию, приходится на период менее 2 ч после приема пищи. Время для наиболее точного измерения ППГ составляет 1 ч 15 мин от начала приема пищи, хотя существует индивидуальная вариабельность. Последние исследования показывают, что уровень гликемии через 1 ч после глюкозотолерантного теста можно считать более значимым предиктором риска развития осложнений СД, чем результаты измерений спустя 2 ч, а также независимым фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний на фоне оксидативного стресса, системного воспаления и активации свертывающей системы крови.

Бесспорно, нужно контролировать все показатели достижения нормогликемии: ППГ, глюкозу натощак, HbA1c, время в целевом диапазоне. Но именно ППГ опасна острой глюкозотоксичностью с ее негативным вкладом в сердечно-сосудистые исходы. Поэтому препараты, предотвращающие резкий подъем гликемии в течение 1-го часа после еды, способны улучшить сердечно-сосудистый прогноз.

Для контроля прандиальной гликемии сегодня разработан препарат инсулина сверхбыстрого действия (инсулин аспарт). Его эффект реализуется уже через 1–10 мин после введения, пик активности приходится на период 45–90 мин, а продолжительность эффекта составляет 3–5 ч. Этим параметрам удалось достичь благодаря созданию новой лекарственной формы аналога инсулина человека, в которую включены никотинамид как модификатор всасывания и L-аргинин в качестве стабилизатора. Такой сверхбыстродействующий инсулин лучше, чем быстродействующий или стандартный, имитирует физиологическую секрецию инсулина нормальной поджелудочной железой (рис.), обеспечивает раннюю супрессию эндогенной продукции глюкозы и имеет оптимизированный профиль для использования в помповой терапии.

Записала Екатерина Демьяновская

Европейский конгресс кардиологов: самое важное и интересное

◀ Окончание, начало на с. 4

практику, однако стоит признать, что результаты проведенной работы заслуживают внимания кардиологического сообщества.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕКТОМИЯ ИЛИ СТЕНТИРОВАНИЕ СОННОЙ АРТЕРИИ (ИССЛЕДОВАНИЕ ACST-2)

В рамках исследования ACST-2 выполнено сравнение каротидной эндартектики и стентирования сонных артерий у пациентов с бессимптомным гемодинамически значимым стенозом сонных артерий. В исследовании включено 3625 человек, у 97 % которых величина стеноза превышала 70 %. Частота серьезных осложнений, главным образом фатальных и инвалидизирующих инсультов, в обеих группах оказалась сопоставимой.

Однако вряд ли полученные результаты можно напрямую применить к реальной клинической практике. Обе процедуры в значительной степени являются оператор-зависимыми, поэтому исходы вмешательства в каждом конкретном центре могут различаться.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ключевые изменения в клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХСН прежде всего связаны с появлением ингибиторов SGLT2 (дапаглифлозина

и эмпаглифлозина) среди препаратов первой линии в терапии пациентов с СН со сниженной ФВ (уровень I). По результатам исследований DAPA-HF и EMPEROR-Reduced эти препараты окончательно вошли в обязательную программу лечения систолической ХСН наряду с ингибиторами АПФ, бета-блокаторами и АМР.

В 2020 г. с довольно скромным результатом завершилось исследование VICTORIA, в котором изучали эффективность верицигуата — нового представителя класса стимуляторов растворимой гуанилатциклазы. Верицигуат продемонстрировал снижение риска достижения суммарной конечной точки на 10 % без влияния на сердечно-сосудистую смертность. Препарат включен в новые рекомендации с уровнем доказательности IIb. На сегодняшний день верицигуат в России не зарегистрирован.

В разделе, касающемся лечения ХСН с умеренно сниженной ФВ (рис. 3), эксперты признали возможность применения всех классических препаратов, используемых в терапии ХСН со сниженной ФВ (ингибиторов АПФ, БРА, бета-блокаторов, АРНИ) с уровнем IIb.

Обсуждение скрининга железодефицита и роли ферротерапии у пациентов с ХСН ведется достаточно давно. В тексте новых рекомендаций эксперты ESC предлагают проводить периодический скрининг на анемию и железодефицит (уровень I). Если у пациента с СН уровень ферритина <100 нг/мл, рекомендуется внутривенное назначение железа карбоксимальтозата (уровень IIa). Применение

эритропоэтина для лечения анемии у этих пациентов не рекомендуется (уровень III).

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Клинические рекомендации по профилактике ССЗ отчасти представляют собой интеграцию нескольких документов, касающихся основных факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет и т.д.). Самое значимое обновление в этом документе касается изменения системы стратификации риска. На смену существовавшей почти два десятилетия шкале SCORE пришла шкала SCORE-2 (рис. 4), в которой, в отличие от предшественницы, рассчитывается риск не только фатальных, но и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет, что, безусловно, более корректно и удобно с практической точки зрения, в том числе для мотивационного консультирования пациента. Шкала SCORE-2 представлена в 4 вариантах для стран с различным базовым риском. Россия, к сожалению, входит в группу стран с максимальным (очень высоким) риском.

Обращает внимание то, что в качестве показателя липидного обмена используют не общий холестерин, а не-ЛПВП-холестерин, т.е. разность между величинами общего холестерина и холестерина липопротеинов высокой плотности (холестерина-ЛПВП). Кроме того,

такие переменные, как артериальное давление и не-ЛПВП, выражены не одним значением, как раньше, а диапазоном величин.

Помимо новой системы оценки риска в рекомендациях появилось еще несколько интересных и важных с практической точки зрения позиций:

1. Мигрень с аурой — дополнительный фактор риска ССЗ (уровень IIa). Рекомендуется избегать назначения/применения оральных контрацептивов при мигрени с аурой, поскольку это повышает риск тромбоза (уровень IIb).
2. Не рекомендуется проведение дополнительных лабораторно-инструментальных исследований для реклассификации риска, что касается генетического скрининга, определения биомаркеров, а также применение сосудистых тестов и визуализации. Исключение составляют определение коронарного кальциевого индекса и ультразвуковая доплерография сонных артерий (уровень III).
3. В исследованиях 2019–2020 гг. (LoDoCo и COLCOT-2) показана эффективность колхицина у пациентов после инфаркта миокарда и при хронических коронарных синдромах. В рекомендации добавлена возможность применения низкой дозы колхицина (0,5 мг/сут) у пациентов с ишемической болезнью сердца (уровень IIb).

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов

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

Пациентка Г. 63 лет с желудочковыми и наджелудочковыми нарушениями ритма сердца, обмороком.

Анамнез

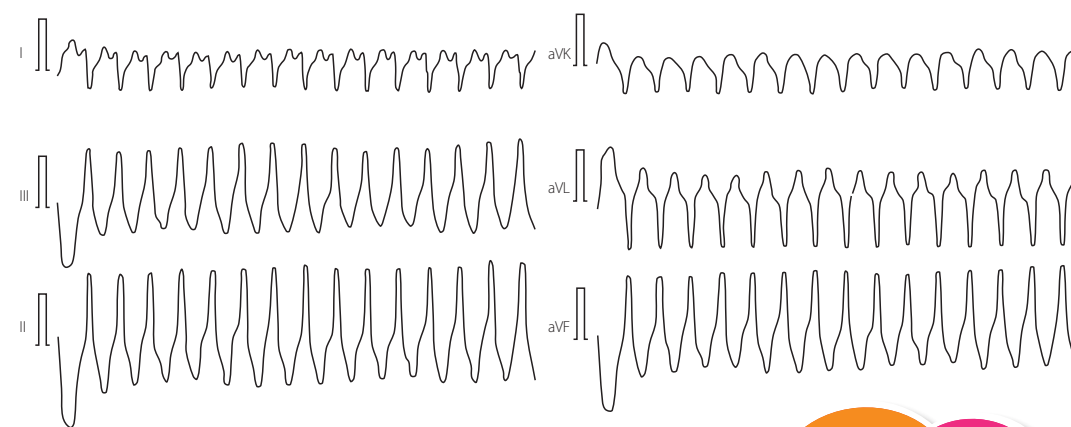
Из анамнеза известно, что женщина длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом артериального давления (АД) до 200/100 мм рт. ст. Адаптирована к АД 120–130/70–80 мм рт. ст. На фоне подобранной терапии достигнуты целевые значения АД. Около 10 лет регистрируется пароксизмальная мерцательная аритмия. С января 2017 г. назначена постоянная терапия амиодароном 200 мг/сут. Тогда же начата антикоагулянтная терапия. Отмечает ухудшение состояния месяц назад, когда без видимой причины и каких-либо предвестников развился стойкий эпизод потери сознания (со слов родственников пациентки, продолжительностью до 40 мин). Родственниками была вызвана бригада скорой медицинской помощи. На электрокардиограмме (рис.) зарегистрирована желудочковая тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 165 уд/мин.

Объективно

Рост — 160 см, вес — 68 кг. Индекс массы тела — 26,5 кг/м². Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний и отеков нет. Частота дыхательных движений — 17 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Ритм правильный. ЧСС — 74 уд/мин. АД — 122/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. При эхокардиографии фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) составила 35 %. Отмечаются дилатация всех камер сердца, диастолическая дисфункция ЛЖ, а также повышение трабекулярности ЛЖ по задней и боковой стенкам, преимущественно в области апикальных сегментов, что создает впечатление о губчатой кардиомиопатии. Сократительная функция обоих желудочков снижена. Выявлена легочная гипертензия 2-й степени и имеются признаки повышения центрального венозного давления.

По данным коронароангиографии коронарные артерии интактны.

Электрокардиограмма во время эпизода потери сознания



ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

1. Какое наиболее вероятное заболевание лежит в основе желудочковых нарушений ритма сердца?
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие группы препаратов и немедикаментозные методы лечения рекомендуются?

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

С О В Р Е М Е Н Н А Я
КАРДИОЛОГИЯ

№ 3 (20) 2021

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «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: Строковская О.А.

Заместитель руководителя

проекта: Кононова О.Н.

Ответственный секретарь:

Ширабокова Ю.Ю.

Корректор: Голованова Е.В.

Дизайн и верстка: Степанова Е.В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ

115478, Москва,

Каширское шоссе, 24, стр. 15

тел.: +7 (499) 929-96-19

e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»

г. Нижний Новгород, Окский съезд д. 2, корп. 1

Заказ № 212526. 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.