

Артериальная гипертензия у молодых

⇒ 4

Лечение пациентов с COVID-19. Когда риск превышает пользу

⇒ 5

Лекарственные взаимодействия с варфарином

⇒ 6

Конгресс ESC 2022. Главное

⇒ 7

# С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ

№ 3 (23) 2022

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 им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России

## Дорогие коллеги!

Перед вами новый выпуск газеты «Современная Кардиология», и мы с радостью готовы представить актуальные новости кардиологического сообщества.

Конец августа ознаменовался одним из наиболее значимых событий для кардиологов всего мира — конгрессом Европейского общества кардиологов (ESC), который в этом году проходил в Барселоне. Параллельно проводилась онлайн-трансляция, позволившая удаленно принять участие в мероприятии. Основные новости конгресса, включая информацию об обновленных клинических рекомендациях, представлены в настоящем выпуске газеты.

В последние годы наблюдается тенденция к более раннему дебюту гипертонической болезни. С особенностями клинического течения артериальной гипертензии у молодых и тактикой ведения таких пациентов вы сможете ознакомиться в рубрике «Диагноз».

Несмотря на то что пандемия сейчас сбавила обороты, коронавирус никуда не исчез, поэтому эта тема по-прежнему актуальна. О том, в каких случаях при COVID-19 следует назначать антикоагулянты, а в каких нет, и о других важных аспектах лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией рассказал д.м.н., врач-кардиолог Алексей Дмитриевич Эрлих.

Отдельный материал посвящен результатам самого крупного на сегодняшний день метаанализа по лекарственному взаимодействию варфарина с другими препаратами.

Традиционно в номере представлена клиническая задача, смоделированная на основе клинического случая пациентки с нарушением ритма сердца.

От лица редакции газеты «Современная Кардиология» позвольте пожелать вам крепкого здоровья и успехов в профессиональной деятельности.

До встречи в новом выпуске газеты!

АКТУАЛЬНО

## Клинические рекомендации ESC. Что нового?



Анна Сергеевна СИМБИРЦЕВА

К.м.н., врач-терапевт клиники Фомина, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Европейское общество кардиологов (ESC) объединяет более 50 национальных профессиональных ассоциаций, что делает его одним из крупнейших и авторитетнейших кардиологических сообществ в мире. Разрабатываемые им гайдлайны основаны на новейших достижениях медицины и имеют высокую практическую ценность для всех врачей нашей специальности.

Рассмотрим изменения в клинических рекомендациях, которые были представлены на конгрессе ESC в прошлом году.

### КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ОБНОВЛЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Данные рекомендации были одобрены более чем 10 профессиональными обществами. Авторы призывают врачей внимательно относиться к рискам сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не только у пациентов с установленным атеросклеротическим поражением сосудов, сахарным диабетом, семейной гиперхолестеринемией и хронической болезнью почек, но также и у внешне здоровых пациентов.

Акцент в профилактике делается на индивидуальном подходе к лечению, расчете риска заболеваний сердца и сосудов на протяжении всей жизни, а также на совместном с пациентом принятии решений.

ESC рекомендует клиницистам сосредоточить внимание на контроле уровня артериального давления (АД) и глюкозы в крови, а также гиполипидемической терапии у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эксперты подчеркивают, что лечение должно быть нацелено на достижение максимально возможного эффекта.

При прогнозировании риска ССЗ для внешне здоровых людей предлагается использовать обновленные шкалы — SCORE2 и SCORE2-OP (вторая — для лиц старше 70 лет). Они различаются для нескольких географических регионов в соответствии с уровнем риска сердечно-сосудистых заболеваний по оценке ВОЗ. Россия отнесена к странам с очень высоким риском наравне с несколькими странами Восточной Европы, странами Северной Африки, Алжиром, Египтом, Тунисом, Ливией и Марокко.

Продолжение на с. 2 ►

НОВОСТИ

## Гипертония — глобальная проблема

В JACC Journals недавно были опубликованы результаты крупномасштабного исследования по изучению распространенности артериальной гипертензии (АГ) в различных странах в зависимости от уровня дохода населения.

Существует мнение, что повышенное артериальное давление — результат западного образа жизни, характеризующегося высоким потреблением калорийной пищи и соли, низкой физической активностью. Авторы исследования предположили, что гипертония — это глобальная проблема, которая затрагивает как бедные, так и более развитые страны.

В ходе исследования проанализированы данные опросов, проведенных среди 1,2 млн взрослых, проживающих в 76 странах с низким и средним уровнем доходов. Средний возраст участников составил 40 лет, 58,5 % из них были женщинами.

Результаты исследования продемонстрировали примерно одинаковую распространенность АГ практически во всех изучаемых странах. Различия



между социально-экономическими группами, как правило, были небольшими, причем даже наименее образованные и малообеспеченные группы имели значительную распространенность АГ. Единственный регион с четкой положительной связью гипертонии с образованием и/или благосостоянием граждан — Юго-Восточная Азия.

Ученые считают, что их анализ данных показывает реальную ситуацию по распространенности АГ в низких социально-экономических группах. Знание социально-экономических различий, связанных с гипертонией, в странах с низким и средним уровнем доходов и того, как они могут измениться в будущем, может быть важным для политиков.

Источник: <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacc.2022.05.044>

А К Т У А Л Ь Н О

# Клинические рекомендации ESC. Что нового?

◀ Продолжение, начало на с. 1

Уровень риска также получил градацию в зависимости от возраста пациента: низкий и умеренный риск у людей до 50 лет соответствует <2,5 %, 50–69 лет — <5 %, старше 70 лет — <7,5 %; очень высокий риск для людей до 50 лет, 50–69 лет и старше 70 лет — ≥7,5 %, ≥10 % и ≥15 % соответственно.

Для максимальной персонализации расчета риска ССЗ и подбора необходимой профилактики в рекомендациях советуют учитывать фактор frailty — хрупкость (этому фактору риска придается все большее значение в последние несколько лет). Также регулярно оценивать семейный анамнез: прицельно и тщательно расспрашивать пациента о возрасте наступления сердечно-сосудистых заболеваний в семье, например, у ближайших родственников — женщин до 60 лет и мужчин до 55 лет.

Под хрупкостью подразумевают состояние, которое не зависит от возраста и коморбидности, но которое делает пациента более уязвимым к действию стрессоров. Поэтому проведение скрининга показано как пожилым, так и людям любого возраста при наличии рисков ускоренного старения.

Среди инструментов, при помощи которых можно диагностировать хрупкость, наиболее часто используют фенотип хрупкости Фрида, включающий пять критериев:

- потеря массы тела (≥5 % за последний год);
- слабость (жалобы на дополнительно затрачиваемые усилия для привычной деятельности);
- снижение силы хвата (измерение при помощи кистевой динамометрии);
- замедление ходьбы (необходимо более 6–7 секунд, чтобы пройти 5 метров);
- снижение физической активности (количество килокалорий, расходуемых в неделю).

Хрупкость — потенциальный модификатор глобального риска сердечно-сосудистых заболеваний. Она также может повлиять на лечение, а для ее профилактики рекомендовано использовать немедикаментозные вмешательства: сбалансированное разнообразное питание, физические упражнения, социальная активность и др.

## ВЕДУЩИЕ МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ССЗ, А ТАКЖЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Уровень физической активности, рекомендованный для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, остался прежним — минимум 150–300 минут упражнений средней интенсивности или 75–150 минут упражнений высокой интенсивности еженедельно. Рекомендации поощряют использование трекеров для отслеживания физической активности как устройств, потенциально полезных для стимулирования активности и поддержания здорового веса.

Клинические рекомендации советуют придерживаться средиземноморского типа диеты, но с ограничением употребления алкоголя (менее 100 г в пересчете на чистый спирт в неделю). Питание должно быть разнообразным, включать в основном продукты растительного происхождения (цельнозерновые, фрукты, овощи и орехи), жирную рыбу не менее 1–2 раз в неделю. При этом важно ограничивать употребление красного мяса (до 350–500 г в неделю),

а количество обработанного мяса в рационе нужно свести к минимуму), необходимо также сократить количество поваренной соли (менее 5 г в день). Не рекомендуется употреблять сахаросодержащие напитки, например соки и безалкогольные газированные напитки.

Вышеперечисленные рекомендации тесно связаны с поддержанием здорового веса и композиции (состава) тела. Снижение веса приводит к снижению (и контролю) артериального давления, уровня липидов крови, а также к уменьшению риска развития сахарного диабета. В рекомендациях сказано, что для пациентов с ожирением и высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний следует рассмотреть возможность хирургического вмешательства для снижения веса (бариатрического).

Отказ от курения признан наиболее эффективной профилактической мерой в отношении ССЗ, и врачи должны напоминать об этом пациентам при каждом визите.

В рекомендациях также отмечена важность психического здоровья и необходимость активной поддержки пациентов для изменения образа жизни и лучшей комплаентности.

## КЛЮЧЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ESC/NHA ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО СРАВНЕНИЮ С ВЕРСИЕЙ ОТ 2016 Г.

*Лечение сердечной недостаточности (СН) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (менее 40 %) (СН-нФВ):*

- упрощенный алгоритм лечения, также добавлен алгоритм, учитывающий фенотипы;
- назначение ингибиторов SGLT2 (ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера: дапаглифлозина или эмпаглифлозина) для снижения риска госпитализаций и смерти относится к классу рекомендаций I;
- необходимая лекарственная терапия должна быть назначена максимально быстро и включать в себя бета-блокаторы, иАПФ/АРНИ, антагонисты альдостерона с титрацией дозы до целевой или максимально переносимой;
- назначение веридигута может быть рассмотрено как дополнение к стандартной терапии СН-нФВ для снижения риска госпитализаций по поводу СН и риска сердечно-сосудистой смертности (по результатам исследования VICTORIA).

*Диагностика и лечение СН с умеренно сниженной ФВ (41–49 %) (СН-усФВ), ранее обозначавшейся как промежуточной, и СН с сохраненной ФВ (более 50 %) (СН-сФВ):*

- Подтверждение диагноза СН-усФВ не требует обязательного измерения уровня натрийуретического пептида (NT-proBNP) и/или выявления структурных патологий сердца.
- Упрощенный путь диагностики СН-сФВ, состоящий из 3 этапов.
- Принципы лечения пациентов с СН-сФВ пока оставлены прежними, но авторы отметили, что терапия таких пациентов пересматривается в соответствии с результатами новых исследований (в частности, EMPEROR-Preserved).

*Другие обновления клинических рекомендаций:*

- Обновлены принципы ведения пациентов с распространенными сопутствующими заболеваниями, такими как

сахарный диабет, гиперкалиемия, дефицит железа, онкологические заболевания и др.

- Представлена обновленная информация о кардиомиопатиях и о роли генетического тестирования.
- Добавлены ключевые показатели качества лечения пациентов с СН.
- Пациенты с СН находятся в группе риска подверженности инфекционным заболеваниям, поэтому им рекомендована вакцинация от COVID-19, гриппа и пневмококка.

## НЕКОТОРЫЕ КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ В НОВЫХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО КАРДИО-СТИМУЛЯЦИИ И СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ (СРТ)

По сравнению с рекомендациями 2013 г. появились новые разделы, касающиеся тренировки пациента перед процедурой, новых методов стимуляции проводящей системы и периоперационного ведения.

У пациентов с тяжелой брадикардией или атриовентрикулярной блокадой (АВ-блокадой) необходимо проводить скрининг для выявления синдрома апноэ во сне (класс рекомендаций I). Выбор мониторинга ЭКГ зависит от частоты симптомов: при ежедневных необходимо холтеровское мониторирование, а при симптомах с частотой менее раза в месяц показана имплантация петлевого регистратора.

Показания для СРТ, которые в 2013 г. относились к классу рекомендаций IIA, теперь отнесены к классу рекомендаций I: ФВЛЖ <35 %, синусовый ритм и СН, сопровождающаяся симптомами несмотря на медикаментозную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями, а также при наличии блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) и QRS >150 мс (при QRS >130 мс — класс рекомендаций IIA), при отсутствии БЛНПГ QRS >150 мс относят к классу рекомендаций IIA, а QRS >130 мс — к классу рекомендаций IIB.

СРТ относят к классу рекомендаций I в следующих случаях:

- у пациентов с АВ-блокадой высокой степени и/или показаниями для стимуляции ПЖ в совокупности с СН-нФВ, в том числе с ФП;
- у пациентов с СН-нФВ, ФП с неконтролируемой ЧСС, а также у кандидатов на абляцию АВ-узла.

В рекомендациях описаны ситуации, когда вместо подключичной вены может быть использована подмышечная или другие вены.

Один из разделов посвящен обучению пациентов, важности их информирования и принятия совместных решений.

## НЕКОТОРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Это первые рекомендации, в которых уделяется большое внимание привлечению пациентов к принятию решений (выбор метода лечения с учетом пожеланий пациента был отнесен к классу доказательности IC).

Возраст играет важную роль при решении вопроса о лечении стеноза аортального клапана (в большинстве случаев это рекомендации класса I):

- Пациентам до 75 лет с низким риском хирургического вмешательства или не-

подходящим для TAVI (транскатетерная имплантация аортального клапана) с доступом через бедренную артерию рекомендуется SAVR (традиционное протезирование аортального клапана).

- Пациентам 75 лет и старше или имеющим высокий риск хирургического вмешательства рекомендуется TAVI.
- Для всех остальных пациентов выбирать между SAVR и TAVI нужно в соответствии с индивидуальными клиническими, анатомическими и хирургическими характеристиками.

В рекомендациях сделан акцент на более раннем вмешательстве при стенозе аорты, аортальной регургитации и митральной регургитации (до появления симптомов).

Для пациентов с тяжелым бессимптомным стенозом аорты и нормальной ФВ как метод лечения может быть рассмотрено не только SAVR, но и TAVI.

Значение конечного систолического размера ЛЖ для необходимости оперативного лечения первичной бессимптомной регургитации на митральном клапане (класс рекомендаций I) было снижено.

Оперативное лечение показано пациентам с бессимптомной или слабо выраженной изолированной тяжелой первичной регургитацией на трикуспидальном клапане и дилатацией правого желудочка до ухудшения его функции.

Эхокардиографические критерии для хирургического лечения (класс рекомендаций I) тяжелой первичной митральной регургитации расширены. Однако для вторичной митральной регургитации оперативное лечение может быть рекомендовано только в случае, если у пациента сохраняются симптомы несмотря на нехирургическое лечение, в том числе при необходимости ресинхронизирующей терапии; решение о продолжении лечения должен принимать консилиум.

Транскатетерная пластика митрального клапана (TEER) рассматривается как метод лечения у некоторых пациентов с большим операционным риском и с высоким шансом успеха в случае TEER.

Пероральная антикоагулянтная терапия (ПОАК) предпочтительнее антагониста витамина К у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и стенозом/недостаточностью аортального клапана и/или регургитацией на митральном клапане (класс рекомендаций I), а также для пациентов после TAVI, у которых есть показания к назначению ПОАК. Они не рекомендуются пациентам с ФП, сопровождающейся митральным стенозом умеренной или тяжелой степени, а также пациентам с имплантированными механическими клапанами сердца.

Транскатетерное вмешательство на трикуспидальном клапане оправдано у неоперабельных пациентов с тяжелой трикуспидальной регургитацией (класс рекомендаций IIB).

Также в клинических рекомендациях подробно описаны критерии для специализированных кардиохирургических центров с мультидисциплинарными кардиологическими бригадами, которые должны принимать коллегиальное решение в отношении тактики ведения больных с пороками сердца.

Список литературы находится в редакции

# ЗНАЮ. ВИЖУ. СНИЖАЮ?



Атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания (АССЗ) остаются основной причиной смерти, инвалидизации и расходов на медицинскую помощь в мире<sup>1,2</sup>



Повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) и его долгосрочное воздействие имеют причинно-следственную связь с развитием АССЗ и сердечно-сосудистых событий (ССС)<sup>3,4,5</sup>



Уровень ХС ЛНП является одним из модифицируемых факторов риска развития АССЗ и СССР<sup>3,4,5</sup>



75% пациентов с АССЗ не достигают целевых уровней ХС ЛНП несмотря на доступность различных видов гиполипидемической терапии<sup>5,6</sup>



**АССЗ без клинических проявлений** – бессимптомное образование атеросклеротических бляшек и скрытое повышение уровня ХС ЛНП

**Повышенный уровень ХС ЛНП выявлен** – увеличение риска развития АССЗ

**Уровень ХС ЛНП выше целевого** – коррекция липидснижающей терапии

**Уровень ХС ЛНП остается выше целевого** – АССЗ прогрессирует

**Достижение целевого уровня ХС ЛНП**

**1,4 ммоль/л** – очень высокий СС риск  
**1,8 ммоль/л** – высокий СС риск



ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности, АССЗ – атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, ишемический инсульт или транзиторное нарушение мозгового кровообращения, ишемия нижних конечностей), СССР – сердечно-сосудистое событие.

1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. JACC. 2019;74(10):1376-1414. 2. Packard C, Chapman MJ, Sibartie M et al. Intensive low-density lipoprotein cholesterol lowering in cardiovascular disease prevention: opportunities and challenges. Heart 2021;0:1-7. doi:10.1136/heartjnl-2020-318760. 3. Ference BA, Ginsberg HN, Graham N et al. Impact of Lipids on Cardiovascular Health. J Am Coll Cardiol. 2018;72(10):1141-1156. 4. Kotseva K, De Backer G, De Basquer G et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. European Journal of Preventive Cardiology. 2019;26(8):824-835. 5. Vrablik et al. Lipid-lowering therapy use in primary and secondary care in Central and Eastern Europe: DA VINCI observational study. Atherosclerosis. 2021;334:66-75. 6. Ray K et al. EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. European Journal of Preventive Cardiology. 2021;28:1279-1289.

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий. Материал подготовлен при поддержке ООО «Новартис Фарма».

ООО «Новартис Фарма».  
125315, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 70.  
Тел.: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68.  
www.novartis.ru

484954/GENMED/A5/0722/1

Реклама

## Д И А Г Н О З



# Артериальная гипертензия у молодых

*В последние годы в мире регистрируется тенденция к раннему дебюту гипертонической болезни — этот диагноз все чаще ставят молодым. При этом, как показывают эпидемиологические исследования, данная проблема в большей степени касается мужчин; среди женщин гипертония начинает преобладать в более зрелом возрасте.*



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»

Первый этап оценки состояния молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ), особенно если речь идет о значительном повышении артериального давления (АД), — исключение симптоматической гипертензии. Информация о патологии, наиболее часто сопровождающейся вторичной артериальной гипертензией, представлена в таблице 1.

Выявление того или иного вида вторичной артериальной гипертензии требует назначения специфического лечения, на фоне которого удается нормализовать АД. Но 90 % случаев повышения АД в молодом возрасте приходится на первичную, или эссенциальную, АГ.

## ГЕНЕТИКА, НЕРВЫ, КОФЕ, СИГАРЕТЫ

Один из основных немодифицируемых факторов риска (ФР) развития первичной АГ в молодом возрасте — генетически детерминированная предрасположенность к повышенной активности симпатической нервной системы. Распространенность АГ среди подростков и юношей с отягощенным анамнезом составляет 25–65 %. В последних исследованиях по гипертонии показано, что повышенная личностная тревожность связана с изменением реактивности эндотелия сосудистой стенки, с формированием эндотелиальной дисфункции по типу ареактивности сосудистой стенки. Это, вероятно, может приводить к формированию ее ранней ригидности и повышенной лабильности симпатического звена вегетативной иннервации на фоне длительного хронического стресса, провоцирующего начало и усугубляющего течение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Для выявления этой группы взрослых пациентов врачу первичного звена необходимо обращать внимание на наличие в педиатрическом анамнезе диагнозов «вегетососудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония» и/или «нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу». Часто у таких пациентов фиксируют так называемое высокое нормальное давление (прегипертонию), находящееся в диапазоне 130–139/85–89 мм рт. ст. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что длительная персистенция высокого нормального АД ассоциируется с семикратным повышением риска сердечно-сосудистых осложнений в сравнении с оптимальным АД. Поэтому молодым людям с высоким нормальным артериальным давлением

требуется проведение обследования для определения целевых показателей АД, выявления прегипертонии или начальной стадии гипертонической болезни и раннего начала профилактики развития АГ (регулярный контроль АД, модификация ФР, соблюдение режима труда и отдыха). У 50–70 % пациентов в этой возрастной группе удается достичь оптимальных цифр АД немедикаментозно. Классификация уровней артериального давления, на которые стоит ориентироваться терапевту в диагностике и терапии АГ, представлена в таблице 2.

Отдельной формой АГ у молодых пациентов является ситуативная гипертензия, которую называют гипертензией белого халата (ГБХ). Высокая распространенность этого феномена у молодых связана с большой лабильностью нервной системы, избыточной активностью ее симпатического звена. Кабинетное АД в этом случае превышает в среднем на 20/10 мм рт. ст. домашние показатели. Поэтому в международных клинических рекомендациях по гипертонической болезни отдельно указана необходимость оценки уровня АД не только по офисным, но и по домашним показателям, записанным пациентом в ходе самоизмерения. Интерес представляют данные исследований, свидетельствующие, что гипертензия белого халата нередко бывает проявлением АГ 1-й степени и ассоциирована с развитием метаболического синдрома и поражением органов-мишеней (ПОМ) — сердца, почек, глазного дна.

Антипод гипертензии белого халата — маскированная, или скрытая, гипертензия (МАГ), которую также чаще выявляют у пациентов молодого возраста. Согласно

эпидемиологическим данным, распространенность МАГ в популяции составляет 10–17 %. Для этой формы прегипертонии характерны нормальные показатели АД на приеме у врача и регулярное повышение АД в домашней и рабочей обстановке. Один из вариантов МАГ — так называемая ночная гипертензия, которую можно зарегистрировать только с помощью суточного мониторинга АД. МАГ чаще всего встречается у лиц с высоким нормальным АД, зафиксированным на приеме.

Еще одна распространенная причина ранней АГ — влияние специфических ФР. Это агрессивная культура кофе, получившая широкое распространение в нашей стране в последние десятилетия. По-прежнему популярно среди молодежи курение, сменившее вектор с потребления традиционных сигарет на курительные субпродукты (вейпы, электронные сигареты), содержание никотина в которых может превышать привычные для сигарет показатели. Также распространено употребление кофеинсодержащих напитков-стимуляторов — энергетиков. Нередко у пациента формируется привязанность к стимулирующим продуктам, побочный эффект бодрости которых — перманентное повышение АД.

## НАЙТИ И ОБЕЗВРЕДИТЬ

Основная проблема ранней диагностики АГ у молодых — низкая настороженность у врачей первичного звена к этому обычно возрастному заболеванию. Свою лепту вносит широкое распространение МАГ, низкая приверженность диагностике и лечению ССЗ у пациентов молодого возраста.

Диагностический алгоритм гипертонии молодых стандартный и включает в себя домашний самоконтроль АД, проведение суточного мониторинга ЭКГ и АД, инструментальную и лабораторную оценку состояния органов-мишеней. Наиболее важный этап курации пациентов молодого возраста — своевременное выявление АГ и правильное определение тактики ведения больного. Первый этап нормализации АД традиционно немедикаментозный. Ограничение воздействия внешних ФР, приверженность здоровому образу жизни, нормализация режима труда и отдыха. Нередко этого бывает достаточно, чтобы нормализовать АД и избежать назначения медикаментозной терапии.

## КОГДА БЕЗ ТАБЛЕТКИ НЕ ОБОЙТИСЬ

В то же время всем пациентам молодого возраста с АГ 2-й и 3-й степени, а также с АГ 1-й степени в сочетании со множественными ФР, ПОМ, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми, цереброваскулярными и почечными заболеваниями следует сразу назначать антигипертензивную терапию.

Первым этапом медикаментозного лечения АГ у молодых традиционно считается монотерапия представителем одного из классов антигипертензивных препаратов. Зачастую регулярного приема наименьшей дозировки диуретика или ингибитора АПФ хватает для стойкой нормализации АД. В случае неэффективности лечения целесообразно сменить лекарство на препарат другой группы, продолжив монотерапию. Если и это не принесло успеха, назначают комбинированную терапию.

Список литературы находится в редакции

Таблица 1. Основные заболевания, сопровождающиеся симптоматической гипертензией\*

Патология	Клинические проявления	Лабораторная и/или инструментальная диагностика
Феохромоцитома	Головная боль, профузная потливость, тахикардия, ортостатическая гипотензия, лабильное повышение АД	Уровень адреналина и норадреналина в суточной моче, УЗИ и КТ надпочечников
Первичный гиперальдостеронизм	Мышечная слабость, полиурия, полидипсия, запоры	Анализ крови на альдостерон и активность ренина плазмы (АРП), оценка повышения альдостерона и АРП после маршевой пробы
Синдром Иценко-Кушинга	Лунообразное лицо, центральное ожирение, жировой горбик, гирсутизм, багровые стрии, синяки, нарушение углеводного обмена	Уровни кортизола в плазме крови и свободного кортизола в моче, ночной тест подавления с дексаметазоном
Синдром ночного апноэ	Храп, головная боль по утрам, сонливость в дневное время, нарушение памяти, внимания	Полисомнография
Патология щитовидной железы	Характерные симптомы тиреотоксикоза или гипотиреоза	УЗИ щитовидной железы, анализ крови на ТТГ, Т3, Т4, антитела к ткани щитовидной железы
Коарктация аорты	Головная боль, холодные конечности, боли в ногах, носовые кровотечения	Измерение АД на верхних и нижних конечностях, ЭхоКГ, КТ аорты с контрастным усилением

Таблица 2. Классификация уровней АД у взрослых старше 18 лет\*

Категория	Систолическое АД, мм рт. ст.	Диастолическое АД, мм рт. ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	<130	<85
Высокое нормальное	130–139	85–89
АГ 1-й степени	140–159	90–99
АГ 2-й степени	160–179	100–109
АГ 3-й степени	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

\* По данным клинических рекомендаций РФ «Артериальная гипертензия у взрослых», 2020

И Н Т Е Р В Ю

# Лечение пациентов с COVID-19. Когда риск превышает пользу



*О том, всем ли заболевшим COVID-19 надо принимать антикоагулянты, какие жаропонижающие и болеутоляющие средства более безопасны и есть ли противопоказания к вакцинации у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, рассказывает Алексей Дмитриевич ЭРЛИХ, д.м.н., врач-кардиолог, заведующий кардиореанимацией ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана г. Москвы.*

— Алексей Дмитриевич, мы знаем, что сердечно-сосудистые больные находятся в группе риска по COVID-19. Какие осложнения этой инфекции вы наблюдаете у своих пациентов чаще всего?

— Сейчас так много людей уже перенесли COVID-19, причем зачастую даже не догадываясь об этом, что сложно судить, какие осложнения возникли на его фоне, а какие сами по себе. Практически невозможно сказать, что причины попадания в стационар, в частности в реанимацию, — это последствия перенесенной инфекции. Таких исследований у нас нет. Однако нам хорошо известно, что COVID-19 — заболевание, способное повреждать любые системы и органы, чаще всего там, где имеется какая-то хроническая болезнь, которая может на этом фоне обостриться.

— Можете ли вы сказать, что таких людей стало больше?

— Думаю, что нет. Большинство наших пациентов стараются лечиться дома, боятся заразиться в стационаре, что зачастую оправданно. К нам они обычно попадают в запущенном, тяжелом состоянии. Это, конечно, плохо, потому что любую болезнь проще лечить на начальном этапе.

— Давайте поговорим об антикоагулянтах. Сегодня врачи назначают их даже людям с легким течением коронавирусной инфекции, а некоторые принимают их самостоятельно для профилактики. Как вы к этому относитесь?

— Это совершенно не оправданно. Большинство клинических данных говорят о том, что необходимости в назначении антикоагулянтов всем заразившимся COVID-19 нет. Особенно это касается амбулаторных больных. Исключение — те, кто уже принимает такие препараты или имеет высокий риск тромбоэмболических осложнений. Стационарным больным почти всегда при госпитализации нужен профилактический антикоагулянт, его назначают также пациентам, попавшим в отделения интенсивной терапии или на ИВЛ.

— Обычно врачи аргументируют назначение антикоагулянтов тем, что эти средства предотвращают тромбозы, часто возникающие после перенесенной инфекции. Это не так?

— У амбулаторных больных осложнения в виде тромбозов, связанные с перенесенной коронавирусной инфекцией, возникают очень редко, а потенциальный вред таких препаратов значительно

превышает потенциальную пользу. Вред этот заключается в высоком риске возникновения кровотечений. Особенно это касается пожилых пациентов. Однако при назначении антикоагулянтов врачи такие риски обычно не оценивают.

— Сейчас все полюбили аспирин — самый популярный антиагрегант. Мало того, считается, что он безвреден. Я слышала эту точку зрения даже от врачей. Так ли это?

— Ни одно лекарство не может быть безвредно. Аспирин, который рекламируется по телевизору как средство, защищающее сердце, «витамин» для сердца, на самом деле не безопасен, в том числе и для сердца.

В отличие от антикоагулянтов он кровь не разжижает, такой функции у него нет. Он уменьшает свертываемость крови, блокируя тромбоциты, которые являются активными участниками этого сложного процесса. Таким образом, аспирин действительно может предотвращать развитие сердечно-сосудистых осложнений типа инфаркта и инсульта.

Однако как и у любого лекарства, у него есть обратная сторона в виде побочных действий. В данном случае это, опять же, кровотечения. Аспирин повышает риски любых кровотечений — в том числе фатальных, например внутримозговых. Этому было посвящено множество исследований. Выяснено, что когда его назначают пациентам без особых на то показаний, вред значительно превышает пользу. Назначать его следует только пациентам с избыточным риском сердечно-сосудистых осложнений (например, с перенесенным инфарктом миокарда, с доказанной коронарной болезнью сердца, ишемическим инсультом в анамнезе и т.д.), когда польза, наоборот, превышает возможный риск.

Иногда вместе с аспирином таким пациентам назначают еще какой-то препарат, угнетающий свертывание крови, поскольку они относятся к группе высокого риска по внутрисосудистым тромбозам. Однако прием этих препаратов обязательно должен проходить под контролем врача. К сожалению, мои коллеги часто назначают аспирин не по показаниям, и это очень плохо.

— Многие принимают аспирин при головной боли, повышении температуры. При коронавирусной инфекции это особенно актуально. Как вы считаете, надо заменить его другим жаропонижающим — например, парацетамолом?

— Да, обычно рекомендуют парацетамол или анальгин, но при этом надо помнить, что любые нестероидные противовоспалительные препараты также несут

риски кровотечений, поэтому принимать их без особой необходимости не следует.

— А как вы относитесь к цитрамону, в состав которого тоже входит ацетилсалициловая кислота? Для многих женщин это любимое средство от головной боли.

— А есть еще «Цитрамон П», где аспирин и парацетамол вместе. Это, конечно, убийственная смесь.

— Мне знакомая нефролог рассказывала, что одна ее пациентка, ежедневно принимавшая по несколько таблеток цитрамона, попала в реанимацию, и впоследствии ей потребовалась трансплантация почки.

— Понятно, что делать так, конечно же, не нужно. В цитрамоне содержится много аспирина, и принимать такую субстанцию без назначения врача нельзя. Да, аспирин, как и парацетамол, обладает небольшим анальгезирующим действием, однако риски тут высоки. Пациентам, которым помогает этот препарат, может помочь что-то более безопасное — например, стакан сладкого чая. А если головные боли мучают часто, безусловно, надо сначала разобраться с их причиной.

**“ Большинство клинических данных говорят о том, что необходимости в назначении антикоагулянтов всем заразившимся COVID-19 нет. Особенно это касается амбулаторных больных. Исключение — те, кто уже принимает такие препараты или имеет высокий риск тромбоэмболических осложнений**

— Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями часто страдают повышенной тревожностью, что особенно обострилось на фоне пандемии. Надо ли с ними беседовать, стараться снизить этот стресс или достаточно назначенных препаратов?

— Я всегда разговариваю со своими пациентами. Индивидуальный подход к лечению дает лучший результат. Объяснять, рассказывать — важная часть терапии, особенно для тех, кто страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этом случае врач обязан все разложить по полочкам. Пациент должен понимать, почему он принимает те или иные лекарства и какие существуют немедикаментозные способы лечения его болезней. Они хорошо известны: это правильное питание, физическая активность, отказ от курения и избыточного потребления алкоголя. Я всем своим подопечным даю мой номер мобильного телефона, и когда у них появляется вопрос,

они всегда могут его задать. Так легче и мне, потому что я, что называется, держу руку на пульсе, и пациенту, потому что он спокоен: врач всегда рядом.

— А как вы относитесь к вакцинации сердечно-сосудистых больных?

— Вакцинация от гриппа является обязательной частью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Во всех клинических рекомендациях написано, что такие пациенты должны обязательно вакцинироваться от гриппа. В прошлом году было проведено исследование, когда перенесших инфаркт вакцинировали от гриппа в первые трое суток заболевания. Оказалось, что ранняя вакцинация в острый период течения инфаркта связана с лучшими прогнозами и лучшими исходами.

— А что с вакцинацией от коронавируса?

— Практически нет ни одного сердечно-сосудистого заболевания, которое было бы противопоказанием к вакцинации от COVID-19. Только явное обострение, госпитализация может стать причиной временного отказа от прививок, но в период ремиссии вакцинация все равно должна быть проведена. Современные медицинские

знания дают нам основание полагать, что чем активнее будут вакцинироваться пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, тем меньше у них вероятность встретиться с тяжелыми осложнениями коронавируса.

— Ходят слухи, будто вакцинация может спровоцировать инфаркт или инсульт. Что вы думаете об этом?

— Слухов и домыслов много, но никаких объективных данных на этот счет нет. Есть случаи тромбозов, которые на фоне массовой вакцинации могут считаться клинически незначимыми, их частота ничтожно мала. Однозначно можно утверждать, что риски осложнений коронавируса значительно превышают возможные риски вакцинации — особенно для наших пациентов.

Беседовала Наталия Лескова

В Ф О К У С Е

# Лекарственные взаимодействия с варфарином: опасные связи

Варфарин — пероральный антикоагулянт, применять который нужно с большой осторожностью, особенно в сочетании с другими препаратами. Опубликованы результаты самого крупного на сегодняшний день метаанализа по лекарственным взаимодействиям с варфарином, приводящим к повышенному риску кровотечений.



Марина  
Васильевна  
ЛЕОНОВА

Д.м.н., профессор, член-корреспондент РАЕН,  
клинический фармаколог

Метаанализ был проведен Wang M. и соавт. и включал в общей сложности 72 исследования (11 рандомизированных клинических и 61 наблюдательное) за период с 2004 по 2019 гг. с участием 3 735 775 пациентов. Всего было изучено 141 лекарственное средство.

Повышенный риск клинически значимого кровотечения отмечен при добавлении к варфарину антитромбоцитарных средств, многих антибиотиков (сульфонамидов, цефалоспоринов, фторхинолонов и т.д.), нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в том числе селективных ингибиторов ЦОГ-2, и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (табл.). В то же время в отношении статинов и амиодарона достоверно повышенного риска кровотечений не обнаружено. Результаты оценки других клинически важных исходов — тромбозомических событий и общей смертности — достоверно не подтвердили ни у одной группы препаратов, применяемых с варфарином.

## ВАРФАРИН И АНТИТРОМБОЦИТАРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Сочетанная антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром или чрескожное коронарное вмешательство, может включать варфарин и один или два антитромбоцитарных препарата (аспирин, клопидогрел). Уже первые метаанализы РКИ по оценке комбинации варфарина и аспирина выявили увеличение риска желудочно-кишечного кровотечения в 1,5–2,5 раза. В дальнейшем крупные когортные исследования показали, что при терапии варфарином и антитромбоцитарными препаратами риск кровотечений возрастает в 2–4 раза.

Взаимодействие варфарина и антитромбоцитарных препаратов носит фармакодинамический характер. Механизмы повышения риска кровотечений для данных комбинаций связаны с аддитивными эффектами антикоагулянтного действия и влияния на функцию тромбоцитов (снижение их агрегационной способности), что сопровождается существенным уменьшением свертываемости крови. Кроме того, известно ulcerогенное действие

аспирина, которое в сочетании с его антиагрегантным свойством и антикоагулянтным эффектом варфарина также повышает риск желудочно-кишечных кровотечений.



## ВАРФАРИН: КОРОТКО О ГЛАВНОМ

- Варфарин имеет узкий терапевтический индекс, поэтому его применение требует частого лабораторного мониторинга, чтобы избежать потенциально опасных для жизни осложнений из-за гипо- или гиперкоагуляции.
- На выраженность антикоагулянтного эффекта варфарина могут влиять различные факторы, в том числе генетические, диетические, а также взаимодействие с другими препаратами.
- В качестве главного лабораторного показателя в оценке антикоагулянтного эффекта варфарина используется международное нормализованное отношение (МНО). На основе текущего значения МНО имеется возможность индивидуализировать дозу, в том числе при изменении состояния пациента или фармакотерапии.
- Варфарин представляет собой рацемическую смесь энантиомеров S- и R-форм, в которой S-энантиомер обладает в 2,7–3,8 раза большей антикоагулянтной активностью, чем R-энантиомер.
- Лекарственные взаимодействия с варфарином бывают двух типов — фармакодинамические и фармакокинетические. Последние могут проявляться снижением его метаболизма путем ингибирования участвующих в этом процессе изоферментов цитохрома P450, а также вытеснением антикоагулянта из связи с белками в плазме крови. Варфарин примерно на 99 % связан с белками. Фармакологическое действие оказывает его свободная фракция, равная 1 %. Любое ее увеличение может привести к побочным эффектам, включая кровотечение.
- Несмотря на то что варфарин известен своими многочисленными лекарственными взаимодействиями, сочетать его можно практически с любыми препаратами при условии, что будет скорректирована доза посредством мониторинга МНО.

Важно помнить, что при добавлении антитромбоцитарных препаратов к варфарину значение МНО мало подвержено изменению, следовательно, лабораторный мониторинг не всегда позволяет предсказать риск кровотечений. Поэтому требуется усиленный контроль малейших колебаний показателя МНО, а также проведение оценки польза/риск для таких комбинаций.

## ВАРФАРИН И АНТИБИОТИКИ

Одновременный прием антибактериальных препаратов с варфарином может оказывать влияние на показатель МНО и риск кровотечений, что подтверждено рядом наблюдательных исследований.

Происходит это прежде всего за счет подавления антибиотиками кишечной флоры, которая участвует в синтезе витамина K, отвечающего за свертываемость крови. Кроме того, предполагается, что некоторые бета-лактамы антибиотики (моксалактам, цефоперазон, цефамандол, цефотетан, цефметазол) ингибируют факторы свертывания крови, косвенно усиливая действие варфарина. Антибиотики могут и напрямую влиять на активность антикоагулянта — посредством ингибирования его метаболизма и вытеснения S-варфарина из связи с белками в плазме крови, увеличивая тем самым концентрацию свободного варфарина. Такими свойствами, в частности, обладает сульфаметоксазол.

Считается, что к группе антибиотиков высокого риска взаимодействия с варфарином и развития кровотечений относятся сульфаметоксазол, азолы, макролиды (азитромицин, кларитромицин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин), тогда как амоксициллин и цефалексин имеют умеренный риск.

## ВАРФАРИН И НПВП

Механизмы лекарственного взаимодействия варфарина и НПВП — фармакодинамические и связаны с ингибирующим действием последних на агрегационную способность тромбоцитов, с одной стороны, и с ulcerогенным повреждением слизистой оболочки желудка — с другой. Эти эффекты в сочетании с антикоагулянтным действием варфарина повышают риск кровотечений, причем без значимого изменения МНО.

Несмотря на то что селективные ингибиторы ЦОГ-2 более щадяще действуют на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и оказывают меньшее влияние на активность тромбоцитов в отличие от неселективных НПВП, результаты метаанализа 11 исследований выявили практически равнозначное двукратное повышение риска кровотечений ЖКТ для обеих групп препаратов (ОР 1,98 и 1,90 соответственно) и полуторакратное — любого кровотечения (ОР 1,58 и 1,54).

Между варфарином и НПВП возможно и фармакокинетическое взаимодействие. Метаболизм клинически значимого изомера S-варфарина происходит при участии CYP2C9 цитохрома P450. Многие НПВП являются субстратами этого изофермента и способны увеличивать антикоагулянтную активность варфарина посредством задержки его метаболизма.

## ВАРФАРИН И АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Антидепрессанты класса СИОЗС оказывают прямое влияние на эффективность гемостаза на уровне изменения активности тромбоцитов. Так, в ответ на повреждение сосудов тромбоциты выделяют серотонин, который стимулирует их агрегацию. СИОЗС подавляют захват серотонина тромбо-

“ **Повышенный риск клинически значимого кровотечения отмечен при добавлении к варфарину антитромбоцитарных средств, многих антибиотиков, НПВП, СИОЗС**

цитами так же, как ингибируют обратный захват серотонина пресинаптическими нейронами. Тем самым СИОЗС приводят к истощению серотонина в тромбоцитах и, следовательно, к снижению их агрегационной способности.

Кроме того, СИОЗС повышают кислотность желудочного сока, проявляя ulcerогенный эффект, что объясняет преимущественную локализацию связанных с ними кровотечений из верхних отделов ЖКТ: риск пептической язвы возрастает в 1,5 раза, желудочно-кишечных кровотечений — в 1,16–2,36 раза.

В ряде крупных когортных обсервационных исследований был выявлен повышенный риск различных кровотечений в 1,1–3,5 раза при одновременном приеме СИОЗС и варфарина.

## ВАРФАРИН И СТАТИНЫ

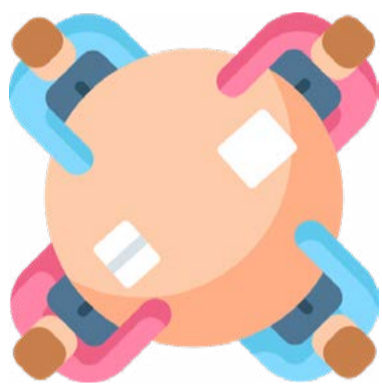
Статины относятся к наиболее часто назначаемым лекарственным средствам для лечения дислипидемий и атеросклеротических заболеваний, при этом могут иметь частичное совпадение показаний к совместному применению с варфарином.

Первые описания случаев лекарственных взаимодействий между варфарином и статинами (флувастатин, аторвастатин, розувастатин, симвастатин) свидетельствовали об увеличении значений МНО, которые приходили к норме после отмены статинов или уменьшения их дозы. Предполагалось, что основным типом лекарственного взаимодействия варфарина со статинами является фармакокинетическое, в первую очередь связанное с изменением CYP-опосредованного метаболизма. Вместе с тем в крупных когортных исследованиях клиническая значимость лекарственного взаимодействия варфарина

Риск клинически значимых кровотечений при сочетании варфарина с другими лекарственными средствами

Группы лекарственных средств	Число клинических исследований	ОР (ДИ 95 %)	Абсолютный риск (на 1000 пациентов)
<b>Антитромбоцитарные средства</b>	<b>38</b>	<b>1,74 (1,56–1,94)</b>	
аспирин	24	1,50 (1,29–1,74)	более 15
клопидогрел	4	3,55 (2,78–4,54)	более 63
двойная комбинация	9	2,07 (1,33–3,21)	более 19
<b>Антибактериальные препараты</b>	<b>11</b>	<b>1,63 (1,45–1,83)</b>	
азолы	4	1,86 (1,40–2,47)	более 18
сульфонамиды	5	2,41 (1,42–4,10)	более 31
фторхинолоны	10	1,68 (1,34–2,11)	более 16
цефалоспорины	6	1,50 (1,21–1,86)	более 14
пенициллины	5	1,63 (1,27–2,09)	более 15
макролиды	4	1,50 (0,83–2,71)	более 13
<b>НПВП</b>	<b>14</b>	<b>1,83 (1,29–2,59)</b>	
неселективные	7	1,86 (1,10–3,17)	более 31
селективные (коксибы)	7	1,81 (1,31–2,52)	более 21
парацетамол	2	2,32 (1,22–4,44)	более 52
<b>СИОЗС</b>	<b>14</b>	<b>1,62 (1,42–1,85)</b>	<b>более 12</b>
Амиодарон	7	1,30 (0,94–1,79)	более 20
Статины	9	1,06 (0,92–1,22)	более 1

## НОВОСТИ



# Конгресс ESC 2022. Главное

В конце августа в Барселоне проходил очередной конгресс ESC. Это крупнейшая в мире встреча специалистов по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), ее проводят уже более 70 лет. Новейшие научные достижения кардиологии сопровождаются глубоким анализом, проведенным ведущими мировыми экспертами. Обширная программа охватывает все аспекты кардиологии, включая профилактику ССЗ, неотложные состояния, использование цифровых технологий в работе врача и многое другое.

Тема этого года — «Визуализация сердца». На симпозиумах, посвященных данной теме, рассматривали методы визуализации для разных разделов кардиологии: от профилактики до диагностики и лечения. Среди самых интересных тем — визуализация сердечно-сосудистой системы у спортсменов, у пациентов во время и после остановки сердца, а также для контроля во время инвазивных вмешательств.

Одним из наиболее интересных разделов конгресса стали «большие дебаты» — на сессиях в течение 1–2 часов ведущие лидеры мнений обсуждали следующие вопросы:

- Определяет ли значение фракции выброса лечение сердечной недостаточности?
- Все ли пациенты с тяжелым бессимптомным аортальным стенозом нуждаются в лечении?
- При проведении гипохлипидемической терапии следует в первую очередь руководствоваться результатами визуализации сосудов или показателями лабораторных данных?
- Изменит ли использование искусственного интеллекта подход к современной клинической кардиологии?

- Следует ли лечить артериальную гипертонию, возникающую во время тренировок?
- Пришло ли время попрощаться с аспирином в профилактике ССЗ?

По случаю 20-летнего юбилея технологии TAVI (транскатетерной имплантации аортального клапана) был проведен полудневной симпозиум об истории процедуры, её преимуществах и рисках, а также дискуссия о современном использовании и перспективах данного лечения в будущем.

По результатам конгресса будут опубликованы четыре руководства ESC, содержащие клинические рекомендации по диагностике и тактике ведения следующих состояний:

- Желудочковые аритмии и внезапная сердечная смерть.
- Терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов, перенесших внесердечные операции.
- Кардиоонкология.
- Легочная гипертензия.

Подготовила А.С. Симбирцева

и статинов и риск кровотечений оказались неоднозначными, что во многом было обусловлено различиями между препаратами этого класса.

В исследованиях с оценкой риска желудочно-кишечных кровотечений при совместном назначении варфарина и статинов наиболее проблемными оказались аторвастатин, симвастатин и розувастатин. В руководстве Американской кардиологической ассоциации (American Heart Association, АНА) по клинически значимым межлекарственным взаимодействиям статинов отмечено взаимодействие между варфарином и симвастатином, ловастатином, розувастатином и флувастатином, способствующее повышению значений МНО и риска кровотечений.

В наиболее обширном исследовании, проведенном на моделях *in vitro*, были детально изучены механизмы фармакокинетических взаимодействий варфарина со всеми препаратами класса статинов, включая вытеснение варфарина из связи с белками, ингибирование метаболизма различными СУР (СУР2С9, СУР3А4) и роль транспортеров лекарств (OATP1B1, OATP1B3, OAT1, OAT3).

Результаты показали, что только флувастатин значительно нарушал связывание варфарина и его энантиомеров с белками плазмы ( $p < 0,0001$ ). Аторвастатин, питавастатин и симвастатин значимо ингибировали образование 10-гидроксиварфарина, опосредованного СУР3А4, а флувастатин оказался сильным ингибитором образования 7-гидроксиварфарина, опосредованного СУР2С9. Транспортеры лекарств не влияли на межлекарственное взаимодействие варфарина и статинов.

Высказываются предположения, что причиной взаимодействия варфарина и статинов могут быть фармакодинамические эффекты. Статины обладают несколькими плейотропными свойствами, включая антиагрегационные, что проявляется снижением риска венозных тромбозов. Так, терапия статинами может влиять на несколько этапов каскада свертывания крови, включая подавление экспрессии тканевого фактора, повышение активности протеина С и инактивации фактора Va, а также усиление экспрессии тромбомодулина, что сопровождается снижением образования тромбина и активации тромбоцитов.

**АБВ ПРЕСС** НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО –  
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ [abvpress.ru](http://abvpress.ru) [medvedomosti.media](http://medvedomosti.media) [netoncology.ru](http://netoncology.ru)

### ЖУРНАЛЫ



### ГАЗЕТЫ



Реклама

## МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС» СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

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

- Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.

Реклама **СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!**

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 К. 65 лет предъявляет жалобы на сердцебиение, одышку при ходьбе, тяжесть за грудиной без четкой связи с нагрузкой.

### Анамнез

Из анамнеза известно, что длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 220/130 мм рт. ст. Адаптирована к АД 140/90 мм рт. ст. Последние два года ощущает боли за грудиной, неритмичное сердцебиение. Около месяца назад на ЭКГ зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий, купированный в условиях стационара внутривенным введением амиодарона. Проведена ЭКГ (рис. 1).

Через 30 минут пациентка пожаловалась на неритмичные сердцебиения, проведена повторная ЭКГ (рис. 2).

### Объективно

Рост пациентки — 161 см, вес — 114 кг, ИМТ — 44 кг/м<sup>2</sup>. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Отеки ног до средней трети голеней симметричные. ЧДД — 16 в мин. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. ЧСС — 102 уд/мин. АД — 138/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. По другим органам и системам органов — без особенностей.

**При ЭхоКГ:** ФВ ЛЖ — 35 %. Аортальная регургитация I степени, митральная регургитация II степени. Аорта уплотнена, не расширена. Асинхронные движения межпредсердной перегородки. Четких зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Признаков повышения центрального венозного давления не выявлено.

*Примечание:* АД — артериальное давление; ИМТ — индекс массы тела; ЧДД — частота дыхательных движений; ЧСС — частота сердечных сокращений; ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка.



Рисунок 1. Электрокардиограмма 1

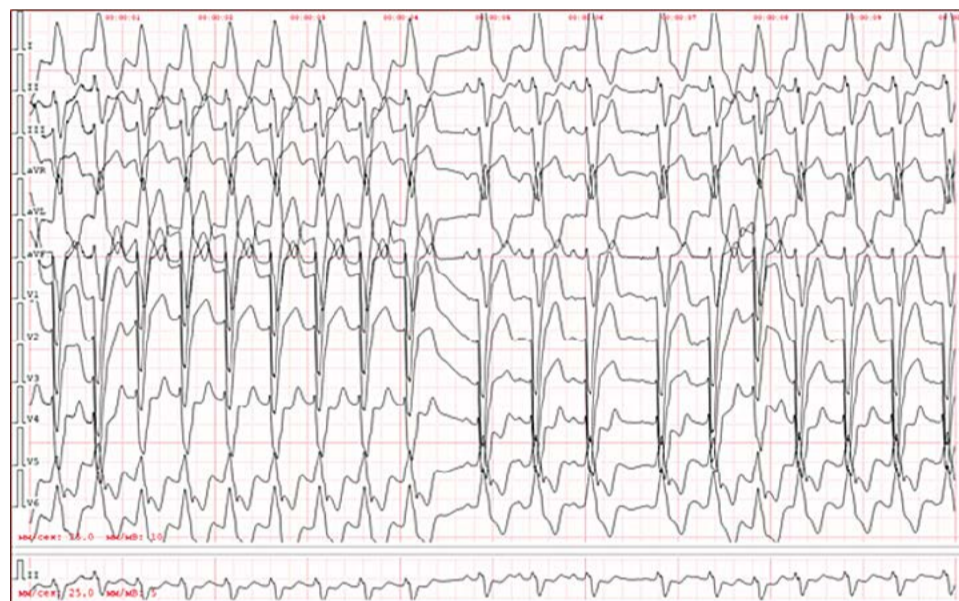


Рисунок 2. Электрокардиограмма 2

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

## ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз, учитывая анамнез, результаты осмотра и проведенного обследования?
2. Какое заключение можно дать по ЭКГ 1 и ЭКГ 2?
3. Какая тактика ведения у таких пациентов, особенности медикаментозного и немедикаментозного лечения?



## Ответ на клиническую задачу, опубликованную в СК №1–2 (22) 2022

1. Пациентке показано оперативное лечение — имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора.
2. Прием антиаритмической терапии может быть скорректирован (отмена одного из антиаритмических препаратов). Доза аторвастатина также может быть изменена по результатам липидного профиля (оценка общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов очень низкой плотности, триглицеридов). Прием антикоагулянтов, блокатора кальциевых каналов и антагониста рецепторов ангиотензина II рекомендуется продолжить.
3. Показано ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. После имплантации электрокардиостимулятора: рентгенография электродной системы, проверка работы имплантированного электрокардиостимулятора, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

## ОБОСНОВАНИЕ

Принимая во внимание восстановление синусового ритма после фибрилляции предсердий с паузой в 8 секунд, синусовую брадиаритмию, пациентке показана имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора с последующим подбором антиаритмической терапии.

После имплантации двухкамерного электрокардиостимулятора возможна коррекция антиаритмической терапии (вероятно, нет необходимости в комбинированном приеме соталола и лаппаконитина гидробромида). После получения лабораторных (липидный профиль) и инструментальных методов исследований (ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий) при необходимости возможна коррекция гиполипидемической терапии.

С целью оценки структуры и функционирования системы электрокардиостимулятора и электродной системы показано проведение рентгенологического исследования и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

СОВРЕМЕННАЯ  
КАРДИОЛОГИЯ

№ 3 (23) 2022

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: Кобринская Е.Р.

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 № 222212. 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.