

От теории к практике



Всякий, кто побывал на прошедшей в Москве 23 апреля 2016 г. второй международной конференции, организованной рабочей группой по сердечно-сосудистой фармакологии Европейского Общества Кардиологов, ЦКБ УДП РФ и Национальным Научным Обществом Воспаления «Кардиоваскулярная фармакотерапия: от теории к практике, 2016», подтвердит, что конференция удалась. Дело не только в интересной программе пленарной сессии и докладов на симпозиумах и заседаниях отдельных секций, но и в ощущении как участниками конференции, так и ее организаторами, интерес к тематике обсуждаемых проблем, в возможности найти ответы на волнующие практические вопросы. Можно смело сказать, что в этот день здесь собрались неравнодушные люди, врачи, стремящиеся глубже разобраться в сложных проблемах современной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний.

С приветственным словом выступил президент Российского Медицинского Научного Общества Терапевтов, академик РАН А.И. Мартынов, а от имени Европейского Общества Кардиологов — профессор Гуннар Гислассон (Дания).

На пленарной сессии были заслушаны доклады «Долгосрочные исходы острого инфаркта миокарда» (проф Г. Гислассон), «Сердечно-сосудистое здоровье у пожилых» (проф. С. Шальнова), «Антиагрегантная терапия ОКС: вчера, сегодня, завтра» (проф. И. Староверов). В этих докладах был дан обзор современного состояния затронутых проблем, расшифровка которых является актуальной задачей медицинской клинической науки.

Затем работа конференции продолжалась на симпозиумах, проводимых отдельными секциями ННОВ, где каждый участник мог углубиться в тонкие детали вопросов, поучаствовать в обсуждении. На 8-ми симпозиумах (гемостаз и кардиология, кардионеврология, лабораторная диагностика, артериальная гипертензия при эндокринных заболеваниях, пульмонология, клиническая ревматология, лечение пожилых, гиперлипидемии) было заслушано 30 докладов, затрагивавших более узкие и конкретные вопросы фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут вызывать затруднения у врача-практика. Выступления докладчиков сопровождались живым обсуждением затронутых тем.

Царившая на конференции атмосфера профессиональной заинтересованности участников перекинулась на последующие мероприятия Российского Антитромботического Форума. Заседание в г. Санкт-Петербурге проводилось в воскресенье и на-

чиналось в 9 часов утра; несмотря на это, его посетило более 150 врачей. Помимо ведущих российских лекторов со своими докладами выступили известные кардиологи из Дании профессор Гунар Гислассон и Лейла Шторк. Профессор Т.В. Вавилова (С-Петербург), главный специалист по лабораторной диагностике Северо-Западного Федерального Округа, представила действующую организационную модель контроля за пациентами, получающими варфаринотерапию в Санкт-Петербурге.



На Форуме разбирались вопросы тонкостей применения антиагрегантной терапии и особенности, с которыми сталкиваются российские врачи. Профессор Е.А. Широков (Москва) подробно осветил новые данные по первичной профилактике транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта. По ходу лекций было задано большое количество вопросов, а по окончании состоялась дискуссия между слушателями и лекторами. Успех мероприятия во многом поддерживался высоким интересом присутствовавших, их стремлением к получению новых современных знаний.



Форум в г. Уфа открывала главный невролог республики Башкортостан заслуженный врач РФ и РБ, профессор Новикова Л.Б. Она определила важность повышения уровня знаний неврологов Башкортостана, получение ими информации о новых подходах к современному лечению инсульта. В ходе лекции д.б.н. Л.И. Бурячковой (Москва) были рассмотрены вопросы современного состояния фармакологии антитромботических препаратов в мире и особенности их распространённости в России. Профессор И.И. Староверов (Москва) осветил тонкости применения антитромботической терапии при лечении больных ОКС. Особое внимание было уделено первичной профилактике инсультов, здоровому образу жизни, месту фармакологического воздействия в случаях повышенного риска. Профессор Е.А. Широков (Москва) осветил последние рекомендации по вторичной профилактике геморрагического и ишемического инсульта, а профессор Н.А. Новикова (Москва) остановилась на новейших рекомендациях профилактики кардиоэмболических форм

этого заболевания. Подробное разъяснение современного состояния генетического мониторинга варфаринотерапии и причин резистентности к клопидогрелу провел ведущий специалист в этой области, один из пионеров исследования в России генетических особенностей гемостаза профессор Л.И. Патрушев (Москва).

Мероприятие посетили около 150 врачей разных специальностей медицинских учреждений г. Уфы: кардиологи, неврологи, врачи общей практики, терапевты, хирурги и фельдшеры скорой помощи. В опросных листах на вопрос о новизне полученной информации слушатели ответили, что она соответствовала от 40 до 70%, а для фельдшеров скорой помощи часто составляла 100%.

Седьмой в нынешнем году Антитромботический Форум успешно провел свою работу в г. Ульяновске. Следует указать, что ранее подобные мероприятия прошли в Москве, Казани, Твери, Екатеринбурге. Поэтому форум в Ульяновске стал седьмым большим мероприятием, проведенным менее чем за полгода. Его открыл профессор В.И. Рузов (Ульяновск), который определил значимость Форума для региона. На лекциях присутствовало более 140 врачей различных специальностей, профессора и преподаватели, ординаторы и интерны. В начале Форума его участники получили анкеты, в которых они определяли степень новизны полученных знаний. Анализ ответов после окончания заседания показал, что более 90% слушателей определили для себя степень новизны более 60%. Доступность излагаемого материала и оценка качества и полноты представленного лекторами материала была в подавляющем числе случаев оценена по пятибалльной системе на «5».

Восьмой Антитромботический Форум с большим успехом прошел в Крыму



(г. Симферополь) на базе Медицинской академии имени С.И. Георгиевского. Форум открыл проректор по научной работе Академии профессор А.В. Кубышкин. Во вступительном слове он определил ме-

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКОГО
ФОРУМА НА 2016 ГОДг. Тюмень
10 сентября 2016г. Краснодар
26 ноября 2016г. Иркутск
24 сентября 2016г. Красноярск
3 декабря 2016г. Пермь
22 октября 2016г. Москва
17 декабря 2016г. Самара
04 ноября 2016Регистрация на сайте:
www.antitromb.ru

сто антитромботической терапии в различных клинических ситуациях и важность предотвращения тромботических событий при разных заболеваниях. Форум собрал большую аудиторию, состоящую из медицинских специалистов Крыма, работающих в области кардиологии, неврологии, фармакологии. Присутствовали научные сотрудники кафедр Академии, патологи, интерны и ординаторы, студенты старших курсов. Несмотря на летний, не по-июньски жаркий день, когда температура доходила до 38°C, в работе Форума приняли участие более 100 врачей Крыма. Это объяснялось интересом к антитромботической тематике. Участники высоко оценили уровень лекций и их доступность, хотя в лекциях разбирались сложные вопросы механизмов действия препаратов, способов и трудностей их тестирования, особенности терапии при коморбидных состояниях, специфика лечения сердечно-сосудистых нарушений у беременных. После окончания лекций еще не менее часа длилась дискуссия и разбор вопросов по данной тематике. Особое удовольствие лекторам доставил уровень присутствовавших студентов Крымской Медиакадемии. Интерес, пылкость и заинтересованность молодых будущих выпускников, их идеи и желание развиваться вызывают благодарность ко всему Педагогическому коллективу Академии.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ВРАЧЕЙновый печатный продукт
Национального Научного
Общества ВоспаленияСовершенно скоро доступно на всех
образовательных мероприятиях
Российского Антитромботического
форума.Распространяется бесплатно.
Подробности на сайте форума.АЛГОРИТМЫ
И ШКАЛЫ
ОЦЕНКИ РИСКА
ТРОМБОЗА
И КРОВОТЕЧЕНИЯ
В КАРДИОЛОГИИ
И НЕВРОЛОГИИ

2016

Диабет повышает отдаленный риск коронарной смерти после инфаркта миокарда

Больные сахарным диабетом имеют риск летального исхода после острого инфаркта миокарда в среднем на 50% выше, чем больные без диабета. Хотя связь диабета с госпитальной летальностью известный факт, не было ясно, сохраняется ли это влияние в общей популяции. Английские исследователи из Университета города Лидс оценили отдаленный прогноз всех больных острым инфарктом миокарда в Англии и Уэльсе в популяции 56,9 млн жителей. Было охвачено 703 920 больных ОКС от 18 лет и старше, которые прошли лечение в 247 больницах в 2003-2013 годах. 281 259 из них имели инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, 422 661 перенесли инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. Среди них сахарный диабет был установлен у 12,1% и 20,4% соответственно. Через 2,3 года умерло 28,4% больных, 35,8% в группе диабета и 25,3% в группе без диабета. Среди больных диабетом

чаще отмечалась сердечная недостаточность и хроническая болезнь почек. В группе больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST пациенты с сахарным диабетом имели в последующие годы повышенный на 65% риск фатального неблагоприятного исхода по сравнению с аналогичными по статусу без сахарного диабета. У больных, перенесших острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, аналогичный риск при наличии сахарного диабета был повышен на 39%. После перенесенного инфаркта больные возвращались под наблюдением врачей общей практики. Проводимое лечение коронарной болезни у больных с диабетом и без него не имело различий. «Эти данные являются строгим доказательством того, что сахарный диабет служит своеобразной бомбой у больных, ранее перенесших инфаркт миокарда», - говорит доктор Крис Гале (Chris Gale) из университета г. Лидс. Также они указывают

на необходимость усиления взаимодействия между кардиологами, врачами общей практики и эндокринологами. Авторы считают, что такая повышенная смертность больных, перенесших инфаркт миокарда и страдающих сахарным диабетом, возможно, связана с тем, что не все медикаментозные средства, применяемые в кардиологии, работают одинаково у больных сахарным диабетом и без него. В частности, они говорят о высокой частоте резистентности к аспирину среди больных сахарным диабетом. Недавно в исследовании EMPA-REG было выявлено, что применение ингибитора натрий-зависимого переносчика глюкозы 2-го типа (SGLT-2) эмпаглифлозина снизило смертность больных диабетом, что открывает новые пути в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда в сочетании с сахарным диабетом. Данная работа является первым исследованием, доказательно выявившим неблагоприятное

влияние диабета на выживаемость больных в отдаленные сроки после перенесенного инфаркта миокарда. Проведенное исследование указывает на необходимость поиска новых путей предотвращения поражения сердца при сахарном диабете.



Авторы: Alabas O. et al. Источник: Long-term excess mortality associated with diabetes following acute myocardial infarction: a population-based cohort study. J Epidemiol Community Health. on-line 15.06.2016

Применение морфина при остром инфаркте миокарда может снизить ответ на антитромбоцитарные препараты



У больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, направленных на чрескожное коронарное вмешательство и получивших догоспитальное назначение морфина по поводу сильных болей в грудной клетке, отмечено ослабление ответа на антиагреганты по сравнению с больными, не получившими морфин, говорят результаты выполненного в Великобритании исследования. Морфин широко используется для ослабления болевого синдрома и возбуждения у больных острым инфарктом миокарда. Известно, что это лекарство задерживает эвакуацию желудочного содержимого

и снижает абсорбцию пероральных препаратов - таких, как антагонисты аденозиновых рецепторов, необходимых для предотвращения тромбоза стента и повторного инфаркта миокарда, сказал доктор M Srinivasan в своем сообщении на сессии ACC 2016. Оказалось, что у больных, леченных морфином на протяжении часа до поступления в госпиталь, показатели активности тромбоцитов после назначения нагрузочной дозы аспирина в сочетании с тикагрелором или клопидогрелом хуже, чем у больных, не принимавших опиоиды. Выявленные различия исчезли в течение 48 часов. В исследовании наблюдали 125 больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которые поступили для выполнения срочной коронарной ангиопластики. Большинство больных (81%, n=101) догоспитально вводился морфин. Средний возраст составил 66 лет, 93% мужчины, половина пациентов страдала гипертонией, 42% курильщики, у 16% был диабет. Больным назначалась нагрузочная доза 300 мг аспирина вместе с 600 мг клопидогрела (n=102) или 180 мг тикагрелора (n=23). На протяжении 30-60 минут в ангиографической операционной больным

выполнялся прикроватный тромботический тест (Global Thrombosis Test) для определения времени тромбообразования и времени, необходимого для его лизиса. По сравнению с больными, которые не получали опиатов, пациенты после морфина имели показатели более короткого времени тромбообразования (358 сек против 670 сек, p<0,001), что указывает на повышенную реактивность тромбоцитов, и они имели более продолжительное время лизиса (1392 сек против 1184 сек, p<0,006), что указывает на сниженный фибринолитический потенциал. Однако на следующий день обе группы имели сходные временные показатели свертываемости и фибринолитической активности. Исследование не обладало достаточной мощностью для получения статистически достоверного ответа на вопросы о влиянии на твердые конечные точки. Однако была отмечена тенденция, свидетельствующая о более высокой частоте внутрисюпитальных неблагоприятных событий в группе из 101 больного, догоспитально получивших морфин, в сравнении в 24 пациентами, не получившими такое лечение (смерть: 1 против 0; инфаркт: 1 против 0; инсульт: 2 против 0). Для подтверждения этой находки

и определения, насколько такое воздействие на тромбоциты влияет в дальнейшем на исходы заболевания, необходимы масштабные клинические исследования, говорит доктор M Srinivasan. Он считает, что следует с осторожностью относиться к применению внутривенного введения морфина, также как и к внутривенному введению других препаратов после применения морфина. Существуют альтернативы, которые можно использовать, например, внутривенное введение неопиоидного препарата парацетамол; в ситуации, если морфин был уже введен, можно использовать внутривенное введение других антитромбоцитарных препаратов, таких как блокаторы рецепторов П2/Й3 или бивалирудин, чтобы на первое время снивелировать проблему снижения эффективности перорального приема антиагрегантных препаратов. «Влияет ли морфин на риск тромбоза и действительно ли неопиатные анальгетики могут продемонстрировать свои преимущества в подобной ситуации, требует дальнейшей оценки», - заключают авторы исследования.

Авторы: Farag M., Srinivasan M., Gorog D.

Источник: Morphine use impairs thrombotic status in patients with st-elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. JACC. 2016;67(13): 40-40

Предложение повышения максимальных доз гепарина у больных ожирением

Данные небольшого одноцентрового исследования показывают, что наступило время увеличить рекомендуемые максимальные дозы вводимого больным ОКС с ожирением нефракционированного гепарина для достижения оптимальных показателей свертывания крови. В этом исследовании 197 больных, страдавших в большинстве инфарктом миокарда без подъема сегмента ST или нестабильной стенокардией в сочетании с ожирением (вес более 80 кг), требовались более высокие дозы гепарина по сравнению с введением максимальной допустимой согласно действующим на сегодняшний день рекомендациям. Такая тактика позволила легче достичь терапевтического значения АЧТВ по сравнению с больными, получившими лечение по стандартному протоколу, и не сопровождалось увеличением риска кровотечения. «Мы не обеспечиваем оптимальной помощи больным ОКС, мы не достигаем снижения свертывания крови за требуемый отрезок времени. Мы нуждаемся в исправлении существующей стратегии и дозировок гепарина, потому что они не принимают в расчет фактор тучности и ожирения населения», - указывает доктор B.S. Wiggins из университета Южной Каролины.

Однако, даже если будет достигнута максимальная допустимая доза согласно «агрес-

сивному протоколу», только 23% больных достигнут терапевтического уровня гепарина в требуемом временном интервале. Нефракционированный гепарин, показанный при лечении нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и в ряде случаев при фибрилляции предсердий, имеет низкий терапевтический индекс, что заставляет изменять дозу, особенно у больных с ожирением, которые отличаются по фармакокинетическому профилю от худощавых больных. Однако номограммы для дозирования гепарина, использующие отношение роста и веса, могут не предоставлять оптимальные значения дозировок для больных с ожирением. Исследования, в которых используются эти дозировки, обнаруживают более продолжительное время для достижения оптимальных показателей свертываемости у таких больных. В литературе имеются противоречивые сведения, касающиеся дозировок гепарина при ожирении. Исследователи предложили новую схему введения гепарина, позволяющую проводить более агрессивную стратегию, которая допускает повышение максимальных доз. Были применены две схемы внутривенного введения нефракционированного гепарина: 1. Основная базовая схема, соответствующая действующим рекомендациям: болюс 60 ед/кг

(максимально 4000 ед) с последующей инфузией 12 ед/кг/час (максимально 1000 ед/час); 2. Предлагаемая авторами «Агрессивная схема», подразумевающая введение болюса 60 ед/кг (максимально 10000 ед) с последующей инфузией 12 ед/кг/час (максимально 2250 ед/час). Доктор Wiggins с коллегами провели ретроспективный обзор для сравнения двух схем введения гепарина по оценке времени достижения оптимального свертывания крови (определяемой по достижению показателей АЧТВ в пределах 60-80 сек в течение 6 часов). Были включены больные в возрасте 18 лет и старше, получавшие по крайней мере на протяжении 6 часов инфузию гепарина по стандартной (базовой) схеме - 71 больной, и по новой схеме - 126 больных. Среди больных, получавших лечение по старому протоколу, 85% имели диагноз инфаркта миокарда без подъема сегмента ST, в то время как среди включенных в новый протокол таких было 75%. В группе агрессивного лечения достигли целевого значения АЧТВ больше больных, чем при стандартном протоколе: 23% против 11% (p=0,043). Обращает внимание, что в группе базовой протокола меньшее количество больных достигло целевых значений АЧТВ. Большинству больных с массой тела 100-120 кг, лечившихся по базовой схеме,

требовалось не менее 1 дополнительного введения болюса гепарина из-за субтерапевтического уровня значений АЧТВ. Частота субтерапевтических значений АЧТВ и кровотечений в обеих группах была сходной. Ни один больной из обеих групп не прекратил лечения из-за нежелательных явлений или кровотечений. Выявленные данные подтверждают полученные ранее: больные с массой тела 110 кг и выше при лечении гепарином нуждаются в инфузии доз, которые превышают рекомендованные максимальные дозы. Это дает основание полагать, что тучным больным показано применение более высоких доз гепарина.



Авторы: Wiggins B. S. et al. Источник: Upping the ante on heparin dosing: is it time for a change in the management of cardiovascular patients in the obesity era? J Amer College Cardiol. 2016; 67(13):533-533

Применение аспирина при первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и рака толстой и прямой кишки: Рекомендации Американского Комитета Консультативной Службы по Профилактике.

Аспирин - всем и навсегда? Этот вопрос невольно возникает у врачей кардиологов и терапевтов, которые сталкиваются с проблемой первичной профилактики сердечно - сосудистых заболеваний. Задают такой вопрос и многие их пациенты. Каково же на сегодняшний день состояние проблемы? Какие есть ответы на этот вопрос? Разобраться в нем помогут новые клинические рекомендации американского комитета консультативной службы по профилактике (USPSTF), опубликованные недавно on-line журналом Annals of Internal Medicine.

Эксперты во главе с K. Bibbings-Domingo проанализировали материалы 11 контролируемых клинических исследований, включавших сведения о 118 445 обследованных лицах (преимущественно мужчины). Срок наблюдения составил от 3 до 10 лет. Снижение случаев коронарной смерти на фоне приема аспирина составило 5%. В 3 исследованиях было показано снижение случаев рака толстой и прямой кишки на 40% при условии длительного приема аспирина в течение 10-19 лет.

В качестве первичных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний авторы предлагают рассматривать старший возраст, мужской пол, расу/этническую принадлежность, гиперлипидемию, высокое артериальное давление, диабет и курение. К факторам риска желудочно-кишечного кровотечения на фоне назначения аспирина относят прием высоких доз препарата и его продолжительность, указания на язвенную болезнь, боли в эпигастрии, нарушения свертывания крови, почечную недостаточность, тяжелые заболевания печени, тромбоцитопению. Также увеличивают риск желудочно-кишечного кровотечения или геморрагического инсульта на фоне профилактического приема аспирина сопутствующая терапия антикоагулянтами, прием нестероидных противовоспалительных средств, неконтролируемая артериальная гипертензия. В исследованиях получены доказательства ощутимой пользы приема аспирина у лиц 50-69 лет, характеризующихся высоким (свыше 10%) риском ССЗ. Выраженность положительного влияния зависит от возраста и значений 10-летнего прогноза.

Из таблицы следует, что существует тенденция роста значимости превентивного влияния по мере повышения риска, более выраженное в когорте лиц в возрасте 50-59 лет, и обратная зависимость в отношении желудочно-кишечных кровотечений.

Сведений из контролируемых клинических исследований по первичной профилактике ИБС аспирином среди молодых (до 50 лет) мужчин недостаточно для включения в рекомендации. Доказательства пользы и вреда начала приема аспирина после 70 лет ограничены. Потенциальные угрозы кровотечения после 70 лет возрастают. К тому же, влияние аспирина на частоту возникновения новых случаев рака у пожилых менее выражено, чем у лиц молодого возраста.

Антитромбоцитарный эффект аспирина играет важную роль при первичной и вторичной профилактике ИБС, поскольку он препятствует тромбообразованию на поверхности атеросклеротической бляшки. Механизмы ин-

Влияние профилактики ССЗ аспирином у лиц 50-59 лет, имевших повышенный (10% и более) риск неблагоприятного прогноза

Расчетная частота изменений в состоянии здоровья среди 10000 мужчин, принимающих аспирин					
Риск ССЗ	Предотвращенные случаи			серьезные желудочно-кишечные кровотечения	геморрагический инсульт
	нефатальный инфаркт миокарда	нефатальный ишемический инсульт	рак толстой кишки		
Возраст 50-59 лет					
10%	225	84	139	284	23
15%	267	86	121	260	28
20%	286	92	122	248	21
Возраст 60-69 лет					
10%	159	66	112	314	31
15%	186	80	104	298	24
20%	201	84	91	267	27

Применение аспирина для первичной профилактики сердечно - сосудистых заболеваний и колоректального рака.

Популяция	Рекомендация	Оценка
Мужчины возраст 45-79 лет	Аспирин рекомендован при 10-летнем риске сердечно-сосудистых заболеваний от 10% и выше, но нет высокого риска кровотечений, с целью предотвращения инфаркта миокарда и колоректального рака	A рекомендован
Женщины возраст 55-79 лет	Аспирин рекомендован при 10-летнем риске сердечно-сосудистых заболеваний от 10% и выше, но нет высокого риска кровотечений, с целью предотвращения инсульта и колоректального рака	A рекомендован
Мужчины и женщины 80 лет и более	У лиц старше 80 лет, у которых 10-летний сердечно-сосудистый риск составляет 20% и менее, польза приема не превосходит вреда	I не рекомендован
Женщины моложе 55 лет (ИИ) Мужчины моложе 45 лет (ИМ)	USPSTF против рекомендации аспирина для профилактики инсульта женщинам моложе 55 лет и для профилактики ИМ мужчинам моложе 45 лет	D против рекомендации

гибирования опухолей под влиянием аспирина не вполне ясны. Разумный подход заключается в назначении 81 мг/день и оценки рисков ССЗ и кровотечения, начиная с 50-летнего возраста.

Для лиц, вынужденных длительное время принимать много других медикаментов не целесообразно включение в превентивную программу по аспирину.

Положительное влияние профилактического приема аспирина для снижения заболеваемости раком толстой и прямой кишки относится к важной составляющей здоровья населения,

хотя этот эффект не столь выражен даже после 10 лет приема препарата. Статистические наблюдения показывают, что результат начинает проявлять себя после 5 лет регулярного приема ацетилсалициловой кислоты. Возможно, что этот эффект имеет большее значение для когорты лиц 60-69 лет, поскольку у начавших прием аспирина в 50 лет он может еще не успеть проявиться несмотря на применение в течение нескольких лет. Американское общество онкологов признает, что прием аспирина может принести и пользу (в том числе снижение ри-

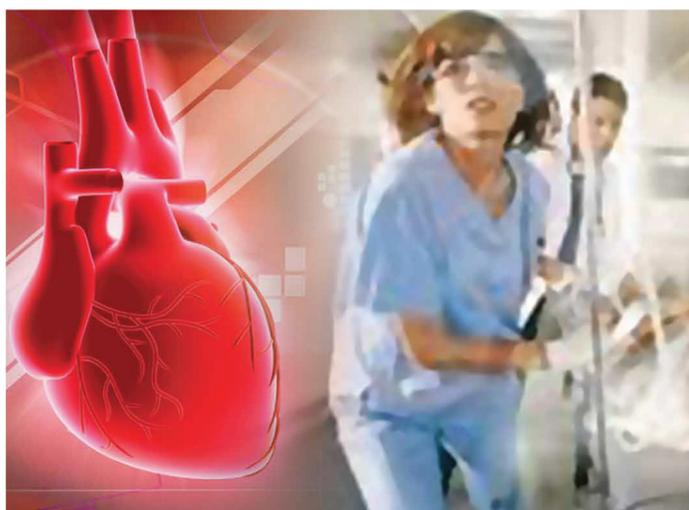
ска опухолей), и вред. Но в настоящее время не поддерживает рекомендации превентивного приема аспирина в отношении рака толстой кишки в молодом возрасте.

U.S. Preventive Services Task Force Publishes Final Recommendation Statement on Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer.
www.USPreventiveServicesTaskForce.org.



УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
**ЦЕНТРАЛЬНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
С ПОЛИКЛИНИКОЙ**

КАРДИОЛОГИЯ.16
ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В ПРАКТИКУ



Москва • 7 октября 2016 года

**ФГБУ «Центральная Клиническая
Больница с поликлиникой» УДП РФ**
г. Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15,
Проходная №2, Главный корпус (№1)
www.cardiology2016.ru

ВСТРЕЧА С ЛЕГЕНДОЙ



Филиппо Креа (Filippo Crea)
доктор медицинских наук, профессор,
директор отдела сердечно-сосудистой хирургии
Католического Университета Святого Сердца,
Рим, Италия

В этой традиционной рубрике мы продолжаем встречу с выдающимися кардиологами. Сегодня у нас в гостях профессор Филиппо Креа – ученый с мировым именем.

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

Профессор Ф. Креа: Я решил стать врачом еще в начальной школе. В детстве я часто проводил летние каникулы в небольшом селении, в Южной Италии. Мой дед владел небольшим кафе на площади, перед церковью. Площадь была бьющимся сердцем этого поселения. Я любил проводить там время, наблюдая посетителей

и прохожих – пестрый, разнообразный мир. Тогда я впервые обнаружил в себе любопытство к человеку, к его поведению и здоровью. Наблюдая этих рельефных, порой и весьма живописных персонажей, я задавался вопросами: что скрывается за этим лицом, что можно сказать о жизни этого человека, о его работе, семье, планах? Так я принял решение отправиться в путешествие. По правде говоря, я думаю, что в этом и состоит суть медицины – чудесного путешествия в мир человеческих существ.

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

Профессор Ф. Креа: Пожалуй, именно в нашей области особую, ни с чем не сравнимую важность приобретает роль ментора. Я верю в майевтический подход, описанный Сократом более двух тысяч лет назад. Он полагал, что знание – это ребенок, которого рождает вы сами, а учитель подобен повивальной бабке, помогающей вам в эту ответственную минуту (майевтика – по-гречески повивальное искусство, родовспоможение).

Мне несказанно повезло, так как сразу после получения диплома врача я начал свою карьеру в кардиологии под руководством Аггилио Мазери, одного из лучших менторов, которых мир знал в то время. От него я научился не только клинической кардиологии, но и методологии разработки инновационных, конкурентоспособных исследовательских проектов. Его уроки оказали влияние на всю мою последующую жизнь. Даже теперь, спустя много лет, принимаю важное решение, я неизменно спрашиваю себя: а как бы он поступил на моем ме-

сте? Обычно это срабатывает.

Теперь моя задача – оказаться доброй повитугой для моих учеников.

НВЛ: Вы – автор более чем 700 научных публикаций. Кроме того, вы состоите в редакционных коллегиях самых авторитетных в мире журналов по кардиологии. Что значит для Вас участие в этой деятельности?

Профессор Ф. Креа: Задача моей научной и издательской деятельности состоит в построении медицины будущего. Я совершенно убежден в том, что работа в университетской клинике – это честь и большая удача. Действительно, цель не только в том, чтобы применить имеющиеся знания, но и в том, чтобы созидать медицину завтрашнего дня. Наконец, еще одна задача заключается в передаче наших знаний молодому поколению. Вместе эти три области деятельности приносят мне внутреннее удовлетворение как с человеческой, так и с профессиональной точки зрения.

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

Профессор Ф. Креа: Когда я окончил университет, считалось, что коронарные артерии – это жесткие трубки, «инкрустированные» атеросклеротическими бляшками. Теперь мы знаем, что коронарное кровообращение весьма динамично в силу сосудодвигательной функции и образования тромбов, и что нарушения тонуса сосудов играют ключевую роль во всех клинических проявлениях ишемической болезни сердца. Я думаю, что внес немалый вклад в по-

нимание того факта, что ишемическая болезнь сердца – это гораздо больше, чем коронарный стеноз. Свидетельства того, что микрососудистая стенокардия представляет собой одно из клинических проявлений ишемической болезни сердца – это отличный пример такой «смены парадигм».

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

Профессор Ф. Креа: Как я уже говорил, стремление заниматься медициной родилось во мне очень рано, и, по правде говоря, я никогда серьезно не рассматривал альтернативы медицине. Правда, в начале пути, после окончания университета меня больше интересовала неврология. Меня завораживала, но затем отпугнула сложность нашего мозга. На втором месте по степени заинтересованности было сердце, и я занялся кардиологией. Меня привлекало и то, что сердечная деятельность, коронарное кровообращение и электрофизиология сердца эффективно описываются уравнениями: я люблю математику и физику. В школе по обоим предметам у меня были только отличные оценки!

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

Профессор Ф. Креа: Я думаю, что моя профессия – лучшая в мире. Если молодой доктор разделяет это чувство, ему следует направить стопы в академическую кардиологию, если, конечно, его не увлечет другая область.

Профессор Креа примет участие в IV Ежегодной конференции «Кардиология 2016».

Интервью: Н.В. Ломакин. Автор перевода с англ. языка: Mark Dadian.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ПОЗДНИЕ СРОКИ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Пациент 63 года госпитализирован в отделение неотложной кардиологии с клинической картиной острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), который в стационаре был подтвержден. На догоспитальном этапе была проведена полнотазовая тромболитическая терапия (ТЛТ) теноктеплазой в сроки более 12 часов от начала развития болевого синдрома. При обследовании в момент поступления по данным эхокардиографического исследования (ЭХО-КГ) в области верхушки левого желудочка (ЛЖ) в зоне с нарушенной локальной сократимостью визуализирован пристеночный тромб размерами 1,1x1,5 (см. рис. №1).

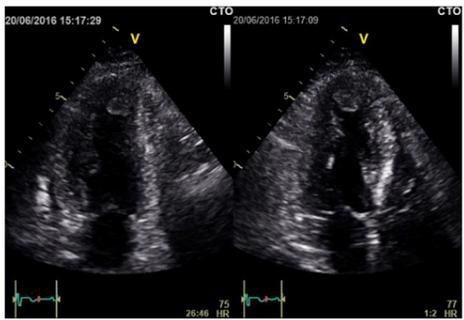


Рисунок №1. ЭХО-КГ при поступлении.

Учитывая поздние сроки проведения ТЛТ, высокий риск геморрагической трансформации и разрыва миокарда, но стабильную гемодинамику пациента, принято решение о проведении чрескожного коронарного вмешательства в отсроченном порядке. Назначена стандартная терапия.

Через 3 часа с момента поступления у пациента в стационар и через 4 часа от момента выполненной ТЛТ развился интенсивный болевой синдром в правой поясничной области. По данным повторной ЭХО-КГ тромб в области верхушки ЛЖ не визуализируется (см. рис. №2).

Проведена мультиспиральная ком-

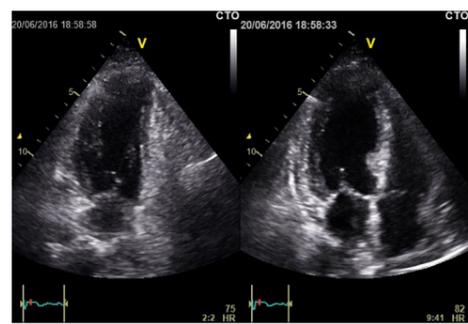


Рисунок №2. ЭХО-КГ повторное (после болевого синдрома).

пьютерная томография (МСКТ) органов брюшной и грудной полости с контрастированием, при которой выявлена окклюзия основного ствола правой почечной артерии на расстоянии 13 мм от устья с выраженным снижением перфузии верхнего и среднего сегментов правой почки по типу ишемии

На основании этого было сделано предположение, что у пациента произошла фрагментация тромба ЛЖ с последующей эмболизацией как осложнение проведенного тромболитического. По витальным показаниям пациенту осуществили эндоваскулярную реканализацию правой почечной артерии с тромбэкстракцией, одновременно выполнена коронароангиография, выявлено многососудистое поражение коронарного русла с окклюзией передней межжелудочковой артерии.

Для решения вопроса о выборе антитромботической терапии (тройная терапия) было выполнено эхоконтрастное исследование и подтверждено полное отсутствие тромбов и тромботических масс в полости левого желудочка (см. рис. №3). Пациенту была рекомендована двойная дезагрегантная терапия (АСК+клицидогрел).

Заключение: В настоящее время при ТЛТ изучены и описаны различные осложнения: геморрагии, в том числе внутривенные; реперфузионные нарушения

ритма и проводимости; гипотония; аллергические реакции; разрыв миокарда; феномен «no-reflow».

Согласно литературным данным тромбоз ЛЖ возникает примерно у 20% больных, перенесших инфаркт миокарда передней стенки. В случае развития эмболии, наиболее частой локализацией являются артерии головного мозга. Результаты аутопсий пациентов с ОИМпST и проведенной ТЛТ на догоспитальном этапе выявили наличие эмболических осложнений: ветви дуги аорты в 36% случаев, бифуркации аорты и артерии нижних конечностей – 24%, артерии органов брюшной полости – 24%, почечной артерии – 18%.

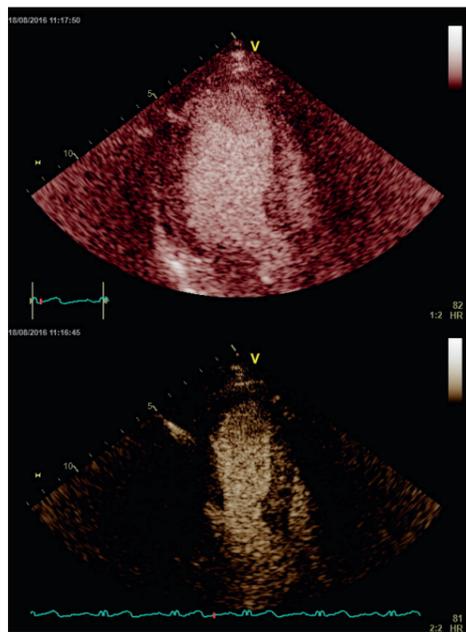


Рисунок №3. ЭХО-КГ с контрастированием СоноВью.

Соблюдение требований национальных и международных клинических рекомендаций при выполнении фармакологической реперфузии является обязательным.

Так, особое внимание отводится временному интервалу при проведении ТЛТ. При отсутствии противопоказаний к ТЛТ следует проводить у больных ОИМпST, если время от начала ангинозного приступа не превышает 12 ч, а ЧКВ не может быть выполнено в сроки до 120 минут. А если время от индексного события менее 2 часов, то ТЛТ должна быть выполнена только при условии невозможности выполнения ЧКВ в течение 90 минут.

Данных об осложнениях ТЛТ в сроки более 12 часов от индексного события в литературе нет.

Принимая во внимание тот факт, что интенсификация антитромботической терапии ассоциирована с повышением риска геморрагических осложнений, поиск новых визуализационных методик, объективизирующих показания к лечению, является приоритетным направлением исследований. В связи с тем, что даже при удовлетворительной визуализации область верхушки ЛЖ является зоной, сложной для ультразвукового исследования (часто скрыта артефактами реверберации), пациенту проведено эхокардиографическое исследование с контрастированием полости ЛЖ контрастом СоноВью. Методика позволила исключить тромбообразование ЛЖ и ограничиться двойной антитромбоцитарной терапией. Это первый случай использования эхоконтрастного исследования для выбора антитромботической терапии после ИМ. Требуются дополнительные исследования.



Калькулятор DAPT, определение целесообразности продления двойной антиагрегантной терапии



Авторы: П.А. Бочнов, С.Е. Терещенко, М.Н. Алехин, М.Г. Матвеева

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

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО • ТИРАЖ 3 000 ЭКЗ.