

Обновление рекомендаций Европейского кардиологического общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний ➔ 6

Оценка показателей качества и клинической эффективности ведения пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий ➔ 9

Вы держите в руках первый номер газеты «Современная Кардиология».

У вас есть возможность подписаться на бесплатную электронную версию издания.

Это можно сделать несколькими способами:

– зарегистрироваться на сайте www.abvpress.ru/press/newspapers/;

– прислать свои данные (ФИО, место работы, должность и город) на адрес cardio@abvpress.ru.

Или установить мобильное приложение АБВ-пресс Medical Info для платформ Android и iOS.

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ



№1 (01) 2016

www.cardio.expert

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА



Дмитрий
Александрович
НАПАЛКОВ

Главный редактор газеты «Современная Кардиология», д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова

Дорогие друзья и коллеги!

Вы держите в руках первый номер газеты «Современная Кардиология». Главная цель и миссия нового издания — донести до наших читателей, прежде всего кардиологов и терапевтов стационарного и поликлинического звена, а также врачей всех специальностей, которые интересуются болезнями сердца и сосудов, все то новое, что появляется в прикладной кардиологической науке и практической кардиологии. С каждым следующим номером нашей газеты мы будем неуклонно стремиться к тому, чтобы обогатить вас теми самыми последними профессиональными знаниями, которые помогут в вашей работе — в борьбе за здоровье ваших больных.

Стремясь заполнить в СМИ для врачей нишу практического характера, мы будем делать акцент на контенте следующих направлений.

Во-первых, это будут емкие и энергичные проблемно-аналитические статьи по самым насущным и близким вам проблемам, относящимся в основном к современной профилактике, диагностике и лекарственному лечению пациентов. Например, в первом номере газеты вы познакомитесь с материалом, где ставится вопрос и дается

ответ на него, должен ли кардиолог при лечении артериальной гипертензии добиваться у каждого больного «классических значений» артериального давления или возможен индивидуальный подход?

Во-вторых, вы познакомитесь с переводными статьями, рассказывающими о последних достижениях кардиологии в странах с наиболее развитой медициной. Причем это будут не только обзоры и аналитика, но и новостные материалы, рассказывающие о самых крупных зарубежных открытиях и клинических испытаниях.

В-третьих, мы будем тщательно отслеживать все важные обновления, которые появляются сегодня практически ежедневно в международных и российских клинических рекомендациях по разным направлениям нашей специальности в медицине. В ближайших номерах газеты вы найдете этот раздел, напечатанный таким образом, чтобы было удобно воспользоваться им, сохранив при необходимости его для себя.

В следующих выпусках «Современная Кардиология» мы начнем разбор клинических случаев. И вам предстоит проверить свои познания в разгадке сложнейших диагностических и терапевтических «головоломок», когда на самом непонятном этапе развития заболевания мы будем прерывать рассказ, и только в следующем номере вы прочитаете его продолжение.

Итак, у нашего молодого коллектива авторов, большинство из которых мои ученики и воспитанники и выпускники Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, большие творческие планы и надежды сделать нашу газету максимально полезной для вас, наши дорогие читатели. И мы уверены, что решим эту задачу.

ТЕМА НОМЕРА

Новые рекомендации, новые цели

Конгресс европейского общества кардиологов (ESC) — крупнейшая и наиболее авторитетная Ежегодная конференция кардиологов — прошел в этом году в столице Италии Риме с 28 по 31 августа и собрал более 30 тыс. участников из 106 стран на 500 разнообразных сессиях. Мы постарались осветить наиболее важные новости и доклады, представленные в рамках Конгресса.

Одна из важнейших сфер деятельности Европейского общества кардиологов — создание клинических рекомендаций. Каждый год на Конгрессе представляются обновленные рекомендации по различным темам. В этом году эксперты дополнили последние данными документы по сердечной недостаточности, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), фибрилляции предсердий (ФП) и дислипидемиям. Также было представлено новое руководство по ведению кардиологических пациентов, имеющих онкологические заболевания. Тексты первых двух были опубликованы до проведения Конгресса, поэтому обзоры изменений, представленных в них, публикуются уже в этом номере. Найти их можно на страницах 6–8.

Основная идея обновленных клинических рекомендаций по ФП состоит в координированном мультидисциплинарном подходе к ведению пациентов с ФП. Среди ключевых изменений: фокус на диагности-

ке бессимптомной ФП, небольшие изменения критериев назначения антикоагулянтной терапии для женщин и преимуществ применения новых пероральных антикоагулянтов перед антагонистами витамина К. Кроме того, были добавлены подробности ведения пациентов на антикоагулянтах при кровотечениях и инсультах.

Вместе с Европейским обществом атеросклероза были обновлены рекомендации по дислипидемиям. Во многом они перекликаются с новыми рекомендациями по профилактике ССЗ, особенно в части установления группы риска и скрининга пациентов. Также в сравнении с прошлой версией остались неизменными целевые значения липопротеинов низкой плотности. Однако были добавлены обсуждения других показателей липидного профиля и возможность их использования в качестве диагностических и целевых значений. Кроме этого, расширились главы об оптимальном изменении образа жизни пациентов и о повышении приверженности лечения.

СОБЫТИЕ

«Команда сердца» на ESC Congress

Ключевой темой Европейского конгресса кардиологов в этом году стала концепция «Команды сердца», подчеркивающая важность взаимодействия между всеми специалистами, вовлеченными в лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Цель организаторов Конгресса состояла в том, чтобы показать необходимость сотрудничества кардиохирургов, диетологов, кардиологов и даже медицинских сестер для достижения оптимальных результатов лечения. Требуется четкое взаимопонимание между

всеми членами команды того, что и для чего делают все партнеры и каким образом могут складываться их усилия для достижения наилучших для пациента результатов.

Первоначально «Команды» формировались для междисциплинарного подхода для ведения пациентов с сердечной недостаточностью, клапанной патологией и реваскуляризацией миокарда и включали в себя неинвазивного кардиолога, кардиолога, специализирующегося на инвазивных вмешательствах, и кардиохирурга.

Кроме этих специалистов могут привлекаться терапевты, анестезиологи-реаниматологи, гериатры (врачи, специализирующиеся на лечении пожилых пациентов) и другие специалисты, мнение которых может быть важно в данном случае.

В отношении процедур реваскуляризации следует заметить, что хотя решение о вмешательстве в экстренных ситуациях должно приниматься незамедлительно и решительно, формирование и использование принципа «Команды сердца» постулируется и в американских, и евро-

пейских рекомендациях как необходимость (класс и уровень — IC) для пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и анатомически сложным субстратом (например, пациенты с многососудистым поражением коронарного русла).

Для эффективной работы необходимо помнить, что первый, кто страдает от отсутствия взаимопонимания между врачами, — пациент. И кардиолог, и терапевт, и сосудистый хирург играют в одной команде — «Команде сердца».

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Современный тонометр оповестит о проблемах с артериальным давлением

Авторы исследования во Франции утверждают, что работа с современным беспроводным тонометром и новейшим программным обеспечением способствует более частому измерению артериального давления (АД) и выводит общение медицинского работника и пациента на новый, более совершенный, уровень.

Программный пакет **Hy-Result**, адаптированный для персональных компьютеров (ПК) и мобильных устройств, был разработан для того, чтобы помочь больным артериальной гипертензией (АГ) «соблюдать правила измерения АД и правильно интерпретировать результаты», — рассказал доктор **Николас Постел-Виней** присутствующим на последних клинических испытаниях в рамках ежегодной встречи Европейского общества по борьбе с гипертонией (ESH).

Прибор действует следующим образом. После того как пациент заполнит свой профиль и закончит измерение АД, программа начинает анализировать полученную информацию, а затем высчитывает среднюю величину систолического и диастолического АД, утренние и вечерние значения и выводит график, отражающий суточную динамику. Вся эта информация автоматически отправляется пользователю в виде текстового сообщения, также все данные доступны в формате pdf, так что пациент при желании может самостоятельно распечатать документ или же переслать лечащему врачу.

Чтобы понять, как восприняли новшество пациенты, было проведено анкетирование. Результаты данных опросов, проведенных у больных АГ в США и Великобритании, показывают, что 95% респондентов считают, что текстовые сообщения очень просты для понимания, 85% сказали, что новая программа помогла правильно интерпретировать значения их АД, 80% признают, что рекомендации, данные **Hy-Result**, соответствуют их клинической ситуации. Можно добавить, что

67% опрошенных отметили, что программа будет полезна при консультации с лечащим врачом.

«Самое главное для нас — это то, что большая часть пациентов все-таки сочла программу полезной, — считает Постел-Виней. — Надо стремиться к тому, чтобы пациент обучался самостоятельному контролю АД, а не наносил частые визиты к врачу. С помощью этого приложения мы будем направлять больного к специалисту только в том случае, если он находится в так называемой «красной зоне», то есть в зоне высокого риска. Если же программа показывает, что пациент в «зеленой зоне», то визит в клинику будет излишним», — поясняет Постел-Виней.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ И ПОНИМАНИЯ

В новом анализе производители беспроводного тонометра **Withings BP 800 wireless BP monitor** разослали 3000 анкет в марте 2016 г. пользователям программы **Hy-Result** в мобильном приложении **The Health Mate**, подключенном к **BP 800**. К сожалению, лишь 7,6% пациентов заполнили анонимный опросник из 24 пунктов.

«Это, конечно, низкий процент отклика, но это отнюдь не что-то неординарное», — отмечает Постел-Виней.

В дополнение к уже описанным результатам хотелось бы отметить: 79% респондентов считают очень простой и доступной функцию формирования отчета в формате pdf;

88% сочли полезной опцию напоминания о необходимости измерить АД; 69% предпочли бы использовать лишь систему оповещений о необходимости перепроверять данные о АД каждые три-четыре месяца.

Только 23% пациентов выслали отчет об измерениях АД в формате pdf своим лечащим врачам, но из них 73% сочли эту опцию очень удобной; 26% врачей не просматривали отчеты. И только один человек получил консультацию специалиста через приложение.

В общей сложности 75% участников опроса высказали желание продолжить использовать приложение против 15%, кто не был уверен в своем решении, и 10%, кто предпочел бы вообще прекратить применение приложения; 61% сказали, что посоветуют программу своим родным и близким.

Поскольку участники исследования уже владели мобильными устройствами и были достаточно молоды (средний возраст составил 48 лет), исследователи поставили под сомнение репрезентативность выборки. «Все ли больные АГ пользователи **Hy-Result**? Вероятно, нет, — считает Постел-Виней. — Несомненно, нужно продолжить опрос в клиниках».

Предварительные результаты исследования, которое включало 62 пациента из Франции и Бельгии, максимально приблизились к результатам предыдущего исследования: 96% сочли текстовые сообщения очень простыми для понимания; 86% без проблем справились с отправкой отчетов в формате pdf, а 82% отметили, что программа помогла им правильно понять результаты измерения АД. Большой процент пациентов счел приложение полезным при общении с лечащим врачом (82% против 67%), однако меньшее количество больных согласны продолжить использование **Hy-Result** (68% против 75%), в то время как 22% не смогли определиться со своей точкой зрения. Опять же, только 10% решили прекратить использование программы.

Постел-Виней добавляет, что через несколько месяцев появятся результаты аналогичного исследования, проведенного в Канаде и Испании. На данный момент результаты говорят о том, что программу можно считать «подходящим инструментом для самоконтроля». Однако исследователи отмечают, что приложение не может считаться заменой медицинской консультации.

Подготовила **Елизавета Фёдорова**

НОВОСТИ

15 минут ежедневных физических нагрузок положительно влияют на здоровье пожилых

Ежедневные 15-минутные физические упражнения снижают риск смерти на 22%. Такие данные были представлены на Конгрессе «EuroPrevent-2016» врачом отделения клинической и спортивной физиологии университетского госпиталя Сент-Этьенна (Франция) **Давидом Юеном**.

«Возраст — не причина для отказа от физических нагрузок, — говорит доктор Юен. — Установлено, что регулярные физические упражнения лучше влияют на здоровье, чем любые лекарственные средства. Но меньше половины людей пожилого возраста не выполняют рекомендованный минимум: 150 мин умеренной физической активности или 75 мин интенсивных нагрузок в неделю. Целью нашей работы было выяснение, оказывают ли более низкие уровни физической нагрузки положительный эффект на здоровье и могут ли они снизить уровень смертности среди пожилых людей».

Авторы изучили две когорты испытуемых. Французская группа включала 1011 человек в возрасте 65 лет на момент начала исследования (в 2001 г.) с периодом наблюдения 12 лет. Международная группа включала 122 417 людей в возрасте 60 лет, отобранных из систематических обзоров и мета-анализов базы данных PubMed и Embase, со средним периодом наблюдения 10 лет.

Физическая активность измерялась в метаболическом эквиваленте (MET). MET — это количество энергии (калорий), используемое за 1 мин физической нагрузки. 1 MET — это уровень затрат энергии, когда человек сидит. Любая активность, которая сжигает от 3 до 6 MET, считается физической активностью умеренной интенсивности; любая активность, которая сжигает более 6 MET, — физической активностью высокой интенсивности. Рекомендованный уровень физических нагрузок у пожилых людей соответствует 500–1000 MET в неделю. Авторы оценили сопутствующий риск смерти для четырех категорий еженедельной физической активности, оцениваемой в MET: низкий (1–499), средний (500–999), высокий (≥ 1000); в качестве группы сравнения были выбраны неактивные люди.

В период наблюдения зафиксировано 88 (9%) и 18 122 (15%) смертей во французской и международной когортах соответственно. Риск смерти уменьшался с увеличением уровня нагрузки. По сравнению с группой неактивных пациентов, у пожилых людей с низким, средним и высоким уровнем физической активности риск смерти был ниже на 22, 28 и 35% соответственно.

Исследование показывает, что увеличение физической активности у пожилых людей оказывает положительный эффект на здоровье. Обнаружено, что даже физическая нагрузка слабой интенсивности, которая составляет половину от рекомендованной нормы, снижает риск смерти на 22% по сравнению с неактивными людьми. Такой уровень физической нагрузки равен примерно 15 мин ежедневной быстрой ходьбы.



А Р Т Е Р И А Л Ь Н А Я Г И П Е Р Т Е Н З И Я

Новые факторы риска развития атеросклероза сонных артерий

Согласно новейшему исследованию корейских ученых, пациенты, страдающие неалкогольным жировым гепатозом (неалкогольная жировая болезнь печени, НАЖБП), имеют значительно больший риск возникновения атеросклероза сонных артерий.

Самой интересной находкой исследователи считают тот факт, что при регрессе НАЖБП уменьшается и риск атеросклеротического поражения сонных артерий. Однако доктор Gwak обращает внимание на то, что, даже если пациент с жировой болезнью печени сумеет полностью излечиться от этого недуга, это не гарантирует стопроцентного отсутствия риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у данного больного, а лишь означает, что при возникновении патологии со стороны сердца и сосудов триггером послужило нечто иное.

Говоря о неалкогольном жировом гепатозе, уместно вспомнить некоторые причины развития данной патологии, среди которых имеется и сахарный диабет, и метаболический синдром; также нельзя не упомянуть о том, что заболеваемость и смертность от ССЗ значи-

тельно увеличиваются при наличии НАЖБП, а некоторые исследования указывают и на тот факт, что наличие у пациентов маркеров субклинического атеросклероза взаимосвязано с НАЖБП.

Команда доктор Gwak провела ретроспективное исследование, участие в котором приняли 8020 человек. Ученые задались целью выявить влияние НАЖБП на возникновение признаков субклинического атеросклероза сонных артерий, видимых на УЗИ (аномальное увеличение толщины комплекса интима-медиа или наличие бляшки).

В начале анализа НАЖБП присутствовала в диагнозе у 39,7% пациентов, однако затем 17,6% из них смогли добиться регресса заболевания. Около четверти участников (23,1%), не имеющих НАЖБП в начале исследования,



приобрели ее к концу наблюдения (3,3 лет). Среди пациентов, страдающих неалкогольным жировым гепатозом, риск возникновения атеросклероза сонных артерий был на 23%

выше, чем у больных, не имеющих данной патологии ($p < 0,001$). Такое же соотношение сохранилось и после внесения поправок на наличие вредных привычек (злоупотребление алкоголем и курение), индекс массы тела и его динамику, но исчезло после внесения коррективов на метаболические изменения. Этот факт позволяет утверждать, что метаболические факторы опосредуют связь между НАЖБП и атеросклерозом сонных артерий.

Риск развития атеросклеротического поражения сонных артерий у пациентов, сумевших добиться регресса НАЖБП на 18%, был значительно ниже по сравнению с теми, кто не добился положительной динамики заболевания ($p < 0,013$).

Среди прочих факторов, влияющих на развитие атеросклероза сонных артерий, исследователи отмечают высокую активность фиброза печени в рамках НАЖБП, а также увеличение уровней АЛТ и гамма-ГТ. Доктор Gwak отмечает, что при полном регрессе НАЖБП риск развития ССЗ сопоставим с риском у тех пациентов, кто не имел такого заболевания вовсе, и считает, что эту идею необходимо донести до всех пациентов с НАЖБП.

Подготовила **Елизавета Фёдорова**

Время приема антигипертензивного препарата и эффективность лечения

Авторы исследования HARMONY утверждают, что нет абсолютно никакой разницы, принимаются антигипертензивные препараты утром или вечером. Это подтверждают данные суточного мониторинга артериального давления.

Hellenic-Anglo Research Into Morning or Night Antihypertensive Drug Delivery (HARMONY) — рандомизированное перекрестное исследование, в котором участвовали 95 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) из Великобритании и Греции. Оно показало одинаковый эффект от приема антигипертензивных препаратов утром, в промежутке между 6:00 и 11:00, и вечером — между 18:00 и 23:00, с учетом первичной конечной точки (суточная динамика систолического артериального давления (АД) — 129,65 мм рт. ст. и 129,75 мм рт. ст. соответственно).

Если обратиться к суточным, средним дневным и ночным значениям диастолического АД, дневным — систолического АД, клиническим данным, то не было никаких ощутимых различий от времени приема препарата. Стоит отметить, что шкалы оценки качества жизни также не выявили никаких различий.

«Если бы мы говорили о популяции в целом, то, возможно, это было бы важным для уменьшения риска возникновения сердеч-

но-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако в рамках данного исследования было показано, что ни по данным суточного мониторинга АД, ни по результатам каких-либо других измерений не было выявлено никакой разницы, принимаете вы препараты утром или вечером», — считает главный исследователь, доктор Нил Р. Пултер (Императорский лондонский колледж, Великобритания).

Результаты и выводы данного исследования были представлены на ежегодной встрече общества по борьбе с АГ (ESH) в июне 2016 г.

В него вошли пациенты в возрасте от 18 до 80 лет (средний возраст составил 62 года), 56% из которых мужчины. Все участники наблюдались в клиниках Лондона (Великобритания) и Салоники (Греция) с июля 2013 по январь 2015 г. Все пациенты принимали как минимум один антигипертензивный препарат; на фоне принимаемой терапии у всех участников АД было стабильно — $< 150/ < 90$ мм рт. ст. в течение по крайней мере трех месяцев. Средний ИМТ составил $29,1 \text{ кг/м}^2$. 51 пациент принимал препараты утром, между 6:00 и 11:00, на протяжении 12 нед, а 52 человека — вечером, между 18:00 и 23:00. По истечении 12 нед группы пациентов поменялись временем приема препаратов еще на такой же срок. Перерыва приема медикаментов между двумя 12-недельными периодами не было.

Помимо измерения пульса, проведения СМАД, оценки клинической картины основного заболевания исследователи предложили пациентам заполнить анкеты в конце каждого периода лечения.

Анализируя полученные данные, удалось определить, что при разнице между САД при утреннем и вечернем приеме медикаментов составила 0,10 мм рт. ст. (скорректированная разница — 0,77; 95%, ДИ — 1,38–2,91).

- Прочие межгрупповые измерения:
- Дневное САД: 132,24 (прием препаратов утром) против 132,77 (прием препаратов вечером) мм рт. ст. соответственно.
 - Дневное ДАД: 79,27 против 80,55 мм рт. ст.
 - Ночное ДАД: 70,92 против 70,57 мм рт. ст.
 - САД (измерение в клинике): 129,37 против 129,81 мм рт. ст.
 - ДАД (измерение в клинике): 77,26 против 77,41 мм рт. ст.

Баллы, полученные при оценке качества уровня жизни, составили 84,14 против 84,04 (утренний прием против вечернего соответственно).

«Дальнейший анализ подгрупп, распределенных по стране проживания, возрасту, полу, помог окончательно убедиться в полученных ранее результатах», — утверждает Пултер. Он отметил, что в обеих клиниках

большинство пациентов получали такую комбинацию антигипертензивных препаратов: блокаторы РААС (80%) в сочетании с кальциевыми блокаторами. Чаще всего применялись двухкомпонентные схемы лечения. Отвечая на вопросы касательно применения полученных результатов, доктор Нил Р. Пултер сказал, что рано делать какие-либо однозначные выводы и стоит дождаться окончания исследования TIME.

Модератор сессии доктор Eivind Berge (Oslo University Hospital, Норвегия) отметил, что, хотя и сложно сделать какие-то определенные выводы, но полученные данные, безусловно, могут быть полезны в будущем. Он также считает, что «это может дать отличный старт для подобных исследований, ведь вопрос, когда лучше принимать препарат, чрезвычайно важен для клинициста. Однако на основании такого небольшого наблюдения нельзя давать какие-либо рекомендации по приему медикаментов, хотя результаты кажутся весьма интересными». Доктор Пултер также сообщил, что по результатам предыдущих исследований, в особенности проведенных в Испании, рекомендовалось назначать на ночь прием как минимум одного антигипертензивного препарата, поскольку считалось, что таким образом значительно снижается риск развития ССЗ.

Подготовила **Елизавета Фёдорова**

И С С Л Е Д О В А Н И Е , М Е Н Я Ю Щ Е Е П Р А К Т И К У

Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий

Фибрилляция предсердий (ФП) остается одним из самых распространенных нарушений ритма сердца, а антикоагулянтная терапия — самой обсуждаемой проблемой в терапии пациентов с ФП. Эта тема многократно поднималась в разнообразных рекомендациях, монографиях и исследованиях.

Однако многие пациенты с ФП и значительным риском развития кардиоэмболического инсульта до сих пор получают в качестве профилактического лечения только аспирин вместо пероральных антикоагулянтов, на использовании которых настаивают все современные клинические рекомендации. Данную ситуацию наглядно демонстрирует исследование, проведенное Национальным регистром сердечно-сосудистых заболеваний. Ученые проанализировали схему лечения 210 тыс. амбулаторных пациентов, получивших два и более баллов по шкале CHA2DS2 и, следовательно, средним или высоким риском развития инсульта.

Согласно полученным данным, только 61,8% получали варфарин или другие пероральные антикоагулянты, в то время как 38,2% принимали только ацетилсалициловую кислоту. Дальнейший анализ расширенной когорты, включавшей уже 295 тыс. пациентов, набравших два и более баллов по более современной шкале CHA2DS2-VASc, показал, что 40,2% пациентов получают только аспирин.

Подобные данные выглядят особенно удивительно, учитывая тот факт, что даже высококлассные кардиологи, работающие в передовых центрах, не назначают каждому третьему из своих пациентов антикоагулянтную терапию. «Принимайте две таблетки аспирина и позвоните мне через две недели», — это неверная тактика для пациентов с ФП и риском

тромбоэмболических осложнений, замечают Sanjay Deshpande и Samuel Wann в редакционной колонке к исследованию.

Подробный анализ позволил выявить отдельные факторы, сопряженные с выбором той или иной терапии. Так, наличие у пациента гипертонии, ишемической болезни сердца (ИБС), перенесенного инфаркта миокарда или недавней операции аорто-коронарного шунтирования, а также дислипидемии ассоциировались с назначением аспирина вместо антикоагулянтов. Также аспирин достоверно чаще используется среди больных с сахарным диабетом и заболеваниями периферических артерий.

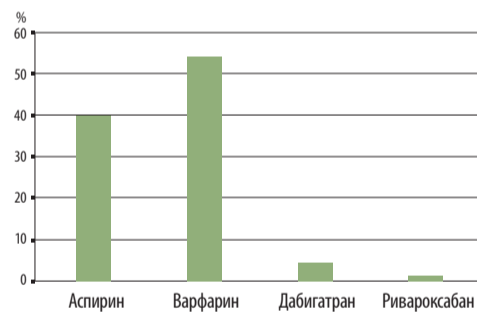


РИС. 1. Доли препаратов среди исследованных пациентов, нуждающихся в назначении антикоагулянтов, %

В свою очередь, антикоагулянты чаще назначались пациентам с более высоким индексом массы тела, наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) и уже перенесенным инсультом, транзиторной ишемической атакой (ТИА) или любым дру-

гим тромбоэмболическим событием. Кроме того, антикоагулянты чаще получали мужчины, несмотря на то что риск развития тромбоэмболических осложнений у женщин достоверно выше.

Авторы исследования также отмечают значительное превосходство более старых и проверенных антагонистов витамина К над новыми пероральными антикоагулянтами. На варфарин приходится около 91% среди всех назначений антикоагулянтов, следом идут дабигатран и ривароксабан (7,5% и 2% соответственно).

Такие результаты оказались неожиданно и для самих авторов. И нельзя не согласиться с их утверждением, что проблема непонимания врачами того факта, что антитромботической терапией одним аспирином зачастую может быть недостаточно для эффективной защиты пациентов.

По мнению редакторов, одна из причин неназначения антикоагулянтов — риск кровотечения, и, хотя он действительно существует, эту опасность зачастую значительно переоценивают как врачи, так и пациенты, склонные, с одной стороны, не осознавать, что прием аспирина также несет риск развития кровотечений, а с другой — не учитывать риски развития инсульта.

Другой возможной причиной называется недостаток комплаентности к антикоагулянтной терапии и заблуждения пациентов

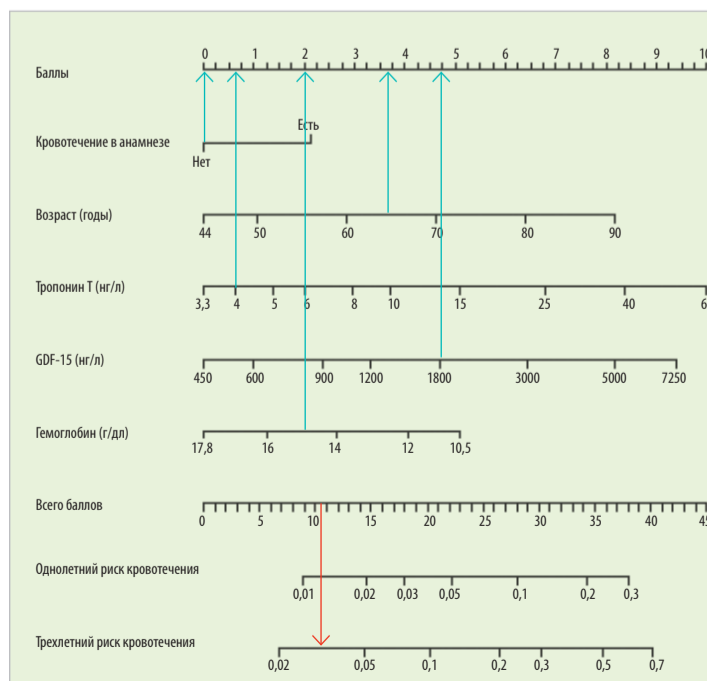
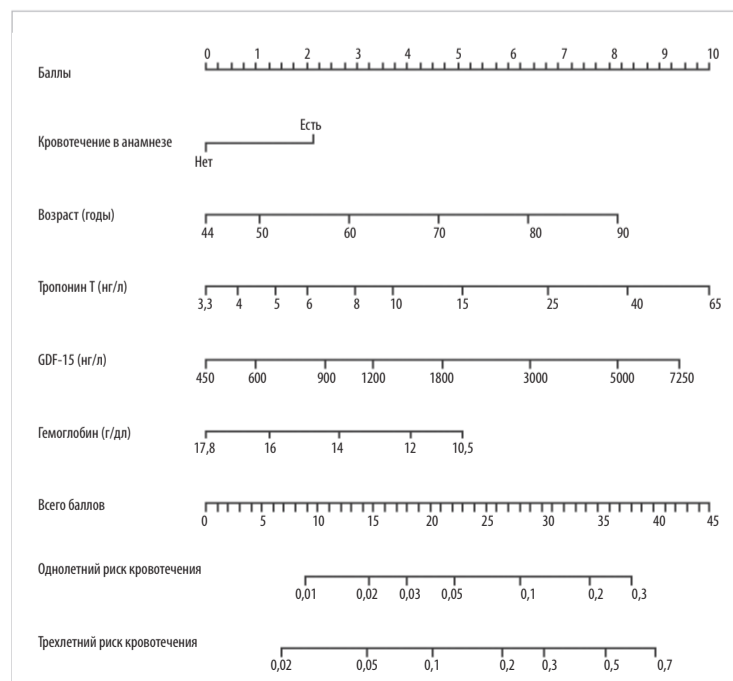
на предмет того, что вести здоровый образ жизни, например диета и физические нагрузки, сопровождаемый приемом аспирина, вполне достаточно. Но, к сожалению, это совсем не так.

«Аспирин — не антикоагулянт, и его эффективности недостаточно для профилактики тромбозов у пациентов с неклапанной ФП», — подчеркивают авторы.

Успех применения антикоагулянтов в терапии ФП основан на балансе между снижением риска кардиоэмболического инсульта и увеличением риска больших кровотечений. На данный момент риск кровотечения у пациента, получающего оральные антикоагулянты, оценивается по шкале HAS-BLED, основанной только на клинических данных. Однако последние исследования продемонстрировали возможность использования некоторых биомаркеров в качестве дополнительных факторов оценки риска развития геморрагических осложнений. И введение этих факторов в клиническую практику — важная веха на пути персонализации и улучшения шкал оценки рисков развития кровотечений.

Так, последние исследования демонстрируют, что применение новой модели оценки риска кровотечения, включающей в себя биомаркеры, у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию в связи с ФП, превосходит используемые на данный момент шкалы, основанные только на клинических данных.

«Наша шкала ABC (от Age — возраст, Biomarkers — биомаркеры, Clinical history — клинические данные) показала лучшую разрешающую способность, чем стандартные шкалы HAS-BLED и ORBIT в отношении прогнозирования больших и внутричерепных кровотечений, исходя из этого она может считаться полезной при принятии решения относительно назначения антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП», — пишет доктор



КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ НОМОГРАММОЙ

Возьмем для примера пациента с неклапанной ФП 65 лет, гемоглобин 15,0 г/дл, тропонин Т — 4 нг/л, GDF-15 — 1800 нг/л, без кровотечений в анамнезе. Для начала вычислим число баллов, которое вносит каждый показатель. Для этого по верхней шкале баллов сопоставляем каждый показатель с числом баллов (синие стрелки). После этого складываем баллы. И по шкале «Всего баллов» определяем одно- и трехлетний риски (красная линия).

Для нашего примера имеем:
0 баллов за отсутствие кровотечения
3,5 балла за 65 лет
0,5 балла за тропонин Т
4,5 балла за GDF-15
2 балла за гемоглобин
В сумме имеем 10,5 баллов.

По нижней шкале оцениваем риски (оранжевая стрелка). Получаем, что у данного пациента однолетний риск кровотечения — 1,3%, трехлетний риск кровотечения — 3,5%.

РИС. 2. Номограмма оценки рисков кровотечения по шкале ABC

Ziad Hijazi, один из авторов оригинального исследования, опубликованного в июне 2016 г. в журнале The Lancet. Для своей модели Hijazi et al. выбрали те биомаркеры, которые считаются наиболее прогностически значимыми относительно развития кровотечений. В этот список вошли: ростовой фактор дифференцировки (GDF-15), являющийся маркером оксидативного стресса; измеряемый высокочувствительными методами сердечный тропонин Т (сTnT-hs) — маркер миокардиального повреждения; цистатин С или расчетный показатель СКФ для оценки почечной функции как способ оценки анемии — гематокрит или гемоглобин. Вместе с этим в предварительных исследованиях изучалось использование N-концевого рго-BNP и клинических данных в качестве предикторов кровотечений.

Впервые выбранные маркеры были проверены на популяции пациентов, принимавших участие в исследовании ARISTOTLE, в ходе которого проводилась рандомизация пациентов между варфарином и апиксабаном. Данные по биомаркерам были доступны для 14 537 пациентов. Число кровотечений составило 662. На основе этих данных исследователи выделили наиболее значимые факторы риска. Ими стали GDF-15, гемоглобин, сTnT-hs, возраст пациента и наличие кровотечений в анамнезе. После чего шкала ABC, включающая в себя эти факторы, сравнивалась со стандартной шкалой HAS-BLED и недавно созданной шкалой ORBIT.

По результатам исследования, в первой выборке пациентов шкала ABC показала индекс конкордантности (с-index), равный 0,68. Стоит отметить, что с-index, равный 1, означает идеальную предиктивную способность метода, а с-index 0,5 соответствует случайному выбору. На той же выборке пациентов шкала HAS-BLED показала с-index 0,61, а шка-

ла ORBIT — 0,65 (в сравнении с ABC $p < 0,001$ и $p = 0,0008$ соответственно). Отдельно авторы работы отмечают, что шкала одинаково хорошо показала себя как среди пациентов, принимавших варфарин, так и апиксабан.

Следующим шагом стала валидизация шкалы на данных другого крупного клинического исследования RE-LY, в котором пациенты получали или варфарин, или дабигатран для профилактики тромбозов, связанных с ФП. Данные по биомаркерам были доступны для 8468 пациентов, всего зарегистрировано 463 кровотечения. И снова шкала ABC продемонстрировала свое превосходство над более старыми системами. С-index составил 0,71, 0,62 и 0,68 для ABC, HAS-BLED и ORBIT соответственно, различия между шкалами также были достоверными. Кроме того, авторы отмечают и превосходство шкалы ABC в прогнозировании внутричерепных кровотечений (с-index 0,66 против 0,58 и 0,60).

Шкала оказалась одинаково эффективна в разных подгруппах пациентов и адекватно оценивает риски кровотечений у пациентов с низкими баллами по версии HAS-BLED и ORBIT. На самый главный вопрос, когда же новая шкала будет доступна для клинического применения, авторы отвечают, что изменение сTnT уже доступно практически во всем мире, а коммерческую версию теста на GDF-15 компания Roche планирует запустить в июне 2016 г.

Отметим все же, что при назначении антикоагулянтной терапии лечащий врач должен в первую очередь ориентироваться на риск тромбозов, осложняющих. А отказ от антикоагулянтов чаще всего происходит при низком риске инсульта и очень высоком риске кровотечений. Один из таких случаев — пациенты, уже перенесшие серьезное кровотечение, в том числе вну-

тричерепное. Ведение таких пациентов до сих пор остается проблемой, не имеющей однозначного решения. И они часто остаются вовсе без какой-либо защитной стратегии из-за страха перед повторными кровотечениями.

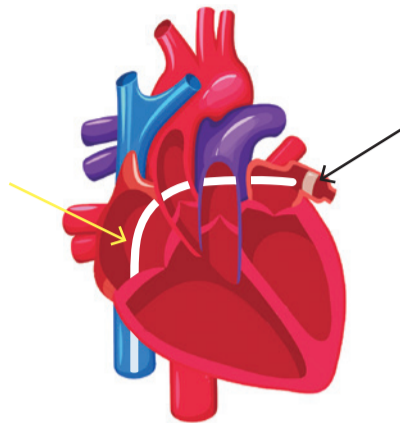


Рис. 3. Окклюдор (черная стрелка), установленный в полость ушка левого предсердия и тем самым препятствующий формированию и отрывам тромбов в ней. Желтая стрелка — транссептальный интродьюсер для установки окклюдора

По данным нового исследования, окклюзия ушка левого предсердия (ОУЛП) может уменьшить риск развития инсульта у такой сложной для ведения группы пациентов, как больные с ФП, уже перенесшие геморрагический инсульт, которым обычно не назначают антикоагулянтную терапию из-за крайне высокого риска кровотечений.

Для оценки эффективности ОУЛП сравнивали 147 пациентов, перенесших ОУЛП, и 147 пациентов, числившихся в Датском регистре пациентов, получавших стандартную терапию и проживших более 180 дней после поступления с внутричерепным кровотечением. В ходе наблюдения, длившегося в среднем 166 дней, частота первичной составной конечной точки, включавшей в себя

ишемический инсульт, сильное кровотечение и смерть по любым причинам, составила 47,9 и 278,9 на 1000 пациенто-лет у пациентов после ОУЛП и получавших обычную терапию соответственно.

Таким образом, относительный риск наступления конечной точки уменьшился более чем на 80% при применении ОУЛП в сравнении с рутинной терапией.

Сложным вопросом, однако, остается ведение пациентов в послеоперационном периоде. Согласно инструкции к окклюдорам необходимо назначение антикоагулянтной терапии в течение 45 дней после операции. Но, по мнению экспертов, существующие доказательства недостаточны, и в реальной клинической практике лечащие врачи стараются сократить этот период. В каких-то случаях назначается двойная или одинарная антиагрегантная терапия на срок от 45 дней до 6 мес, и однозначных рекомендаций по этому вопросу еще не выработано.

Пациенты настоящего исследования получали только аспирин в течение 6 мес в большинстве центров, что соответствует стандартному локальному протоколу, и двойную антиагрегантную терапию на протяжении 1 или 3 мес в остальных центрах. По мнению одного из авторов исследования Jens Erik Nielsen-Kudsk, полученные данные точно указывают на то, что ОУЛП может обладать некоторыми преимуществами в профилактике инсультов у подобных пациентов, но необходима большая доказательная база.

В настоящее время планируется проведение большого рандомизированного клинического исследования по данной проблематике.

Подготовил Иван Царёв

Н О В Ы Е Д А Н Н Ы Е

Вредная привычка Востока покоряет мир?

Ученые из Тайваня убеждены: если в течение многих лет мужчины жуют бетель или курят, то тем самым они многократно повышают риск раннего возникновения метаболического синдрома (МС, синдром Reaven) у своего потомства. Интересно, что появление данной патологии не зависело от наличия или отсутствия МС у отца, также никаких изменений не обнаруживалось, если бетель употребляла мать.

В Индии, Бангладеше, Пакистане, в азиатских странах, расположенных на побережье Тихого океана, — Камбодже, Китае, Малайзии, Индонезии, Филиппинах, Тайване и Таиланде — листья бетеля используются как традиционное тонизирующее средство: их жуют, предварительно смешав с гашеной известью и измельченными семенами пальмы катеку (лат. *Arecatechu*). Поэтому, по словам автора исследования доктора Ами Минг-Фанг Йен (Медицинский университет Тайбэй, Тайвань), сейчас их можно назвать четвертой по распространенности в мире вредной привычкой после табака, алкоголя и кофеина.

В Тайване уровень потребления бетеля в форме жевательного табака и сигарет несколько снизился за последние годы, однако, по данным исследований, проведенных в этом регионе, жевание бетеля приводит



не только к таким страшным последствиям, как рак ротовой полости, но и влечет за собой развитие серьезных хронических заболеваний, например сахарного диабета и болезни сердечно-сосудистой системы.

Доктор Йен и ее коллеги отмечают, что необходимо проведение дальнейших исследований, чтобы понять механизм воздействия бетеля на организм человека. Данные, которые имеются на настоящий момент, можно использовать в образовательных программах для снижения уровня распространенности этой пагубной привычки. Ведь ей подвержены не только жители Тайваня, но и 10% мирового населения, а это составляет приблизительно 700 млн человек.

Подготовила Елизавета Фёдорова

АКТУАЛЬНО

Обновление рекомендаций Европейского кардиологического общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

В июне 2016 г. Европейское кардиологическое общество опубликовало обновленные рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в клинической практике. Напомним, что предыдущая версия увидела свет в 2012 г., и на протяжении четырех лет оставалась одним из важнейших руководств, на основе которых организуют работу кардиологи по всей Европе. В этой статье мы осветим важнейшие для практикующих врачей изменения в данных рекомендациях.

Общие рекомендации по здоровому образу жизни остались практически неизменными. Единственное добавление: данные о дополнительной пользе большей физической активности, чем стандартные 150/75 мин средней или высокой физической активности в неделю. Теперь считается доказанным, что увеличение продолжительности аэробных нагрузок до 300 мин в неделю для средней (ходьба, медленная езда на велосипеде, домашняя работа) физической нагрузки и 150 мин для интенсивной (бег трусцой, езда на велосипеде со скоростью более 15 км/ч, тяжелая работа в саду) приносит дополнительную пользу для здоровых людей,

Начнем мы с того, что уточним, кто же должен проходить сквозь систему профилактики ССЗ?

Основная система оценки риска осталась неизменной. Она все также базируется на десятилетнем риске ССЗ, определяемом по шкале SCORE для «здоровых» людей или по уже имеющимся заболеваниям. Однако в новых рекомендациях есть четкое указание, что проведение оценки рисков целесообразно только для мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет с социоэкономической точки зрения и из-за высокой вероятности ложноположительных результатов. Для мужчин младше 40 лет и женщин старше 50 лет без известных факторов риска развития ССЗ такая оценка не рекомендуется. Стоит отметить, что для когорты молодых пациентов полезно использование таблицы «относительных рисков», приведенной ниже, в том числе и для повышения мотивации пациентов, например для отказа от курения.

Сами таблицы оценки риска SCORE не подверглись никаким изменениям, но появилось несколько важных дополнений к ним.

Так, для пациентов с пограничными рисками (4-5% или 9-10%) авторами добавлена таблица примерных факторов риска, позволяющих реклассифицировать группы риска для пациента «вверх» или «вниз» в зависимости от этих факторов.

Но все же не стоит забывать, что в случаях высокого и очень высокого риска данные факторы менее значимы и не должны быть основой для занижения рисков.

К модификаторам риска в обновленных рекомендациях также относится и наличие аутоиммунных заболеваний. Так, риск, рассчитанный по шкале SCORE у пациента с ревматоидным артритом, рекомендуется умножить на 1,5, особенно при высокой активности заболевания. Для остальных аутоиммунных заболеваний такая модель увеличения относительных рисков также приемлема, но остается менее доказанной.

Простой пример: некурящая женщина 65 лет, систолическое артериальное давление (САД) — 160 мм рт. ст., общий холестерин — 7 ммоль/л, индекс массы тела (ИМТ) — 35 кг/м², на протяжении последних 10 лет

ТАБЛ. 2. Примерные факторы риска, учитываемые при возможной реклассификации группы риска пациента

Социоэкономический статус, социальная изоляция или отсутствие должного ухода
Семейный анамнез ССЗ
Индекс массы тела и центральное ожирение
Кальциевый индекс коронарных сосудов по данным компьютерной томографии
Наличие атеросклеротических бляшек, выявленных ультразвуковым сканированием
Лодыжечно-плечевой индекс

страдает системной красной волчанкой. При расчете риска только по таблице SCORE для страны высокого риска, к которым относится Россия, получается значение десятилетнего риска — 7%, что относит пациентку к группе высокого риска. Однако будет верным принять во внимание имеющееся аутоиммунное заболевание и умножить риск на 1,5, получая «промежуточное» значение 10,5%. После этого следует учесть имеющееся у пациентки ожирение, ввиду этого отнести ее к группе очень высокого риска развития ССЗ и разрабатывать дальнейшую тактику исходя из этого.

Еще одно значительное изменение с точки зрения классификации пациентов по группам риска — отказ от использования увеличения показателя толщины комплекса интима-медиа (КИМ) в качестве фактора, относящего пациента к группе очень высокого риска. Подобное изменение основывается на низкой точности и воспроизводимости, а также высокой субъективности измерения КИМ в клинической практике. В таблице 3 приведены оставшиеся факторы, относящие пациента к группе очень высокого риска.

Теперь давайте перейдем к тому, как же надо действовать для минимизации рисков у конкретного пациента.

переносящих эту нагрузку, в сравнении с меньшей по продолжительности нагрузкой.

Раздел про курение пополнился аккуратным замечанием относительно использования электронных сигарет. Авторы отмечают, что они могут быть полезны для отказа от курения, но отсутствуют убедительные данные в пользу их безопасности, в том числе и социальную, например для подростков. В итоге авторы не дают прямых рекомендаций по их использованию, но в то же время призывают к применению к ним тех же маркетинговых ограничений, что и к сигаретам.

Под влиянием последних исследований в раздел по питанию были добавлены данные о сравнительном вреде употребления даже небольших доз алкоголя в сравнении с непьющими людьми вообще. Однако подобные выводы скорее делаются в связи с повышением общей калорийности пищи при его употреблении, а не связанным с ним вредом. В описании здоровой диеты ограничение осталось то же: 20 г в день в пересчете на чистый алкоголь для мужчин и 10 г в день для женщин.

Два важных изменения касаются липидного профиля. Во-первых, добавление поро-

ТАБЛ. 1. Таблица относительных рисков развития ССО

		ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН (ммоль/л)									
		НЕКУРЯЩИЕ					КУРЯЩИЕ				
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (мм рт. ст.)	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Данная таблица показывает только относительные риски пациентов «внутри» одного возраста и пола. Иными словами, если ваш пациент — мужчина, курильщик, уровень холестерина — 8 ммоль/л и САД — 180 мм рт. ст. (правый верхний угол), его десятилетний риск развития ССЗ в 12 (!) раз выше, чем у его некурящего ровесника с нормальным АД и холестерином 4 ммоль/л (левый нижний угол).

ТАБЛ. 3. Факторы риска, относящие пациента к группе очень высокого риска

Документированное ССЗ, имеющее клинические проявления или несомненно выявленное при визуализационном исследовании.
К клинически выявляемым относят:
<ul style="list-style-type: none"> • Перенесенный острый инфаркт миокарда или острый коронарный синдром. • Перенесенная операция по реваскуляризации коронарного или любого другого артериального русла (открытая либо чрескожная ангиопластика). • Инсульт или транзиторная ишемическая атака. • Аневризма аорты. • Болезнь периферических артерий.
К выявленным при исследовании:
<ul style="list-style-type: none"> • Четко выявляемая атеросклеротическая бляшка при коронарной ангиографии или ультразвуковом исследовании сонных артерий.
Сахарный диабет с органическим поражением, например:
<ul style="list-style-type: none"> • Протеинурия.
Или же сочетающийся с большими факторами риска, например:
<ul style="list-style-type: none"> • Курение. • Гиперхолестеринемия. • Выраженная гипертония.
Тяжелая хроническая болезнь почек (СКФ меньше, чем 30 мл/мин/1,73 м ²)
Подсчитанное значение риска ССЗ по шкале SCORE = 10% и более

гового значения в 5,1 ммоль/л, требующего внимательного изучения для исключения возможных семейных дислипидемий.

стерина, в том числе и в ситуациях отсутствия тощачковых анализов, а значит, и возможности точно подсчитать концентрацию ЛПНП.

ТАБЛ. 4. Обновленные целевые значения артериального давления

ГРУППА ПАЦИЕНТОВ	ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ
Все пациенты младше 60 лет	САД — < 140 мм рт. ст., ДАД — < 90 мм рт. ст.
Пациенты старше 60 лет, с исходным САД > 160 мм рт. ст.	САД в диапазоне 140–150 мм рт. ст.
Пациенты старше 80 лет, с исходным САД > 160 мм рт. ст.	САД в диапазоне 140–150 мм рт. ст. при условии хорошего физического и когнитивного состояния
Сохранные пациенты старше 80 лет	САД — < 140 мм рт. ст., при хорошей переносимости лечения. В случае (очень) высокого риска и хорошей переносимости многокомпонентной терапии можно рассмотреть целевые значения САД < 120 мм рт. ст. у отдельных пациентов

Во-вторых, применимость в клинической практике такого показателя, как холестерин невысокой плотности (non-HDL-C). Под этим понятием подразумевается разность общего холестерина и ЛПВП-холестерина. Данный показатель может использоваться для замены ЛПНП-холе-

Целевые значения не-ЛПВП-холестерина соответствуют таковым для ЛПНП-холестерина+0,8ммоль/л, то есть <2,6, <3,3 и <3,8 ммоль/л для пациентов очень высокого, высокого и среднего рисков соответственно.

ТАБЛ. 5. Целевые показатели для управления сердечно-сосудистыми рисками

Отказ от курения	После прекращения курения риск ССЗ в течение 10–15 лет приближается к уровню никогда не куривших людей. Но не равен ему
Здоровое питание	<ul style="list-style-type: none"> • употребление около 500 г фруктов и овощей в день; • ограничение употребления: алкогольсодержащих напитков, поваренной соли (< 5 г/сут), насыщенных жирных кислот (< 10% суточной калорийности); • коррекция веса у пациентов с избыточной массой тела или ожирением
Регулярная физическая активность и/или аэробная физическая нагрузка	Здоровым взрослым любого возраста необходимо по крайней мере 150 мин умеренной физической нагрузки или 75 мин интенсивных физических нагрузок в неделю
Коррекция АД	Целевые значения АД: <ul style="list-style-type: none"> • у пациентов моложе 60 лет — САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст.; • у пожилых пациентов старше 60 лет с исходным САД > 160 мм рт. ст. САД следует держать в диапазоне 140–150 мм рт. ст.
Пациентам с сахарным диабетом	<ul style="list-style-type: none"> • целевое значение HbA1c для профилактики ССЗ < 7,0% (< 53 ммоль/моль); • рекомендуемое значение АД < 140/85 мм рт. ст. Статины следует принимать всем пациентам с сахарным диабетом старше 40 лет
Контроль липидного профиля	<ul style="list-style-type: none"> • у пациентов с очень высоким риском ССЗ целевой уровень ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) или снижение ХС-ЛПНП по крайней мере на 50%. Если исходный уровень ХС-ЛПНП находится в диапазоне 1,8–3,5 ммоль/л • у пациентов с высоким риском ССЗ целевой уровень ХС-ЛПНП < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл) или снижение ХС-ЛПНП по крайней мере на 50%. Если исходный уровень ХС-ЛПНП находится в диапазоне 2,6–5,1 ммоль/л

Следующие изменения коснулись больших групп пациентов: лиц с сахарным диабетом и АГ. Были скорректированы целевые значения АД для разных подгрупп и появились уточнения по лекарственной терапии.

Так, для молодых пациентов с сахарным диабетом, в том числе и I типа, авторы предлагают целевые значения АД на уровне 130/80 мм рт. ст.

По новым данным, такие целевые значения эффективнее уменьшают риски развития инсульта, ретинопатии или протеинурии. Кроме того, в качестве терапии 1-й линии предлагается использовать блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, то есть ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента либо блокаторы рецепторов к ангиотензину-II. А в качестве сахароснижающей терапии — метформин и ингибиторы глюкозо-натриевых котранспортеров-2.

Раздел об АГ дополнился несколькими небольшими, но достаточно важными моментами. Глобально по результатам последних крупных исследований наметилась тенденция к ослаблению режима контроля за значениями АД.

Так, целевые значения, которые раньше для всех пациентов были < 140 мм рт. ст., теперь зависят от возраста пациента. Новые целевые значения представлены в таблице 4.

Небольшое послабление коснулось также критериев необходимости антигипертензивной терапии. Следуя прошлой редакции, лекарственная терапия строго рекомендована пациентам с I-II степенями АГ при высоком и очень высоком риске, в нынешней версии — тем же пациентам с максимальным повышением САД до 160 мм рт. ст. лишь в случае очень высокого риска, а в остальных случаях только должна рассматриваться, но не строго обязательно.

Отдельно стоит отметить упоминание возможности сокращения лекарственной терапии при высокой ее эффективности и успешном поддержании здорового образа жизни. В предыдущей версии считалось, что отмена терапии практически неизбежно ведет к возврату АД к доинтервенционным цифрам.

Еще одно маленькое, но важное замечание — упоминание полипипулов (то есть лекарственных форм, включающих в себя несколько действующих веществ в фиксированной дозе, например ингибитор АПФ+диуретик). Их применение приводит к снижению числа таблеток, принимаемых ежедневно, и, следовательно, повышению комплаентности к лечению, которая обычно довольно низка у больных АГ, и итоговой эффективности.

ТАБЛ. 6. Оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Когда следует оценивать риск развития ССЗ?

- По личному настоянию пациента.
- У мужчин старше 40 лет; у женщин старше 50 лет и в постменопаузе.
- Присутствует один или более факторов риска: курение, гиперлипидемия, избыточная масса тела, АГ, сахарный диабет, гиподинамия, несбалансированное питание.
- Сведения о ССЗ в семейном анамнезе или присутствие больших факторов риска, таких как сахарный диабет или гиперлипидемия.
- Наличие симптомов, позволяющих предположить наличие ССЗ.

Три шага, которые необходимо предпринять:

- собрать анамнез и провести объективное обследование;
- оценить сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (кроме пациентов с верифицированным ССЗ, сахарным диабетом, нарушением функции почек, резко выраженными единичными факторами риска);
- определить возможности управления рисками.

Очень высокий риск	Высокий риск	Умеренный риск	Низкий риск
Верифицированным ССЗ Сахарный диабет с одним или более фактором риска или поражением органов-мишеней Тяжелое нарушение функции почек Бляшка, выявленная при проведении коронароангиографии или УЗИ сонных артерий Риск по шкале SCORE \geq 10%	Резко выраженные единичные факторы риска (дислипидемия, тяжелая АГ) Сахарный диабет без факторов риска и поражения органов-мишеней Умеренно выраженное нарушение функции почек Риск по шкале SCORE 5–10%	Риск по шкале SCORE 1–5% Большое количество людей среднего возраста принадлежат к данной категории	Риск по шкале SCORE < 1% и отсутствие указаний на умеренный риск

Значительную роль здесь сыграло исследование SPRINT, показавшее превосходство высокоинтенсивной терапии со снижением САД ниже 120 мм рт. ст. над терапией с целевыми значениями < 140 мм рт. ст. в предотвращении сердечно-сосудистых событий, однако сопряженность более низких цифр САД с большим числом побочных эффектов, что примерно сравнивает возможность использования этих двух тактик в клинической практике.

На основе этого авторы рассуждают о вероятном отсутствии дополнительной «суммарной» пользы для пациентов при снижении САД ниже 130 мм рт. ст.

В данной статье мы постарались осветить наиболее важные изменения для практикующего врача. К сожалению, не представляется возможным кратко рассказать обо всех деталях новых рекомендаций, и, в то же время, на настоящий момент еще нет русскоязычного перевода этого документа. Однако ознакомиться с полным текстом на английском языке можно на сайте Европейского кардиологического общества: <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-Prevention-in-clinical-practice-European-Guidelines-on>.

А К Т У А Л Ь Н О

Обзор рекомендаций Европейского кардиологического общества по классификации, диагностике и лечению сердечной недостаточности 2016 года

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ И ПОНИМАНИЯ

За время, прошедшее с публикации предыдущих рекомендаций, было проведено несколько крупных клинических исследований. Результат их неопровержимо свидетельствует о том, что неблагоприятные исходы сердечной недостаточности (СН) можно значительно улучшить. Это стало возможным благодаря более детальному изучению патофизиологических механизмов развития СН на доклиническом уровне и, следовательно, значительно улучшило уровень диагностики и повысило эффективность лечения пациентов.

Предыдущий опубликованный Европейским кардиологическим обществом (ESC) вариант рекомендаций о диагностике и лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) 2012 года оставил без внимания некоторые аспекты. Прежде всего, это своевременная постановка диагноза ХСН и, следовательно, своевременное начало лечения.

Данная классификация оставила без ответа ряд вопросов для врача-клинициста:

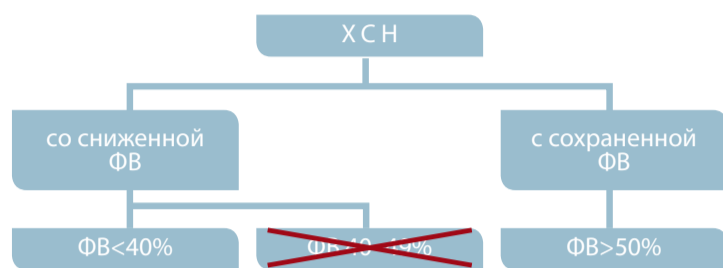


РИС. 1. Классификация ХСН 2012 года

как стоит вести пациентов с ФВ 40—49%, как проводить им подбор терапии и тому подобное.

Введение новой категории в классификации ХСН позволит назначать адекватную терапию той категории пациентов, лечение которых раньше вызывало множество вопросов, так как четких рекомендаций по этому поводу просто не существовало.

Еще одним важным изменением новых рекомендаций стало изменение схемы диагностики ХСН, что позволяет диагностировать СН на ранних стадиях (в отсутствие значимых клинических проявлений). Так



РИС. 2. Классификация ХСН 2016 года

как Эхо-КГ в общеклинической сети делают не всем пациентам с подозрением на ХСН, а анализ на NT-proBNP и BNP проводят редко, диагноз выставляется несвоевременно.

Если диагностические мероприятия будут проводиться по данной схеме, вероятность пропустить ХСН на стадии минимальных клинических проявлений или их полного отсутствия значительно сокращается. Эхо-КГ, в отличие от ЭКГ, более информативный метод диагностики: именно на его результатах и базируется классификация, а значит, и лечение.

Еще один весомый плюс заключается в его низкой стоимости по сравнению с анализами на NT-proBNP и BNP (которые, кстати, крайне редко проводятся в общеклинической сети), а также в простоте выполнения и общедоступности.

Предварительная оценка отдаленных последствий, связанных с новыми принципами классификации, и постановки диагноза ХСН дает весьма оптимистичные прогнозы в отношении уменьшения числа тяжелых осложнений, а также значительно сокращения смертности в данной группе пациентов.

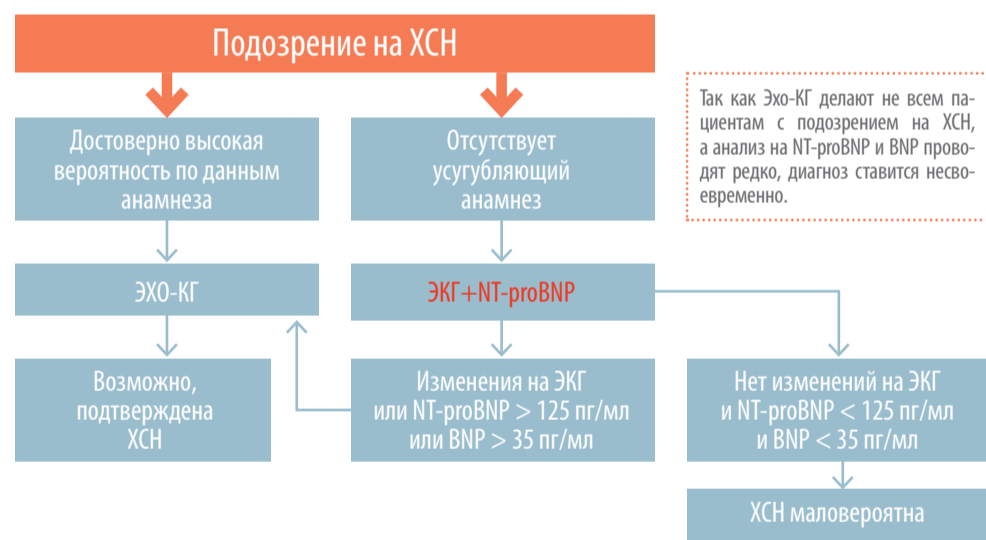


РИС. 3. Алгоритм диагностики ХСН 2012 года

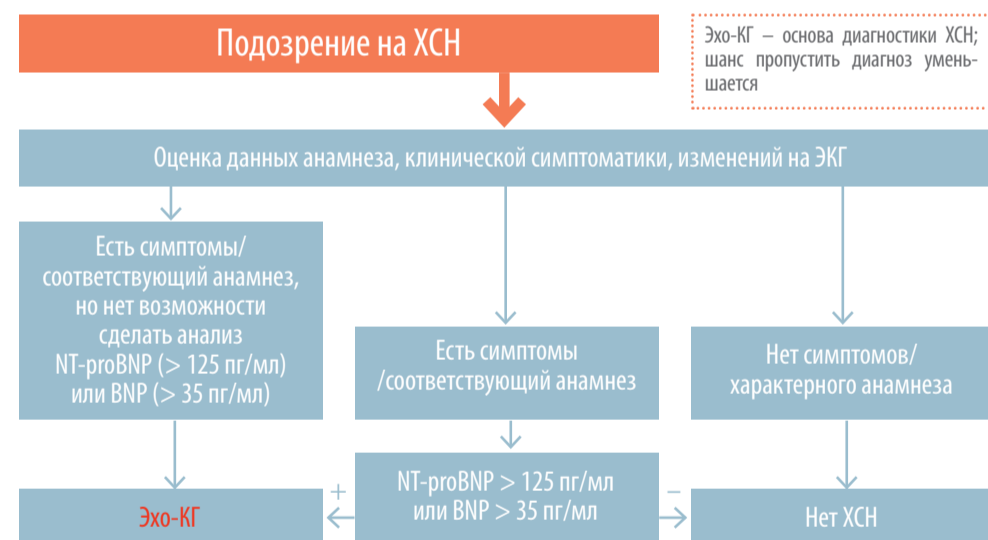


РИС. 4. Алгоритм диагностики ХСН 2016 года

ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ЗА РУБЕЖОМ

для работников здравоохранения



МЕДИЦИНА
СЕГОДНЯ

www.mctoday.ru

- КУРСЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВЕДУЩИМИ МЕЖДУНАРОДНЫМИ АССОЦИАЦИЯМИ
- ИНДИВИДУАЛЬНО РАЗРАБОТАННЫЕ КУРСЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – ОТ СЕСТЕР И ВРАЧЕЙ ДО РУКОВОДИТЕЛЕЙ КЛИНИК И СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- СТАЖИРОВКИ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
- УЧАСТИЕ В ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ УНИВЕРСИТЕТСКИХ КЛИНИК

ЗАЯВКУ НА ОБУЧЕНИЕ МОЖНО ОФОРМИТЬ по телефону: +7 495 419 02 99, по e-mail: info@protiv-raka.ru

Ф И Б Р И Л Л Я Ц И Я П Р Е Д С Е Р Д И Й

Оценка показателей качества и клинической эффективности ведения пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий

В отчете Американской коллегии кардиологии и Американской ассоциации сердца представлены шкалы и показатели, применение которых будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи, а также лучшему прогнозу в отношении течения заболеваний.

В работе описаны две группы показателей: показатели клинической эффективности и показатели качества жизни. Качественная оценка может использоваться в конкретных случаях для улучшения качества жизни конкретного пациента, однако для получения популяционно значимых данных она не подходит. В этом случае пользуются показателями клинической эффективности. Коллектив авторов составил список из 24 шкал и показателей, включая шесть параметров оценки клинической эффективности (три — для стационарных и три — для амбулаторных пациентов) и 18 — качественной оценки (10 — для амбулаторных пациентов и 8 — для стационарных соответственно).

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее частое нарушение ритма, ухудшающее прогноз в отношении смерти в том случае, если у пациента есть и другие сердечно-сосудистые заболевания (хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда

в анамнезе, инсульты и так далее). Само по себе наличие ФП увеличивает риск развития инсульта в четыре-пять раз. А учитывая рост заболеваемости приблизительно 5% в год среди лиц старше 65 лет и учащение госпитализаций по поводу ФП, грамотная оценка степени тяжести, рисков осложнений и адекватности терапии обязательна.

Разумеется, научные группы, занимавшиеся разработкой вышеупомянутых методов оценки, ставили своей целью прежде всего улучшение качества жизни пациентов. Однако другим важным моментом стало снижение затрат служб здравоохранения в этом сегменте с помощью оценки вероятных рисков и их предотвращения.

Результатом работы всех научных групп стала единая таблица, включающая в себя 21 пункт, три из которых — параметры оценки клинической производительности для стационарных пациентов и 18 — показатели качественной оценки ведения пациента

с ФП (10 — для стационарных и 8 — для амбулаторных больных).

На рисунке представлены все параметры (показатели клинической эффективности), соблюдение которых позволит минимизировать в масштабах популяции социально значимые осложнения ФП. Соблюдение же на амбулаторном и стационарном этапах показателей оценки качества позволит осуществлять персонализированный подход и уменьшить количество осложнений в каждом конкретном случае.

Несмотря на анализ большого объема информации, сохранились и некоторые спорные моменты. Первый из них — целесообразность оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED. Хотя в руководстве ACC/AHA по ведению пациентов с ФП 2014 г. упоминается использование оценочной шкалы, исследований или рекомендаций, посвященных конкретно этой проблеме, не опубликовано.

Второй вопрос связан с антикоагулянтной терапией у взрослых с врожденными пороками сердца. Речь идет о пациентах с остаточными дефектами межпредсердной перегородки. В этом случае если пациент не оценивается по шкале CHA2DS2-VASc, то риск развития инсульта на фоне ФП значительно возрастает.

В дальнейшем научные группы, занимавшиеся данным проектом, планируют более детально рассмотреть некоторые вопросы, например: оценку токсичности амиодарона каждые 6–12 мес, неадекватное применение антикоагулянтов у пациентов с очень низким риском развития инсульта по шкале CHA2DS2-VASc, предотвращение или прекращение рецидивов фибрилляции и трепетания предсердий с помощью контроля артериального давления у лиц с артериальной гипертензией, изучение возможности внедрения руководств по фармакокинетике и дозированию новых пероральных антикоагулянтов (в зависимости от различных клинических состояний).

Подготовила Мария Габитова

ОБНОВЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ФП

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ	ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА	
	Амбулаторные пациенты	Пациенты стационара
Оценка риска инсульта по шкале CHA2DS2-VASc	<ul style="list-style-type: none"> • Назначение бета-блокаторов при ФВ <40% • Необоснованное назначение антиаритмической терапии у пациентов с постоянной формой ФП • Необоснованное назначение сotalола у пациентов с ФП и терминальной стадией болезни почек или на диализе 	<ul style="list-style-type: none"> • Назначение бета-блокаторов при ФВ <40% • Назначение блокаторов рецепторов ангиотензина и ингибиторов АПФ перед выпиской при ФВ <40% • Необоснованное назначение антиаритмической терапии у пациентов с постоянной формой ФП • Необоснованное назначение прямого ингибитора тромбина или Ха-фактора у пациентов с ФП клапанной этиологии
Назначение антикоагулянтной терапии	<ul style="list-style-type: none"> • Необоснованное назначение прямого ингибитора тромбина или Ха-фактора у пациентов с ФП клапанной этиологии • Необоснованное назначение прямого ингибитора тромбина или Ха-фактора у пациентов с ФП и терминальной стадией болезни почек или на диализе 	<ul style="list-style-type: none"> • Необоснованное назначение прямого ингибитора тромбина или Ха-фактора у пациентов с ФП и терминальной стадией болезни почек или на диализе • Необоснованное назначение антитромбоцитарной терапии у пациентов с ФП без ИБС или другой сосудистой патологии • Необоснованное назначение недигидропиридиновых антагонистов кальциевых каналов у пациентов с сохраненной ФВ левого желудочка
Контроль МНО и тромбоцитов при приеме варфарина	<ul style="list-style-type: none"> • Необоснованное назначение антитромбоцитарной терапии у пациентов с ФП без ИБС или другой сосудистой патологии • Совместно принятое врачом и пациентом решение о назначении антикоагулянтов после выписки 	<ul style="list-style-type: none"> • Назначение антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП во время и после проведения катетерной аблации • Совместно принятое врачом и пациентом решение о назначении антикоагулянтов после выписки

Н О В Ы Е Д А Н Н Ы Е

Сердечно-сосудистые заболевания у больных ВИЧ-инфекцией

В настоящее время ВИЧ-инфекция — это заболевание, приобретающее хроническое неуклонно прогрессирующее течение. Вероятность развития оппортунистических инфекций у таких пациентов сейчас меньше, чем вероятность развития сопутствующих заболеваний, в частности сердечно-сосудистых. У ВИЧ-инфицированных пациентов риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выше, чем в популяции в целом. Ожидается, что именно ССЗ станут ведущей причиной заболеваемости и смертности в данной группе населения. Поэтому необходимы правильная и своевременная постановка диагноза, ведение пациентов и профилактика данной группы заболеваний.

Этиология повышенного риска ССЗ у ВИЧ-инфицированных пациентов многофакторная. Сам вирус вызывает изменения в организме, ведущие к развитию инсулинорезистентности, липодистрофии (неравномерному распределению жира, включая увеличение висцерального жира), изменению липидного профиля [повышению количества триглицеридов и снижению липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)]. Антиретровирусная терапия (АРВТ) с использованием ингибиторов протеазы усиливает эти процессы, в то время как ненуклеозидные ингибиторы фермента обратной транскриптазы (ННИОТ) оказывают менее значимое кардиотоксическое действие.

Значение воспаления в патогенезе атеросклероза хорошо известно. Считается, что оно также играет немаловажную роль в развитии ССЗ у ВИЧ-инфицированных. В ходе недавних исследований было сформулировано предположение о том, что механизм развития атеросклероза и формирования бляшки у данной группы лиц отличается от общей популяции. Данные многоцентро-

вого когортного исследования у ВИЧ-инфицированных мужчин (MACS) и ряда других исследований демонстрируют преобладание у больных ВИЧ-инфекцией некальцифицированных бляшек. У ВИЧ-инфицированных имеется большое количество факторов риска развития ССЗ, например курение.

Медицинская ассоциация по ВИЧ-инфекции (HIVMA) рекомендует оценивать липидный профиль натощак и при проведении терапии использовать целевые значения липидов, представленные в рекомендациях NCEP ATP III.

Данные по распространенности артериальной гипертензии (АГ) у больных ВИЧ-инфекцией варьируются. В одном исследовании, проведенном на базе городской клиники, из 4000 пациентов с ВИЧ-инфекцией у 43% была диагностирована АГ. В многоцентровом итальянском исследовании АГ была зафиксирована у 29% пациентов с ВИЧ. Медицинской ассоциации по ВИЧ-инфекции (HIVMA) рекомендуется ежегодный контроль АД у данной группы лиц в плановом поряд-

ке. В настоящее время отдельных рекомендаций по ведению и лечению АГ у данной группы людей нет. Швейцарское когортное исследование у ВИЧ-инфицированных пациентов выявило, что при наличии АГ у них повышается риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Эпидемиология ВИЧ-ассоциированной кардиомиопатии изменилась с тех пор, как она впервые была описана в 1986 году. В прошлом это была тяжелая дилатационная кардиомиопатия; сейчас данное заболевание протекает в мягкой форме с незначительным снижением систолической функции левого желудочка.

Этиология и распространенность сердечной недостаточности у больных ВИЧ-инфекцией не до конца изучены. Причины, ведущие к ее развитию, — миокардит, кардиотоксичность базисных лекарственных средств, оппортунистические инфекции, злоупотребление алкоголем и наркотическими препаратами, а также ишемическая болезнь сердца. Лечение кардиомиопатии

у ВИЧ-инфицированных пока остается таким же, как и у остальных групп населения.

Необходимо помнить о том, что терапия антиретровирусными препаратами приводит к удлинению QT-сегмента на электрокардиограмме (ЭКГ). Вызывать данные изменения также могут прием метадона или препаратов центрального действия. В исследовании HIV HEART удлинение интервала QT наблюдалось приблизительно у 20% пациентов из 802, но связи с определенным антиретровирусным препаратом выявлено не было.

Исследовательская группа INSIGHT SMART обнаружила, что ингибиторы протеазы оказывают незначительное влияние на данный участок ЭКГ по сравнению с ННИОТ. Все ингибиторы протеазы удлиняют интервал PR, а приостановка приема таких препаратов приводит к его нормализации. Однако авторы предупреждают, что клиническая значимость этих данных недостаточно ясна и конкретные рекомендации для клинической практики отсутствуют.

Изучение ССЗ у ВИЧ-инфицированных продолжается. Проводится мультицентровое, рандомизированное плацебо-контролируемое исследование REPRIEVE, цель которого — разработка мер по первичной профилактике ССЗ у больных ВИЧ-инфекцией. Планируется, что в нем примет участие около 6000 людей с низким сердечно-сосудистым риском (стратификация риска согласно рекомендациям ACC/AHA) и низким уровнем липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Часть пациентов будет получать терапию питавастатином, другая часть — плацебо. Результаты станут известны к 2020 году.

Подготовила [Наталья Морина](#)

Снижение риска артериальной гипертензии при наличии гестационного диабета

Согласно последним данным, если женщина, страдающая гестационным сахарным диабетом (СД), начинает придерживаться здорового питания, то риск приобрести артериальную гипертензию (АГ) в будущем снижается на 20%.

Предыдущие работы показали, что возникновение СД во время беременности повышает риск развития АГ, хотя порой заболевание возникало лишь спустя 16 лет после родов. По словам доктора Занга (NICHD, США), результаты нынешнего исследования доказывают, что правильное питание снижает вероятность возникновения АГ и у женщин в группе высокого риска, а не только в популяции в целом.

Был проведен анализ данных 3818 женщин с диагнозом «гестационный СД». Средний возраст, в котором отметилось начало развития патологии, составил 32 года.

На протяжении исследования, длительность которого составила 18,5 лет, у 1069 женщин развилась АГ. После поправки на вмешивающийся фактор — индекс массы тела (ИМТ) — была отмечена обратная

зависимость между тремя моделями диет [11-компонентным «Альтернативным индексом здорового питания» (AHEI-2010), средиземноморской диетой, «Диетическими методами предотвращения АГ» (DASH)] и риском развития АГ. При сравнении верхних и нижних квартилей были получены следующие данные: относительный риск (ОР) для АГ при AHEI-2010 составил 0,76 (95% ДИ 0,58–0,9), при средиземноморской диете 0,7 (95% ДИ

0,56–0,88), а при DASH 0,72 (95% ДИ 0,58–0,9). Врачи также отмечают, что и потеря веса снижает риск возникновения АГ, однако соблюдение диеты оказывает благотворное влияние на АД независимо от динамики веса.

По словам исследователей, крайне необходимо дальнейшие наблюдения, чтобы можно было определить взаимосвязь между возникновением гестационного СД и здоровым питанием у женщин, имеющих наивысший риск возникновения АГ. Как считает доктор Занг, результаты подобных работ могут послужить «сигналом тревоги», поскольку после родов у большинства женщин уровень глюкозы возвращается в норму, а значит, на данную проблему обращается недостаточное внимание.

Подготовила [Елизавета Фёдорова](#)

Н О В О С Т И

Плазменные церамиды. Новый маркер нестабильных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний

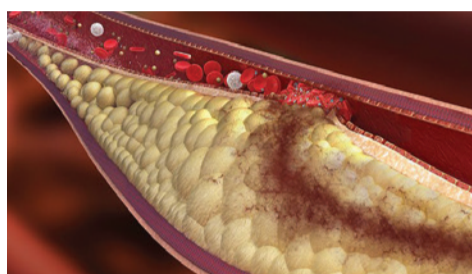
Клиника Мауо начинает пользоваться новым диагностическим тестом, определяющим уровень церамидов в крови с целью предсказания риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Церамиды — это липидные комплексы, которые играют ключевую роль в поддержании целостности клеточных мембран, клеточном ответе на стресс, воспалительных сигнальных путях и апоптозе. Синтез церамидов осуществляется из насыщенных жиров и сфингозина во всех тканях. В условиях метаболических нарушений и наличия дислипидемии церамиды аккумулируются в тканях, не подходящих для накопления липидов. Три типа церамидов ассоциируются с развитием ССЗ: Cer (16:0), Cer (18:0), Cer (24:1).

Уровень церамидов в плазме повышен у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), инсулинорезистентностью и сахар-

ным диабетом 2-го типа. У пациентов с острым коронарным синдромом и нестабильной стенокардией подъем плазменных церамидов значительно выше, чем у пациентов со стабильной стенокардией. Плазменные церамиды — это предикторы нежелательных сердечно-сосудистых явлений, развивающихся вследствие разрыва нестабильных атеросклеротических бляшек. Риск, определяемый с помощью церамидов, не зависит от таких традиционных характеристик болезней, как возраст, пол, курение, течение заболевания.

Повышенный уровень церамидов — это фактор риска:

- инфаркта миокарда;
- сердечно-сосудистой смертности;
- госпитализаций, связанных с острым коронарным синдромом;
- инсульта;
- проведения реваскуляризации миокарда.



Плазменные церамиды позволяют прогнозировать развитие нежелательных сердечно-сосудистых явлений в течение одного года у пациентов с верифицированной ИБС и на протяжении трех-пяти лет у пациентов с подозрением на ИБС и/или хроническую сердечную недостаточность. Риск, определяемый с помощью плазменных церамидов, не зависит от уровня липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, С-реактивного белка и прочих компонентов липидного спектра. Уровень

плазменных церамидов — это модифицируемый фактор риска. Стандартная терапия статинами значительно уменьшает уровень плазменных церамидов в течение пяти недель. Кроме того, уровень плазменных церамидов заметно ниже среди пациентов со сниженной активностью PCSK9.

Исследовать уровень плазменных церамидов следует с целью оценки индивидуального риска у пациентов с ИБС, острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда, а также у пациентов со средним или неочевидным сердечно-сосудистым риском, так как почти в 20% случаев сердечно-сосудистых событий происходит в отсутствие традиционных факторов риска.

В настоящее время данный тест доступен только в клинике Мауо и ее лабораториях.

Подготовила **Наталья Морина**

Отказ от курения. Как помочь пациенту?

Только треть пациентов, куривших на момент произошедшего у них инфаркта миокарда (ИМ), оказывается в состоянии бросить курить. Без сомнения, отказ от курения — наиболее важная мера для улучшения долгосрочного прогноза у людей, перенесших ИМ. Одно из исследований показало снижение смертности на 36% у пациентов с ИМ в сравнении с теми, кто сохранил свою вредную привычку. Эту впечатляющую цифру комментирует автор исследования Serena Tonstad из Университетской клиники г. Осло: «Если пациент, перенесший инфаркт, не может бросить курить даже в такой ситуации, это говорит о том, что он не просто заурядный курильщик, а действительно, страдает от серьезной зависимости и требует особой помощи». Она добавляет, что после ИМ у пациента кардиолог может сыграть ключевую роль в его отказе от курения и предоставить необходимую информацию и поддержку. «Например, сообщить лицу, пе-

ренешему чрескожное вмешательство и установку коронарного стента, что при продолжении курения риск возобновления болей в груди и развития повторного инфаркта в следующем году возрастает на 50%».

Стоит также учитывать, что пациенты после выписки из стационара попадают под наблюдение участкового терапевта, который не всегда в состоянии уделить достаточно внимания проблеме курения у своих пациентов. «Отказ от курения — это всего лишь одна фраза в выписке», — отмечает автор исследования.

По словам Kornelia Kotseva, одного из авторов исследования EUROASPIRE, существует область, в которой врачам первичного звена особенно требуется помощь кардиологов, — это назначение медикаментозной поддержки лицам, отказывающимся от курения. Недавний мета-обзор Кокрейновско-

го общества показал преимущество в числе бросивших курить среди принимавших варениклин в сравнении с бупропионом или заместительной никотиновой терапией.

Исследование EUROACTION Plus, включавшее 696 пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), подтвердило, что подобранная кардиологом программа с использованием варениклина значительно превосходит рутинную практику при стремлении избавить пациентов от пагубной привычки в течение первых 16 нед. Один из мета-анализов показал, что пациенты, получавшие варениклин, имели более высокий, хотя и статистически не отличавшийся, риск развития ССЗ, однако два других анализа не выявили подобных различий. Последний мета-анализ, выполненный в 2016 году, включавший данные 38 рандомизированных контролируемых исследований, в котором сравнивалась эффективность ва-

рениклина с плацебо у пациентов, бросающих курить, также не выявил различий по частоте развития серьезных побочных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы (отношение рисков — 1,03). Схожая картина была при отдельном анализе подгрупп пациентов, уже имеющих ССЗ (ОР — 1,04), и пациентов без ССЗ (ОР — 1,03).

Доктор Kotseva считает: «Результаты этого анализа демонстрируют, что нет реальных доказательств того, что варениклин увеличивает риск развития или прогрессирования ССЗ сам по себе. А учитывая эффективность этого лекарства для отказа от курения и долгосрочного влияния этой немедикаментозной меры на сердечно-сосудистый прогноз, такая терапия должна назначаться пациентам, которым необходимо бросить курить».

Подготовил **Иван Царёв**

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «АБВ-ПРЕСС»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Предлагаемые читателям издания:

- газеты «Онкология Сегодня», «Урология сегодня», «Современная Кардиология»;
- клинические рекомендации от медицинских обществ — партнеров издательства;
- справочники для специалистов.

Удобный функционал: возможность чтения off-line.

Бесплатно — для смартфонов и планшетов I-os и Android.






И С С Л Е Д О В А Н И Е

Жди и наблюдай

Именно к такому выводу можно прийти благодаря результатам исследования HARVEST, в котором утверждается, что наилучшая тактика ведения пациентов молодого и среднего возраста с мягко текущей артериальной гипертензией (АГ) при отсутствии риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — динамическое наблюдение, а не назначение антигипертензивных препаратов.

Врачи-исследователи выявили среди испытуемых группу молодых людей, которые, вероятнее всего, не столкнутся с проблемой АГ и десятилетием позже: к ним относятся пациенты, у которых показатели артериального давления (АД) в клинике были в пределах нормы, и те, у кого цифры АД снизились в течение года.

По словам автора исследования Франчески Саладини (Падуанский университет, Италия), это поможет выявлять пациентов молодого возраста с так называемой «гипертонией белого халата», которым, как известно, антигипертензивная терапия не требуется вовсе. Доктор отметила, что ей часто приходится наблюдать в клинике футболистов или регбистов, у которых имеются непродолжительные и нерезкие подъемы АД, однако при дальнейшем обследовании обнаруживается, что все эти изменения доброкачественные, а значит, спортсменам не нужно ограничивать свою физическую активность.

Ее коллега, доктор Стефано Перлини (Павийский университет, Италия) утверждает, что самый главный вывод из этого исследования заключается в том, что если вы подозреваете у пациента молодого возраста дебют АГ, то наилучшая тактика — выжидательная. Намного полезнее понаблюдать за своим больным, чем перелечить его.

КОГДА ЖЕ СТОИТ НАЧАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ?

В исследование HARVEST были включены пациенты с АГ I степени (140–159/



90–99 мм рт. ст.), за которыми наблюдали врачи с целью определить, истинная ли это АГ или «гипертония белого халата». Саладини и ее коллеги проанализировали данные 1014 участников исследования, у которых ранее не выявлялся сахарный диабет или ССЗ, а также никогда не назначалась антигипертензивная терапия.

АД измерялось в клинике (по данным трех измерений) в начале исследования в 1, 2, 3, 6-й месяц, а в конце наблюдения — всего один раз в полгода.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от цифр АД, полученных в клинике:

- с нормальным АД в конце исследования (нормотензивные пациенты; n = 214);
- с АГ, требующей медикаментозной коррекции (гипертензивные; n = 890).

За пациентами с нормальными цифрами АД было установлено наблюдение в течение 11 лет, а за теми, кто стал страдать АГ, — 7 лет.

Сравнивая две эти группы, следует отметить, что нормотензивные пациенты были моложе (29,5 против 33,9 лет) и имели более низкие цифры АД на момент начала исследования (142/91 мм рт. ст. vs 146/94 мм рт. ст.). Также обращает на себя внимание и тот факт, что метаболический профиль участников из 1-й и 2-й групп отличался.

У пациентов 1-й группы были ниже следующие показатели: индекс массы тела (24 против 25,6 кг/м²); содержание глюкозы плазмы крови; триацилглицериды. Уровень липопротеинов высокой плотности и физическая активность нормотензивных пациентов, напротив, были выше. В среднем у участников из 1-й группы АД снизилось на 7/5 мм рт. ст. за первый год наблюдения и на 14/8 мм рт. ст. в течение 11 лет. Однако пациенты с нормальными цифрами АД на конец исследования (1-я группа) в начале наблюдения, как оказалось, чаще страдали «гипертонией белого халата», чем их ровесники из 2-й группы (35% против 19%; P < 0,001).

После 11 лет наблюдений АД осталось практически неизменным у испытуемых с нормальным АД в конце исследования (1/1 мм рт. ст.) и увеличилось на 4/3 мм рт. ст. у больных с АГ.

Таким образом, нормальные цифры АД в начале исследования (ОР 0,76, 95%, ДИ 0,64–0,90) или через 3 мес (ОР 0,69, 95%, ДИ 0,58–0,81) стали достоверным признаком отсутствия АГ в будущем. Более того, снижение АД более чем на 10 мм рт. ст. за первый год можно считать дополнительным предиктором нормального АД и в будущем (ОР 0,58, 95%, ДИ 0,47–0,72).

Данное исследование показывает, насколько велика роль наблюдения за пациентами молодого и среднего возраста с АГ I степени перед назначением медикаментозной терапии, а также помогает выявить больных, у которых АД можно нормализовать и без фармакологического лечения.

Подготовила **Елизавета Федорова**



Издательский дом «АБВ-пресс»

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ
ИНТЕГРАЦИОННО-НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ **ОНКОЛОГИИ**

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ

Онкологическая **КОЛОПРОКТОЛОГИЯ**

РУССКИЙ ЖУРНАЛ **ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ**

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Нервно-мышечные **БОЛЕЗНИ**

РАНЫ и РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

Русский Биотерапевтический Журнал

Онкология Сегодня

Урология сегодня

СОВРЕМЕННАЯ **КАРДИОЛОГИЯ**

Наши издания доступны в печатной форме, на сайтах издательства, а также в мобильных приложениях

СОВРЕМЕННАЯ **КАРДИОЛОГИЯ**

№1 (01) 2016

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор: Напалков Д.А.
Редакционная группа: Габитова М.А.,
Морина Н.А., Фёдорова Е.А.,
Царёв И.Л.
Руководитель проекта: Петренко К.Ю.

Руководитель контент-группы:

Оронец Л.Ю.
Ответственный секретарь:
Сукачёва Е.Л.
Корректор: Зимилова Л.С.
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 «Малахит и К»
Заказ 12562
Тираж 5000 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.