

Хирургическое  
лечение фибрилляции  
предсердий

⇒ 3

Риски пациентов  
некардиологического  
профиля

⇒ 4

Как построить  
образовательную работу  
с пациентом

⇒ 6

Клиническая задача

⇒ 8

# С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ

№ 1–2 (22) 2022

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

СЛОВО РЕДАКТОРА

ВЫЗОВЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ



Филипп  
Николаевич  
ПАЛЕЕВ

Д.м.н., проф., чл.-корр. РАН,  
первый заместитель генерального директора  
ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова»  
Минздрава России

## Дорогие коллеги!

Вы держите в руках новый выпуск газеты «Современная Кардиология».

За время, прошедшее с предыдущего выпуска в конце 2021 года, произошло много событий. Они, безусловно, отразились и на медицинском сообществе. Однако мы искренне верим и надеемся, что, объединившись, сумеем преодолеть любые трудности.

В настоящем выпуске газеты вы можете ознакомиться с особенностями сердечной недостаточности у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, с оперативными методами лечения мерцательной аритмии, с резюме актуальных докладов с прошедшего конгресса Российского кардиологического общества, с новостями мировой кардиологии и другими важными материалами. Традиционно в конце издания представлена интересная клиническая задача, смоделированная на основе реального клинического случая.

В начале июня нынешнего года прошла ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция и 62-я сессия ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России «КАРДИОЛОГИЯ НА МАРШЕ 2022», где были рассмотрены последние достижения кардиологии и медицины в целом. На официальном сайте конференции вы можете ознакомиться с записями выступлений.

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

До встречи в новом выпуске газеты!

## Сердечная недостаточность и COVID-19



Анна  
Сергеевна  
СИМБИРЦЕВА

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

### КАКОВА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ЧАСТНОСТИ ХСН, У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19?

По данным Международного регистра «Анализ динамики коморбидных заболеваний у пациентов, перенесших инфицирование SARS-CoV-2» (АКТИВ SARS-CoV-2), составленного по информации, предоставленной специалистами из России, Армении, Казахстана и Киргизии, наиболее неблагоприятное течение коронавирусной инфекции наблюдается у пациентов с высокой полиморбидностью, а точнее при сочетании артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), ХСН и сахарного диабета (СД) [Арутюнов Г.П.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) распространена среди пациентов с COVID-19. В свою очередь, новая коронавирусная инфекция способна спровоцировать развитие сердечной недостаточности (СН). Раннее выявление специфических клинических проявлений и комплексный кардиологический мониторинг позволяют снизить риск тяжелых осложнений и правильно использовать терапевтические возможности.

и соавт., Российский кардиологический журнал, 2021]. Наличие ХСН у госпитализированных с COVID-19 связано с увеличением риска летального исхода в 4–6 раз в зависимости от функционального класса СН.

Аналогичные данные получены и в других странах. Уровень смертности среди испанских пациентов с ХСН и COVID-19 был достоверно выше, чем среди тех, у кого в анамнезе не было ХСН (48,7 % и 19 % соответственно;  $p < 0,001$ ). Острая СН также чаще встречалась в группе пациентов с ХСН (11,2 % и 2,1 %,  $p < 0,001$ ) [Rey J.R. et al., Eur.J. Heart Fail., 2020]. По данным итальянских ученых [Tomasoni D. et al., Eur.J. Heart Fail., 2020],

ХСН является независимым предиктором внутригоспитальной летальности от новой коронавирусной инфекции (ОШ 2,25; 95 % ДИ 1,26–4,02;  $p = 0,006$ ). Пациенты с ХСН, госпитализированные в больницу Нью-Йорка по поводу COVID-19, чаще нуждались в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (22,8 % и 11,9 % соответственно; ОШ 3,64; 95 % ДИ 2,56–5,16;  $p < 0,001$ ) и имели повышенный риск смерти (40 % против 24,9 %; ОШ 1,88; 95 % ДИ 1,27–2,78;  $p = 0,002$ ) [Alvarez-Garcia J. et al., J.Am. Coll. Cardiol., 2020]. При этом исходы не зависели от значения фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Продолжение на с. 2 ▶

Н О В О С Т И

## Вакцинация против новой коронавирусной инфекции и риск развития миокардита

В апреле 2022 г. в журнале *JAMA Cardiology* были опубликованы результаты широкомасштабного исследования, в котором приняли участие 23,1 млн жителей Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции в возрасте от 12 лет.

Основной целью исследования стало определение связи вакцинации против SARS-CoV-2 и риска возникновения миокардита и перикардита в зависимости от вакцины, количества введенных доз, пола и возраста участников.

Дизайн эксперимента подразумевал объединение четырех когортных исследований, проведенных по единому протоколу в четырех странах,

и последующее объединение результатов при помощи метаанализа.

Наблюдение проводилось с 27 декабря 2020 г. до установления диагноза миокардита или перикардита или до окончания исследования (5 октября 2021 г.). Изучались исходы после введения одного из четырех видов вакцин против SARS-CoV-2: BNT162b2 (Pfizer-BioNTech), mRNA-1273 (Moderna), AZD1222 (AstraZeneca) и Ad26. COV2. S (Janssen).

Результаты показали, что к моменту анализа данных были вакцинированы 81 % жителей стран Северной Европы. Диагностировано 1077 случаев миокардита и 1149 перикардита. К счастью,

заболевания в основном носили легкий характер, и люди, как правило, выздоравливали в течение короткого времени после стандартного лечения.

У мужчин и женщин, получивших два компонента вакцины BNT162b2 или mRNA-1273, вторая доза была ассоциирована с более высоким риском развития миокардита. При этом миокардит чаще развивался после второй дозы mRNA-1273, чем после второй дозы BNT162b2, а риск был самым высоким среди мужчин от 16 до 24 лет.

Авторы исследования указывают, что риск развития миокардита, связанный с вакцинацией против SARS-CoV-2, должен быть учтен и соотнесен с преимуществами этих вакцин.

Источник: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2791253>

ВЫЗОВЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ

# Сердечная недостаточность и COVID-19

◀ Продолжение, начало на с. 1

Есть статистические данные о распространенности СН у пациентов с COVID-19, госпитализированных в клиники Уханя. По данным Chen T. et al. [BMJ, 2020], СН была идентифицирована как осложнение у 49 % умерших пациентов и только у 3 % выздоровевших, при этом исходная распространенность ХСН составила менее 1 %. В исследовании Zhou F. et al. [Lancet, 2020] СН выявлена у 52 % умерших и у 12 % выздоровевших. Однако по этим публикациям сложно судить о частоте новых случаев СН у пациентов с COVID-19 из-за недостаточной информации о предшествующих ССЗ и факторах риска.

Еще в одном российском исследовании [Глыбочко П.В. и соавт., Клиническая фармакология и терапия, 2020] при оценке популяции пациентов, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии и нуждавшихся в ИВЛ, ССЗ встречались в 61,4 % случаев, достигая 80 % в группе пациентов старше 60 лет. Структура ССЗ: АГ — 56,3 %; ИБС — 16,3 %; ОНМК в анамнезе — 7,1 %; фибрилляция предсердий — 9,3 %; также у 26,1 % выявлено ожирение, у 25 % — СД 2 типа.

## КАК ВИРУС ПОВРЕЖДАЕТ СЕРДЦЕ?

Влияние COVID-19 на сердечно-сосудистую систему объясняют токсическим, выраженным воспалительным действием, повышенной прокоагулянтной активностью (увеличением риска тромбообразования). Открытым остается вопрос, оказывает ли вирус SARS-CoV-2 прямое или опосредованное действие на миокард.

У пациентов с ХСН в анамнезе может развиваться острая декомпенсация на фоне COVID-19. Клинические проявления СН могут быть спровоцированы острым инфекционным заболеванием также на фоне другой сердечно-сосудистой патологии, например ИБС или АГ. Значение в патогенезе СН играют и резкое изменение гемодинамики (к примеру, при развитии острой правожелудочковой недостаточности и легочного сердца), и острое повреждение миокарда (например, стресс-кардиомиопатия, цитокиновый шторм и другие причины).

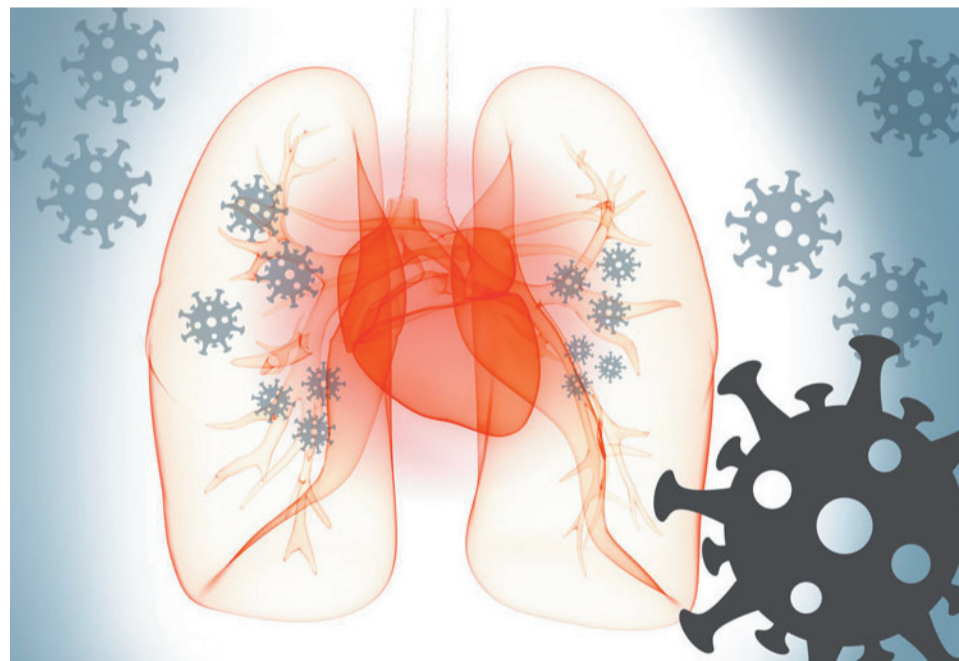
Повреждение миокарда у пациентов с COVID-19 предположительно связывают с миокардитом, гипоксическим повреждением в связи с дыхательной недостаточностью и/или дисфункцией микроциркуляторного русла, стрессовой кардиомиопатией (такоубо), эндотелиом, васкулитом коронарных сосудов, нарушением целостности атеросклеротических бляшек. Также на миокард могут повлиять острая перегрузка правых отделов сердца (в том числе вследствие развития тромбозов и тромбозомболии легочной артерии (ТЭЛА)), респираторный дистресс-синдром взрослых, пневмония, синдром системного воспалительного ответа (цитокиновый шторм). Однако конкретный вклад каждой из этих предполагаемых причин в повреждение миокарда и неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы не определены.

## КАКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СН И COVID-19?

Проблему может представлять дифференциальная диагностика. Необходимо помнить, что усиление одышки может быть связано как с левожелудочковой недостаточностью, так и с тяжестью пневмонии, развитием

дыхательной недостаточности, а также ТЭЛА. Из инструментальных обследований в данном случае наиболее низкой чувствительностью обладает рентгенография. Зарубежные источники предлагают для решения этого вопроса использовать комплексную оценку результатов КТ и УЗИ грудной клетки.

При подозрении на СН показано определение натрийуретического пептида В-типа (BNP) или предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). В ряде исследований даже при отсутствии острой СН у госпитализированных пациентов с COVID-19 наблюдался повышенный уровень натрийуретических пептидов (BNP и NT-proBNP). Также у таких больных обычно повышен уровень тропонина. Увеличение концентрации тропонина и натрийуретических пептидов связано с повышенным риском смерти. Так, в исследовании в Ухане [Qin J.J. et al., Hypertension, 2020], в которое были включены 3219 госпитализированных пациентов с COVID-19, повышение уровня высокочувствительного тропонина-I было зафиксировано у 6,5 % больных, а NT-proBNP — у 12,9 %. Скорректированное отношение рисков 28-дневной смертности для тропонина-I составило 7,12 (95 % ДИ 4,60–11,03), а для NT-proBNP — 5,11 (95 % ДИ 3,50–7,47).



По данным исследователей из Милана [Stefanini G.G. et al., Heart, 2020], у 22,7 % пациентов с COVID-19 на момент госпитализации имелись высокие значения тропонина-I и NT-proBNP. Смертность была выше у пациентов с увеличенными значениями обоих биомаркеров (55,6 %), только повышенным BNP (33,9 %) или только повышенным тропонином-I (22,5 %) по сравнению с пациентами, имевшими нормальный уровень биомаркеров (6,25 %). Повышение значений биомаркеров было независимым предиктором смертности (ОШ 3,24; 95 % ДИ 1,06–9,93;  $p = 0,039$ ).

Таким образом, проведение исследования тропонина-I при госпитализации пациентов с COVID-19 может иметь прогностическое значение, а также быть полезным при необходимости сравнения последующих значений теста у больных с возможным повреждением миокарда (появление признаков миокардита, СН, аритмии).

Дополнительные обследования для оценки сердечной функции показаны только некоторым пациентам с COVID-19 — с впервые возникшей СН, необъяснимой аритмией или изменениями на ЭКГ

(особенно при подъеме сегмента ST). Перед назначением дополнительного обследования важно понимать, что полученные данные повлияют на тактику лечения или прогноз. Проведение стандартного обследования состояния сердечно-сосудистой системы и оценка показателей, которые не будут влиять на терапию настоящей госпитализации, нецелесообразны из соображений контроля распространения инфекции и оптимального управления ограниченными доступными медицинскими ресурсами. Большинство пациентов с COVID-19 без подозрения на ОКС и без острой СН с умеренным повышением уровня тропонина могут находиться под клиническим наблюдением без дополнительных методов визуализации сердца и коронарных сосудов.

## КАКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И СН?

Оптимальное лечение повреждения миокарда, связанного с COVID-19, не определено. Ведение таких пациентов, в том числе с подозрением на миокардит, включает терапию СН, аритмий и по возможности избегание назначения препаратов, обладающих кардиотоксичностью.

Пациентов, перенесших COVID-19, целесообразно вовлекать в программы медицинской реабилитации для более быстрого и качественного восстановления функций, в первую очередь дыхательной и сердечно-сосудистой систем и улучшения качества жизни.

## СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2 ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СН?

Пока затруднительно ответить на этот вопрос. По имеющимся данным, контроль состояния пациентов после выписки представляется целесообразным. Так, в исследовании Ayoubkhani D. et al. [BMJ Yale, 2021] были включены 47780 больных COVID-19. Крупные сердечно-сосудистые осложнения (случаи сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, инсульта и нарушений ритма сердца) в среднем за 140 суток после выписки наблюдались в 3 раза чаще, чем в группе контроля (не болевших COVID-19). Около половины этих событий были зарегистрированы впервые.

## АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Отдельно хотелось бы отметить важность амбулаторной помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период пандемии и очень высокой нагрузки на всю систему здравоохранения.

Кардиологи из Франции [Chagué F. et al., ESC Heart Fail, 2020] оценили влияние на пациентов с ХСН введение в 2020 году строгих санитарно-эпидемиологических ограничений по перемещению. Принятые государственные меры негативно сказались на психологическом состоянии этих больных, а также привели к ухудшению их приверженности немедикаментозной терапии. Около 40 % из них отметили значимое снижение физической активности (особенно проживающие в мегаполисах) и увеличение курения сигарет, а также снижение контроля потребления соли и жидкости. Это крайне важные наблюдения, так как для пациентов с ХСН соблюдение рекомендаций по питанию и физическая реабилитация имеют большое влияние на прогноз.

Данное исследование также показало, что комплаенс в отношении медикаментозного лечения не изменился, количество употребляемого алкоголя уменьшилось у 15 % опрошенных, а увеличилось только у 5 %, что объясняется снижением количества социальных взаимодействий и закрытием баров и ресторанов.

Несомненно, локдаун повлиял на доступность к ресурсам здравоохранения, многие пациенты вынуждены были отложить запланированный визит к врачу и некоторые обследования, однако около 20 % воспользовались консультацией кардиолога посредством телемедицины.

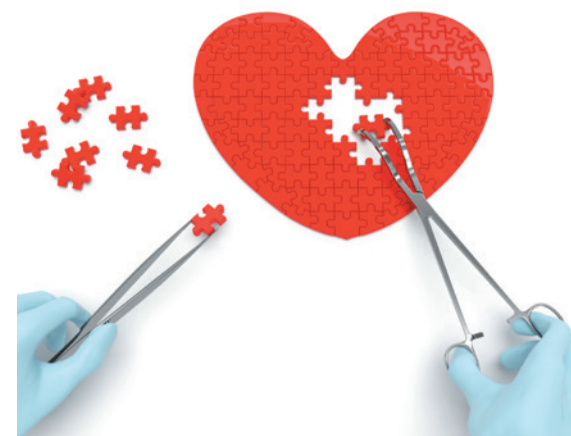
Таким образом, в период пандемии важно напоминать пациентам с ХСН о принципах здорового образа жизни, а также по возможности организовывать онлайн-консультации для контроля терапии.

Существуют доказательства связи между ССЗ (ИБС, ХСН, АГ) в анамнезе и риском COVID-19, в том числе тяжелого течения инфекции. Точные причины этой взаимосвязи не установлены, к предполагаемым механизмам относят нарушение функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем, иммунного ответа, усиленный воспалительный ответ, эндотелиальную дисфункцию, вызванную SARS-CoV-2.

В РА Ч Е Б Н А Я Т А К Т И К А

# Хирургическое лечение фибрилляции предсердий

НА ЧТО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ТЕРАПЕВТУ

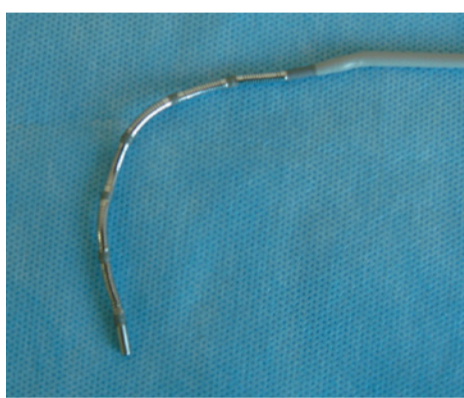


Алексей  
Юрьевич  
ФЕДОРОВ

К.м.н., сердечно-сосудистый хирург, заведующий операционным отделением Центра сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко МО РФ»

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее распространенное нарушение ритма сердца. Ее частота в общей популяции составляет 1–2%. При этом ФП в 5 раз увеличивает риск ишемического инсульта, который по сравнению с инсультами другой природы в 2 раза чаще приводит к смерти и чаще вызывает выраженную инвалидизацию. Кроме того, у большинства больных ФП переходит в персистирующую или постоянную форму, что приводит к значительному уменьшению предсердного вклада во внутрисердечную гемодинамику и прогрессированию сердечной недостаточности.

Отличительной чертой последних десятилетий стало применение немедикаментозных методов лечения ФП, в частности чрескожной катетерной абляции в сочетании с новыми лекарственными средствами, — более удобными для приема прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК) и более безопасными антиаритмическими препаратами.



Катетер для проведения радиочастотной абляции

Особенность ФП в том, что она может служить маркером других заболеваний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения. Ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают около 20% больных ФП, при этом остается неясным, предрасполагает ли ИБС к возникновению ФП за счет ишемии предсердий и как ФП коррелирует с коронарной перфузией. Поражение клапанов сердца обнаруживают примерно у 30% больных с ФП. ФП, связанная с растяжением левого предсердия, является ранним проявлением митрального порока (стеноза и/или недостаточности). Также ФП развивается на поздних стадиях аортального порока сердца, после так называемой митрализации аортального порока.

Исходя из сказанного, лечение ФП можно осуществлять как изолированно, с помощью чрескожного вмешательства,

Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLED

Клиническая характеристика	Баллы
(H) Артериальная гипертония	+1
(A) Нарушение функции печени или почек (по 1 баллу)	+1 или 2
(S) Инсулт	+1
(B) Кровотечение	+1
(L) Лабильное МНО	+1
(E) Возраст более 45 лет	+1
(D) Прием некоторых лекарств и алкоголя (по 1 баллу)	+1 или 2
Максимум 9 баллов	

так и в ходе проведения сочетанной операции на открытом сердце, основным этапом которой будет хирургическая реваскуляризация миокарда и/или коррекция клапанного порока сердца. Возможно также проведение гибридного вмешательства (комбинации чрескожного и открытого).

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

В большом количестве исследований у пациентов с удаленным ушком левого предсердия (ЛП) (как наиболее тромбогенным участком сердца) отмечался более низкий риск инсульта. Хирургическая резекция, ушивание или лигирование ушка левого предсердия часто выполняется как сопутствующая процедура во время операции на открытом сердце. Для проведения изолированной окклюзии ушка ЛП как отдельной операции существуют несколько разновидностей устройств — Watchman, Amplatzer Cardiac Plug, однако данных об эффективности и безопасности этого метода пока недостаточно, что не позволило сделать его рутинным. В настоящее время процедура рассматривается обоснованной для пациентов с неэффективным чрескожным вмешательством в анамнезе и высоким риском кровотечений при постоянном приеме антикоагулянтов.

Еще одной причиной нечастого практического применения изолированной хирургической окклюзии ушка стала разработка метода чрескожной катетерной абляции при различных аритмиях.

## ЧРЕСКОЖНАЯ КАТЕТЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ

С момента описания триггерных зон, отвечающих за формирование механизма генерации, катетерная абляция легочных вен превратилась из экспериментальной в одну из самых распространенных малотравматичных хирургических методик. В клинических рекомендациях 2017 года показанием к проведению катетерной абляции были сохраняющиеся клинические синдромы ФП на фоне оптимальной медикаментозной

Осложнения при торакоскопических процедурах лечения ФП

Осложнения	Частота, %
Переход к стернотомии	0–1,6
Имплантация ЭКС	0–3,3
Пневмоторакс	0–3,3
Перикардальная тампонада	0–6
Транзиторная ишемическая атака	0–3

терапии, то есть неэффективность лекарственного лечения. А на сегодняшний день большинство кардиологов и кардиохирургов считают этот метод оправданным в большинстве случаев пароксизмальной и персистирующей ФП и во многих случаях, когда речь идет о постоянной форме ФП.

Результаты многоцентровых исследований убедительно доказали достоверно меньшее число проявлений и симптомов ФП в группах абляции, лучшее качество жизни и значительно меньшее число ишемических инсультов по сравнению с группами, получавшими медикаментозное лечение.

Дополнительным плюсом катетерной абляции является возможность отказаться от постоянного приема антикоагулянтов, что особенно важно у пациентов с повышенным риском кровотечений.

После катетерной абляции, проведенной опытным специалистом в крупном учреждении сердечно-сосудистого профиля, у 70% пациентов в будущем не возникает стойких эпизодов ФП. В случае развития рецидива возможно проведение повторной процедуры, повышающей вероятность отсутствия стойких пароксизмов ФП до 90%. В настоящее время катетерная абляция при ФП выполняется с помощью радиочастотного излучения (радиочастотная абляция фибрилляции) либо охлаждения с использованием различных газов (холодовая абляция или криоабляция). Эффективность двух указанных методов примерно одинакова.

## ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛЯЦИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ

В случае, когда по тем или иным причинам проведение чрескожной катетерной абляции невозможно либо неэффективно, вариантом выбора является торакоскопическая абляция. Возможными противопоказаниями к проведению чрескожного вмешательства выступают выраженные атеросклеротические изменения сосудов нижних

конечностей, состояние после протезирования магистральных артерий и нисходящей аорты, установка несъемного кавалитера, врожденные аномалии сосудов. Торакоскопическая абляция фибрилляции проводится через 2–3 небольших разреза в межреберных промежутках под общей анестезией, сопряжена с относительно низким риском послеоперационных осложнений и быстрой реабилитацией пациента.

В последние годы у пациентов со сложным прогнозом лечения ФП используют гибридную технологию с разнесением операций по времени: на первом этапе проводят эндокардиальную чрескожную катетерную абляцию, на втором — торакоскопическую эпикардиальную абляцию. Сочетание двух методов позволяет повысить эффективность лечения до 90%. Подобный подход получил название эндо-эпикардиальной стратегии абляции.

## АБЛЯЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Открытые операции на сердце у взрослых проводятся по поводу ишемической болезни сердца, врожденных и приобретенных пороков клапанов и перегородок сердца. Если в анамнезе пациента имеет место пароксизмальная, персистирующая или постоянная форма фибрилляции предсердий, целесообразно дополнять операцию катетерной абляцией патологических путей проведения. Классическая операция по методике «лабиринт» (Maze) изначально выполнялась с помощью многочисленных разрезов, пересекающих пути проведения, и была сопряжена с высокой травматичностью тканей. В настоящее время наиболее распространенная операция «мини-лабиринт» (Mini Maze 4), выполняемая с помощью радиочастотной или холодной (крио) абляции. Плюс этой методики — возможность одновременного проведения как эпикардиального, так и эндокардиального воздействия. В случае наличия пароксизмальной формы ФП предпочтение отдается более простой, не требующей вскрытия полостей сердца эпикардиальной абляции легочных вен. С целью снижения риска тромбообразования и жизнеугрожающих аритмий операцию обязательно дополняют двойной перевязкой или резекцией ушка левого предсердия.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Трепетание предсердий — еще одно распространенное нарушение ритма. Нередко сопровождается клинически выраженными симптомами и являясь фактором риска инсульта и прогрессирующей ХСН, трепетание предсердий требует медикаментозного лечения и в большинстве случаев хорошо поддается хирургической коррекции. В отличие от ФП трепетание предсердий исходит из правых отделов сердца, поэтому чрескожная катетерная абляция проводится в ограниченной зоне кавотрикуспидальной перешейки. Эффективность операции превышает 95%.

Список литературы находится в редакции

С Л О В О Э К С П Е Р Т А М

# Сердечно-сосудистые риски у пациентов некардиологического профиля

Симпозиум с таким названием состоялся в рамках Российского национального конгресса кардиологов 2021 г. Эксперты из России и Белоруссии рассказали о риске кардиологических заболеваний, обусловленных ВИЧ-инфекцией, тяжелой респираторной инфекцией и гриппом, особенностях их начала и дальнейшего течения. Представленные доклады были особенно интересны тем, что в каждом из них обсуждались самые современные кардиопротективные меры, нацеленные на снижение риска болезней сердца и сосудов на фоне этих трех инфекций.

## ВИЧ АТАКУЕТ СЕРДЦЕ

Профессор Игорь Иосифович Шапошник, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета (Челябинск) выступил с докладом «Особенности нарушений липидного обмена при ВИЧ-инфекции».



«К сожалению, — отметил докладчик, — за последние годы в России непрерывно увеличивается число ВИЧ-инфицированных. Только в нашем Северо-Западном федеральном округе таких больных уже свыше 35 тыс., и у 65 % из них болезнь достигла тяжелой стадии».

Среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые либо стартуют, либо значительно прогрессируют по причине ВИЧ, следует отметить воспалительные заболевания сердца (свыше 15 % больных с ВИЧ погибают по этой причине), клапанные пороки, артериальную гипертензию (АГ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), кардиомиопатию и аритмию.

**« ВИЧ-инфицированные по сравнению со своими неинфицированными сверстниками примерно в 1,5–1,8 раза чаще страдают дислипидемией, метаболическим синдромом, АГ и сахарным диабетом 2 типа**

И.И. Шапошник рассказал, что в процессе развития ВИЧ-инфекции проявляются нарушения липидного обмена: в плазме снижается концентрация общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), повышается концентрация триглицеридов. Мелкие молекулы ЛПВП становятся все больше по размеру и в результате теряют свои антиатерогенные свойства. Нарушения жирового обмена могут проявляться не только дислипидемией, но и инсулинорезистентностью и либо

атрофией, либо, наоборот, гипертрофией висцеральной жировой ткани и появлением гигантских липом.

На липидный обмен также негативно влияет подавляющее большинство препаратов, используемых в антиретровирусной терапии (АРВТ). Это подтверждено результатами проведенного в 2015 г. метаанализа 51 исследования, которые выявили наиболее частые отклонения, вызываемые АРВТ: концентрация общего холестерина повышается в среднем на 0,8 ммоль/л, ХС ЛПНП — на 0,4 ммоль/л, триглицеридов — на 0,5 ммоль/л. В целом же АРВТ увеличивает риск гиперхолестеринемии почти в 4 раза.

Дислипидемия считается настолько характерной особенностью СПИД, что, например, степень гипертриглицеридемии рассматривается как маркер прогрессирования этой инфекции и увеличения вирусной нагрузки.

Следствием дислипидемии становится повышение риска развития ССЗ на 78 %. ИБС является причиной каждой пятой смерти ВИЧ-позитивных больных и встречается на фоне этой инфекции в 1,2 раза чаще, чем у людей без нее, ишемический инсульт — в 1,3 раза чаще, инфаркт и геморрагический инсульт — в 1,6 и 1,8 раза соответственно.

Организм ВИЧ-инфицированного больного даже молодого, не говоря уже о пациентах среднего возраста, зачастую оказывается пораженным столькими «старческими» болезнями, что появился даже термин «старый взрослый с ВИЧ».

Больные СПИД относятся к пациентам высокого и очень высокого кардиологического риска, поэтому нуждаются в пожизненной гиполипидемической терапии. Целевые значения ХС ЛПНП для них почти в 2 раза ниже, чем для пациентов с более низким кардиологическим риском, и составляют 1,4–1,8 ммоль/л.

Согласно российским клиническим рекомендациям 2020 г., «рейтинг» липид-снижающей терапии сегодня выглядит следующим образом: верхнюю строчку занимают статины (IA), затем следуют

эзетимиб (IB), моноклональные антитела в роли ингибиторов PCSK9 и фибраты (IIA), список замыкают омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (IIB).

Клиническое исследование с участием 40 пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также субклиническим коронарным атеросклерозом и признаками воспаления аорты доказало, что терапия статинами почти на 20 % уменьшала объем некальцинированных бляшек, в особенности тех, которые отличались высоким риском разрыва.

Но, к сожалению, есть два препятствия на пути к эффективной статинотерапии у ВИЧ-инфицированных — это статин-индуцированная миопатия и рабдомиолиз. Данные расстройства становятся частыми осложнениями в результате совместного назначения статинов и распространенных противовирусных препаратов ингибиторов протеиназы. В борьбе с дислипидемией у больных ВИЧ безопаснее применять альтернативные гиполипидемические средства, такие как моноклональные антитела и фибраты.

## ПНЕВМОНИЯ — ПО-ПРЕЖНЕМУ ДРУГ СТАРИКА?

Дмитрий Юрьевич Рузанов, профессор кафедры кардиологии и внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета (Гомель) назвал свой доклад «Острая респираторная инфекция: можно ли снизить кардиоваскулярные риски?»



«Вспомним конец 1960 годов, — начал выступление эксперт. — В изданном в то время в США учебнике по кардиологии для студентов медвузов говорилось, что пневмония без бактериемии и септических явлений не является значимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. И только в 2003 г. появилась американская статья «Пневмония — по-прежнему друг старика?», в которой было отражено прямо противоположное мнение. Оно основывалось на результатах исследования, показавшего, что из 158 960 пациентов старше 65 лет с внегоспитальной

пневмонией (ВПИ) в течение первого года наблюдения по причине кардиологических заболеваний умерло 34 %».

Затем исследование 2015 г. обнаружило, что во время внутрибольничного пребывания 301 пациента с ВПИ у 18 % (55 больных) возникли сердечно-сосудистые осложнения. В течение последующих 17,4 месяцев умерли по причине ССЗ 89 больных, а 73 перенесли сердечно-сосудистое событие без фатального исхода.

Таким образом, стало ясно, что пневмококк крайне опасен не только для легких, но и для сердечно-сосудистой системы. И уж совершенно точно это не друг, а грозный недруг пожилого пациента с кардиологическим риском. Но что же такое пневмония — суррогатный маркер кардиоваскулярного неблагополучия или триггер кардиоваскулярной катастрофы?

Дальнейшие исследования подтвердили, что респираторная инфекция — это именно триггер. Оказалось, что во время тяжелой пневмонии из-за сильной воспалительной реакции у 30 % пациентов развивалась дилатация левого желудочка со сниженной фракцией выброса. А примерно у 20 % госпитализированных с ВПИ без анамнеза кардиологических заболеваний после выписки выявлялась сердечная недостаточность, аритмия или острый коронарный синдром.

Патоморфологические исследования срезов тканей желудочков и межжелудочковой перегородки миокарда на фоне пневмококковой инфекции с бактериемией обнаружили причину столь серьезных осложнений. Срезы тканей включали некротические поражения, определяемые ядерным кардиоллизом в зоне скопления бактерий, тяжелыми жировыми изменениями и вакуолизацией, рассеянным миоцитозом и интерстициальным отеком.

Имуногистохимические исследования позволили предположить, что пневмококки после проникновения в миокард активируют механизмы программируемой смерти миокардиоцитов и что после лечения антибиотиками некроптоз сердечной ткани становится еще сильнее. Для замены мертвых кардиомиоцитов миофибробласты резко усиливают выработку коллагена.

«Сегодня мы понимаем, — пояснил Д.Ю. Рузанов, — что поражение сердца на фоне острой респираторной инфекции не обусловлено каким-то одним механизмом. Это результат сложного взаимодействия между организмом пациента и патогеном, системным воспалением, эндотелиальной дисфункцией, относительным протромботическим состоянием, повышенной потребностью сердца в кислороде и его низким уровнем в крови».

Ценный вклад в понимание взаимосвязи респираторной инфекции и кардиологических заболеваний внесли наблюдения за больными с COVID-19. В когортном исследовании, включавшем 100 пациентов, казалось бы, полностью выздоровевших после инфекции, с использованием МРТ сердца было установлено, что у многих из них развивалось воспаление

миокарда. Все эти больные получали антибиотиков. В отличие от бактериальной пневмонии при COVID-19 кардиоваскулярные осложнения возникают не столько по причине прямого поражения вирусами миокарда, сколько в итоге гипервоспалительной реакции (цитокиновый шторм) и тромботических изменений, приводящих к миоциту и смерти миокардиоцитов.

Д.Ю. Рузанов напомнил, что провоспалительные цитокины являются ключевыми медиаторами атеросклероза и могут напрямую влиять на разрыв бляшки через местное воспаление. Примечательно, что коронавирус и пневмония вызывают одни и те же кардиологические заболевания. Это прежде всего аритмии, инфаркт, сердечная недостаточность и инфаркт.

## Первый способ избежать кардиоваскулярных осложнений при лечении острой респираторной инфекции — осторожно использовать антибиотики, прежде всего фторхинолоны и макролиды, особенно у пожилых

Далее спикер более подробно остановился на вопросе влияния антибиотиков на сердечно-сосудистую систему. Антибактериальные препараты не только не защищают миокард от некроптоза или иного повреждения сердца, но и могут этому способствовать. Крупное исследование с участием 36 429 женщин показало, что чем чаще они принимали антибиотики при респираторных заболеваниях, тем выше был риск сердечно-сосудистых событий. Ключевым патофизиологическим фактором кардиологических нарушений на фоне антибиотикотерапии оказался дисбактериоз. Известен и другой путь, через который антибиотики, в частности фторхинолоны, повреждают сердце и сосуды. Изменяя активность матричных металлопротеиназ, они повышают нестабильность атеросклеротической бляшки и в результате могут приводить к инфарктам и инсультам. Другими ССЗ, связанными с приемом антибиотиков, считаются аритмии и расслоение аорты.

Федеральное управление США по надзору за качеством продуктов питания и лекарственных средств (FDA) и Европейское агентство по экспертизе медицинских препаратов (EMA) настоятельно рекомендуют не применять фторхинолоны при лечении неосложненных респираторных и мочеполовых инфекций и с осторожностью использовать их у пожилых пациентов с патологией почек и ССЗ.

Еще один класс антибиотиков, часто назначаемых при респираторных заболеваниях, — макролиды. Они также могут негативно влиять на сердце и сосуды.

Итак, первый способ избежать кардиоваскулярных осложнений при лечении острой респираторной инфекции — осторожно использовать антибиотики, прежде всего фторхинолоны и макролиды, особенно у пожилых.

Еще более жесткие ограничения на применение антибиотиков во избежание сердечно-сосудистых осложнений приняты при лечении COVID-19. В первую 7-дневную вирусологическую фазу заболевания запрещено использовать данные препараты вместе с глюкокортикостероидами и провоспалительными средствами, в том числе индукторами интерферона.

Как еще снизить кардиологические риски у больных, перенесших тяжелую респираторную инфекцию? Нужно вести за ними активное наблюдение

и своевременную коррекцию модифицируемых факторов риска ССЗ. Опубликованные в 2017 г. результаты 10-летнего наблюдения за большой группой больных доказали, что такая мера достоверно снижает смертность по причине болезней сердца и сосудов.

«Обязательно назначайте таким пациентам клинический анализ крови, коагулограмму, липидограмму, ЭКГ, ЭхоКГ, а при необходимости — доплерографию коронарных сосудов и ангиографию, — обратил к собравшимся коллегам Д.Ю. Рузанов. — И не торопитесь завершать наблюдение. Ведь сердечно-сосудистые осложнения после перенесенных респираторных инфекций появляются минимум через полгода, а чаще всего и позднее».

Пневмококковая вакцинация — еще один способ снизить риск кардиоваскулярных событий после пневмонии. Доказано, что у вакцинированных пациентов осложнения встречаются почти в 2 раза реже, чем в контрольной группе.

Уже известны два препарата, эффективные в профилактике сердечно-сосудистых событий после пневмонии и COVID-19. Это, во-первых, аспирин. Исследование с участием 48 743 пациентов показало, что у тех, кто принимал аспирин после тяжелой респираторной инфекции, риск инфаркта снижался на 54 %, инсульта — на 30 %. Во-вторых, ацетилцистеин, который также продемонстрировал кардиопротективный эффект у больных с тяжелыми респираторными инфекциями. Пациентам с пневмонией ацетилцистеин рекомендуется в дозах 1200 мг в день, а реанимационным пульмонологическим больным — 100–150 мг\кг в день в\в.

### ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС

«Вакцинопрофилактика гриппа как элемент управления сердечно-сосудистой смертностью» — так назвал свой доклад профессор **Игорь Геннадиевич Никитин**, директор ФГАУ «НМИЦ Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ (Москва).



«До недавнего времени в нашей стране наблюдалось снижение общей смертности от ССЗ, — рассказал эксперт. — С 2015 по 2019 гг. она сократилась с 635 до 573 случаев на 100 тыс. населения, смертность от ИБС — с 338 до 301 случая, от инфаркта — с 44 до 37 случаев и инсульта — с 92 до 88. Налицо был явный прогресс, хотя мы были еще далеки от показателя в 350 случаев. Именно такую цель на 2024 год наметил в своем указе от 7 мая 2018 г. президент Владимир Путин. Однако пандемия коронавируса вместе с очередной сезонной вспышкой гриппа внесли свои коррективы.

В связи с очевидным вкладом в сердечно-сосудистую смертность COVID-19 и гриппа число опасных кардиологических событий за последнее время заметно выросло».

При этом спикер выразил надежду, что по заболеваемости гриппом повторится ситуация прошлого сезона. Тогда она оказалась ниже прогнозируемой, поскольку меры профилактики COVID-19 сократили распространение гриппозной инфекции.

## Кардиопротективный эффект вакцинопрофилактики гриппа был изучен более чем в 20 исследованиях и 3 крупных метаанализах. Они показали значимое снижение частоты госпитализаций по причине наиболее опасных и распространенных ССЗ

Еще одним фактором снижения заболеваемости гриппом стало то, что охват прививками против этой болезни в последние годы растет. Если в 2019 г. было вакцинировано 49 % россиян, то в 2020 г. — уже 57 %.

Патогенетические механизмы сердечно-сосудистого повреждения при гриппе сегодня хорошо изучены. Они близки к тем, которые мы наблюдаем при COVID-19. Есть и ряд общих черт между механизмами таких расстройств при гриппе и пневмонии.

Причинами кардиологических осложнений гриппа становятся: повышенный уровень провоспалительных и протромботических цитокинов, усиление эндотелиальной дисфункции, стимуляция агрегации тромбоцитов, ингибирование прокоагулянтов, повышение скорости миграции макрофагов к сосудистой стенке, тахикардия, дегидратация и гипоксемия.

Протективные же механизмы вакцинации против гриппа в отношении сердечно-сосудистой системы включают модуляцию иммуновоспалительных механизмов атеро-

генеза и антигенную мимикрию. Так называется механизм конкурентного взаимодействия в атеросклеротической бляшке между вирусом и антигенами вакцины.

«Немалый вклад, — продолжил И.Г. Никитин, — вносят и антивакцинальные антитела. Они действуют как прямой агонист, активирующий последовательные реакции, ассоциированные с рецептором к брадикинину. Наконец, вакцина против

гриппа блокирует продукцию TNF-альфа и интерлейкина-1b, ассоциированных с прямой депрессией контрактивной сократимости кардиомиоцитов».

Кардиопротективный эффект вакцинопрофилактики гриппа был изучен более чем в 20 исследованиях и 3 крупных метаанализах. Они показали значимое снижение заболеваемости, смертности и частоты госпитализаций по причине наиболее опасных и распространенных ССЗ. Сегодня появляются совершенно новые взгляды на задачи такой вакцинации — например, она рассматривается как способ профилактики ИБС у пожилых людей.

Подытоживая свое выступление, спикер рекомендовал коллегам столь же настойчиво призывать своих пациентов прививаться от гриппа и коронавирусной инфекции, помня о той большой опасности, которой обе эти инфекции подвергают сердечно-сосудистую систему.

Александр Рылов, к. м. н.

РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 2022

29 СЕНТЯБРЯ – 1 ОКТЯБРЯ 2022 | КАЗАНЬ

реклама

В Р А Ч – П А Ц И Е Н Т

# Образован — значит, вооружен

## Как построить образовательную работу с пациентом с сердечно-сосудистым заболеванием (на примере фибрилляции предсердий)

Современный врач, будь то кардиолог, терапевт или врач общей практики, хорошо вооружен. В его арсенале — действенные методики лечения, обширные знания и препараты с доказанной эффективностью. Несмотря на это он порой проигрывает, потому что даже лучшие лекарства бессильны, если пациент принимает их неправильно, а тем более игнорирует рекомендации врача по их применению. Поэтому сегодня медицина рассматривает пациента не как объект лечения, а как полноправного участника этого процесса. В этом случае участник должен уверенно владеть необходимыми знаниями для соблюдения врачебных рекомендаций. Тем более что согласно федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранение здоровья гражданина является задачей самого гражданина, а не его лечащего врача и не медицинского учреждения.



Владимир  
Иванович  
БАКШЕВ

Д.м.н., член-корр. РАЕН, заслуженный врач РФ

На прием одного больного в поликлинике врачу отводится 15 мин (приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н), в течение которых врач должен собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни, провести осмотр, выписать лекарства, оформить соответствующую документацию и довести до пациента важную информацию о его болезни. Выполнить последнее в полном объеме в рамках одного приема практически нереально. В связи с этим данную задачу должны выполнять специальные медико-образовательные программы для пациентов.

Пациентам разъясняют природу заболеваний, тактику лечения, раннее распознавание осложнений и тактику поведения в случае их возникновения, в том числе в экстренных ситуациях. Страдающий хроническим заболеванием должен понимать необходимость постоянного приема лекарственных средств и своевременности медицинского контроля состояния здоровья, владеть информацией об имеющихся у него факторах риска и мер по их снижению. Это касается как первичной, так и вторичной профилактики осложнений, угрожающих не только качеству жизни, но и самой жизни пациента, как, например, кардиоэмболический инсульт при фибрилляции предсердий (ФП).

В обучении пациентов могут участвовать как врачи, так и средний медицинский персонал. Разработаны самые разные формы обучения пациентов:

- обеспечение пациента образовательными печатными материалами (листовки, буклеты, таблицы, дневники здоровья, паспорта здоровья);
- узкоспециализированные обучающие электронные платформы для пациентов по определенной проблематике. Как правило, они содержат не только полезную информацию о самом заболевании, но и опросники, памятки

по образу жизни, подготовке к исследованиям/визиту к доктору, рекомендации для близких;

- программное обеспечение для раннего выявления осложнений, электронные приложения для самоконтроля, встроенные в цифровую экосистему, куда включены врач и пациент (контроль ритма сердца и пр.);
- регулярные контакты с врачом/медсестрой по телефону или интернету;
- проведение индивидуальных и групповых занятий (беседы, обсуждения дневника пациента, лекции, школы здоровья);
- горячие линии по вопросам здоровья и определенных заболеваний.

желудка или малого кровотечения. В свою очередь, недостаточная осведомленность о серьезности заболевания и его последствиях бывает по ряду причин:

- неэффективное взаимодействие врача и пациента;
- недоступность образовательных программ;
- неумение пациента пользоваться современными образовательными ресурсами;
- снижение когнитивных способностей пациента, неспособность адекватно усваивать полученную в ходе образовательной программы информацию;
- личностные и психологические особенности пациента.

**“ Вопрос о выборе группового или индивидуального обучения пациентов рассматривался во многих исследованиях. В целом была показана большая эффективность групповых консультаций, в том числе и больных пожилого возраста, чем однократное консультирование на приеме у врача**

### ОБРАЗОВАНИЕ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

Почему не все пациенты, получив рекомендации врача, выполняют их? Психологи говорят, что часть пациентов только декларируют обеспокоенность собственным здоровьем. При этом по факту они не меняют образ жизни, совсем не начинают принимать или отменяют препараты, которые кажутся им ненужными или слишком дорогими, изменяют дозировки, принимая лекарства нерегулярно или только в экстренных ситуациях. Все это приводит к ухудшению состояния, но пациенты не связывают это с нарушениями рекомендаций врача.

Встречаются и пациенты, равнодушно относящиеся к своему здоровью. И те, и другие, не достигая эффекта терапии из-за особенностей течения заболевания, просто теряют веру в лечение. В таких случаях доктор тратит свое время и усилия впустую. Можно ли избежать развития такого сценария?

Так или иначе все факторы низкой приверженности сводятся к недостаточному уровню образования пациента по проблеме. Например, причиной самостоятельной отмены антикоагулянта может стать даже единожды испытанное побочное действие в виде обострения язвенной болезни

Чтобы образовательные методики способствовали повышению приверженности терапии, рекомендуется условно стратифицировать пациентов по исходной способности к обучению:

- при работе с пациентами с сохранной когнитивной функцией больше внимания уделять установлению доверительного контакта с врачом, направлять к современным образовательным ресурсам: цифровым платформам, приложениям для смартфона, электронным данным;
- пациентов со средней сохранностью когнитивной функции (таких среди пациентов терапевта и кардиолога большинство) можно вовлекать в тематические школы для пациентов, давать номера горячих линий и телефоны профильных организаций;
- пациентам с низким когнитивным резервом больше подойдут простые и наглядные источники информации: листовки, буклеты, таблицы, памятки. Вероятнее всего, при освоении вопроса им понадобится помощь близких, поэтому целесообразно рекомендовать им приходиться на приемы с сопровождающим.

При этом универсальным и базовым компонентом образования пациентов является беседа с врачом. Вопрос о выборе группового или индивидуального обучения рассматривался во многих исследованиях. В целом была показана большая эффективность групповых консультаций, в том числе и больных пожилого возраста, чем однократное консультирование на приеме у врача (A. Beck et al., 1997).

### ОБРАЗОВАНИЕ ПАЦИЕНТА В КАРДИОЛОГИИ

Повышение осведомленности кардиологических пациентов имеет ряд особенностей. Страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями необходим значительный пул знаний о факторах риска возникновения осложнений, об изменении образа жизни, рекомендациях по правильному питанию, физической активности и улучшению здоровья в целом. Например, неклапанная ФП возникает на фоне ряда заболеваний и состояний, которые, в свою очередь, являются факторами риска развития инсульта. Это ишемическая болезнь сердца, атеросклероз периферических артерий, перенесенный ранее инсульт, в том числе транзиторные ишемические атаки, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, заболевания миокарда, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, возраст старше 65 лет, женский пол. Некоторые факторы из этого перечня являются немодифицируемыми. Значит, мы должны прикладывать значительные усилия для влияния на модифицируемые факторы.

Низкая приверженность лечению у таких больных, особенно старших возрастных групп, связана с необходимостью приема большого количества препаратов. Если пациент забывает принимать лекарства в силу низкой дисциплины или нарушений памяти, то целесообразно пользоваться напоминаниями в будильнике или приложениях для смартфона и таблетницей. Людям более старшего возраста подойдет либо классический вариант таблетницы, либо, если человек все равно путается и забывает принять препарат, можно рекомендовать протестировать электронную таблетницу, которая «выдает» лекарства по часам и озвучивает напоминания о необходимости их приема в нужное время.

Многие заболевания сердца, например постоянная форма ФП, протекают малосимптомно. Во многих случаях пациент знает свой диагноз, но недооценивает серьезность заболевания, последствия отсутствия лечения, прогноз, результатом чего является низкая приверженность и, как следствие, низкая эффективность терапии. Надо понимать, что только пациенту важно его самочувствие здесь и сейчас, а врач благодаря наличию специальных знаний дополнительно задумывается о прогнозе. Врачу следует обсуждать с пациентом возможные осложнения и исходы, наглядно показывая все возможные варианты, без запугивания, с использованием фактов и конкретных цифр.

Например, сообщить пациенту с ФП, что:

- Смертность больных ФП в 2–5 раз выше по сравнению с теми, у кого сохранен синусовый ритм (Lauracis A. 1996).

- Наличие ФП без лечения увеличивает риск инсульта в 2,6–4,5 раза (Benjamin E.J. et al., 1998). При этом женщины более подвержены этому риску (Stewart S. et al., 2002).
- Возникший при ФП инсульт протекает тяжело и в 2 раза чаще приводит к инвалидизации по сравнению с другими причинами инсульта (Lin H.-J. et al., 1996).
- По данным Фрамингемского исследования сердца (1996 г.), ФП почти в 3 раза повышает вероятность развития повторного инсульта в течение года и в 2 раза — риск смерти.
- Не менее чем у трети больных встречается бессимптомная ФП (Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ, 2012). Эта ситуация крайне опасна, особенно когда ФП впервые диагностируется только после уже развившегося инсульта.
- Основа профилактики инсульта при ФП — прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК). Они снижают активность свертывающей системы крови и таким образом предотвращают образование тромбов.
- До недавнего времени варфарин был практически безальтернативным вариантом для длительной антикоагулянтной терапии. Но сегодня у нас есть более эффективные и безопасные лекарства для профилактики инсульта при ФП. Это ПОАК, к которым относится препарат апиксабан. По данным крупного мета-анализа, ПОАК по сравнению с варфарином снижали риск развития инсульта и системных эмболий на 19 %, геморрагического инсульта — на 51 % и смертность — на 10 % (Ruff C.T. et al., 2014).

- Принимать ПОАК нужно постоянно, без перерыва и лекарственных «каникул».
- В ряде случаев может возникнуть необходимость на время отменить препарат (например, оперативные вмешательства, стоматологические процедуры и др.), но этот вопрос решает только лечащий врач, а не пациент.

Тогда решение принимает пациент вместе с врачом, чувствуя себя полноправным участником лечения и творцом своей судьбы.

Есть еще один способ разделить ответственность — заключить устный контракт с пациентом:

«Врачи сделали свой вклад в Ваше здоровье (реанимация, установка стентов

- «Что самое главное Вы поняли из нашей встречи?»
- «Какой результат лечения мы хотим получить?»
- «Что лично Вы будете делать для этого?»
- «Какие шаги сделаете уже сегодня?»

В зависимости от ответов врач будет понимать, насколько пациент усвоил необходимую для лечения информацию.

Но и это еще не гарантия успеха. При вас пациент может все правильно сказать и сделать, но будет ли он делать это дома самостоятельно? Это зависит от мотивации — внутреннего желания, ради которого пациент готов принимать препараты, соблюдать диету, бросать курить и заниматься спортом. Мотивация — это внутренний выбор, который пациент не всегда делает верно. Выяснить мотивы пациента помогут следующие вопросы:

- «Какие у Вас планы на ближайшее будущее (что важно сделать для лечения)?»
- «Ради чего и ради кого Вы готовы лечиться (семья, дети, работа, благополучие)?»
- «Что может произойти, если не лечиться или лечиться неправильно (осложнения, инсульт, госпитализация)?»
- «Если все делать по назначениям врача (соблюдать рекомендации по образу жизни, питанию, лечению), то какие осложнения удастся предупредить?»

В конце беседы нужно подвести итог. Например, такой вариант: «Если Вы хотите сохранить память, внимание, навыки самообслуживания, важно заботиться о профилактике осложнений ФП. Необходимо принимать ПОАК. Если же не делать этого, очень высока вероятность крайне неприятных и серьезных последствий, таких как инсульт. Мы с Вами выбираем здоровье, не правда ли?»

**Сообщая информацию пациенту, лучше не занимать доминантную позицию, не смотреть на него как родитель на ребенка, не выражать готовность его контролировать. Гораздо эффективнее работает коллегиальная модель, при которой пациент чувствует себя полноправным участником лечения и ответственным за свое здоровье**

#### ШПАРГАЛКА ДЛЯ ДОКТОРА

Сообщая необходимую информацию пациенту, лучше не занимать доминантную позицию, не брать ответственность на себя, не смотреть на пациента как родитель на ребенка, не выражать готовность его контролировать. Гораздо эффективнее работает коллегиальная модель, когда врач обращается пациенту со словами:

«Теперь Вы сами все понимаете и знаете. Если принимать антикоагулянт, то будет результат: мы предупредим такое грозное осложнение, как инсульт. Если не принимать, то возможны осложнения, ухудшение самочувствия. Возможна госпитализация с разными исходами. Путь второй: Вы начинаете ежедневно принимать препарат, контролировать свое питание и двигательную активность. Результат: снижаем риски развития осложнений. Выбор за Вами».

или кардиовертера, подбор терапии и т. д.), но это только половина дела. Все это может оказаться абсолютно бесполезным, если не принимать лекарства, действующие на заболелание и улучшающие прогноз. Остальное — принимать лекарства и контролировать состояние здоровья — полностью Ваша ответственность».

Предположим, врач дал пациенту исчерпывающую информацию — пациент согласился. Врач уверен, что качественно выполнил свою работу, пациент все понял, и высокая приверженность обеспечена. Однако это не всегда так. Поэтому коммуникация не должна быть односторонней. Врачу лучше убедиться, что пациент действительно готов выполнять рекомендации. Это можно сделать путем получения обратной связи от пациента. В финале врачебного приема нужно задать контрольные вопросы:

**ЭЛИКВИС®**  
апиксабан

**Единственный ПОАК, который приводил к снижению рисков по трем показателям у пациентов с НФП<sup>1\*</sup>**



**21%**

ИНСУЛЬТ / СИСТЕМНАЯ ЭМБОЛИЯ



**31%**

БОЛЬШОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ



**11%**

ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ

«Исследование ARISTOTLE – одно из 12 жизнеспасующих исследований, оказавших наиболее значимое влияние на клиническую практику за последние 19 лет»<sup>2</sup>

**ARISTOTLE**  
10 ЛЕТ ЗАЩИЩАЕМ ПАЦИЕНТОВ С НФП

Д-р Дж. Дрезен, главный редактор «Медицинского журнала Новой Англии»

**Эликвис® (апиксабан) – ОАК №1 в мире**  
по количеству дней назначенного лечения пациентам\*\* по показаниям НФП и ВТЭ\*\*\*



Служба Медицинской Информации:  
MedInfo.Russia@Pfizer.com

Доступ к информации о рецептурных препаратах Pfizer на интернет-сайте www.pfizermedinfo.ru



ООО «Пфайзер Инновации»  
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С)  
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300  
www.pfizer.com PP-ELI-RUS-1214 04.03.2021

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЭЛИКВИС®. Торговое название: Эликвис®. МНН: апиксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг апиксабана. Показания к применению: профилактика венозной тромбоземболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; профилактика инсульта и системной тромбоземболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания: повышенная чувствительность к апиксабану или любому другому компоненту препарата. Активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Заболевания или состояния, характеризующиеся значимым риском большого кровотечения: существующее в настоящее время или недавнее обострение язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; наличие злокачественного новообразования с высоким риском кровотечения; недавнее повреждение головного или спинного мозга; недавно перенесенное оперативное вмешательство на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; недавно перенесенный геморрагический инсульт; установленное или подозреваемое варикозное расширение вен пищевода; артериовенозная мальформация; аневризма сосудов или выраженные внутриспинальные или внутримозговые изменения сосудов. Нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с любыми другими антикоагулянтными препаратами, включая нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) (энксапарин, далтепарин и др.), производные гепарина (фондапаринукс и др.), пероральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан, дабигатран и др.), за исключением тех ситуаций, когда пациент переводится на терапию или с терапии апиксабаном, или если нефракционированный гепарин назначается в дозах, необходимых для поддержания проходимости центрального венозного или артериального катетера. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие: частыми нежелательными реакциями были кровотечения различных локализаций (носовые, желудочно-кишечные, ректальное, кровотечение из десен, гематурия, кровоизлияния в ткани глазного яблока), кровоподтек, носовое кровотечение и гематома, анемия, закрытая травма, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы: препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и немедленно принять внутрь. В качестве альтернативы таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и немедленно ввести полученную суспензию через назоглоточный зонд. Лекарственное вещество в измельченной таблетке сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 ч. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик: возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови  $\geq 1,5$  мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени (с клиренсом креатинина 15–29 мл/мин) и фибрилляцией предсердий следует применять дозу апиксабана 2,5 мг два раза в сутки. Не принимавшим ранее антикоагулянты пациентам с фибрилляцией предсердий, которым требуется проведение кардиоверсии, для достижения антикоагулянтного назначения по крайней мере 5 доз препарата по 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы) перед проведением процедуры. Если проведение кардиоверсии требуется до назначения 5 доз препарата Эликвис®, возможно применение нагрузочной дозы апиксабана 10 мг по крайней мере за 2 часа до проведения процедуры с последующим приемом 5 мг 2 раза в сутки (2,5 мг в сутки, если пациент подходит под критерии снижения дозы). У пациентов с фибрилляцией предсердий нет необходимости прекращать терапию препаратом Эликвис® перед катетерной абляцией. У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуется длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава — от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА): по 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА): по 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, перед применением необходимо ознакомиться с полным текстом Инструкции по применению препарата Эликвис®.

В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ

# Клиническая задача



## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

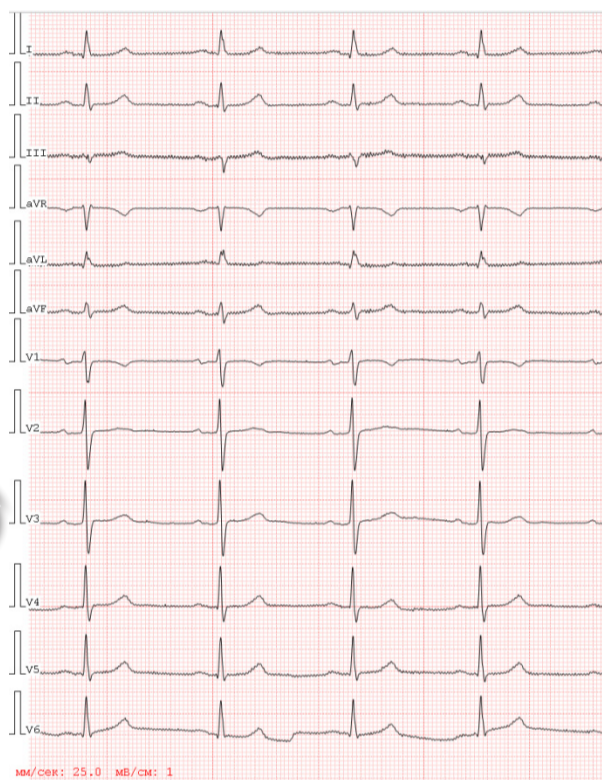
Пациентка Н. 78 лет жалуется на эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения без четкой связи с физической нагрузкой, возникающие 2–3 раза в месяц и купирующиеся внутривенным введением препаратов или электроимпульсной терапией.

### Анамнез

Пациентка длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом уровня артериального давления (АД) до 240/120 мм рт. ст., адаптирована к 130/80 мм рт. ст. на фоне приема постоянной гипотензивной терапии. Симптомы, специфические для ишемической болезни сердца, отрицает. Впервые 5 лет назад на фоне повышенного уровня АД развился пароксизм фибрилляции предсердий (ФП) с частотой сердечных сокращений (ЧСС) около 150 уд/мин, который был купирован самостоятельно. Настоящий пароксизм ФП с ЧСС 90–150 уд/мин развился 3 дня назад и не купировался после внутривенного введения кордарона 300 мг, в связи с чем пациентка была госпитализирована. В условиях стационара на 4-е сутки от начала пароксизма ФП синусовый ритм восстановился самостоятельно через паузу в 8 секунд. В периоде дальнейшего наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС 46–66 уд/мин (рис.). Постоянно принимает: соталол — 160 мг/сут, лаптаконитина гидробромид — 50 мг/сут, ривароксабан — 20 мг/сут, лозартан — 75 мг/сут, амлодипин — 10 мг/сут, аторвастатин — 20 мг/сут. Хронические заболевания других органов и систем, а также операции отрицает. Прием алкоголя и курение также отрицает.

### Объективно

Рост пациентки — 164 см, масса тела — 89 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 33 кг/м<sup>2</sup>. ЧСС — 54 уд/мин, АД — 128/82 мм рт. ст. Органы и системы органов — без особенностей и отклонений от нормы. На электрокардиограмме регистрируется синусовая брадикардия с ЧСС 48 уд/мин, замедление атриовентрикулярного проведения, параметры ЭКГ: PQ — 210 мс, QRS — 120 мс, QT — 510 мс, QTc — 490 мс. При эхокардиографии признаков нарушения локальной и глобальной сократимости миокарда не выявлено.



## Ответ на клиническую задачу, опубликованную в СК №4 (21) 2021

1. Лабораторные методы обследования: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Суточное мониторирование артериального давления (АД), ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) почечных артерий, УЗДС экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.
2. Нефармакологические методы лечения: снижение массы тела до достижения ИМТ  $\leq 25$  кг/м<sup>2</sup> и уменьшение объема талии  $< 94$  см. Регулярная физическая (аэробная) нагрузка по переносимости по 30–40 мин 5–7 раз в неделю. Соблюдение принципов средиземноморской диеты.
3. Прием ацетилсалициловой кислоты в настоящее время пациенту не показан.

### ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая наличие у пациента артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии, показано проведение общего и биохимического анализа крови с определением уровня глюкозы натощак, АСТ, АЛТ, креатинина (с последующим подсчетом скорости клубочковой фильтрации), мочевой кислоты, калия, натрия, билирубина для исключения поражения органов-мишеней артериальной гипертензии. С целью оценки АД в разное время суток требуется проведение суточного мониторирования АД, после чего будет решен вопрос о коррекции гипотензивной терапии. Для исключения структурного поражения почек и почечных артерий пациенту с артериальной гипертензией показано проведение УЗИ почек и УЗДС почечных артерий. Учитывая гиперхолестеринемию, больному показано проведение УЗДС экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий для исключения периферического атеросклероза.

Согласно данным полученных исследований, пациенту не показан прием ацетилсалициловой кислоты. У больного нет сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и др.), а риск кровотечений на фоне приема аспирина велик.

### ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

1. Какой метод лечения показан пациентке?
2. Имеется ли необходимость коррекции принимаемой терапии?
3. Какие дополнительные инструментальные методы обследования необходимо провести?



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

**АБВ**  
ПРЕСС

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО —  
СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

abvpress.ru  
medvedomosti.media  
netoncology.ru

PUBLISHING HOUSE

Урология сегодня

Онкология Сегодня

ОНКОУРОЛОГИЯ

Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ

ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ

ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ

АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Невро-мышечные БОЛЕЗНИ

УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Акушерство и гинекология

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Тазовая хирургия и онкология

СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание

Российский Биотерапевтический Журнал

Московская Эндокринология СЕГОДНЯ

Гастроэнтерология СЕГОДНЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ

iOS

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

№ 1–2 (22) 2022

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Генеральный директор:

Наумов Леонид Маркович

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор:

Палеев Филипп Николаевич

Шеф-редактор: Гаспарян Арменуи Жораевна

Директор по рекламе: Петренко К.Ю.

Руководитель проекта: Строковская О.А.

Заместитель руководителя

проекта: Кононова О.Н.

Ответственный секретарь:

Ширабокова Ю.Ю.

Корректор: Кобринская Е.Р.

Дизайн и верстка: Степанова Е.В.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ

115478, Москва,

Каширское шоссе, 24, стр. 15

тел.: +7 (499) 929-96-19

e-mail: abv@abvpress.ru

www.abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»

г. Нижний Новгород, Окский съезд д. 2, корп. 1

Заказ № 221494. Тираж 9000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-66671 от 27.07.2016.

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.