

Форум шагает по стране



Скоро исполняется год работы школ Антитромботического форума. Год работы – много это или мало? Порой трудно дать ответ на такой вопрос. Важен результат. Итог работы Антитромботического Форума в 2016 году – 15 проведенных школ в городах России – в Москве и Санкт-Петербурге, Казани и Тюмени, Симферополе и Перми. А еще в Твери, Екатеринбурге, Самаре, Ульяновске, Иркутске, Уфе, Краснодаре, Красноярске. Организаторы форума провели в перелетах более 2,5 суток – это время, достаточное для того, чтобы облететь земной шар! Мероприятия посетили 1878 человек. И каждая школа сопровождалась новыми встречами с врачами и преподавателями разных регионов России, впечатлениями от общения с ними, обсуждением актуальных вопросов антитромботической терапии, волнующих медицинское сообщество. Диалог лектора с аудиторией, возможность свободного общения, доступность изложения материала – вот наши ключи к завоеванию признания



врачей.

Участниками заседаний школ форума были практикующие доктора различных специальностей – терапевты, кардиологи, акушеры-гинекологи, невропатологи, специалисты по неотложным состояниям, реаниматологи, гематологи, врачи лабораторной практики. Нас приятно удивило то обстоятельство, что проведение заседаний в выходные дни лишь увеличивало число врачей, пришедших послушать мнение специалистов нашего общества. Часто слушателями задавались вопросы по проблемам, возникающим у больных с коморбидной патологией, по выбору новых препаратов и оценке их эффективности, по применению антитромботической терапии у беременных женщин. Слушателям понравилась подача материала, практическая направленность

его изложения, отказ от излишнего цитирования результатов отдельных контролируемых клинических исследований. На заседаниях особенно остро обсуждались вопросы применения антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий и венозных тромбозах, проблемы, возникающие при лечении острого коронарного синдрома и ишемического инсульта. В рамках Форума не был обойден стороной и такой вопрос современной гемостазиологии, как фармакогенетика антитромботических препаратов, ее обсуждение в научной литературе и проблемы применения в реальной практике. Особый интерес и активность слушателей отмечалась на проводимых с участием всех лекторов разборах виртуального коморбидного больного, у которого в ходе лечения возникали непредвиденные осложнения или повторные тромботические события. Лекторы и слушатели совместно искали наиболее правильные и подходящие к конкретным ситуациям подходы к лечению и профилактике возможных осложнений. Неплохим дополнением к заслушанным докладом явились выдаваемые участни-



кам сертификаты, свидетельствующие об участии в заседаниях школы.

В конце года в Москве прошло традиционное заседание, подводящее Итоги года, на котором рассматривались новые международные рекомендации, вышедшие в 2016 году, завершившиеся значимые клинические исследования и данные последних регистров. На заседании была дискуссия по диагностике тромбофилий, различия в подходах согласно американским рекомендациям и российскому опыту. По ходу лекций было задано более 25 вопросов, по некоторым проводилось живое обсуждение конкретных клинических ситуаций. В обсуждении участвовали одновременно несколько лекторов, что дополняло взгляды и мнения по разным направлениям. Слушатели отметили высокую практическую значимость подобных мероприятий и высказали желание чаще проводить Форум в Москве. По завершению Форума организаторы предложили присутствующим врачам снять рабочее напряжение и посетить уникальную выставку акварели и рисунков братьев Александра и Альберта Бенуа в Центральном доме художников на Крымском Валу. Выставка имеет не меньшее культурное значение, чем экспозиция работ И. Айвазовского. Специально для участников форума экскурсию провел известный российский искусствовед, коллекционер и организатор выставки



Константин Журомский. Глубокое знание наследия братьев Бенуа, истории эпохи, в которую они жили, тонкостей мастерства и истории их произведений сделали посещение выставки незабываемым, и позволило врачам сблизиться не только в рамках Форума, но и вокруг Великого Российского Искусства.

В числе высказанных слушателями пожеланий есть просьбы изложения интересных клинических случаев, уделять больше внимания венозным тромбозам, более широкого освещения проблем ведения больных в периперационном периоде, увеличения числа печатных материалов. Эти пожелания, несомненно, будут учтены в будущем при составлении программ заседаний Российского Антитромботического Форума по стране.

Лекторы форума выражают благодарность врачам, посетившим заседания антитромботических школ, за проявленный интерес к данной теме и надеются, что обсуждаемые материалы помогут им в ежедневной практической работе.

Мы выражаем благодарность руководителям здравоохранения в городах, где проходили школы, за организационную поддержку, позволившую успешно провести наши мероприятия, и представителям фармкомпаний, оказавших всемерную помощь в обеспечении подготовки заседаний. В наступающем 2017 году работа Антитромботического Форума будет продолжена.

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКОГО
ФОРУМА НА 2017 ГОД

г. Москва
11 февраля 2017



г. Ульяновск
23 февраля 2017



г. Челябинск
25 марта 2017



г. Санкт-Петербург
09 апреля 2017



г. Калининград
22 апреля 2017



г. Самара
13 мая 2017



г. Саратов
15 мая 2017



г. Красноярск
03 июня 2017



г. Кемерово
16 июня 2017



г. Волгоград
12 сентября 2017



г. Чебоксары
23 сентября 2017



г. Пермь
14 октября 2017



г. Екатеринбург
28 октября 2017



г. Москва
11 ноября 2017



г. Новосибирск
25 ноября 2017



г. Ростов-на-Дону
02 декабря 2017



г. Воронеж
16 декабря 2017

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ

новый печатный продукт
Национального Научного
Общества Воспаления

Совсем скоро доступно на всех
образовательных мероприятиях
Российского Антитромботического
форума.

Подробности на сайте форума.



2017

НОВОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Рекомендации АНА/АСС-2016. Место антиагрегантов при лечении атеросклероза сосудов нижних конечностей

Согласно рекомендациям, ведущее место в лечении хронической ишемии нижних конечностей занимают дезагреганты. Антитромбоцитарная монотерапия аспирином (75-325 мг/с) или клопидогрелем (75 мг/с) рекомендуется для снижения риска инфаркта миокарда, инсульта и сосудистой смерти при наличии клинических признаков болезни сосудов ног. Их применение позволяет достичь 22% снижения вероятности сердечно-сосудистых осложнений среди больных с перемежающейся хромотой. В мета-анализе The Antithrombotic Trialists' Collaboration сравнение эффективности разных доз аспирина показало, что у принимавших 75-150 мг/с частота неблагоприятных сосудистых событий составила 32%, при дозе 160-325 мг/с – 26%, а при дозе 500 мг-1500 мг/с 19%. При дозировках аспирина менее 75 мг/с снижение частоты неблагоприятных сосудистых событий соста-

вило всего 13%. В группу входили лица как с имеющейся перемежающейся хромотой, так и ранее перенесшие реваскуляризацию конечностей. Благоприятный эффект аспирина (100 мг/с) показан также в исследовании CLIPS (Critical Leg Ischaemia Prevention Study). В исследовании CAPRIE (Clopidogrel Versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events) был продемонстрирован эффект клопидогрела по сравнению с аспирином в отношении снижения сердечно-сосудистого риска, в том числе у больных с клиническими симптомами ишемии нижних конечностей. Терапия антиагрегантами при отсутствии клиники перемежающейся хромоты может начинаться при значениях плече-лопаточного индекса менее 0,9. Наиважнейшее значение в лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей сохраняют назначение статинов, медикаментозный контроль факторов риска ИБС в данной группе больных (антигипертензивная терапия,

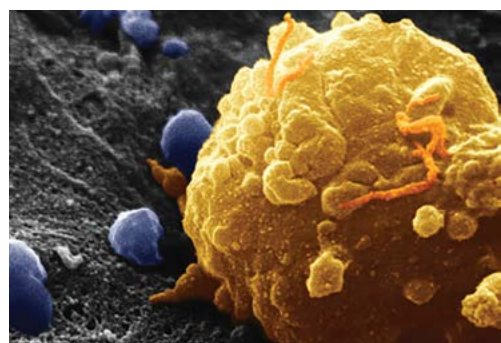
контроль уровня липидов, гликемии, категорический отказ от курения, применение дозированных нагрузок), специальные малоинтенсивные физические нагрузки (ходьба по 30-45 минут не менее 3 раз в неделю, не менее 3 месяцев, вакцинация против гриппа. Рекомендуется применение цилостазола (не зарегистрирован в РФ). Антикоагулянты не следует использовать для снижения риска ИМ, ИИ и сосудистой смерти при болезни артерий нижних конечностей (III A). Эффективность лечения антикоагулянтами для улучшения проходимости венозных шунтов после операции остается сомнительной, а применение их комбинации с аспирином приводит к увеличению риска смерти. Не рекомендованы они и для профилактики ишемических осложнений при данной патологии. При неэффективности медикаментозного лечения, чтобы избежать ампутации, следует проводить реваскуляризацию ишеми-

зированной конечности. Препараты пентоксифиллин натрия и простагландин отнесены к III классу эффективности и не рекомендуются для лечения хронической ишемии нижних конечностей. Снижение с помощью добавления комплекса витаминов группы В повышенного уровня гомоцистеина, часто наблюдаемое при данной патологии, не оказало влияния на сердечно-сосудистые исходы.



Подготовлено А. Сумароковым по материалам 2016 AHA/ACC Guideline on Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 2016, November 13 <http://circ.ahajournals.org>

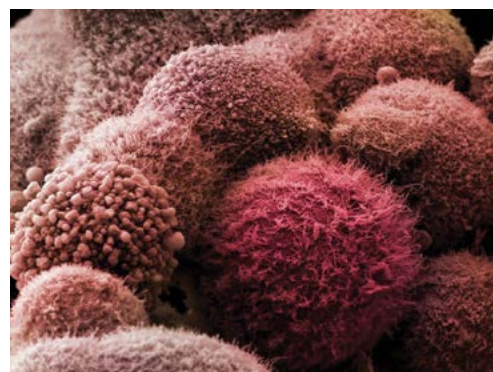
Артериальные тромбозы у онкологических больных (по материалам меморандума комитета по практическим рекомендациям ESC о влиянии токсичности при лечении рака на сердечно-сосудистую систему)



Сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, диабет делают пожилого больного онкологическим заболеванием более уязвимым к воздействию лучевой и химиотерапии. Сопутствующая фибрилляция предсердий усиливает склонность к тромботическим осложнениям. В подавляющем большинстве случаев, в отсутствие клинически проявляющегося атеросклеротического поражения периферических артерий (коронарных, брахиоцефальных, почечных, нижних конечностей)

у онкобольных на первое место выходят проблемы, вызванные нарушениями гемостаза и фибринолиза. Артериальный тромбоз при раке встречается редко, частота возникновения новых случаев составляет около 1%. Чаще он возникает на фоне терапии антрациклинами, препаратами платины, ингибиторами VEGF (сосудистый фактор роста эндотелия). Такие осложнения характерны для метастатического рака поджелудочной железы, молочной железы, опухолей толстой и прямой кишки и рака легкого. У больных с установленным диагнозом поражения периферических артерий заболевание может прогрессировать на фоне химиотерапии нилотинибом, понатинибом. Ингибиторы тирозинкиназы, используемые при лечении хронической миелоидной лейкемии, даже в отсутствие факторов риска ИБС, увеличивают вероятность атеросклероза периферических артерий. Клинические проявления могут выявляться как на первом месяце лечения, так и быть отсроченными на несколько лет. Другими проявлениями токсич-

ности могут быть появление синдрома Рейно и развитие ишемического инсульта (особенно на фоне приема L-аспарагиназы, диспластина, метотрексата, 5-фторурацила и паклитакселя). Риск инсульта увеличивается после радиотерапии области средостения и головы. Больные, получавшие лучевое лечение процессов в области головы и шеи или по поводу лимфомы, должны регулярно проходить ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов



на протяжении 5 лет после проведения курса радиотерапии. В этих случаях наблюдается ускоренное развитие атеросклероза, увеличивается жесткость стенок сонных артерий, повышается толщина слоя интима-медия, визуализируемая при дуплексной сонографии. Аналогичные изменения структуры сосудистой стенки могут возникать и в других сосудистых бассейнах. Антиагреганты следует рекомендовать таким больным при наличии клиники сосудистого поражения с осторожностью. При тяжелом сосудистом поражении желательно проведение консилиума с участием гематолога, сосудистого хирурга и онкокардиолога для решения вопроса о проведении реваскуляризации. Необходим строжайший инструментальный и медикаментозный контроль за факторами риска для предотвращения роста атеромы. Присутствие у онкологического больного значимого стеноза, например в сонных артериях, может потребовать проведения эндоваскулярного или хирургического лечения.

Подготовлено А. Сумароковым по материалам Zamorano J. et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. European Heart Journal. 2016;37(36):2768-2801

Лекарственные взаимодействия между антитромботическими препаратами и статинами



В журнале CIRCULATION 17 октября 2016 года опубликована статья о контроле клинически значимых лекарственных взаимодействий статинов и ряда лекарств (антиаритмики, антагонисты кальция, иммуносупрессоры, варфарин, колхицин, фибраты, тикагрелор, ивабрадин) применяемых при лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Лекарственное взаимодействие статинов с варфарином возможно на уровне цитохромов печени и транспортного белка Р-гр, вырабатываемого преимущественно клетками кишечника, но

встречающегося также в тканях ЦНС, почек, печени, и обеспечивающего всасывание лекарственного вещества из кишечника, облегчая его выведение посредством секреции в желчь и мочу. Основным механизмом взаимодействия этих препаратов служит конкурентное ингибирование мембранного транспортера Р-гр. Если на уровне кишечника, оно приводит к снижению биодоступности, если взаимодействие на уровне происходит на уровне почечной или печеночной ткани, наступает снижение элиминации. Повышение МНО при назначении варфарина вместе с симвастатином может достигать 30% среди носителей аллеля CYP2C9, но оно мало меняется у больных с диким типом, наиболее частым в популяции. При групповом анализе колебания выраженности действия варфарина могут зависеть от количества носителей аллеля в данной группе больных. Розувастатин, хотя его метаболизм вероятно осуществляется на цитохроме CYP2C9, по-видимому, имеет дополнительные варианты своего обмена, поэтому влияние на величину МНО выражено меньше. Имеются отдельные случаи роста до 30% значения МНО у больных, принимавших

варфарин на фоне впервые назначенного приема флувастатина, ловастатина, розувастатина. Не отмечено взаимодействия между варфарином, аторвастатином и питавастатином. На сегодняшний день нет данных о взаимодействии новых оральных антикоагулянтов и статинов.

Тикагрелор – обратимый ингибитор АДФ рецепторов P2Y12 на мембране тромбоцитов метаболизируется посредством цитохромов CYP3A4 и CYP3A5, через которые происходит метаболизм статинов. Хотя клинически значимых результатов лекарственного взаимодействия статинов и тикагрелора не выявлено, следует с осторожностью относиться к комбинации тикагрелора с симвастатином и ловастатином в дозе свыше 40 мг в день, так как в силу их конкурентного метаболизма статины могут задерживаться в крови, повышается их концентрация, что может приводить к миопатии. С практической точки зрения следует избегать комбинации тикагрелора с ловастатином в дозе свыше 20 мг и комбинации симвастатина в дозе свыше 10 мг, так как это ведет к увеличению концентрации и времени экспозиции статинов из-за конкуренции на цитохроме CYP2C9. При-

менение комбинации тикагрелора и аторвастатина не имеет ограничений в дозе. Данных о взаимодействии клопидогрела и прасугрела со статинами нет. Из других лекарственных взаимодействий следует обратить внимание на увеличение на 20% концентрации дигоксина при одновременном приеме 80 мг аторвастатина. В то же время низкие дозы аторвастатина (10мг) не приводили к подобным явлениям. Механизм этого феномена вероятно связан с влиянием аторвастатина на Р-гр транспортный белок, которое вызывает повышенную абсорбцию дигоксина.



Подготовлено А. Сумароковым по материалам Wiggins B. et al. Recommendations for management of clinically significant drug-drug interactions with statins and select agents used in patients with cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016;134(21):e 468-e495

Проблемы профилактики ишемического тромбоэмболического инсульта и геморрагических осложнений при лечении фибрилляции предсердий в новых рекомендациях Европейского общества кардиологов — 2016.

Недавно опубликована новая версия рекомендаций ESC по ведению больных фибрилляцией предсердий – 2016. Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из причин инсульта, приводит к развитию сердечной недостаточности, смерти больных, в том числе внезапной. ФП ассоциирована с пожилым возрастом, нелеченной артериальной гипертонией, сердечной недостаточностью, клапанными пороками сердца, перенесенным инфарктом миокарда, дисфункцией щитовидной железы, включая субклинический гипотиреоз или гипертиреоз, с ожирением, диабетом, ХОБЛ, синдромом обструктивного апноэ сна, курением и злоупотреблением алкоголя, со значительными физическими перегрузками. Определенную роль играет генетическая предрасположенность. До 20-30% инсультов связано с бессимптомной и пароксизмальной фибрилляцией предсердий. У больных, имеющих ФП, чаще встречаются когнитивные нарушения, связанные с повреждением белого вещества мозга микроэмболами. В подготовке данных рекомендаций принимали участие кардиологи, кардиохирурги, неврологи, специализирующиеся на лечении инсульта. Оральные антикоагулянты (ОАК), в частности варфарин, способны предотвратить большинство случаев ишемического тромбоэмболического инсульта при ФП и продлить жизнь больного. Профилактика инсульта с помощью ОАК при ФП превосходит терапию аспирином, учитывая разный профиль антитромботического действия препаратов. При лечении ФП антитромботическими препаратами ведущим инструментом оценки риска кардиоэмболического инсульта по-прежнему является шкала CHA2DS2-VASc. Риск кровотечений считается минимальным и не требующим терапии только при значении числа баллов по шкале CHA2DS2-VASc не выше 1 для мужчин или 2 для женщин. Для определения риска кровотечения авторы рекомендаций отсылают к применению шкал HAS-BLED, ORBIT, ABC. Применение некоторых биомаркеров (в/ч тропонин, натрий-уретический пептид) также могут дать полезную информацию в определении риска осложнений при ФП. Недостатком ОАК является узкое терапевтическое окно, требующее частого повторения определения МНО. Применение шкалы SAMe-TT2R2 позволяет ориентировочно идентифицировать больных, имеющих более широкое терапевтическое окно, а следовательно, и лучшую переносимость ОАК. Больные, имеющие митральный порок сердца и / или протез клапана должны принимать ОАК. Не – витамин К новые оральные антикоагулянты (НОАК) - дабигатран, апиксабан, эдоксабан, ривароксабан - способны занять место ОАК в профилактике инсульта при ФП. Нет данных, поддерживающих целесообразность приема антиагрегантов больными с фибрилляцией предсердий для профилактики ишемического тромбоэмболического инсульта. Антиагреганты увеличивают риск кровотечений примерно с одинаковой частотой, что и ОАК.

Рекомендации по профилактике кардиоэмболического инсульта при ФП		
У больных ФП рекомендуется применение шкалы CHA2DS2-VASc для оценки риска инсульта	I	A
Прием ОАК рекомендуется для предотвращения ТЭ всем мужчинам с 2 и более баллами по шкале CHA2DS2-VASc и всем женщинам с 3 и более баллами	I	A
У больных, имеющих ФП, при возможности назначения новых оральных антикоагулянтов (апиксабан, дабигатран, эдоксабан, ривароксабан) предпочтение отдается НОАК перед антагонистами витамина К	I	A
Лечение антагонистами витамина К (МНО 2,0-3,0 и выше) рекомендуется для профилактики инсульта у больных, имеющих ФП, на фоне умеренного/тяжелого митрального стеноза или механического протеза	I	B
НОАК (апиксабан, дабигатран, эдоксабан, ривароксабан) не рекомендуются больным с механическими протезами клапанов сердца (уровень В) или при наличии умеренного/тяжелого митрального стеноза (уровень С)	III опасно	B C
При лечении антагонистами витамина К время терапевтического окна следует поддерживать на возможно более высоком уровне с тщательным мониторингом показателей	I	A
Следует избегать комбинации антиагрегантов и оральных антикоагулянтов у больных ФП из-за опасности кровотечений, за исключением конкретных клинических ситуаций, когда показан прием соответствующей антиагрегантной терапии	III опасно	B
У больных ФП без дополнительных факторов риска инсульта антикоагулянтная или антиагрегантная терапия для профилактики кардиоэмболического инсульта не рекомендуется	III опасно	B
Антиагрегантная терапия не рекомендуется больным, имеющим ФП, независимо от риска инсульта	III опасно	A
После хирургической окклюзии ушка левого предсердия рекомендуется продолжить антикоагуляцию у больных с риском ФП для профилактики инсульта	I	B
Генетические тесты перед началом терапии антагонистами витамина К не рекомендуются	III б/эфф	B
У больных ФП с эпизодами тяжелых активных кровотечений рекомендуется временно приостановить терапию оральными антикоагулянтами	I	C
НОАК следует избегать при беременности или у женщин, планирующих беременность	III опасно	C
Для больных с трепетанием предсердий антитромботическая терапия показана с теми же рисками, что и при ФП	I	B
Лечение трепетания предсердий с применением абляции каво-трикуспидального истмуса рекомендуется для больных при неэффективности антиаритмической терапии в качестве метода выбора и в соответствии с мнением больного	I	B
Пожизненный прием антикоагулянтов рекомендуется больным с гипертрофической кардиомиопатией с развившейся ФП	I	B
Больным, имеющим ФП, гепарин и низкомолекулярные гепарины не показаны сразу после ишемического инсульта	III опасно	A
Системный тромболитизис с применением рекомбинантного активатора плазминогена не показан при значениях МНО выше 1,7 (или больным, получающим дабигатран, если величина частичного парциального тромбoplastинового времени выходит за рамки нормальных значений)	III опасно	C
После транзиторной ишемической атаки или инсульта терапия ОАК не рекомендуется	III опасно	B

Подготовлено А. Сумароковым по материалам Kirchhof P. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). Europ J Cardio-thoracic surgery. 2016;ezw313.

ТРЕТЬЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ
ФАРМАКОТЕРАПИЯ:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

2017



Москва

08 апреля 2017 г.

Гостиница «Азимут Москва Олимпик»
Олимпийский пр., д. 18/1

www.cardiotherapy.ru

ВСТРЕЧА С ЛЕГЕНДОЙ



Заза Якобишвили (Zaza Jakobishvili)
доктор медицинских наук, директор экстренной кардиологической службы и клиники кардиоонкологии в Медицинском центре им. Ицхака Рабина (больница «Бейлинсон»), в городе Петах-Тиква, Израиль

Мы продолжаем традиционную встречу с выдающимися кардиологами. Сегодня у нас в гостях профессор Заза Якобишвили – ведущий израильский кардиолог, президент Израильского общества кардиологов.

НВЛ: Дорогой др. Якобишвили, благодарю Вас за готовность дать интервью. Могли бы Вы рассказать о том, как Вы пришли в медицину. Как и когда Вы решили стать врачом?

З. Якобишвили: Решение пришло не сразу, а после долгих консультаций с родными, в основном с покойным отцом, который является и сейчас моим основным наставником на жизненных распутьях. Мотивом послужило желание помочь страдающим недугами людьми, и заодно познать секреты природы, нарушения законов которой приводит к этим состояниям. В начале думал, что стану нейрохирургом, а потом полюбил кардиологию и посвятил свою деятельность этой области.

НВЛ: Кто были Ваши учителя? Что они значили для Вас, могли бы Вы поделиться впечатлениями?

З. Якобишвили: Я начал свое знакомство с кардиологией еще в годы учебы в Тбилисском Государственном Медицинском Институте. На 4-ом курсе начал работать медбратом в блоке интенсивной терапии при отделении кардиологии и ревматологии в железнодорожной больнице им. Н. Кахиани, под руководством академика Н. Татишвили и проф. М. Мамацшвили. В это время только зарождалась современная кардиология, первые тромболитики при остром инфаркте миокарда, открытые системы тромбоскана/простагличина, роли натрийуретических пептидов и пр. Моя кандидатская работа по теме механизмов действия натрийуретических пептидов у больных

с сердечной недостаточностью стало возможным благодаря тесному сотрудничеству между кардиологическим отделением 2-й клинической больницей 4 Управления и биохимическим отделением Института физиологии человека академии наук Грузии, руководимой профессором Давидом Микеладзе. Мераб Мамацшвили и Давид Микеладзе являются моими менторами и по сей день, многие навыки, приобретенные в те далекие годы, помогают и сейчас.

НВЛ: Вы автор многих научных публикаций. Кроме того, вы являетесь президентом Израильского общества кардиологов. Что значит для Вас участие в этой деятельности?

З. Якобишвили: Повседневная деятельность кардиолога в Израиле сопряжена с большими нагрузками и это никак не должно влиять на качество лечения и безопасность наших пациентов. Поэтому избрание на пост председателя общества неотложной кардиологии Израиля для меня послужило возможностью организовать деятельность в этом направлении: традиционный реестр АКСИС позволяет изучить настоящее состояние лечения ОКС в Израиле и наметить пути дальнейшего улучшения результатов. Несмотря на то, что Израиль находится на одном из первых мест в мире по низкой смертности от инфаркта миокарда, мы стремимся, улучшить показатели и годич-

ную выживаемость.

НВЛ: Как Вы думаете, каково важнейшее достижение в Вашей профессиональной деятельности?

З. Якобишвили: За последние годы появилось новое направление в кардиоваскулярной медицине – кардио-онкология. В Израиле в больнице, где я работаю, медицинском центре им. Рабин, я основал и руковожу первым в стране отделением кардио-онкологии.

НВЛ: Случалось ли Вам думать о другой карьере, или же медицина и кардиология затмили все остальное?

З. Якобишвили: Медицина и в частности кардиология полностью заполняют мое время, и я чувствую в этом плане полную удовлетворенность.

НВЛ: Могли бы Вы дать добрый совет молодым кардиологам и ученым, находящимся в начале пути?

З. Якобишвили: Всегда думать о своих пациентах и их семьях, как о своих близких, и соответственно этому с ними обращаться. Только так можно совместить профессиональные знания и человеческие качества для получения самого лучшего конечного результата.

Интервью: Н.В. Ломакин.

Ривароксабан и ингибиторы P2Y12 рецепторов у больных ИБС с фибрилляцией предсердий. По результатам исследования PIONEER AF-PCI



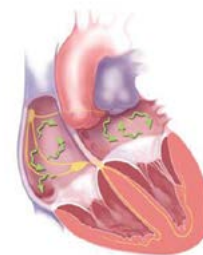
Опубликованы первые результаты исследования PIONEER AF-PCI, посвященные сравнению трех вариантов антитромботического лечения больных ИБС, имеющих фибрилляцию предсердий и прошедших имплантацию коронарного стента. Сравнивали схемы лечения ривароксабана + монотерапия ингибиторами P2Y12 рецепторов или двойная антиагрегантная терапия (ДАТТ) с лечением комбинацией непрямых антикоагулянтов (варфарин) в сочетании с ДАТТ 1-6 месяцев. Известно, что для одновременной профилактики тромбоза стента и тромбоза мозгового инсульта, применение

ДАТТ и варфарина (тройная терапия) сопровождается повышением частоты геморрагических осложнений. Поэтому естественен интерес к рассмотрению возможности применения у такой группы больных новых пероральных антикоагулянтов. В исследовании на протяжении 12 месяцев наблюдали 2124 больных (средний возраст составил 70 лет), имеющих фибрилляцию предсердий и прошедших недавнее эндоваскулярное лечение, которые были случайным образом разделены на три группы. Больные первой группы (n=709) на протяжении года после чрескожного коронарного вмешательства получали Ривароксабан в дозе 15 мг (допускался прием в дозе 10 мг в случае снижения клиренса креатинина) + монотерапию ингибитором P2Y12 рецепторов. Во второй группе (n=709) больные получали Ривароксабан в дозе 2,5 мг дважды в сутки + ДАТТ на протяжении 1-6 месяцев с дальнейшим продолжением до года приема Ривароксабана в дозе 15 мг в сочетании с монотерапией низкими дозами ацетилсалициловой кислоты (АСК). Третья группа больных (n=706) получала лечение варфарином и ДАТТ на протяжении 1-6 месяцев с дальнейшим переходом на комбинацию варфарина

с АСК. В качестве ингибиторов P2Y12 рецепторов применялись клопидогрел (93%), тикагрелор (5%), прасутрел (2%).

Главным результатом исследования PIONEER AF-PCI следует считать выявленные различия в частоте значимых кровотечений, которые были отмечены в 16,8% в первой группе, в 18,0% во второй группе и в 26,7% в третьей группе. Значимых различий по частоте больших кровотечений между группами отмечено не было (2,1%, 1,9%, 3,3%), как и различий в частоте нежелательных сердечно-сосудистых осложнений (6,5%, 5,6%, 6,0%). Частота тромбоза стента колебалась в пределах 0,7-0,9% и была наивысшей среди больных второй группы в подгруппе с продолжительностью ДАТТ один месяц. Суммарный показатель общей смертности и повторной госпитализации составил по группам соответственно 35%, 32%, 42%, с достоверными различиями в показателях между 1, 2 и 3 группами. Исследование продемонстрировало, что у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, прошедших имплантацию стента, применение ривароксабана ассоциировалось с меньшей частотой кли-

нически значимых кровотечений по сравнению с применением варфарина. Также получены доказательства безопасности сочетанного применения ривароксабана и дезагрегантной монотерапии клопидогрелом.



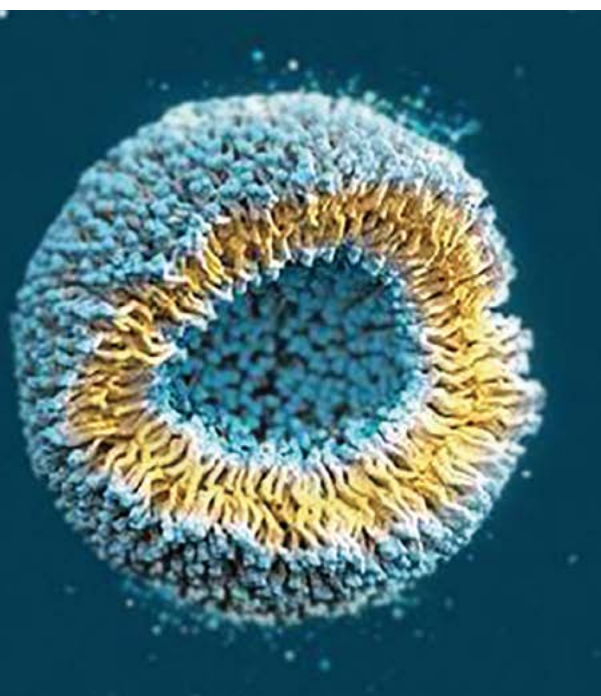
DAPT STUDY
Калькулятор DAPT
определение целесообразности продления двойной антиагрегантной терапии



Подготовлено А. Сумароковым по материалам 1. Gibson C. et al. Prevention of bleeding in patients with atrial fibrillation undergoing PCI. New Engl J Med. 2016; Nov 14.
2. Gibson C. et al. recurrent hospitalization among patients with atrial fibrillation undergoing intracoronary stenting treated with 2 treatment strategies of rivaroxaban or a dose-adjusted oral vitamin K antagonist treatment strategy. Circulation. 2016; Nov 14.

ЛИПИДОЛОГИЯ от А до Я

СЕКЦИЯ «ДИСЛИПИДЕМИЯ» НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВОСПАЛЕНИЯ В 2017 ГОДУ ЗАПУСКАЕТ НОВЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ — «ЛИПИДОЛОГИЯ ОТ А ДО Я».



АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ ШКОЛ «ЛИПИДОЛОГИЯ ОТ А ДО Я» НА 2017 ГОД:



г. Москва
25 февраля 2017



г. Екатеринбург
20 мая 2017



г. Санкт-Петербург
29 апреля 2017



г. Новосибирск
27 мая 2017

Над выпуском работали: Сумароков А.Б., Бурячкова Л.И., Русанова А.В., Ломакин Н.В.
Газета издается при поддержке ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»
Управления делами Президента РФ

www.antitromb.ru

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО • ТИРАЖ 3 000 экз.