

Исследование PURE
реабилитировало
мясо

➔ 3

Календарь мероприятий
для кардиологов
на 2019 г.

➔ 6–7

Чем опасен грипп для
сердечников

➔ 8

Периоперационное
ведение пациентов,
принимающих
ПОАК

➔ 9

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ



№4 (10) 2018

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТОМ



Дмитрий
Александрович
НАПАЛКОВ

Главный редактор газеты «Современная Кардиология», д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Дорогие читатели!

Мы с удовольствием представляем вам новогодний выпуск газеты «Современная Кардиология». Конечно, мы не сможем избежать темы предстоящих праздников и возможных проблем, связанных со здоровьем на фоне переизбытка. Плавный переход будет сделан к краткому изложению результатов исследования PURE, расширяющего список «рекомендованных продуктов для снижения рисков сердечно-сосудистых заболеваний». Мы с надеждой смотрим в будущее кардиологии через призму персонализированной медицины: интервью с директором Института персонализированной медицины Сеченовского университета, профессором Ф. Ю. Копыловым прольет свет на проблемы и перспективы индивидуального подхода к диагностике и лечению кардиологических пациентов. В зимний период, часто проходящий под эгидой борьбы с гриппом, мы рассмотрим особенности течения данной инфекции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Конечно, не сможем мы обойти и всегда актуальную тему применения антикоагулянтов: обсудим схемы современного ведения пациентов, принимающих препараты данного класса, в периоперационном периоде и клинические ситуации, требующие быстрого прекращения действия прямого перорального антикоагулянта дабигатрана в связи с официальной регистрацией в России его нейтрализующего агента — идаруцизумаба.

Традиционно в нашей предновогодней газете можно будет ознакомиться с календарем главных ожидаемых кардиологами мероприятий на 2019 год, а также попытаться решить сложную диагностическую задачу (квест с ФАКТИками).

Удачного Нового года и здоровья вам! И пусть он не подложит вам свинью!

На пути к медицине XXI века

О персонализированной медицине, новых подходах к обучению врачей и международном научном сотрудничестве поговорим с гостем нашей рубрики профессором Филиппом Юрьевичем Копыловым



Филипп
Юрьевич
КОПЫЛОВ

Д.м.н., профессор кафедры профилактической и неотложной кардиологии, директор института персонализированной медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

— Термин «персонализированная медицина» встречается в литературе все чаще и чаще. Но далеко не всегда врачи и исследователи вкладывают в понятие одинаковый смысл. Поясните, пожалуйста, в чем заключается само понятие персонализированного подхода в медицине и его отличие от персонифицированного?

— Спектр того, что врачи подразумевают под персонализированной медициной, очень широк. Даже внутри медицинского сообщества, особенно у старшего поколения, она представляется чем-то революционным, а не вполне за-



кономерным этапом развития медицинской науки. Под этим понятием зачастую видится индивидуальный подход, скорее сервисная часть медицинских услуг, когда пациента водят на все исследования за руку и все время заглядывают ему в глаза. Отсюда и возникает непонимание, зачем персонализированная медицина вообще нужна. Хотя, если мы начнем разбираться в терминологии, то под персонализированной медициной правильнее понимать

новый этап эволюции медицины. Это именно то, что мы можем назвать медициной XXI века. Врачам доступно гораздо больше информации о пациенте.

Расшифрован геном человека, мы можем получать новые данные о метаболизме человека, о параметрах функционального состояния и многом другом. Тот объем информации о пациенте, который мы

Продолжение на с. 2 ►

Н О В О С Т И

Американская ассоциация сердца о безопасности статинов

В первом официальном научном документе, касающемся безопасности приема статинов, Американская ассоциация сердца (American Heart Association, AHA) пришла к заключению, что преимущества данных препаратов значительно перевешивают потенциальные риски.

Большинство побочных эффектов статинов могут быть нивелированы просто путем прекращения их приема, в то время как инфаркт миокарда и ишемический инсульт зачастую являются фатальными. Таким образом, в популяции пациентов, которым рекомендованы статины, польза от снижения сердечно-сосудистого риска значительно превосходит любые проблемы, связанные с приемом этих препаратов.

Что касается мышечных симптомов, в отчете говорится о том, что в двойных слепых рандомизированных контролируемых исследованиях риск развития статин-индуцированной миопатии, включая рабдомиолиз, составляет менее 0,1 % при приеме пациентами максимальных рекомен-

дованных доз. Статины могут привести к манифестации сахарного диабета не более чем в 0,2 % случаев. Однако эксперты АНА отмечают, что риск диабета повышается не у всех, а у лиц с преддиабетом или метаболическим синдромом. Риск статин-индуцированного тяжелого токсического поражения печени составляет 0,001 %, в то время как бессимптомное повышение печеночных трансаминаз выше трех верхних границ нормы встречается гораздо чаще (у одного из 100 человек в клинических исследованиях). В докладе отмечается, что повышение трансаминаз, как правило, носит преходящий характер и чаще всего не связано с поражением печени. При приеме статинов для первичной профилактики не было выявлено повышенного риска развития геморрагического инсульта в отличие от приема их для вторичной профилактики. В любом случае абсолютный риск развития геморрагического инсульта очень мал.

Ирина Даабуль

На пути к медицине XXI века

◀ Продолжение, начало на с. 1

можем узнать, уже сейчас во многом превосходит возможности врача для осознания и понимания. Поэтому не всегда получается этой информацией воспользоваться. Именно для того, чтобы осознать объем данных и принять врачебное решение по конкретной проблеме конкретного пациента, и была разработана концепция персонализированной медицины.

10 случаев заболевания. Успех! Но когда мы в масштабе всей страны пропагандируем (и выполняем) некоторые принципы здорового образа жизни: не курим, регулярно занимаемся спортом и т.п. (то есть проводим профилактические мероприятия), — это дает больший эффект даже по сравнению с методами своевременного лечения. Почему-то именно эту парадигму очень сложно осознать. Даже кардиологи на приеме не всегда спрашивают пациента, курит ли он,



Я бы не стал разделять понятия медицины персонализированной и персонифицированной. Подобное разграничение — не более чем особенности русского языка. В западной литературе давно уже прижился термин «персонализированная медицина». Встречающийся термин «прецизионная медицина» подразумевает под собой то же самое. Конечный смысл обоих понятий заключается в принятии наиболее точного решения, учитывающего все индивидуальные особенности пациента и являющегося единственно правильным. Основывается оно на обработке большого количества различных данных.

— В чем глобальная цель персонализированной медицины? Куда смещен акцент: на лечение или профилактику?

— В этом и заключается главный сдвиг парадигмы, который очень сложно осознать врачам, не говоря уже о пациентах. Находясь внутри медицинского сообщества, многие специалисты видят свою работу как процесс постановки диагноза и лечение, реакцию на запрос. Прослеживается четкая цепочка: пациент обратился с жалобой, врачи диагностировали проблему, затем решили ее и т.д. Это парадигма реактивной медицины. Так нас учили работать долгие годы, так мы сами в большинстве своем учим работать наших младших коллег. Мы чувствуем себя комфортно в такой модели. Конечно, есть круг заболеваний, сложно поддающихся лечению и диагностике, но он достаточно невелик. В основном же врачи чувствуют себя довольно уверенно, потому что понимают, что способны почти всегда справиться с поставленной задачей.

В превентивной медицине, когда нужно сделать что-то сейчас, а эффект будет значительно позже (да и непонятно, будет ли), ситуация рассматривается на популяционном уровне, а не на уровне индивида, наши коллеги из медицинского сообщества относятся к этому весьма и весьма скептически. С одной стороны, диспансеризация и аналогичные подходы эффективно работают в больших группах людей. Оно и понятно, ведь речь идет о массовом подходе: обследовали 5000 человек, выявили

не говоря уже о попытках убедить его отказаться от пагубной привычки, хотя на сегодняшний день существует большое количество в том числе и медикаментозных методов отказа от никотиновой зависимости. Если мы обратимся к зарубежному опыту (Великобритании, например), то увидим, что за 20 лет их программа отказа от курения сохранила такое же количество жизней, как и все методы лечения вместе взятые: и хирургические, и лекарственные. К сожалению, это плохо поддается осознанию нашими коллегами. Особенно «побуждающим» будет совет бросить курить от врача, тушащего сигарету в пепельнице на глазах пациента.



Чтобы термин «персонализированный подход» вошел в медицинский обиход, необходимо, чтобы практическая медицина приняла его как абсолютно необратимый следующий шаг в эволюции самой науки. В этом случае результат нашей медицинской деятельности будет гораздо эффективнее по сравнению с нынешним реактивным подходом. Мы сможем предотвращать проблемы, а не решать уже имеющиеся. Как показывает практика, когда подобный сдвиг в сознании происходит в среде врачей, он обязательно произойдет и в среде пациентов.

— Насколько велик вклад генетических методов исследований в рамках персонализированной медицины?

— Ситуация с генетическими методами исследований столь же проста, сколь и сложна. В современной клинической медицине, в разных ее отраслях последние новшества распределены крайне неоднородно. Если сравнивать, например, онкологию со всей остальной медициной, то увидим, что эта специальность ушла далеко вперед.

Подбор терапии, осуществляемый по генетическому анализу опухоли, для онкологов практически рядовое явление. Для всей остальной медицины за редким исключением подобная практика пока сравнима с полетом в космос, несбыточная мечта. Даже те условно небольшие прорывы в области фармакогеномики, когда мы можем подобрать дозу препарата или оценить его фармакодинамические и фармакокинетические особенности у конкретного пациента по генетическому тесту; эти возможности сравнительно редко применяются на практике. Клиницисты зачастую не понимают всех возможностей генетических методов. Однако вход ее в широкую клиническую практику будет осуществляться все интенсивнее. Первым шагом и станет применение фармакогенетических методов в клинической медицине. Это самая приближенная к врачебной деятельности часть науки: как и кому назначать препараты и каких ожидать последствий и побочных эффектов.

Когда на следующем этапе внедрения генетики мы будем переходить к рискам развития тех или иных заболеваний, в том числе и социально значимых, это вызовет новую волну вопросов. Последние клинические исследования в этой области показывают, что, например, полногеномное исследование с целью определить факторы риска ишемической болезни сердца позволит оценить риски развития тех или иных видов патологии на достаточно точном уровне, что и станет руководством к действию более активным мерам профилактики там, где они действительно нужны.

социализированной медицины. Именно они интерпретируют результаты, составляют генетические паспорта, паспорта здоровья и т.п. В отношении функциональной диагностики вопрос очень неоднозначный. По сути дела, это должна быть полноценная поликлиника, способная провести полный набор исследований вплоть до компьютерной томографии и МРТ. Именно поэтому тот вариант запуска Клиники управления здоровьем, который был выбран в нашем университете, я считаю абсолютно правильным: помимо тех методов функциональной диагностики, которые мы проводим в своих стенах, мы можем использовать в полном объеме мощности всего клинического центра, всего университетского госпиталя. Технические возможности и высокий класс специалистов позволяют решить даже сложные диагностические проблемы. Создать клинику персонализированной медицины «в чистом поле» — значит создать небольшой хорошо укомплектованный госпиталь.

— Каким образом и в каких учреждениях России и зарубежья готовят специалистов в области персонализированной медицины? В чем отличие от подготовки обычного клинициста?

— Это абсолютно новое направление в медицинском образовании. Помимо тех знаний, которые получают студенты-медики по клиническим дисциплинам, формируется абсолютно новый набор знаний и умений, которые, с одной стороны, у всех на слуху, но с другой, их мало кто по-настоящему изучает.

Когда мы говорим о сомнительно малом количестве часов, выделенных в университете на курс генетики, то понимаем, что этого современным студентам совершенно недостаточно для того, чтобы разбираться в проблеме и иметь представление о том, как эта ситуация будет в дальнейшем отражаться на пациенте. Эти аспекты станут обязательными для понимания, сомнений даже не возникает. Вопрос лишь в скорости их внедрения в образовательный и лечебный процесс. Это мировая тенденция, скрыться от которой отечественным специалистам не получится. Возвращаясь к примеру с онкологией — там это уже произошло, то же самое ждет и другие области медицины.

Другие направления, которые тоже будут в программе обучения будущих студентов, — это медицинская статистика и доказательная медицина. Далеко не каждый студент, оканчивающий университет, способен грамотно прочитать медицинскую статью и получить из нее информацию. Не говоря уже о том, чтобы ее написать. Это очень большая проблема, ведь отличить высокодостоверную информацию от недостоверной — один из базовых навыков, которым должен обладать врач на выходе из вуза. Количество данных, которые обрушиваются на головы молодых врачей (вчерашних студентов), огромно. Ориентироваться в них, разбираться в достоверности информации и понимать все тонкости написания статей — обязательное условие для успешной работы.

Еще одна большая группа навыков, которые необходимо осваивать врачам в рамках персонализированного подхода, — работа с информационными технологиями. Мы живем в XXI веке, и смартфоны теперь не только облегчающие жизнь устройства, но и полноценные проводники медицинской информации и для пациентов, и для врачей. Врачи могут отправлять пациентам рекомендации, а пациенты врачам — информацию о собственном состоянии. Этот подход, кстати, активно внедряется в практику в нашей Клинике управления здоровьем. Поэтому требуются грамотность в области информационных технологий,

понимание того, как их можно использовать в том числе и для превентивной медицины, как создаются базы данных и т.п. Все эти навыки в нашем веке будут абсолютно необходимы, и мы это понимаем и работаем на перспективу. В университете уже идет преподавание по таким передовым специальностям, и они пользуются большой популярностью.

Возвращаясь к превентивной медицине — современные врачи должны понимать новые ее принципы, а именно уделять максимальное внимание факторам риска, их тщательному выявлению и борьбе с ними, причем в русле новых направлений и методик.

Одним из таких новых веяний стала молекулярная диетология, которая рассматривает еду как лекарство, а не как источник энергии. Это новый виток эволюции в общем-то уже привычной клинической специальности: понимание того, из чего состоит наша еда, как она влияет на здоровье и как с ее помощью это самое здоровье можно улучшить. Все эти нюансы врач, работающий в эру персонализированной медицины, должен понимать и уметь использовать. Для такого специалиста подобные знания и навыки — базовые.

— **Образование по специальности «персонализированная медицина» возможно получить только с нуля или это вариант профессиональной переподготовки?**

— Я думаю, что это некая надстройка над клиническим образованием, ведь без клинического мышления, по моему мнению, в медицине делать нечего. Если врач не понимает, какой патологический процесс может развиваться в организме, как он связан с функцией других органов, и не может разобраться в клинической ситуации, то все остальное будет просто бессмысленно. Новые знания и умения должны дополнить уже имеющееся образование.

— **Недавно в стенах Сеченовского университета прошел международный конгресс по телемедицине, собравший ведущих экспертов в этой области из многих стран. Какие вопросы наиболее широко обсуждались на мероприятии, каковы перспективы международного сотрудничества в этой сфере, насколько ответственные специалисты конкурентноспособны в данной области?**

— Тот пятый Европейский конгресс по электронной кардиологии и электронному здравоохранению, который прошел в стенах нашего университета, стал юбилейным. И это было достаточно сложное решение для наших зарубежных коллег — провести его в России, в Сеченовском университете. Мне стоило немалых трудов убедить наших зарубежных партнеров из группы электронной кардиологии Европейского общества кардиологов, что это необходимо сделать. Проведение в стенах Сеченовского университета такого международного конгресса подчеркивает роль нашего вуза в развитии телемедицины в нашей стране: мы прикладываем к этому очень много усилий и в образовательной части, и в медицинской. Коллеги, с которыми я смог пообщаться и обсудить многие вопросы телемедицины на правах сопредседателя конгресса, выразили мнение, что мы развиваемся в правильном направлении, и те успехи, которых мы уже добились, абсолютно адекватны тому уровню развития телемедицины, который существует в мире. Безусловно, в некоторых центрах коллеги ушли вперед. Но не стоит забывать, что они начали заниматься этой проблемой раньше нас, отсюда и больший опыт, и больший объем данных многолетних наблюдений за пациентами. Мы же пока находимся на стадии формирования телемедицины как отдельной специальности, переходим к удаленному наблюдению за пациентами.

При этом мы можем избежать ряда ошибок, которые совершили наши зарубежные коллеги. Почти вся группа электронной кардиологии Европейского общества кардиоло-

гов присутствовала на конгрессе с докладами. Мы изучаем их опыт, пользуемся им, а они, в свою очередь, готовы поделиться с нами своими наработками. В частности, выступал Фридрих Кёллер, представляющий клинику Шарите (г. Берлин), руководитель одного из самых крупных телемедицинских центров в Европе. Было очень интересно услышать, как прошло становление телемедицинской отрасли в Германии и с какими сложностями он сталкивался на первых порах. Очень интересным стало выступление председателя конгресса, профессора Бернского университета Хуго Санера. Я думаю, что за телемедицинским направлением будущее, ведь удаленное наблюдение за пациентом — это тот объем информации, который нам еще предстоит изучать. Медицинские решения, которые могут быть приняты удаленно, существенно облегчают жизнь пациента, ведь ему не нужно будет приезжать к врачу по каждому вопросу. Но нам еще предстоит отработать систему удаленного наблюдения и консультирования. В большинстве регионов Российской Федерации ситуация складывается следующим образом: удаленный телемониторинг улучшает контроль за течением болезни (то есть эффективен в области вторичной профилактики), но данных о радикальных результатах (например, снижении смертности) пока немного. Наши европейские коллеги имеют опыт подобной работы уже имеют, причем положительный.

— **Традиционный вопрос для гостей нашей рубрики: расскажите немного о себе, своих научных интересах и учреждении, которое вы представляете.**

— Я являюсь директором института персонализированной медицины, который был создан в Сеченовском университете в 2016 году наряду с другими институтами, входящими в Научно-технологический парк биомедицины. В рамках подразделения развиваются несколько направлений. Прежде всего, это Клиника управления здоровьем, где мы внедряем все наши научные разработки в реальную клиническую практику. Кроме того, активно развивается несколько научных направлений: лаборатория математического моделирования, которая занимается проблемами построения математических моделей в области биомедицины (например, создание модели коронарного кровотока по данным КТ), лаборатория клинической и геномной биоинформатики, ведущая разработки диагностических тестов нового поколения в области социально значимых заболеваний, и центр персонализированной онкологии, работающий на базе современных представлений о диагностике и подборе таргетной терапии.

Мои личные научные интересы достаточно широки. Так как я являюсь также профессором кафедры профилактический и неотложной кардиологии, они так или иначе связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направление психокardiологии, некоторые виды оценки генетических рисков у пациентов, лучевая диагностика в кардиологии вообще и нестабильных бляшек у пациентов в частности, оценка влияния отдельных факторов на течение сердечно-сосудистых заболеваний (например, влияние кишечной микробиоты на развитие атеросклероза) и многое другое.

— **Наша газета выходит в преддверии Нового года. Что бы вы хотели пожелать коллегам?**

— Я бы хотел пожелать всем коллегам крепкого здоровья! Не обращайтесь внимания на те сложности, которые неизменно возникают в жизни каждого врача: наша цель — быть проводниками медицинского знания среди людей. Как бы гордо сие не звучало, но именно нам нести этот флаг всю жизнь!

Подготовила Мария Габитова



Исследование PURE: реабилитируем мясо

Дискуссии о правильном питании для пациентов не утихают десятки лет. Какие продукты могут навредить при той или иной патологии, а какие способны действительно улучшить (или хотя бы не ухудшить) состояние больного, учитывать, естественно, необходимо. И многие из принципов здорового питания неоднократно пересматривались по мере появления новых данных многоцентровых исследований. В этом смысле опубликованные в дни Европейского кардиологического конгресса результаты исследования PURE удивили врачей.

Исследование PURE ставило своей целью выяснить, какие продукты (и отчасти способы их приготовления) способны значительно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. В него было включено более 140 тыс. пациентов из стран Европы, Америки и Азии, что позволило получить максимально точные данные о населении и минимизировать погрешности, связанные с культурными и социально-экономическими особенностями питания в отдельных регионах. Наблюдение длилось около 8 лет. Исследователи разделили продукты, дающие, по их мнению, низкий кардиологический риск, на 7 групп. В зависимости от количества употребляемых в день продуктов пациентов разделили на 5 когорт (табл. 1).

Подобным образом разделили и основные нутриенты (табл. 2). Так была составлена шкала кардиологической «полезности» продуктов и способов их кулинарной обработки. Пациенты набирали в течение суток от 7 до 35 баллов по сумме употребленных продуктов.

Результаты исследования PURE в основном подтвердили существующие много лет парадигмы о том, какие продукты можно с уверенностью рекомендовать пациентам с целью профилактики сердечно-сосуди-

стых осложнений и смертности. В этот список вошли овощи, фрукты, орехи и рыба в необработанном виде или прошедшие щадящую обработку. Именно пациенты, основу рациона которых составляет подобный набор продуктов, показали достоверно более низкий риск смертности вообще и смертности от заболеваний сердца и сосудов (табл. 3).

Несмотря на повторение давно известных истин, маленькую революцию исследование PURE все-таки совершило. К перечню продуктов с «положительным кардиотропным действием» официально причислили молочные продукты и мясо. Ситуация и вправду революционная, ведь долгие годы кардиологи всего мира настаивали на том, что из всех продуктов животного происхождения именно мясо крайне не рекомендуется к употреблению пациентам с заболеваниями сердца.

Результаты исследования PURE оказались интересны кардиологической обществу даже не сами по себе. Они в очередной раз продемонстрировали, что необходимо подтверждать и правила, считающиеся абсолютно верными и не требующими доказательств.

Мария Габитова

ТАБЛ. 1. Шкала PURE: группы продуктов

Продукты	Когорта 1 (количество порций в сутки)	Когорта 5 (количество порций в сутки)
Фрукты и овощи	1.8	8.4
Орехи и бобовые	0.7	2.5
Молочные продукты	0.6	3.0
Красное мясо	0.3	1.4
Рыба	0.2	0.3

ТАБЛ. 2. Шкала PURE: группы нутриентов

Нутриенты	Когорта 1 (% потребления в сутки)	Когорта 5 (% потребления в сутки)
Углеводы	69.1	54.0
Жиры	18.5	28.3
Белки	11.9	17.9

ТАБЛ. 3. Результаты исследования PURE

Исходы	Сумма баллов менее 11	Сумма баллов более 18	P достоверность
Общая смертность	1.0	0.75	< 0001
Крупные сердечно-сосудистые катастрофы	1.0	0.91	0.0413

Д И А Г Н О С Т И К А

Боли в животе? причины разные

Зима. За окном тихо падает снег... Совсем скоро постучится в дверь самый сказочный, самый уютный и домашний праздник — Новый год. Нас ждут елка, подарки и обильное застолье. А значит, будет весело и вкусно. Но у этой медали есть и обратная сторона.

В подготовке праздничного стола для встречи года Свиньи интернет рекомендует следующее: откажитесь от приготовления блюд со свининой; на горячее можно подать запеченное мясо, кебаб, буженину с картофелем, жаркое, фаршированную рыбу; важно, чтобы стол был богатым, нес недостаток. А что нам говорит статистика? Что расстройства желудочно-кишечного тракта (обострение панкреатита, холецистита, язвы), по разным данным, занимают 2-е или 3-е место среди всех причин обращения за медицинской помощью в период новогодних праздников.

В медицине есть два варианта воздействия на болезнь: предотвратить ее развитие или лечить. Начнем со второго: лечить. Допустим, что кто-то на новогоднем празднике все-таки последовал рекомендациям интернета и в праздничную ночь не отказывал себе ни в чем. Поэтому в желудок полетели тарталетки с сырным соусом и икрой, телятина с винной подливкой, жареная картошка, а на десерт несколько кусочков бисквитного торта. На следующий день вас как врача просят зайти к этому человеку — у него болит живот. Первое, что стоит выяснить, нет ли у пациента симптомов «острого живота». Под этим названием объединен ряд заболеваний брюшной полости, требующих неотложной хирургической помощи (острый аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость и др.). К симптомам «острого живота» относятся: приступообразная сильная боль в животе, симптомы раздражения брюшины, признаки, отражающие резкое нарушение моторной функции пищеварительного тракта (тошнота, рвота, сильное вздутие живота, задержка стула), явления сосудистого коллапса (бледность, обморочное состояние, холодный пот, частый малый пульс).

Разговор с пациентом начинается с выяснения точной локализации болевых ощущений,



ний, иррадиации, интенсивности, характера болей, ее продолжительности. Также следует уточнить, с чем человек связывает возникновение болей (возможно, дело не в съеденной телятине, а в резком подъеме тяжестей или беременности и т.д.). У большинства больных с патологией органов пищеварения на одно из первых мест в клинической картине болезни выходят различной выраженности диспепсические нарушения. Это может быть желудочная диспепсия (тошнота, изжога, отрыжка, рвота) или кишечная (вздутие живота, тенезмы, изменения со стороны стула). Например, для больного гастритом со снижением кислотообразующей функции характерна отрыжка тухлым, тошнота, рвота, анорексия, а у человека с сохраненной и повышенной секрецией — частая изжога, кислая отрыжка, сохраненный или повышенный аппетит. В пользу заболеваний печени и желчевыводящих путей свидетельствуют горечь во рту, тошнота, рвота с примесью желчи. Состав пищи также имеет важное значение. Жиры вызывают билиопанкреатические боли, острая пища — боли при рефлюкс-эзофагите.

Но, как уже было отмечено ранее, не всегда причиной болей в животе являются нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Абдоминальная боль может возникнуть при расслаивающейся аневризме аорты, мезентериальной ишемии, перекруте ножки кисты яичника, инфаркте миокарда, плеврите, пневмотораксе, тиреотоксическом кризе. Безусловно, установить точную

этиологию болей на основании только сбора анамнеза и объективных данных невозможно. Требуется оценка данных лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Общие принципы терапии болей в животе предписывают при подозрении на «острый

живот» срочно госпитализировать пациента в стационар; при обострении хронических заболеваний показано амбулаторное обследование. Назначение НПВС в качестве болеутоляющего не допускается. Противорвотные средства использовать не рекомендуется.

Что относится к профилактике болей в животе? Что стоит порекомендовать пациентам и друзьям? На Новый год, как и всегда, актуальна цитата Гиппократ «Все хорошо, что в меру». Не стоит пытаться пробовать все, что находится на праздничном столе. Часть блюд можно отведать 1 января. Из новогоднего меню следует исключить: готовую еду на заказ, полуфабрикаты и консервы, излишне острую и копченую пищу. Основу должны составить такие продукты: мясо и рыба, как можно больше овощей (свежих, запеченных, отварных), фрукты, грибы и орехи. Очень важно, чтобы все блюда были свежеприготовленными.

Гиппократ изрек еще одну замечательную цитату: «Ваша пища должна быть лекарством». И пусть новогодние праздники пройдут без болей в животе, зима будет сказочно прекрасна, пусть она будет пахнуть мандаринами, дарить объятия дорогих людей, состоять из хороших фильмов, книг и приятных встреч.

Наталья Морина

Причины болей в животе в зависимости от локализации

Правое подреберье	Эпигастрий	Левый верхний квадрант
Холангит Панкреатит Холецистит Пневмония/эмпиема плевры Поддиафрагмальный абсцесс Гепатит Плеврит/плевродиния Синдром Бадда-Киари	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Гастрит ГЭРБ Эзофагит Панкреатит Инфаркт миокарда Перикардит Разрыв аневризмы аорты	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Инфаркт селезенки Разрыв селезенки Абсцесс селезенки Панкреатит Гастрит Поддиафрагмальный абсцесс
Правый нижний квадрант	Область пупка	Левый нижний квадрант
Аппендицит Паховая грыжа Сальпингит Внематочная беременность Нефролитиаз Воспалительные заболевания кишечника Брыжеечный лимфаденит	Ранний признак аппендицита Гастронтерит Непроходимость кишечника Разрыв аневризмы аорты	Дивертикулит Сальпингит Паховая грыжа Нефролитиаз Внематочная беременность Синдром раздраженной толстой кишки Воспалительные заболевания кишечника
Диффузная нелокализованная боль		
Гастронтерит, непроходимость кишечника, брыжеечная ишемия, диабет, синдром раздраженной толстой кишки, перитонит, семейная средиземноморская лихорадка, болезни обмена веществ, психиатрические заболевания		

ФАКТ plus 2019

4-й Международный Форум АнтиКоагулянтной и антиагрегантной Терапии (ФАКТplus2019)

21–23 марта 2019 года, Москва, отель «Золотое кольцо»
www.anticoagulants.ru

Н О В О С Т И

Профиль безопасности — высокий



По статистике, 83 % пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) хотя бы раз в жизни были госпитализированы в связи с эпизодом острой декомпенсированной сердечной недостаточности. При этом прогноз в первые 30 дней после госпитализации неутешителен: каждый четвертый попадает в больницу в течение этого времени вторично, а летальный исход вероятен почти у 10 %. Поэтому оптимизация лечения крайне важна для снижения вероятности повторного эпизода декомпенсации или летального исхода. Однако после госпитализации часто возникают сомнения относительно назначения нового лечения, поскольку такие пациенты весьма уязвимы и могут быть неспособны перенести изменения в терапии.

Сразу после перенесенного эпизода острой декомпенсированной сердечной недостаточности может быть рекомендован препарат Юперิโอ (сакубитрил/валсартан), первый представитель нового класса препаратов для лечения ХСН, называемых ингибиторами ангиотензин-неприлизин рецепторами (Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitors — ARNI).

По результатам исследования PARADIGM-HF, Юперิโอ превосходит эналаприл по показателям снижения сердечно-сосудистой смертности, числу случаев госпитализации по причине сердечной недостаточности, а также снижения риска повторной госпитализации в течение 30 дней. Наряду с этим, согласно данным исследования TRANSITION, представленным на конгрессе Европейского кардиологического общества в Мюнхене, препарат обладает высоким профилем безопасности при раннем назначении самому широкому кругу стабильных пациентов.

Ольга Кононова

Апиксабан в профилактике венозных тромбозов у онкологических пациентов

4 декабря 2018 года в NEJM были опубликованы данные рандомизированного плацебо-контролируемого двойного слепого исследования AVERT (Apixaban for the Prevention of Venous Thromboembolism in High-Risk Ambulatory Cancer Patients), проведенного M. Carrier и соавт. и посвященного оценке эффективности и безопасности применения апиксабана (2,5 мг 2 раза в сутки) для профилактики венозного тромбоза (ВТЭ) у амбулаторных пациентов с раком, имеющих умеренный и высокий риски венозных тромбозов (2 и более баллов по шкале Khorana) и начавших получать химиотерапию. Первичной конечной точкой эффективности был объективно документированный случай венозной тромбозии (проксимальный тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии) в течение 180 дней (± 3 дня) после рандомизации. Первичной конечной точкой безопасности было большое кровотечение, согласно критериям ISTH.

Из 574 пациентов, прошедших рандомизацию, 563 были включены в анализ. Венозные тромбозы были отмечены у 12 из 288 пациентов (4,2 %) в группе апиксабана и у 28 из 275 пациентов (10,2 %) в группе плацебо (ОШ 0,41, 95 % ДИ 0,26–0,65, $p < 0,001$). При модифицированном анализе по намерению лечить большие кровотечения были отмечены у 10 пациентов (3,5 %) из группы апиксабана и у 5 пациентов (1,8 %) из группы плацебо (ОШ 2,00, 95 % ДИ 1,01–3,95, $p = 0,046$). В течение периода лечения большие кровотечения произошли у 6 пациентов (2,1 %) в группе апиксабана и у 3 пациентов (1,1 %) в группе плацебо (ОШ 1,89, 95 % ДИ 0,39–9,24). Наиболее часто отмечались желудочно-кишечные кровотечения, гематурия и гинекологические кровотечения. Фатальных кровотечений или кровотечений в жизненно важные органы зафиксировано не было.

Таким образом, терапия апиксабаном сопровождалась достоверно меньшей частотой венозных тромбозов по сравнению с плацебо среди амбулаторных пациентов с раком с умеренным и высоким риском ВТЭ, начавших получать химиотерапию. В то же время частота больших кровотечений была достоверно больше в группе пациентов, получавших апиксабан, по сравнению с пациентами, получавшими плацебо.

Ирина Даабуль

Первые результаты исследования PAUSE

Первые результаты проспективного наблюдательного исследования PAUSE (the Perioperative Anticoagulant Use for Surgery Evaluation) были озвучены James Douketis (д.м.н., Университет Мак-Мастера, Гамильтон, Онтарио) на ежегодной встрече Американского общества гематологов, которая проходила 1–4 декабря 2018 года. Исследование PAUSE связано с разработкой периперационного алгоритма ведения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), принимающих прямые оральные антикоагулянты (ПОАК).

Согласно полученным результатам, пациенты с ФП, принимающие ПОАК, могут безопасно — без повышения рисков артериальных тромбозов осложнений (ТЭО), а также больших кровотечений — прерывать данную терапию перед плановыми оперативными вмешательствами и другими инвазивными процедурами. Последовательно было оценено 3007 пациентов с ФП из 23 центров США, Канады и Европы: 1257 из них принимали апиксабан, 1082 — ривароксабан, 668 — дабигатран.

Более 66% участников исследования были мужского пола, средний возраст составил 72,5 года, средний риск кровотечений, ассоциированных с хирургическими процедурами, — 33,5 %. Для ведения пациентов использовался стандартный протокол, учитывающий фармакокинетические свойства ПОАК, риск кровотечений, связанный с той или иной процедурой, и клиренс креатинина (КК). Прием ПОАК прекращался за день до процедуры и возобновлялся через день после ее проведения при низком риске кровотечений (например, колоноскопия, операция по поводу грыжи). При оперативном вмешательстве с высоким риском кровотечения прием ПОАК прекращался за два дня до и возобновлялся через два дня после него (онкологические, ортопедические операции или оперативное лечение под спинальной анестезией). Согласно протоколу, использование терапии «моста» гепаринами и рутинное предоперационное исследование гемостаза не проводилось.

Тридцатидневная послеоперационная частота больших кровотечений составила 1,35 % (95 % ДИ 0–2,0 %) в группе пациентов, принимавших апиксабан, 0,90 % (95 % ДИ 0–1,73 %) в группе принимавших дабигатран и 1,85 % (95 % ДИ 0–2,65 %) в группе принимавших ривароксабан. ТЭО развились менее чем у 1 % пациентов: в 0,16 % (95 % ДИ 0–0,48 %), 0,6 % (95 % ДИ 0–1,33 %) и 0,37 % (95 % ДИ 0–0,82 %) в группах апиксабана, дабигатрана и ривароксабана соответственно. Из 2541 пациента, которым перед операцией измеряли уровень ПОАК в крови, более чем у 90 % он был минимальным или не определялся (< 50 нг/мл).

Таким образом, исследователи пришли к выводу, что данная стратегия периперационного ведения, исключая переход с ПОАК на гепарины и отменяющая необходимость рутинного контроля коагулограммы перед оперативным лечением, является эффективной и безопасной. Это первое крупное исследование в данном направлении, и авторы надеются, что оно окажет влияние на клинические рекомендации.

Ирина Даабуль

26

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК
И
ЛЕКАРСТВО

www.chelovekilekarstvo.ru

Первичная медицинская помощь

НМО – врачам общей практики

Переподготовка терапевтов

8–11 АПРЕЛЯ 2019 г.

Открыт прием заявок на публикацию тезисов

Конгресс состоится в Центре Международной Торговли г. Москва, Краснопресненская наб. 12

Секретариат конгресса info@chelovekilekarstvo.ru, Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте Конгресса

www.chelovekilekarstvo.ru

пресс

АБВ

Издательский дом
«АБВ-пресс»

КАЛЕНДАРЬ
МЕРОПРИЯТИЙ 2019

ДАТА		МЕРОПРИЯТИЕ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ	
ЯНВАРЬ	25–26	ESC Heart & Stroke 2019 — 2-я Международная конференция Совета по инсульту ЕОК	Берлин, Германия	www.escardio.org
ФЕВРАЛЬ	5	Школа «Новые возможности в лечении артериальной гипертензии»	Ульяновск, Россия	www.scardio.ru
	7–8	38-й Ежегодный конгресс Бельгийского кардиологического общества	Брюссель, Бельгия	www.eiseverywhere.com
	8–9	Кардиологическая конференция «Практическая кардиология: достижения и перспективы»	Нижний Новгород, Россия	nn-terra.ru
	18–19	30-й Европейский конгресс по заболеваниям сердца и сердечной недостаточности	Амстердам, Нидерланды	heartdiseases.conferenceseries.com
	28.02–3.03	6-я Международная конференция по предгипертензии, гипертензии, нарушению обмена веществ и сердечно-сосудистым заболеваниям	Вильнюс, Литва	www.prehypertension.org
МАРТ	2	Школа «Современные подходы к лечению артериальной гипертензии: от монотерапии до комбинированных препаратов»	Саратов, Россия	www.scardio.ru/events
	2–4	Acute Cardiovascular Care 2019 — Конгресс по неотложной сердечно-сосудистой помощи	Малага, Испания	www.escardio.org
	16	Школа «Новые возможности в лечении артериальной гипертензии»	Набережные Челны, Россия	www.scardio.ru
	17–19	EHRA 2019 — Конгресс Европейской ассоциации сердечного ритма	Лиссабон, Португалия	www.escardio.org
	21–23	4-й Международный форум антикоагулянтной и антиагрегантной терапии (ФАКТplus2019)	Москва, Россия	www.anticoagulants.ru
АПРЕЛЬ	5–6	EuroGUCh 2019 — 10-й Европейский конгресс по врожденным порокам сердца у взрослых	Загреб, Хорватия	wp1.euroguch.com

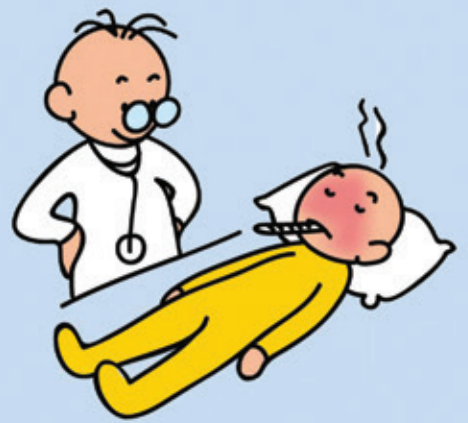
	ЯНВАРЬ	ФЕВРАЛЬ	МАРТ	АПРЕЛЬ	МАЙ	ИЮНЬ
пн	7 14 21 28	4 11 18 25	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
вт	1 8 15 22 29	5 12 19 26	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
ср	2 9 16 23 30	6 13 20 27	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 29 26
чт	3 10 17 24 31	7 14 21 28	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
пт	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
сб	5 12 19 26	2 9 16 23	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
вс	6 13 20 27	3 10 17 24	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30



ДАТА		МЕРОПРИЯТИЕ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ	
	11–13	EuroPrevent 2019 — Ежегодный конгресс Европейской ассоциации по превентивной кардиологии	Лиссабон, Португалия	www.escardio.org
	18–19	VII Международный образовательный форум «Российские дни сердца» 2019	Санкт-Петербург, Россия	www.scardio.ru
МАЙ	17–18	EuroCVP 2019 — Ежегодный конгресс Рабочей группы ЕОК по сердечно-сосудистой фармакотерапии	Вена, Австрия	www.escardio.org
	21–24	EuroPCR 2019 — Ежегодный конгресс Европейской ассоциации по чрескожным сердечно-сосудистым вмешательствам	Париж, Франция	www.pcronline.com
	25–28	Heart Failure 2019 — Всемирный конгресс по сердечной недостаточности	Афины, Греция	www.escardio.org
ИЮНЬ	6–8	VIII Всероссийский съезд аритмологов	Томск, Россия	tomskcardio.ru
	10–12	27-й Северо-Балтийский конгресс кардиологов	Хельсинки, Финляндия	www.nbcc2019.org
	17–19	31-я Ежегодная конференция кардиологов	Рим, Италия	www.cardiologists.insightconferences.com
АВГУСТ	31.08–4.09	Конгресс Европейского общества кардиологов совместно с Всемирным конгрессом кардиологов	Париж, Франция	www.escardio.org
СЕНТЯБРЬ	24–26	Российский национальный конгресс кардиологов 2019	Екатеринбург, Россия	www.scardio.ru
НОЯБРЬ	18–19	VII Международный конгресс «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний: междисциплинарный подход»	Москва, Россия	expodata.info
	21	XVI Научно-практическая конференция «Практические вопросы кардиологии. Взгляд 2019 года»	Москва, Россия	www.medq.ru

ИЮЛЬ	АВГУСТ	СЕНТЯБРЬ	ОКТЯБРЬ	НОЯБРЬ	ДЕКАБРЬ	
1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	пн
2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	вт
3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	ср
4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	чт
5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	пт
6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	сб
7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	вс

Грипп у сердечников: зона особого риска



Наступили холода, а вместе с ними пришли и сезонные заболевания, среди которых особое место занимает грипп. Чем так опасен вирус гриппа для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы? Что может случиться, если перенести болезнь на ногах? А главное, как обезопасить себя и своих близких? Обо всем этом по порядку и подробно рассказываем в нашем материале.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

Первое упоминание о гриппе относится к 412 г. до н. э. Именно тогда праотец медицины Гиппократ описал заболевание, очень похожее на привычный современному человеку недуг. У пациентов резко повышалась температура, болели голова и мышцы, саднило горло. При этом главной особенностью загадочной напасти была невероятная заразность. Если заболел хотя бы один человек, через пару дней хворали уже десятки, а через неделю — сотни людей. Возникла настоящая эпидемия. Самые масштабные из них охватывали целые страны, а иногда и континенты. Именно такие эпидемии и фиксировались в исторических летописях.

В Средние века вспышки гриппа тоже не были редкостью, а вот уровень средневековой медицины оставлял желать лучшего. Люди тяжело болели, часто умирали (!) от респираторного заболевания, и врачи были бессильны. В качестве лечения назначалось только обильное питье и настои целебных трав, а там уж как повезет.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Грипп — острое респираторное заболевание, вызываемое РНК-содержащими оболочечными вирусами типа А, В, С.

Механизм передачи возбудителя — аэрогенный, путь — воздушно-капельный. Во внешней среде вирус неустойчив, легко погибает при воздействии ультрафиолета. На суперкапсиде вируса представлены два белка-гликопротеина: гемагглютинин и нейраминидаза. Нейраминидаза — фермент, отщепляющий сиаловую кислоту от гликопептидов мембран, пораженных вирусом эпителиоцитов, таким образом превращая их в рецепторы для гемагглютинина. К слову, сиаловая кислота — естественный ингибитор нейраминидазы, а в межсезонье ее содержание в секрете уменьшается, что отчасти и объясняет сезонность заболевания.

Цитопатическое действие вируса обусловлено истощением клеточных ресурсов инфицированных эпителиоцитов и запуском клеточного апоптоза. Также уже на ранних стадиях репликации вируса за счет действия антиген-специфических цитотоксических лимфоцитов образуется значительное количество биологически активных продуктов клеточного распада, что, в свою очередь, провоцирует выработку цитокинов. Все это вызывает воспалительную серозно-геморрагическую реакцию, повышает сосудистую проницаемость, что позволяет БАВ (биологически активным веществам) свободно выйти в общий кровоток. Последнее не лучшим образом сказывается на показателях гемодинамики.

Казалось бы, вирус тропен лишь к эпителиоцитам, так при чем тут сердце?

Вирус гриппа сам по себе, как правило, не вызывает воспалительный процесс вне органов дыхания, в частности в головном мозге и сердечной мышце, так как не способен к репликации в их клетках. Патоморфологические изменения, возникающие в этих органах, обусловлены развитием геморрагического отека в результате микроциркуляторных расстройств, что расценивается рядом авторов как «гриппозный миокардит». Реже вирус вызывает острую сердечную недостаточность (либо же декомпенсацию явления хронической сердечной недостаточности — ХСН). Также следует помнить и о неспецифических осложнениях заболевания, вызванных присоединением бактериальной инфекции (часто встречается у пожилых людей, маленьких детей и иммунокомпрометированных лиц). В этом случае стоит ожидать развития миокардита или перикардита.

Авторы недавней статьи в New England Journal of Medicine проанализировали медицинскую статистику, касающуюся примерно 20 тысяч человек старше 35 лет, у которых в период с 2009 по 2014 год был лабораторно диагностирован грипп. Среди пациентов набралось несколько сотен человек, которые обращались в больницу с сердечным приступом за год до гриппа, во время гриппа и через год после него. Оказалось, что при гриппе такие обращения отмечались в среднем 20 раз в неделю, а без гриппа — всего 3 раза в неделю. Прирост сердечных приступов происходит только в первые 7 дней болезни, чаще всего приступы случаются у пожилых людей и если грипп возник вследствие вируса типа В.

А еще следует помнить, что при нелеченой (или недолеченной) инфекции иммунный ответ организма неумолимо снижается, а значит, стоит ожидать обострения хронических заболеваний. Учитывая тот факт, что при гриппе гемодинамика находится не в лучшей форме, гипертоники вправе ожидать дестабилизацию цифр АД даже на эффективной ранее терапии, а у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, пусть и компенсированной, с минимальными явлениями недостаточности кровообращения, могут нарасти отеки и усилиться одышка. Особенно неприятен грипп, впрочем, как и любая инфекция, пациентам с мерцательной аритмией. Мало того, что у многих из них инфекционные заболевания являются своеобразными триггерами пароксизмов, так и при длительном «мерцании» мы вправе ожидать дилатацию полостей сердца (в частности, левого предсердия), ремоделирование миокарда, что на фоне тахисистолии влечет за собой тахикардитиче-

скую кардиомиопатию, по клинике схожую с ХСН. Пожалуй, распознать первые симптомы не такой уж и безобидной инфекции могут все. Но признаемся сами себе, всегда найдется тысяча отговорок, чтобы не брать больничный, а принять, скажем, жаропонижающий препарат (чаще всего парацетамол) и бодрым шагом отправиться на работу. А как же иначе?

ВТОРЖЕНИЕ БОЛЕЗНИ: ЛУЧШЕ ПРЕДУПРЕДИТЬ

Современная медицина дает нам возможность принять превентивные меры и оградить себя от инфекции. Как вы уже догадались, далее речь пойдет о вакцинации.

Широкое распространение получили два типа противогриппозных вакцин: инактивированные (IV) и живые аттенуированные (LAIV). Традиционно выпускаются противогриппозные вакцины (как IV, так и LAIV) для защиты от трех различных вирусов сезонного гриппа (трехвалентные вакцины). В большинстве стран это до сих пор остается правилом, и производимые в настоящее время трехвалентные вакцины содержат вирус гриппа А (H3N2), пандемический вирус А (H1N1) и вирус гриппа В одной из двух линий. Вместе с тем в некоторых странах, в том числе и в России, сейчас стали доступны вакцины, защищающие от четырех различных вирусов, включая вирусы гриппа В обеих линий (четырёх-, или квадριвалентные вакцины). По мнению как отечественных, так и зарубежных специалистов в области инфекционных заболеваний, квадριвалентная вакцина обеспечивает большую защищенность от заболевания, поскольку способствует выработке иммунитета к двум штаммам вируса гриппа А и двум штаммам вируса гриппа В.

По мнению проф. А. Остерхауса, директора НИЦ опасных и зоонозных инфекций (Нидерланды), долгое время необоснованно считалось, что вирус гриппа В менее вирулентен и не может вызывать пандемии, а также что заражение вирусом этого типа протекает относительно легко. Однако опыт последних лет показывает, что география гриппа В расширяется и его вклад в сезонные эпидемии возрастает. На основании результатов многолетнего мониторинга в 2012 году ВОЗ признала потенциальные преимущества от включения второго штамма В в состав трехвалентных вакцин, и уже в 2013 году в Европе была зарегистрирована первая четырехвалентная гриппозная вакцина.

Отечественные специалисты придерживаются той же точки зрения, приводят в пример клинические исследования первой российской четырехвалентной вакцины, которые показывают, что она хорошо переносится,

является низкоректогенной, обладает благоприятным профилем безопасности. Оценка иммуногенности продемонстрировала, что четырехвалентная вакцина, содержащая по 5 мкг антигенов двух вирусов типа А и двух вирусов типа В, не уступает трехвалентным референс-вакцинам по трем совпадающим штаммам и превосходит их в отношении четвертого штамма — вируса гриппа В, не включенного в трехвалентные аналоги.

Следует помнить, что независимо от типа или состава вакцины против сезонного гриппа, для получения оптимальной защиты от инфекции вакцинацию требуется проводить ежегодно.

ВОЗ раз в год обновляет состав противогриппозных вакцин на основании информации, предоставляемой ГСЭГО ВОЗ — Глобальной системой по эпиднадзору за гриппом и ответным мерам. ГСЭГО ВОЗ собирает и анализирует на постоянной основе образцы вирусов гриппа по всему миру. Каждый год один (или более) компонент вакцины, предназначенной для предстоящего сезона гриппа в Северном и/или Южном полушарии, может быть изменен с учетом наиболее часто выявляемых и недавно циркулирующих вирусов гриппа типов А и В.

Вакцина IV одобрена для вакцинации детей старше 6 месяцев и взрослых, включая беременных женщин и лиц с хроническими заболеваниями. Исключение составляют дети в возрасте от 6 месяцев до 8 лет, не прошедшие вакцинацию против сезонного гриппа в предыдущих сезонах, которые должны быть привиты 2 раза с интервалом не менее 4 недель. Вакцинация против гриппа, проведенная во время беременности, защитит и мать, и новорожденного.

Вирусы, используемые в вакцинах IV, инактивированы и не вызывают заболевание гриппом. У лиц, не имевших ранее контакта с антигенами противогриппозной вакцины, могут возникать такие явления, как кратковременное повышение температуры тела, недомогание, миалгия.

LAIV одобрена для вакцинации детей старше 2 лет и взрослых моложе 50 лет, не имеющих сопутствующих заболеваний. Вакцина не предназначена для беременных женщин. LAIV вводится интраназально в виде однократной дозы. Исключение составляют дети от 2 до 8 лет, не прошедшие вакцинацию против сезонного гриппа в предыдущих сезонах, которые должны получить вакцину 2 раза с интервалом не менее 4 недель.

LAIV производится на базе аттенуированных вирусов и не приводит к заболеванию гриппом, хотя могут наблюдаться слабо выраженные симптомы заболевания (например, насморк, заложенность носа, повышение температуры тела, боль в горле). Наиболее распространенные побочные эффекты вакцины носят более мягкий и транзиторный характер по сравнению с симптомами гриппозной инфекции.

Предупрежден — значит вооружен. Мы постарались максимально подробно рассказать о преимуществах вакцинации против гриппа, а также о последствиях, которые могут возникнуть, если лечиться неправильно или не лечиться вовсе.

Елизавета Федорова

Периоперационное ведение пациентов с фибрилляцией предсердий, получающих ПОАК

В последних рекомендациях Европейского общества по сердечному ритму (European Heart Rhythm Association, EHRA), вышедших в 2018 г., выделена отдельная глава по тактике ведения пациентов, получающих антикоагулянтную терапию (АКТ) прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК), которым показано проведение плановых инвазивных процедур, оперативного лечения или абляции.

Эксперты EHRA предлагают универсальный и максимально упрощенный для удобства применения его в реальной клинической практике (РКП) алгоритм для таких ситуаций. Кроме того, продолжается исследование PAUSE по периоперационному ведению пациентов, получающих антикоагулянтную терапию (Perioperative Anticoagulant Use for Surgery Evaluation).

Для определения тактики периоперационного ведения в первую очередь следует учитывать тип предстоящего инвазивного вмешательства. В зависимости от риска развития кровотечений выделяют хирургические вмешательства с минимальным, низким и высоким рисками. Отдельно выделяют вмешательства с высоким риском развития как кровотечений, так и тромбоэмболических осложнений (табл. 1). Перед любым предстоящим инвазивным вмешательством, независимо от его объема, пациент обязательно должен подписать информированное добровольное согласие, а также указать дату и время последнего приема ПОАК.

Не менее важными для решения вопросов о времени прекращения и возобновления АКТ являются такие характеристики,

как возраст пациента, получаемая им сопутствующая терапия и наличие кровотечений в анамнезе.

Так, процедуры с минимальным риском кровотечений и процедуры, при которых возникающие кровотечения легко поддаются контролю, не требуют прерывания антикоагулянтной терапии. Эти вмешательства могут быть выполнены через 12–24 ч после последнего приема ПОАК, а спустя 6–8 часов прием ПОАК может быть возобновлен (возможен пропуск одной дозы ПОАК со схемой приема 2 раза в сутки). После обеспечения стабильного гемостаза и получения инструкции о возможных мерах в случае возобновления кровотечения пациент может покинуть медицинское учреждение.

Для определения тактики ведения перед хирургическими процедурами с низким и высоким риском кровотечений помимо непосредственно риска кровотечений при той или иной процедуре следует оценивать фильтрационную функцию почек. Так, перед процедурами с низким риском кровотечений при нормальной функции почек (КК ≥ 80 мл/мин) рекомендуется принять последнюю дозу любого ПОАК за 24 часа до предстоящей плановой операции. При снижении фильтрационной способности почек время прекращения приема ПОАК перед оперативным лечением увеличивается в зависимости от степени ее снижения и конкретного препарата (в соответствии с его почечным клиренсом, табл. 2).

Пациентам, получающим сопутствующую терапию амиодароном или верапамилом, может быть целесообразно увеличить период прерывания АКТ на дополнительные

24 часа, особенно если риск ТЭО не очень высокий (CHA₂DS₂-VASc ≤ 3). И наоборот, для некоторых процедур (например, имплантация кардиальных устройств — ЭКС/ИКД) может быть оправданным более короткий период прерывания АКТ. Вышеупомянутое исследование PAUSE должно уточнить имеющиеся на сегодняшний день рекомендации.

При планировании проведения процедур с высоким риском кровотечений рекомендуется последний прием ПОАК за 48 и более часов до вмешательства (табл. 1 и 2). Окончательное решение зависит также от фильтрационной функции почек, принимаемого ПОАК, индивидуальных тромботических (количество баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc) и геморрагических рисков, сопутствующей терапии, возраста и анамнеза пациента.

ренным и высоким риском кровотечений. Если специфические антитоты недоступны, следует рассмотреть использование концентрата протромбинового комплекса (РСС) и активированного концентрата протромбинового комплекса (aРСС), хотя доказательств эффективности и безопасности такого подхода в данном случае недостаточно. Также при недоступности специфических антитотов предпочтительно проводить вмешательство под общей, а не спинальной анестезией — для снижения риска образования эпидуральной гематомы. Срочные операции должны быть проведены в течение часов после принятия решения. В таких случаях для снижения риска кровотечений оперативное лечение должно быть по возможности отложено до истечения 12–24 ч после последне-

ТАБЛ. 2. Время последнего приема ПОАК перед началом планового оперативного лечения

	Дабигатран		Апиксабан-Ривароксабан-Эдоксабан	
При отсутствии значимого риска кровотечений и/или возможности обеспечить местный гемостаз: проводить оперативное лечение при минимальной концентрации ПОАК (через 12–24 часа после последнего приема препарата)				
Клиренс креатинина	Низкий риск	Высокий риск	Низкий риск	Высокий риск
КК ≥ 80 мл/мин	≥ 24 ч	≥ 48 ч	≥ 24 ч	≥ 48 ч
КК 50–79 мл/мин	≥ 36 ч	≥ 72 ч	≥ 24 ч	≥ 48 ч
КК 30–49 мл/мин	≥ 48 ч	≥ 96 ч	≥ 24 ч	≥ 48 ч
КК 15–29 мл/мин	Не показано	Не показано	≥ 36 ч	≥ 48 ч
КК < 15 мл/мин	Нет официальных показаний			
Не использовать терапию «моста» НМГ/НФГ				
Возобновить ПОАК в полной дозе через ≥ 24 ч после вмешательства с низким риском кровотечений и через 48 (-72) ч после вмешательств с высоким риском кровотечений				

Примечание: НМГ — низкомолекулярный гепарин, НФГ — нефракционированный гепарин.

Катетерная абляция в левых отделах сердца сопряжена как с высоким риском больших кровотечений, так и с высоким риском ТЭО.

В работе Beyer-Westendorf J. et al. на основе Дрезденского проспективного регистра ПОАК было показано, что при переходе с ПОАК на НМГ/НФГ повышался риск кровотечений. В настоящее время использование терапии «моста» НМГ или НФГ у пациентов, принимающих ПОАК, не рекомендовано в связи с удовлетворительной предсказуемостью антикоагулянтного действия ПОАК, что позволяет своевременно и на короткий период прерывать АКТ. Тогда как комбинирование различных антикоагулянтов ассоциировалось с увеличением риска кровотечений при отсутствии снижения частоты сердечно-сосудистых событий, как было показано в исследовании BRIDGE с АВК.

Перед срочными оперативными вмешательствами требуется немедленное прекращение приема ПОАК. Тактика ведения зависит от уровня срочности операции: немедленная, срочная или отложенная. Немедленные операции должны быть выполнены в течение минут после принятия решения о необходимости оперативного лечения и не могут быть отложены, поэтому в отношении дабигатрана целесообразно использовать существующий антидот — идарацизумаб, особенно при планировании процедур с уме-

го приема ПОАК. Также можно дожидаться и использовать результаты коагулограммы (ПВ, АЧТВ, антитела к фактору Ха, разведенное ТВ/экариновое время и др.). Нормальное значение АЧТВ при приеме дабигатрана и нормальное ПВ при приеме ривароксабана могут исключить наличие высоких плазменных концентраций соответствующих препаратов. Отложенные операции могут быть выполнены в течение нескольких дней после принятия решения о необходимости хирургического лечения. В этом случае тактика отмены ПОАК аналогична тактике при плановых оперативных вмешательствах.

До получения результатов продолжающихся в настоящее время исследований по периоперационному ведению пациентов, принимающих ПОАК, для обеспечения эффективной и безопасной антикоагуляции до, во время и после оперативного вмешательства следует придерживаться простых алгоритмов, предложенных EHRA в рекомендациях 2018 г. В настоящее время предпочтение отдается кратковременному прерыванию АКТ с как можно более быстрым ее возобновлением после инвазивного лечения. Проведение терапии «моста» с переходом с ПОАК на НМГ/НФГ не рекомендуется.

Ирина Даабуль

Список литературы находится в редакции

ТАБЛ. 1. Классификация плановых хирургических вмешательств в зависимости от риска кровотечений

Вмешательства с минимальным риском кровотечений
Стоматологические вмешательства (экстракция от 1 до 3 зубов, хирургия пародонта, вскрытие абсцесса, установка импланта)
Вмешательства по поводу катаракты или глаукомы
Эндоскопические вмешательства без взятия биопсии или резекции
Поверхностные хирургические процедуры (например, вскрытие абсцесса; малые дерматологические вмешательства и др.)
Вмешательства с низким риском кровотечений
Эндоскопия с взятием биопсии
Биопсия предстательной железы или мочевого пузыря
ЭФИ или радиочастотная катетерная абляция (за исключением процедур повышенной сложности, см. ниже)
Не коронарная ангиография
Имплантация кардиостимулятора или ИКД (за исключением сложных операций, например при врожденных пороках сердца)
Вмешательства с высоким риском кровотечений
Сложная эндоскопия (например, с полипэктомией, со сфинктеротомией и др.)
Спинальная или эпидуральная анестезия; диагностическая люмбальная пункция
Торакальная хирургия
Абдоминальная хирургия
Большие ортопедические операции
Биопсия печени
Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР)
Биопсия почки
Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
Вмешательства с высоким риском кровотечений и повышенным риском ТЭО
Левосторонняя абляция повышенной сложности (изоляция легочной вены, некоторые абляции в ЛЖ)

Примечание: ЭФИ — электрофизиологическое исследование, ИКД — имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, ТЭО — тромбоэмболические осложнения, ЛЖ — левый желудочек.

ПРЕПАРАТ

Нейтрализующий агент безопасности

Вот уже не один год вопросы эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии занимают умы ведущих кардиологов и экспертов в области профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Если речь идет о повседневной практике, то мы уже хорошо знакомы с профилем эффективности и безопасности прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Но пациенты продолжают жить своей жизнью и эпизодически, как и все, сталкиваются с различными экстренными ситуациями. Никто не застрахован от падений на льду, дорожно-транспортных происшествий, экстренного хирургического лечения, инфаркта или инсульта. С этого момента и начинаются особенности ведения пациентов, получающих ПОАК.



Анастасия Андреевна СОКОЛОВА

К.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ЭФФЕКТА ПРЯМЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ

Шаг 1: найти
Уточните, какой именно ПОАК принимает пациент и как давно была принята последняя доза препарата (рис. 1). Проведите лабораторное исследование крови. В клинической практике возможно использование стандартной коагулограммы (показатели АЧТВ, ТВ и ПВ) и определение анти-Ха активности для выявления пиковой концентрации различных антикоагулянтов.

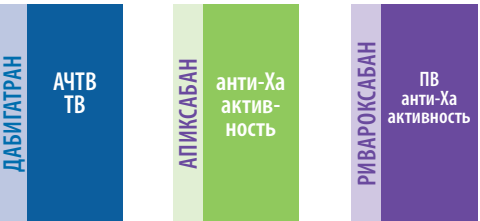


РИС.1. Методы косвенного определения пиковой концентрации различных ПОАК

Однако это только косвенное определение антикоагулянтного эффекта. Данные показатели неспецифичны, и результаты могут очень сильно варьировать в зависимости от реактивов и приборов, на которых выполнялись пробы. К тому же только для дабигатрана существуют пороговые значения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и тромбинового времени (ТВ). Также для оценки периоперационного риска у пациентов, получающих антикоагулянт-

Отложить вмешательство до прекращения АКТ эффекта	Выполнять вмешательство в состоянии гипокоагуляции	Введение специфического антагониста и немедленное выполнение вмешательства
Риски нежелательных исходов связаны с задержкой хирургического вмешательства	Высокий риск интра- и послеоперационных кровотечений	Своевременная неотложная помощь и дополнительная безопасность пациента

РИС.2. Подходы к выполнению неотложных хирургических вмешательств у пациента, получающего ПОАК

ную терапию (АКТ), необходимо определить сопутствующие заболевания и сопутствующие методы лечения, связанные с повышенным риском кровотечения, а также функцию почек (креатинин, клиренс креатинина и скорость клубочковой фильтрации) для оценки ожидаемого времени восстановления гемостаза.

Шаг 2: угроза
Убедитесь в том, что пациенту действительно необходима отмена/прекращение действия антикоагулянтной терапии (табл.). Не каждое состояние, развившееся у пациентов, получающих ПОАК, требует немед-

ленного прекращения антикоагулянтного эффекта. В первую очередь это касается клинически значимых и малых геморрагических событий, которые зачастую не требуют даже временного прекращения антикоагулянтной терапии.

Шаг 3: тактика
В современной хирургической практике существует несколько подходов к ведению пациентов с АКТ в периоперационный период (рис. 2). Эти подходы зависят не только от самого факта приема ПОАК, но и от экстренности и сложности конкретного клинического

ТАБЛ. Показания к отмене антикоагулянтного действия ПОАК

Необходима отмена антикоагулянтного действия ПОАК (рекомендации ISTH)
Жизнеугрожающие кровотечения: внутричерепное кровоизлияние, симптомная или быстро нарастающая эпидуральная гематома, неконтролируемое кровотечение
Внутренние кровотечения или кровотечения из жизненно важных органов: интраспинальные, интраокулярные, перикардальные, легочные, ретроперитонеальные, внутримышечные с развитием синдрома сдавления
Продолжающиеся большие кровотечения, несмотря на местные мероприятия, проведенные для достижения гемостаза, либо высокий риск рецидива кровотечения в связи с нарушенным выведением ПОАК или их передозировкой
Необходимость экстренного инвазивного вмешательства с высоким риском кровотечения, которое не может быть отсрочено до момента выведения антикоагулянта
Срочное хирургическое вмешательство или манипуляция с высоким риском перипроцедурального кровотечения: нейрохирургические операции (на головном и спинном мозге), люмбальная пункция, кардиохирургическое вмешательство, операция на сосудах (диссекция аорты, протезирование аорты в связи с разрывом аневризмы), вмешательства на печени или иные оперативные вмешательства большого объема
Можно рассмотреть отмену антикоагулянтного действия ПОАК
Необходимость в экстренном хирургическом вмешательстве у пациентов с острой почечной недостаточностью
Нет необходимости в отмене антикоагулянтного действия ПОАК
Плановая хирургия
Желудочно-кишечные кровотечения, которые можно остановить локально
Высокая концентрация антикоагулянтов, выраженная гипокоагуляция без клинических проявлений в отсутствие кровотечения
Необходимость в экстренном хирургическом вмешательстве у пациентов с острой почечной недостаточностью

случая. Среди подходов следует рассмотреть возможность отсрочки хирургического лечения, проведения вмешательства в состоянии гипокоагуляции, а также меры по прекращению антикоагулянтного действия ПОАК (если это представляется возможным).

Шаг 4: обезвредить
В качестве современных возможностей для прекращения антикоагулянтного эффекта ПОАК предлагается рассмотреть использование концентратов протромбинового комплекса (активированного и неактивированного), гемодиализ и прочие меры, влияющие на гемостаз (рис. 3).

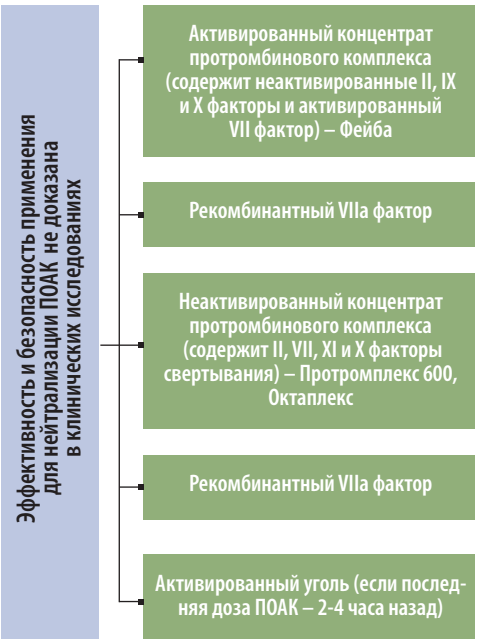


РИС.3. Неспецифические методы нейтрализации эффектов ПОАК

Однако при использовании подобного подхода нет уверенности в том, что коагуляционный каскад вернется в зону нормокоагуляции. Велика вероятность развития гиперкоагуляции либо, наоборот, сохранения гипокоагуляции, что сопряжено с риском развития осложнений во время хирургического лечения и в послеоперационный период. Кроме того, данные стратегии не были изучены в клинических исследованиях и не имеют доказательной базы.

«АГЕНТ БЕЗОПАСНОСТИ»
С конца 2018 г. в РФ появилась возможность использовать в клинической практике специфический нейтрализующий агент, устраняющий антикоагулянтный эффект дабигатрана, — идаруцизумаб (Праксбайнд). Идаруцизумаб представляет собой фрагмент моноклонального антитела (Fab), связывающего дабигатран в 350 раз сильнее, чем дабигатран связывается с тромбином. Нейтрализующий агент взаимодействует и со свободным, и с тромбин-связанным дабигатраном. Идаруцизумаб не оказывает тромбиноподобного действия, не связывается с факторами свертывания V, VIII, XIII, фибриногеном, фактором фон Виллебрандта, протеином С и протеаз-активируемым рецептором (PAR-1), а также не влияет на свертывание крови и функцию тромбоцитов.

Однажды на Диком Западе



АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Жалобы	Июнь	Июль–декабрь	Январь	Февраль
Повышение t тела	39 °С	36,6 °С, 37,8 °С, 39 °С	38,3–39 °С	39 °С
Кашель	Сухой		Сухой	
Похудение			–7 кг	
Учащение мочеиспускания в ночное время			↑	
Изменение мочевого осадка				Гематурия, протеинурия, бактериурия
Терапия	Эритромицин 0,5 х 4 раза в день	НПВС; Цефазолин	НПВС	Уросептики



При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония.

При КТ органов грудой клетки и брюшной полости выявлены признаки хронического бронхита с формированием бронхоэктазов и увеличение селезенки.

ЭХО-КГ без патологических изменений.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Отец — гипертоническая болезнь, сахарный диабет
Мать — ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения
Брат — хроническими заболеваниями не страдает
В детстве рос и развивался в соответствии с возрастом
Семейное положение: женат, 2 детей
Диету не соблюдает
Вредные привычки: индекс курильщика — около 20 пачка/лет
Аллергологический анамнез: аллергии отрицает
Перенесенные заболевания: в детстве — ветряная оспа, частые ОРВИ; с 2000 года — гипертоническая болезнь, по поводу чего принимает иАПФ (аккупро 10 мг/сутки); в течение длительного времени страдает хроническим бронхитом курильщика

Состояние относительно удовлетворительное
Телосложение гиперстеническое
Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, отмечается гипергидроз
Периферические лимфатические узлы не увеличены и пальпации не доступны
В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД — 16 уд/мин
Тоны сердца ясные, ритмичные, во всех точках аускультации, шумов нет. АД — 125/90 мм рт. ст. ЧСС — 90 уд/мин
При пальпации живот мягкий, безболезненный
Перкуторно печень и селезенка не увеличены
Отеков нет
Дизурических явлений нет

АЧТВ — 1,16 (норма 0,78–1,25)
Протромбиновый индекс — 94 % (норма 86–110)
Фибриноген — 4,39 г/л (норма 1,8–4,0)

СРБ — 6,83 мг/дл (норма 0–0,8)
РФ — отрицательный
АСЛО — 37,5 МЕ/мл (норма 0–125)

Общий анализ мочи
Альбумины — 41,5 % (норма 54,7–68,7)
Альфа 1-глобулины — 4,7 % (норма 3,7–7,8)
Альфа 2-глобулины — 10,5 % (норма 5,2–10,7)
Бета-глобулины — 15,9 % (норма 8,6–13,7)
Гамма-глобулины — 24,7 % (норма 10,7–19,3)

В общем анализе крови гипохромная анемия, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево вплоть до юных форм.
В биохимическом анализе крови повышение уровня креатинина. Неоднократные посевы крови на стерильность: роста нет.

Эхо-признаки атеросклероза аорты. Умеренная симметричная атрофия левого желудочка с нарушением его диастолы первого типа.
Склероз аортального клапана с формированием небольшой его недостаточности.
Для уточнения этиологии поражения клапана рекомендовано ЧП-ЭХО КГ.

Продолжение следует...

Подготовили Анастасия Соколова, Наталья Морина