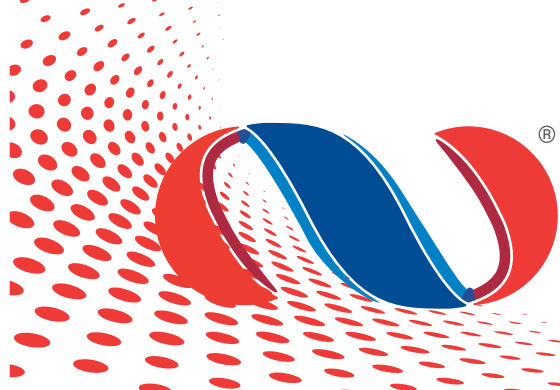




Мы такие



Уже не первый год Антитромботический Форум встречается со своими слушателями. Он собирает разные аудитории специалистов, в разных городах и регионах России, в разное время года, но остается одно – интерес к обсуждаемым темам. Именно возможность обсуждения, а не только лекции, привлекают практикующих врачей, потому что всегда можно задать вопрос, побеседовать в перерыве с выступавшими экспертами.

География участников Форума — Санкт-Петербург, Самара, Краснодар, Пермь, Симферополь, Москва, Уфа, Новосибирск и другие регионы. Согласно данным анкетирования, слушатели получали информацию о проведении Российского Антитромботического Форума от коллег, из интернета, от представителей фармкомпаний.

В Уфе большинство врачей получили

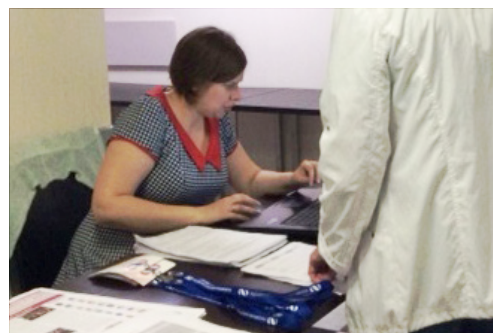


Для выяснения вопроса о том, какие темы наиболее волнуют нашу аудиторию и какие аспекты остаются трудными к пониманию слушателями, что хорошо известно и требует меньше времени для изложения, участникам нашего форума был предложен небольшой опросник. Самый большой разброс во мнениях обнаружился при ответе на вопрос: сколько процентов изложенного было ранее Вам неизвестно? От 40 до 80% изложенного материала сочли новым для себя 61% врачей. 12% отметили, что от 90% до 100% представленных данных были новыми. Это означает, что каждый десятый слушатель воспринимал материал лекций практически как абсолютно свежий для себя. Однако около 20% врачей были ориентированы в обсуждаемой проблеме и знакомы с ней. Они сочли, что новизна полученных знаний не превысила 10%.

Это вполне естественно, поскольку на семинарах присутствовали врачи с различным опытом работы — от сотрудников медвузов по профилю кардиология и неврология, опытных кардиологов стационаров, до врачей других специальностей, молодых ординаторов, интернов, фельдшеров. Наиболее подготовленными, на наш взгляд, оказались аудитории в Ульяновске, Краснодаре и Уфе.

Далее были заданы девять вопросов, касающиеся тактики антитромботического лечения больных ИБС. Необходимо выбрать правильный ответ из предлагаемых вариантов: после имплантации стента, при обнаруженном тромбозе глубоких вен ног и ТЭЛА, при одышке на фоне приема тикагрелора,

по срокам проведения двойной антитромбоцитарной терапии после имплантации голометаллического стента больному ОКС, оптимальному применению лекарственных форм ацетилсалициловой кислоты, мотивам врача при выборе генерика, дозировкам дабигатрана больному после инсульта, показаниям к проведению лабораторной оценки функциональной активности тромбоцитов. Легче всего дались вопросы о применении оральных антикоагулянтов у больных, имеющих фибрилляцию предсердий, здесь частота правильных ответов колебалась от 70 до 90%, самым трудным оказался вопрос о использовании оценки функциональной активности тромбоцитов.



В итоге получилось своеобразное соревнование между врачами разных городов. Мы выделяли города с наивысшей частотой правильных ответов. Дважды наивысший процент был отмечен на заседаниях форума в двух городах - в Тюмени и Уфе. В Самаре дважды отмечен второй результат. Такой же “серебряный результат” отмечен еще в двух городах - Новосибирске и Перми.

Результаты проведенного опроса приходят на помощь нам в подготовке к следующим встречам с Вами, помогают выбрать вопросы, которые интересны и волнуют Вас.

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ АТ
ФОРУМА НА 2017 ГОДг. Тюмень
02 сентября 2017г. Москва
11 ноября 2017г. Ставрополь
10 сентября 2017г. Новосибирск
25 ноября 2017г. Волгоград
12 сентября 2017г. Ростов-на-Дону
02 декабря 2017г. Чебоксары
23 сентября 2017г. Тверь
10 декабря 2017г. Пермь
14 октября 2017г. Воронеж
16 декабря 2017

АТ ФОРУМ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ:

г. Москва
12 ноября 2017г. Пермь
15 октября 2017г. Екатеринбург
28 октября 2017г. Воронеж
17 декабря 2017

сведения о Форуме от коллег. В Петербурге и Симферополе о нашем мероприятии чаще всего информацию получали из интернета. В то же время за Уралом — в Иркутске и Красноярске — никто не воспользовался таким информационным путем. Организацию мероприятий сочли хорошей и отличной большинство участников.

Мы признательны нашим слушателям за то, что они в своем большинстве оценили доступность преподносимого материала “на пятерку”. Встретились и более строгие оценки наших усилий — в Петербурге, в Ульяновске, в Москве. Что ж, и нам надо расти! Будем стараться, чтобы всем была понятна суть современного взгляда на антитромботическую проблему.

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЦЕНТРАЛЬНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
С ПОЛИКЛИНИКОЙ5-я ежегодная конференция
КАРДИОЛОГИЯ.17
МОСКВА 6 ОКТЯБРЯ 2017
WWW.CARDIOLOGY2017.RU**60** лет
1957-2017

Какая антитромбоцитарная терапия лучше после ангиопластики в повседневной реальной практике. Данные европейских регистров разжигают дебаты

Многочисленные контролируемые клинические исследования были проведены с целью определения лучшего дополняющего аспирин компонента в двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у больных острым инфарктом миокарда. На конференции EURO PCR-2017, прошедшей 17-19 мая в Париже, были представлены два сообщения, в которых сравнивали данные по эффективности ДАТ с применением различных современных антиагрегантов. Британский регистр BCIS (Mamas M. et al) обобщил результаты наблюдений за 89 067 больными ОКСпСТ, которым было выполнено первичное стентирование. Чаще всего в состав ДАТ входил тикагрелор (особенно в последние годы), прасугрел (в начале работы) и клопидогрел, который несмотря на рекомендации, в реальной практике сохранял

позиции назначения больным высокого риска. Лечение прасугрелем ассоциировалось с более низкими показателями смертности в сроки 30 дней и 1 год по сравнению с клопидогрелем. При сравнении с прасугрелем, группа больных, получавших тикагрелор, имела более высокие показатели смертности в обеих временных точках при одинаковых показателях по кровотечениям. В то же время смертность за весь срок наблюдения не отличалась между тикагрелором и клопидогрелем. Возможной причиной расхождения с результатами, полученными в контролируемых клинических исследованиях, автор считает более высокую коморбидность среди больных, наблюдаемых в регистрах.

Эффективность тикагрелора в сравнении с клопидогрелем была рассмотрена и в скан-

динавском регистровом исследовании SCAAR (Omerovic E., et al), охватившем 12 168 больных, прошедших чрескожное коронарное вмешательство в связи с нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда. По истечению 1 месяца риск смерти и возникновения комбинированной конечной точки (смерть плюс острый тромбоз стента) были одинаковыми, что позволило авторам высказать мнение об отсутствии преимуществ тикагрелора над клопидогрелем в обследованной группе больных. Одной из причин обнаруженного в регистрах расхождения с данными контролируемых клинических исследований может быть плохое выполнение предписаний врача (compliance) и самовольный отказ от приема тикагрелора. Определенную роль в этом играют возникшая одышка, кровотечение и не-

обходимость двукратного приема лекарства.



Подготовлено А. Сумароковым по материалам Mamas M. Prasugrel, ticagrelor and clopidogrel in primary PCI for STEMI: an analysis of comparative clinical outcomes from the United Kingdom BCIS-NICOR national registry. Presented at EuroPCR-2017. May 18, Paris, France. Omerovic E. Ticagrelor is not superior to clopidogrel in patients with acute coronary syndrome: a report from SCAAR. Presented at EuroPCR-2017. May 18, Paris, France.

Важность приверженности к двойной антитромбоцитарной терапии с тикагрелором после острого коронарного синдрома. Российская действительность

Продолжается серия публикаций по материалам регистра РЕКОРД-3, в котором была прослежена судьба больных ОКС после выписки из стационара. Анализировались осложнения и неблагоприятные исходы – случаи смерти, рецидива инфаркта миокарда, инсульта. Авторы проследили судьбу 966 больных,

принимавших двойную антитромбоцитарную терапию. Частота приема пациентами тикагрелора, назначенного во время пребывания в стационаре, через полгода сократилась до 38%, а к концу первого года после ОКС составила 28%. В то же время для клопидогрела соответствующие показатели были 59% и 48%. Среди тех

больных, кто продолжал принимать тикагрелор в составе двойной терапии, частота неблагоприятных событий составила 4,7%, а среди прекративших прием 8,3%. Наиболее частыми причинами отказа от терапии тикагрелором были кровотечения и одышка. Известно, что после отмены тикагрелора восстановление

агрегации тромбоцитов происходит за более короткий срок, чем в случае клопидогрела. Уже через 48 часов она возвращается к исходным значениям. Авторы подчеркивают опасность необоснованной отмены тикагрелора и приводят примеры правильного выбора тактики, опираясь на клинические наблюдения

Подготовлено А. Сумароковым по материалам Эрлих А.Д. Важность приверженности к антитромбоцитарной терапии с тикагрелором после острого коронарного синдрома. Лечебное дело. 2017;1:44-50

Парадокс связи ожирения с риском тромбоэмболии у больных фибрилляцией предсердий



Неожиданный результат был получен в мета-анализе 11 рандомизированных контролируемых исследований, включивших больных фибрилляцией предсердий (ФП) и острым венозным тромбоэмболизмом (ОВТЭ). Все больные по показаниям принимали прямые оральные антикоагулянты (ПОАК). Анализ данных выявил, что, несмотря на прием стандартных доз ПОАК, в группе лиц с пониженной массой тела наблюдалось увеличение риска тромбоэмболии. Назначение ПОАК и варфарина необходимо для профилактики системной тромбоэмболии у больных ФП. Однако ранее высказывались сомнения в правильности применения фиксированных стандартных доз ПОАК при лечении как больных с пониженной массой тела (<60 кг), так и с ожирением (>100 кг). Опасения касались вероятности развития

кровотечений у лиц с низким весом и недостаточной эффективности профилактики осложнений при повышенной массе тела. Мета-анализ выявил, что у лиц с массой более 100 кг риск тромбоэмболии был меньше, чем у больных с более низкой массой тела (ОР, 0.43; 95% ДИ, 0.28-0.67). В то же время, у больных с низкой массой тела по сравнению с остальной группой возникало больше эпизодов тромбоэмболии (ОР, 1.57; 95% ДИ, 1.34-1.85). Несмотря на предполагаемые опасения, не обнаружено связи между возникновением кровотечений, массой тела и типом антикоагулянта. Полученные в результате мета-анализа данные (особенно касающиеся увеличения числа неблагоприятных событий у больных с пониженной массой и более благоприятными исходами у лиц с высокой массой тела) совпадают с ранее опубли-

кованными, в которых прогноз риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти у лиц с ожирением был лучше. Такой феномен получил название «парадокс ожирения». Обсуждается несколько вероятных вариантов объяснения данного феномена. Например, низкая масса тела может быть результатом хронических болезней, которые повышают риск тромбоза, а больные с повышенной массой тела, возможно, более тщательно контролировали и оптимизировали лечение, что приводило к снижению риска неблагоприятных событий. Авторы сделали заключение, что корректировка дозы ПОАК, рекомендованной с учетом особенностей протекающего заболевания, вряд ли улучшит безопасность или эффективность препаратов этого ряда, в том числе и у лиц с разным весом тела.

Подготовлено А. Сумароковым по материалам Boonyawat K. et al. Association of body weight with efficacy and safety outcomes in phase III randomized controlled trials of direct oral anticoagulants: a systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost. 2017 (опубликовано он-лайн 9 мая).

Влияние комбинированной терапии аспирином и клопидогрелем на возникновение новых случаев онкологических заболеваний

Снижение частоты первичных случаев онкологических заболеваний при терапии ацетилсалициловой кислотой (АСК) отмечено во многих исследованиях, однако данные аналогичной статистики по двойной антитромбоцитарной терапии носят противоречивый характер. Авторы выполненного в Израиле исследования проанализировали сведения о зарегистрированных в банке данных Clalit Health Services о 183 912 гражданах старше 50 лет, получавших антиагреганты, у которых ранее не было зарегистрировано онкопатологии. Сведения отбирались в течение 2000-2012 годов. Наблюдение прекращалось в случае смерти лица, при диагностике возникшего онкозаболевания, или при наступлении даты отрезной точки – декабрь 2014 года. Когорта включенных в исследование лиц была разделена на 4 группы: полу-

чавшие только АСК (n=90615), принимавшие АСК и клопидогрел (n=17673), монотерапию клопидогрелем (n=869), лица без терапии антиагрегантами (n=75624). Результаты длительной антиагрегантной терапии (свыше 5 лет) были получены в 71% случаев на монотерапии АСК и в 85% при двойной терапии АСК и клопидогрелем. При наблюдении за данными когортами новые случаи установления онкодиагноза (чаще всего желудочно-кишечного и колоректального рака, простаты, легких, груди) были отмечены у 21974 лиц. На фоне приема монотерапии АСК и в комбинации с клопидогрелем было отмечено снижение новых случаев рака на 46 и 54 % (p<0,001), соответственно. Число эпизодов онкодиагноза в пересчете на 1000 человеко/лет составило в этих группах 7,6 и 7,0 событий, соответственно. Двойная антиагрегантная тера-

пия была связана с меньшей частотой рака при длительном наблюдении по сравнению с группой монотерапии АСК. При этом комбинированная терапия не оказала влияния на частоту возникновения случаев гематологического рака (не-Ходжкинская лимфома и др.). Прием антиагрегантных препаратов ассоциировался с более низкой частотой возникновения новых случаев онкозаболеваний по сравнению с группой лиц, не получавших такой терапии (p<0,001). Данное исследование показало, что двойная терапия столь же безопасна в отношении возникновения рака, как и терапия АСК. Исследование поднимает вопрос о превентивном влиянии ингибиторов пуриновых рецепторов на возникновение рака, однако подтверждение такой гипотезы требует новых тщательно организованных крупных исследований с достаточной

продолжительностью наблюдения, поскольку имеются несовпадающие с полученными в этом исследовании данными, результаты исследования DAPT.



Подготовлено А. Сумароковым по материалам Leader A. et al. The effect of combined aspirin and clopidogrel treatment on cancer incidence. Amer J Med. 2017;130:826-832

Возобновление антитромботической терапии после состоявшегося кровотечения у больных коронарной болезнью и/или с фибрилляцией предсердий. Консолидированное мнение экспертов рабочей группы европейского общества кардиологов по тромбозу

Кровотечение является частым осложнением при лечении антитромботическими препаратами больных ИБС. В то же время прерывание из-за этого антитромботической терапии (АТ) несет повышение риска смерти от тромбоза. После кровотечения особенно важно оценить баланс между рисками его повторения и вероятности тромбоза для принятия решения о необходимости и сроках возобновления АТ. Одновременное присутствие очень высокого риска геморрагических и тромботических осложнений ставит врача лицом к лицу с решением сложнейшего тактического вопроса.



Лечебная тактика применения АТ у больных ИБС после состоявшегося кровотечения.

Недавний инфаркт. В случае отмены лечения из-за возникшего кровотечения риск тромбоза резко нарастает начиная с пятого дня после прекращения приема антиагрегантных препаратов, особенно если эта отмена произошла в течение месяца от дня вмешательства или инфаркта. Исходно риск кровотечений на фоне новых антиагрегантов (prasutrel, tikaгелор, vorapakсapa) значительно выше, чем на терапии клопидогрелом. Особенно высок такой риск у vorapakсapa, имеющего пролонгированный период полувыведения. Дальнейшее применение сниженных доз этих препаратов с целью профилактики тромбозов не имеет доказательств. Применение стентов нового поколения позволяет снизить продолжительность АТ до 3–6 месяцев. Биодegradируемые эндопротезы обладают повышенной тромбогенностью.

Возобновление антиагрегантной терапии после желудочно-кишечного кровотечения. Решение о возобновлении АТ аспирином после кровотечения из верхних отделов ЖКТ принимается на основании данных ЭГДС. При пептической язве высокого риска (значения Ia, Ib, IIa, IIb по шкале Forrest) прием аспирина возобновляется на третий день при условии восстановления адекватного гемостаза. Если позволяет эндоскопическая картина (Ic–III по шкале Forrest), больные могут продолжать прием двойной АТ без прерывания. В случаях высокого риска по данным ЭГДС необходим консилиум гастроэнтеролога и кардиолога для принятия совместного решения. Все больные с кровоточащей пептической язвой должны принимать ингибиторы протонной помпы (ИПП). Решение о добавлении клопидогрела к терапии аспирином может быть принято после повторной ЭГДС.

Основные положения тактики применения антиагрегантной терапии после кровотечения.

1. Больным с высоким тромботическим риском, у которых развилось малое или большое кровотечение, рекомендуется не прерывать терапию аспирином. Решение о возобновлении второго антиагреганта должно быть принято как можно раньше после стабилизации состояния.
2. Больным с промежуточным тромботическим риском после состоявшегося малого или большого кровотечения рекомендовано возобновление приема аспирина после стабилизации состояния в течение трех дней. Решение о возобновлении приема второго антиагреганта должно быть принято, если оцениваемый тромботический риск превышает риск кровотечения. Больные, получающие АТ после имплантации стента новой генерации, должны продолжать лечение до 3 месяцев. Если кровотечение развилось позднее трех месяцев от даты имплантации и риск повторного кровотечения сохраняется, рекомендуется прием только одного

препарата: аспирин или клопидогрел.

3. Если кровотечение развилось после имплантации биодegradируемых эндопротезов, несмотря на сохраняющийся риск кровотечения, необходимо продолжение двойной АТ до года.

4. Клопидогрел менее активный антиагрегантный препарат и вызывает меньше кровотечений. Он может быть рекомендован после кровотечений на фоне тикагелора или prasutrela.

5. Кровотечение на фоне vorapakсapa требует отказа от этого препарата в будущем у данного пациента.

6. При возникновении у больного ОКС кровотечения на фоне двойной АТ, в дальнейшем для профилактики тромбоза стента можно использовать монотерапию антиагрегантом.

7. Больным стабильной ИБС или ОКС с кровотечением из верхних отделов ЖКТ при низкой угрозе его повторения (по данным ЭГДС), прием антиагрегантов можно не прерывать. При сохраняющейся угрозе кровотечения аспирин можно возобновить через 3 дня. При высокой степени угрозы решение о назначении второго антиагреганта должно основываться на тщательном взвешивании потенциальных рисков тромбоза и кровотечения.

8. Добавление ИПП рекомендуется во всех случаях кровотечения из верхних отделов ЖКТ, а также при их высоком риске.

Лечение оральными антикоагулянтами (ОАК) после экстракраниального кровотечения

Возобновление варфарина после кровотечения из ЖКТ не ведет к росту рецидивов, сопровождается снижением тромбозмобилий и смертности по сравнению с данными у больных, прекративших терапию. При наличии показаний терапию ОАК можно возобновить уже через неделю после состоявшегося кровотечения.

Лечение новыми оральными антикоагулянтами (НОАК)

Систематические данные о проведении терапии НОАК после кровотечений отсутствуют. Имеется описание случая тромботических осложнений, возникших на шестой день после применения антидота дабигатрана и невозможности лечения антикоагулянтами. Исходя из этого наблюдения, следует рекомендовать возобновление НОАК. Необходимо помнить, что их антикоагулянтный эффект наступает существенно раньше (в пределах 1–4 часов), чем у варфарина (несколько дней). При возобновлении терапии НОАК следует тщательно оценить функцию почек (клиренс креатинина) из-за опасности кумуляции препарата. В случаях возникновения кровотечения на фоне НОАК возможен перевод на варфарин.

Тактика проведения терапии антикоагулянтами после кровотечения.

1. После экстракраниального кровотечения терапия ОАК должна быть возобновлена, как только риски тромботических осложнений, связанные с прерыванием приема препарата, превысят риск рецидива кровотечения. В большинстве случаев это регистрируется в течение недели после события.
 2. Возобновлению терапии НОАК должна предшествовать тщательная оценка функции почек.
 3. В случае применения для остановки кровотечения антидота дабигатрана (идаруцизумаб), возобновить терапию НОАК необходимо как можно раньше, желательно в течение 3–4 дней, но с учетом геморрагического риска.
 4. У больных с механическим протезом клапана прерывание ОАК связано с высоким риском тромбоза и не оправдано. НОАК противопоказаны больным с механическими протезами клапана.
- Тактика проведения совместной терапии антиагрегантами и антикоагулянтами у больных после кровотечения.**
1. Больным, прошедшим эндоваскулярное лечение и нуждающимся в тройной АТ из-за неклапанной фибрилляции предсердий, рекомендуется прервать прием аспирина или клопидогрела (последний не в первый месяц после операции). Величина МНО должна составлять 2,0 – 2,5. В случае приема НОАК следует ограничиться минимальной дозой.

2. Больным, получающим ОАК и монотерапию антиагрегантом, прерывание терапии в течение года после пластики не показано, несмотря на кровотечение.

3. У больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, перенесших кровотечение на двойной или тройной АТ и имеющих низкий риск инсульта (1 балл для мужчин и 2 для женщин по шкале CHADS2-DS2-VASc), можно ограничиться двойной антиагрегантной терапией без ОАК.

АТ после внутрисерпечного кровоизлияния. Антиагреганты. Примерно у 0,2–0,6% больных ОКС на фоне приема антиагрегантов в течение года развиваются внутрисерпечные кровоизлияния. Сведения по целесообразности прерывания или возобновления АТ у этих больных ограничены. Так как тромботические и геморрагические риски у таких больных чрезвычайно высокие, необходимо индивидуально оценивать каждый из них и принимать соответствующее решение.

Непрямые антикоагулянты. Кровоизлияние в мозг – наиболее частое осложнение лечения непрямыми антикоагулянтами, ежегодно возникающее у 0,5–1,0 % больных. Возобновление терапии ОАК при инсульте сопровождается ростом рецидивов и смерти, часто наблюдаются

рецидивирующие мелкие кортикальные кровоизлияния. У больных с механическим протезом клапана на третий день после внутрисерпечного кровоизлияния можно начать терапию гепарином.

В отсутствие механического протеза клапана оптимальное время возобновления терапии остается неясным, однако в настоящее время рекомендуется избегать прием ОАК после внутрисерпечного кровоизлияния не менее 4 недель. Вопрос об отказе или возобновлении приема ОАК после внутрисерпечного кровоизлияния решается индивидуально в тесном взаимодействии неврологов и кардиологов.

Новые оральные антикоагулянты. Назначение НОАК несет меньшую угрозу кровотечений. Предполагается, что НОАК предпочтительнее ОАК, однако систематизированные данные пока отсутствуют. В случае назначения после инсульта НОАК, их следует применять в минимальных эффективных дозах. Следует тщательно оценить состояние почек, массу тела, возраст и возможность лекарственных взаимодействий во избежание передозировки. При фибрилляции предсердий и полусарных или множественных кортикальных кровоизлияниях можно рекомендовать имплантацию окклюдера ушка предсердия.

А. Согласованное определение категорий риска тромбоза

Категория риска	Риск атеротромботических осложнений	Риск кардиоэмболических осложнений (индекс по шкале CHA2DS2-VASc)
Очень высокий	Первая неделя ОКС или после ЧКВ со стентами новых генераций и первый месяц после имплантации биодegradируемых эндопротезов	ФП с индексом 6 и выше; механические протезы клапанов
Высокий	Первые 8–30 дней после ОКС или ЧКВ со стентами новых генераций и до года после имплантации биодegradируемых эндопротезов	ФП с индексом 4–5; механические протезы клапанов
Умеренный	До года после ОКС или ЧКВ со стентами новых генераций	ФП с индексом 2–3
От низкого до умеренного	Стабильная ИБС (>12 мес после ОКС или после ЧКВ со стентами новых генераций), сложные случаи (стволовые, бифуркационные, рецидивы ОКС)	ФП с индексом 1 (мужчины) или 2 (женщины)
Низкий	Стабильная ИБС (>12 мес после ОКС или после ЧКВ со стентами новых генераций) без дополнительных факторов риска	ФП с индексом 0 (мужчины) или 1 (женщины)

Примечание:
ОКС – острый коронарный синдром;
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство;
ФП – фибрилляция предсердий

Б. Согласованное определение категорий риска повторных кровотечений

Категория риска	Тяжесть и источник кровотечения	Клиническая ситуация	Риск кровотечения по шкале HAS-BLED
Очень высокий	Внутрисерпечное при невозможности эффективного лечения. Угрожающие жизни экстракраниальные с неустановленным источником или при неэффективности проводимого лечения	Не установлены отягчающие и обратимые факторы (травма, инвазивная процедура, гипертония, передозировка лекарств). Прекращение АТ нежелательно из-за очень высокого тромботического риска	≥5
Высокий	Большое экстракраниальное, когда источник известен, но лечение неэффективно	Иницирующие факторы не установлены. Прекращение АТ нежелательно из-за высокого тромботического риска	3–4
Умеренный	Внутрисерпечное, когда источник и факторы риска установлены и лечение эффективно		2
От низкого до умеренного	Малое экстракраниальное	Кровотечение вызвано АТ препаратами, прием которых можно прервать	1
Низкий	Незначительное экстракраниальное кровотечение	Кровотечение вызвано АТ препаратами, прием которых можно прервать	0

ВСТРЕЧА С ЛЕГЕНДОЙ



Гуркирпал Сингх (Gurkirpal Singh)
доктор медицинских наук,
профессор Стенфордского медицинского
университета, Сан - Франциско, США

Мы продолжаем традиционную встречу с выдающимися кардиологами. Сегодня у нас в гостях профессор Гуркирпал Сингх – ведущий профессор Стенфордского медицинского университета.

НВЛ: Уважаемый профессор Сингх, большое спасибо, что согласились дать интервью. Расскажите, пожалуйста, о вашем пути к медицине. Как и когда Вы решили стать врачом?

ГС: Я родился в семье врачей. Мой отец и мать были терапевтами. Я начал проявлять интерес к медицине с самого детства и всегда, сколько я себя помню, хотел стать врачом.

НВЛ: Расскажите о ваших учителях? Что это были за люди? И что они значили для Вас?

ГС: Я очень счастливый человек, потому что имел прекрасных учителей и в период обучения в университете и после него. Будучи в университете я был восхищен профессором Малавия, который научил меня методам научных исследований. В Стенфорде моим наставником стал ныне покойный профессор Джим МакГир, который обучил меня очень важному – системному подходу в диагностике сложных заболеваний.

НВЛ: Все знают, что Вы были вовлечены в всемирно известный скандал, связанный с сердечно-сосудистыми рисками НПВС - коксиба-

ми. Мы знаем из разных источников о вашей бескомпромиссной и честной позиции, которую вы заняли в этом скандале. Именно это позволило пролить свет на сердечно-сосудистую небезопасность коксибов и избежать сотни и тысячи серьезных нежелательных явлений у пациентов. Что это история значит для Вас?

ГС: Это были и в правду трудные времена в моей карьере. Было много обстоятельств этого дела и большое давление оказывалось, чтобы я вел себя «тихо». Но я получил большую поддержку от Стенфордского университета, говоря правду и разоблачая лжецов.

НВЛ: Как вы думаете, что было самым большим достижением в вашей профессиональной жизни?

ГС: Это трудный вопрос. Пожалуй, лучшим достижением в моей жизни является разработка системного подхода в оценке функционального статуса у детей.

НВЛ: Вы когда-нибудь думали о другой карьере или медицина была всегда на первом месте?

ГС: Я очень люблю математику и физику, использую статистические данные в своих исследованиях ежедневно. Когда я уйду на пенсию, у меня есть мечта изучить квантовую механику (физику).

НВЛ: Не могли бы вы дать добрый совет молодым кардиологам и ученым, которые только начинают свою карьеру?

ГС: Хочу процитировать Шекспира – «будь честен с собой». Оставайся верен выбранному пути. Будь уверен, что этот путь правды и добра. И главное – никогда не отказывайтесь от своих идеалов, какое бы давление вы не испытывали.



Калькулятор
DAPT
определение
целесообразности
продления
двойной
антиагрегантной
терапии



Интервью: Н.В. Ломакин.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ПОВТОРНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ И ЛИЗИС ТРОМБА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТРОМБОЭКТОМИИ ИЗ ЛЖ, РЕЗЕКЦИИ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМЫ, ПЛАСТИКИ ЛЖ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ЗАПЛАТОЙ У ПАЦИЕНТА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

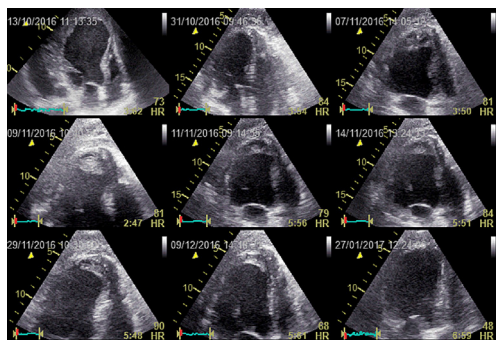


Рис 1. Больной В. 67 лет, в июне 2016 года с острым коронарным синдромом был госпитализирован в одну из клиник г. Москвы, где была выполнена баллонная ангиопластика и стентирование ПНА.

В удовлетворительном состоянии пациент выписан домой. Однако, через 2 месяца после операции состояние больного резко ухудшилось, в связи с чем он госпитализирован в ГКБ по месту жительства. После проведения диагностики, включая КАГ, выявлено, что причиной ухудшения состояния явился тромбоз стента ПНА с развитием переднебокового крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ). Ранний постинфарктный период осложнился формированием аневризмы ЛЖ и прогрессированием сердечной недостаточности с критическим снижением глобальной сократимости ЛЖ и формированием обширного тромба ЛЖ. После проведения курса медикаментозной терапии и относительной стабилизации гемодинамики в октябре 2016 г. пациент переведен в ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ».

Пациенту выполнена единовременная резекция аневризмы, тромбоэктомия из ЛЖ, пластика ЛЖ синтетической заплатой по Dor. С целью профилактики внезапной сердечной смерти (класс показаний IA AHA)

больному имплантирован двухкамерный кардиовертер-дефибриллятор. О достигнутом ремоделировании структуры левого желудочка позволяет судить динамика показателей трансторакальной эхокардиографии.

Исходные данные ТТЭхоКГ: КДО ЛЖ (без учета тромба) - 456 мл, КСО ЛЖ (без учета тромба) - 422 мл, ФВ 7 %. Конфигурация полости ЛЖ - сферическая, представляет собой гигантскую аневризму с массивным пристеночным тромбозом, толщиной до 4 см.

Контрольное ТТЭхоКГ на четвертые сутки послеоперационного периода: КДО ЛЖ 130-140 мл, КСО 103 мл, ФВ 26%. Левый желудочек не дилатирован.

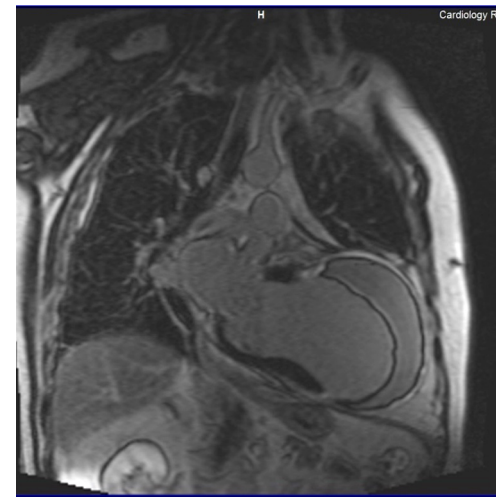


Рис 2. Исходные расчетные параметры по данным МРТ сердца: КДО ЛЖ 750 мл, в том числе тромботические массы 300 мл.



Рис 3. Удалено около 300 грамм старых и свежих тромбов.

Пациент получал стандартную терапию в соответствии с действующими рекомендациями включая использование подкожных и внутривенных инъекций НМГ и НФГ с последующим переводом на монотерапию АСК. В дальнейшем послеоперационном периоде пациенту выполнялась серия контрольных последовательных ТТЭхоКГ. На двадцатые сутки после операции в области верхушки ЛЖ при проведении очередной ТТЭхоКГ визуализировано дополнительное неоднородное образование больших размеров, представляющее собой тромб.

Проводилось лечение: непрерывная инфузия гепарина под динамическим контролем показателя АЧТВ с целевыми значениями 1,5-2,5-кратного увеличения исходного значения. Назначение и последующая титрация дозы варфарина в зависимости от показателя

МНО (целевые значения МНО среднего уровня гипокоагуляции – МНО 2,5)

Результатом терапии явилось постепенное регрессирование размеров тромба с последующим полным исчезновением признаков тромбоза левого желудочка.

Заключение

Больные хронической сердечной недостаточностью с локальной или глобальной систолической дисфункцией имеют склонность к гиперкоагуляции, стазу крови и повышенному тромбообразованию в полостях сердца (в том числе в левом желудочке).

В имеющихся литературных источниках данных о расчете риска тромбоэмболических осложнений у больных перенесших пластику левого желудочка нет.

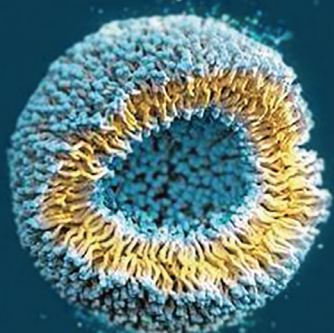
Данный клинический пример доказывает необходимость разработки дополнительных шкал оценки риска тромбообразования у пациентов после реконструктивных операций на ЛЖ и оценки возможности использования более агрессивной антитромботической терапии.

На рассмотренном примере демонстрируется возможность растворения тромба левого желудочка на фоне антикоагулянтной терапии у больного с хронической сердечной недостаточностью и высоким риском тромбоэмболических осложнений, связанных с наличием хирургически ремоделированной полости левого желудочка и выраженной систолической дисфункции. Это позволило избежать использования инвазивных методик лечения, которые, учитывая тяжелое состояние пациента в послеоперационном периоде после объемного вмешательства, имели бы большой риск развития дополнительных осложнений.

Подготовлено Ломакин Н.В., Алёхин М.Н., Молочков А.В., Золин Д.А.

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. Казань
30 сентября 2017



г. Архангельск
21 октября 2017



г. Мурманск
18 ноября 2017



г. Москва
9 декабря 2017

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.