

Новые технологии лечения сердечно-сосудистых заболеваний: успехи и проблемы ➔ 4–5

Календарь мероприятий кардиологов на 2013 год ➔ 6–7

Индивидуальный подход к подбору терапии для кардиологических пациентов с коморбидной патологией ➔ 11

Московский международный форум кардиологов ➔ 12



КАРДИОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

№ 2 (3) 2012 • ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

Что такое аритмогенная дисплазия правого желудочка? Новые подходы к диагностике

В обследование аритмологических пациентов в последнее время начали активно внедряться генетика, контрастная, трехмерная эхокардиография (ЭхоКГ), магнитно-резонансная томография (МРТ) с поздним контрастированием, активационное картирование миокарда.

Все чаще в мире стала диагностироваться аритмогенная дисплазия правого желудочка (ПЖ) – злокачественная патология миокарда. Однако последняя декада наблюдения за такими пациентами показала вероятную гипердиагностику заболевания, которая остается крайне актуальной и для России.

Аритмогенная кардиомиопатия/дисплазия ПЖ (АК/ДПЖ) – заболевание часто наследственное. ➔8

Метаболическая терапия в кардиологии: перспективные направления применения отечественного препарата Тридукард МВ

Введение

В кардиологической практике метаболическая терапия применяется на протяжении последних 30 лет. Несмотря на неоднозначное мнение о целесообразности ее применения в клинической практике, метаболические препараты занимают прочное место среди широко используемых кардиологических препаратов. Примечательно, что в российских национальных рекомендациях по введению пациентов со стабильной стенокардией метаболические препараты назначаются для уменьшения и устранения приступов на всех этапах лечения. Их применение позитивно влияет на качество жизни пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

Клиническая эффективность метаболической терапии

Известно, что целью метаболической терапии в кардиологии является повышение утилизации кислорода миокардом в условиях ишемии. ➔10

С Л О В О Р Е Д А К Т О Р А



Рафаэль Геганович Оганов

Главный редактор газеты «Кардиология сегодня», академик РАМН, засл. деятель науки РФ, почетный президент РКО, президент фонда «Кардиопрогресс» oganov@gnicpm.ru

Уважаемые коллеги!

С радостью представляю вам наше новое издание – газету «Кардиология сегодня». Учредители издания: Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс» и Издательский дом «АБВ-пресс».

Формат газеты пока не совсем привычен для кардиологического сообщества, но именно этот формат дает больше возможностей авторам. Материал для публикации может быть подан в виде интервью, обзорной или проблемной статьи и в другой форме.

Газета будет освещать актуальные проблемы кардиологии, поднимать вопросы, которые находятся на стыке дисциплин. Вниманию читателей будут представлены обзоры международных и российских конгрессов, новые рекомендации. Каждый номер будет открывать тема номера.

Формат издания удобен для чтения, газету можно взять с собой и почитать в транспорте.

Хочу особенно подчеркнуть, что газета распространяется бесплатно по подписке среди врачей России и стран СНГ. Также «Кардиология сегодня» будут доставлять в Комитет по здравоохранению Госдумы РФ, Минздрав, в управления здравоохранения, кардиологические центры и больницы, где есть кардиологические отделения. Прочитать очередной номер газеты можно будет на сайтах учредителей: фонда «Кардиопрогресс» и Издательского дома «АБВ-пресс».

Этот номер мы постарались сделать разнообразным по тематике и по жанрам. Осо-

бый интерес, думаю, вызовет у врачей календарь международных и российских мероприятий на 2013 год. В номере размещена также информация о Московском международном форуме, который, как вы знаете, пройдет в Москве 26–28 марта. В рамках форума состоится и презентация нашей газеты «Кардиология сегодня» с новым составом учредителей.

Приглашаем к сотрудничеству врачей – кардиологов, терапевтов, специалистов смежных дисциплин, всех, которым небезразлично развитие кардиологии. Вы можете присылать в редакцию свои статьи, предлагать актуальные темы для публикаций, новые рубрики.

Назначение нашего издания не только в информировании и обсуждении, но и в объединении врачей, поскольку газета распространяется не только в России, но и в странах СНГ.

Надеемся, что «Кардиология сегодня» станет интересной и полезной для врачей. Давайте вместе создавать нашу газету!

Т Е М А Н О М Е Р А

Современное состояние профилактики и лечения ишемической болезни сердца в клинической практике

Во 2-й половине XX в. распространенность заболеваний, обусловленных атеросклерозом, приняла характер эпидемии. Во многом благодаря эпидемиологическим исследованиям было доказано, что эта эпидемия в основном обусловлена особенностями образа жизни и связанными с ним факторами риска. Модификация образа жизни и снижение уровня факторов риска могут замедлить развитие заболеваний как до, так и после появления клинических симптомов.

Генетика, несомненно играющая роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), – все же больше предрасположенность, чем неизбежность. Это подтверждается следующими фактами: заболеваемость и смертность от ССЗ может значительно различаться даже в ближайших территориях, может за короткое время заметно изменяться в одном и том же регионе, среди мигрантов приобретает характер той страны, куда они переехали.

Стало очевидно, что остановить эту эпидемию может только профилактика. И вот почему:

– в основе ССЗ обычно лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов заболевания;

– смерть, инфаркт миокарда, инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна, и поэтому многие эффективные лечебные вмешательства неприемлемы;

– современные методы лечения (медикаментозные, хирургические, эндоваскулярные) не устраняют причину развития болезни, поэтому даже при эффективном лечении риск сердечно-сосудистых катастроф остается высоким.

В экономически развитых странах наибольший вклад в смертность населения вносят ССЗ. В России их доля составляет 56,8 % (1137 тыс.) всех смертей. При этом ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания служат основными причинами смерти от ССЗ, их суммарный вклад у мужчин и женщин составляет 82,3 и 85,8 % соответственно (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. КВТП 2012;11(1):5–10). Так как основной причиной этих двух групп заболеваний является атеросклероз, многие подходы к профилактике и лечению у них общие. Несмотря на то, что после 2003 г. смертность от ССЗ в России снижается, по сравнению со стандартизованными показателями 15 первых стран, вошедших в Европейский Союз, они выше у мужчин и женщин в 4 раза, а в наиболее трудоспособном

возрасте (25–64 года) у мужчин – в 7 раз, а у женщин – в 6 раз.

В настоящее время научная концепция профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – это концепция факторов риска. Первопричины указанных заболеваний неизвестны, они многофакторные, но хорошо изучены факторы, способствующие развитию и прогрессированию данных заболеваний, снижая распространенность и уровень которых, можно добиться снижения заболеваемости и смертности от ССЗ.

Распространенность основных факторов риска в Российской Федерации высокая. Это связано с рядом причин:

- курят 60,2 % взрослых мужчин и 21,7 % женщин, увеличилась распространенность курения среди молодежи;
- распространенность артериальной гипертонии среди взрослых мужчин и женщин составляет соответственно 39,9 и 41,1 %;
- гиперхолестеринемия выявляется у 56,9 и 55,0 %, ожирение – у 11,8 и 26,5 % мужчин и женщин соответственно;
- с 1990 по 2006 гг. потребление алкоголя на душу населения выросло почти в 2,5 раза, разовое потребление алкоголя в 5 и 2 раза соответственно у мужчин и женщин превышает безопасные дозы; ➔2

Современное состояние профилактики и лечения ишемической болезни сердца в клинической практике

➔1 – согласно опросам населения более трети россиян не заботятся о своем здоровье;

– более чем у половины лиц, обращающихся в территориальные поликлиники, отмечаются психосоциальный стресс среднего и высокого уровня, признаки психологической дезадаптации, тревожная и/или депрессивная симптоматика (Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и национального общества «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация». КВТП 2011;10(6). Приложение 2).

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят повышение артериального давления (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%); в потерянные годы здоровой жизни: повышение артериального давления (16,9%), злоупотребление алкоголем (15,4%), курение (13,9%) (Patricio V. Marquez Dying Too Young. 2005).

В последние 2 года Европейским обществом кардиологов и Всероссийским научным обществом кардиологов совместно с другими кардиологическими обществами были опубликованы рекомендации, имеющие отношение к профилактике и лечению ИБС в клинической практике:

– «Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике» (Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и национального общества «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация». КВТП 2011; 10(6). Приложение 2);

– по дислипидемиям (Европейские общества кардиологов и атеросклероза) (ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemia. EHJ 2011; 1769–818);

– по эффективности и безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике ССЗ (Всероссийское научное общество кардиологов; Рекомендации Российского научного общества кардиологов. РФК 2011; 7(5). Приложение);

– по профилактике ССЗ в клинической практике (Европейское общество кардиологов с 6 другими обществами; European Guidelines on CVD Prevention (version 2012). EHJ 2012; 33: 1635–701).

Согласно этим рекомендациям основными целями профилактики ССЗ, в том числе и ИБС, являются:

– отказ от табака в любой форме;

– 2,5–5 часов физической активности в неделю или 30–60 минут в день;

– индекс массы тела 20–25 кг/м², окружность талии < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин;

– артериальное давление < 140/90 мм рт. ст.;

– холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) у пациентов группы очень высокого риска сердечно-сосудистых событий < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или снижение > 50%, у пациентов группы высокого риска < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл), группы умеренного риска < 3,0 ммоль/л (115 мг/дл);

– у больных сахарным диабетом HbA1c < 7%, артериальное давление < 140/80 мм рт. ст.

Проведение скрининга для выявления факторов риска, в том числе и липидного профиля, рекомендуется для мужчин в возрасте 40 лет и старше, для женщин – 50 лет и старше или при наступлении менопаузы. Для оценки суммарного (общего) риска, когда учитываются одновременно несколько факторов риска, у лиц без симптомов

В настоящее время научная концепция профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – это концепция факторов риска.

ССЗ можно использовать шкалу SCORE. В усовершенствованной электронной версии шкалы SCORE, кроме 5 факторов риска (пол, возраст, статус курения, артериальное давление и холестерин), учитываются уровень холестерина липопротеинов высокой плотности и индекс массы тела (www.heartscore.org).

К группе очень высокого риска относят лиц:

– с документированным (с помощью инвазивных или неинвазивных методов) диагнозом ССЗ, а именно перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, реваскуляризацию коронарных или других артерий, ишемический инсульт, заболевания периферических артерий;

– больных сахарным диабетом 1-го или 2-го типа с одним или несколькими факторами риска ССЗ и/или поражением органов-мишеней (микроальбуминурия 30–300 мг/сут);

– больных с тяжелой хронической болезнью почек (скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73м²);

– риск по шкале SCORE ≥ 10 %.

К группе высокого риска относят лиц:

– с высоким уровнем 1 фактора риска – (семейная дислипидемия или тяжелая гипертония);

– сахарным диабетом 1-го или 2-го типа, но без факторов риска ССЗ или поражений органов;

– умеренно выраженной хронической болезнью почек (скорость клубочковой фильтрации 30–59 мл/мин/1,73 м²);

– риском по шкале SCORE ≥ 5 % и < 10 %.

К группе умеренного риска относят лиц с риском по шкале SCORE < 5 %.

В группу низкого риска входят лица с риском по шкале SCORE < 1 % при отсутствии каких-либо других факторов риска.

Дополнительные рекомендации по оценке риска:

– необходимо учитывать психосоциальные факторы, так как лица низкого социального класса имеют повышенный риск независимо от других факторов риска;

– оценку риска необходимо проводить у лиц с апноэ сна и эректильной дисфункцией;

– уровни фибриногена, высокой чувствительности CRP и/или гомоцистеина могут быть измерены у лиц с необычным или умеренным профилем риска;

– пациентам с умеренным профилем риска можно измерить индексы интима/медиа, лодыжечно-плечевой или кальциевый индекс при компьютерной томографии;

– генетическое тестирование для обычных генетических вариаций не следует проводить при оценке риска ССЗ.

Благодаря улучшению диагностического оборудования сегодня возможно определение субклинических маркеров атеросклеротических заболеваний, что позволяет отнести соответствующих пациентов к группе высокого или очень высокого риска и назначить активные профилактические мероприятия. К таким маркерам относят: толщину комплекса интима/медиа, кальцификацию коронарных артерий, гипертрофию левого желудочка, индекс ло-

дыжка–плечо, бляшки в сонных или периферических артериях, каротидно-фemorальную скорость распространения пульсовой волны, скорость клубочковой фильтрации, микроальбуминурию, протеинурию.

Основные стратегии профилактики ССЗ, обусловленных атеросклерозом, следующие:

• Популяционная – воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ССЗ среди всего населения. Эта стратегия долгосрочная и лежит в основном вне сферы здравоохранения.

• Стратегия «высокого риска» – выявление и снижение уровня факторов риска среди лиц с повышенным риском ССЗ. Эта стратегия среднесрочная и во многом зависит от активности врачей первичных служб здравоохранения.

• Вторичная профилактика – раннее выявление и предупреждение прогрессирования ССЗ. Эта стратегия при оптимальном использовании даст быстрый эффект.

Преимущества популяционной стратегии заключаются в том, что позитивным эффектом охватывается все население, в том числе имеющие высокий риск или уже страдающие ССЗ, в низкой стоимости внедрения и отсутствии необходимости экстенсивно усиливать систему здравоохранения.

Однако эти стратегии не следует противопоставлять, они дополняют друг друга, и наилучший эффект возможен, когда одновременно используются все три стратегии.

Преимущества популяционной стратегии заключаются в том, что позитивным эффектом охватывается все население, в том числе имеющие высокий риск или уже страдающие ССЗ, в низкой стоимости внедрения и отсутствии необходимости экстенсивно усиливать систему здравоохранения.

Общепризнано, что при коррекции факторов риска первый шаг – это изменение, оздоровление образа жизни, а именно отказ от курения, рациональное питание и физическая активность. Однако эти рекомендации часто не удается выполнить по разным причинам, субъективным или объективным. В таких случаях у врача есть широкий арсенал лекарственных препаратов.

Так, для нормализации повышенного артериального давления имеются разного класса гипотензивные препараты, для помощи в отказе от курения – никотинозаместительная терапия, варениклин, для коррекции дислипидемии – статины, фибраты, никотиновая кислота, эзетемиб, фитостеролы, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, для снижения массы тела – орлистат, для коррекции гипергомоцистеинемии – фолиевая кислота, витамины В₁₂, В₆, для снижения уровня мочевой кислоты – аллопуринол, для снижения агрегации тромбоцитов – ацетилсалициловая кислота, клопидогрел и др.

За последние 20–30 лет в ряде стран Европы, в США, Новой Зеландии, Австралии отмечается снижение на 50 % и более смертности от коронарной болезни сердца.

Были выполнены специальные исследования по изучению вклада лечения и изменения уровней факторов риска в снижение этой смертности. В среднем можно констатировать, что на 50 % и более это снижение было связано с изменением уровня факторов риска и на 40 % – с улучшением лечения (Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.V. et al. The New Engl. J. Med. 2007; 256(23): 2388–98).

Основную долю больных ИБС составляют лица с хроническим течением заболевания, не перенесшие инфаркт миокарда, у которых главным признаком является стабильная стенокардия напряжения.

Лечение этих больных имеет две цели:

- уменьшить, устранить стенокардию и/или ишемию миокарда, т. е. улучшить качество жизни;
- предупредить развитие осложнений (инфаркт миокарда, смерть), т. е. улучшить прогноз и увеличить продолжительность жизни.

Для решения первой цели обычно используются антиангинальные препараты (нитраты пролонгированного действия, бета-блокаторы, антагонисты кальция, миокардиальные цитопротекторы).

В последние годы все большую популярность завоевывает первый If-ингибитор селективного и специфического действия, избирательно снижающий частоту сердечных сокращений – ивабрадин (кораксан). Недавно в России появился дженерик известного антиангинального препарата никорандила – коронель. Этот препарат обладает двойным механизмом действия: открывает АТФ-чувствительные калиевые каналы, что приводит к дилатации периферических и коронарных артерий, и оказывает нитратоподобное действие, приводящее к дилатации венных сосудов и эпикардиальных коронарных артерий. Вследствие этого увели-

чивается коронарный кровоток, снижается пред- и постнагрузка на сердце. Особенностью никорандила является то, что он обладает не только антиангинальным свойством, но и снижает риск смерти от ССЗ и от всех причин (The IONA Study Group. The Lancet 2002; 359:1269–75; Horinaka S., Yabe A., Yagi H. et al. Circulation Journal 2010; 74(3): 503–9).

Для реализации второй цели лечения (улучшение прогноза) наивысший класс (I) и уровень доказательств А имеют 4 группы препаратов.

1. *Антиагреганты* – рекомендуют всем больным при отсутствии противопоказаний.

2. *Статины* – рекомендуют всем больным независимо от уровня холестерина крови.

3. *Ингибиторы АПФ* – следует назначать больным с сопутствующими заболеваниями (артериальная гипертония, сердечная недостаточность, перенесенный инфаркт миокарда с дисфункцией левого желудочка, сахарный диабет).

4. *Бета-блокаторы* – назначают больным, перенесшим инфаркт миокарда или страдающим сердечной недостаточностью.



Современное состояние профилактики и лечения ишемической болезни сердца в клинической практике

⇒ **Эффективность антиагрегантов при вторичной профилактике ССЗ доказана в основном благодаря метаанализам, в частности метаанализу Antithrombotic Trialists' Collaboration. В современных клинических рекомендациях отмечается, что антиагреганты должны назначаться всем больным ИБС при отсутствии противопоказаний. Предпочтение следует отдавать ацетилсалициловой кислоте, а при ее непереносимости заменить клопидогрелом (класс I, уровень А).**

Среди гиполлипидемических препаратов наибольшей доказательной базой при лечении ИБС обладают статины. Эта группа препаратов не только снижает уровень ХС-ЛПНП, но и обладает целым рядом так называемых плеiotропных антиатеросклеротических свойств (антитромбогенные, противовоспалительные, стабилизирующие атерому, улучшающие функцию эндотелия).

Современные клинические рекомендации отмечают необходимость назначения статинов всем больным ИБС независимо от уровня холестерина в крови (класс I, уровень А), при этом целевой уровень ХС-ЛПНП должен быть ниже 1,8 ммоль/л.

Несмотря на существующие рекомендации, в реальной клинической практике статины у больных ИБС используются недостаточно: по данным исследования АТР (2001 г.) – в 10,6 %, Шанс (2004 г.) – в 9,6 %, Оскар (2005–2006 гг.) – в 5,3 %, Премьера (2006 г.) – в 13,4 % случаев. Недавно завершившееся международное исследование DYSIS показало, что существует большой разрыв между клиническими рекомендациями и реальной практикой в отношении достижения целевых уровней ХС-ЛПНП у пациентов не только группы высокого, но и умеренного риска (Оганов Р.Г., Кухарчук В.В., Арутюнов Г.П. и др. КВТП 2012;11(4): 70–8).

Так, в российском исследовании среди пациентов группы очень высокого риска достигли целевого уровня (< 1,8 ммоль/л) 12,2 %, группы высокого риска (< 2,5 ммоль/л) – 30,3 %, группы умеренного риска (< 3,0 ммоль/л) – 53,4 % пациентов, принимавших статины.

В сентябре 2011 г. под эгидой Всероссийского научного общества кардиологов состоялось заседание группы экспертов, на котором, учитывая низкую эффективность лечения статинами, обсуждали место комбинированной гиполлипидемической те-

В связи с тем, что в экономически развитых странах смертность от ИБС снижается, президент Европейского общества кардиологов П. Вардас предполагает, что будет нарастать дегенеративность заболевания старческого возраста и вероятно развитие новых эпидемий: это дегенеративные заболевания клапанов сердца, фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность (Vardas P.E., Hellenic J. Cardiology 2012; 53: 171).

включающую среднюю дозу статина и эзетимиб.

У пациентов группы очень высокого риска с исходно высоким уровнем ХС-ЛПНП и потенциальной невозможностью достижения целевых уровней вследствие риска развития миопатий (возраст > 65 лет, женщины, гипотериоз, хронические болезни почек) целесообразно начинать лечение статинами в комбинации с эзетимибом.

Риск побочных эффектов при назначении высоких доз статинов встречается чаще, чем при низких и умеренных суточных дозах. Если целевой уровень ХС-ЛПНП на фоне терапии высокими дозами статинов достигнуть не удается, к статину следует добавить эзетимиб в дозе 10 мг/сут, что должно сопровождаться снижением уровня ХС-ЛПНП на 20–25 %. Следует отметить, что после назначения стартовой дозы статина ее последующее удвоение снижает уровень ХС-ЛПНП только на 6 %.

С 2009 г. в России применяется комбинированный препарат инеджи, 1 таблетка которого содержит 20 мг симвастатина и 10 мг эзетимиба, что делает его удобным для применения.

С учетом того, что сегодня для оптимального лечения больного ИБС даже при отсутствии каких-либо сопутствующих заболеваний необходимо назначать 3–4 препарата, активно обсуждается вопрос о применении так называемых фиксированных политаблеток. В настоящее время продолжаются исследования по изучению эффективности двух таких таблеток, содержащих:

- 1) аспирин – 75 мг, лизиноприл – 10 мг, гидрохлортиазид – 12,5 мг, симвастатин – 20 мг;
- 2) тиазид – 12,5 мг, атенолол – 5 мг, рамиприл – 5 мг, симвастатин – 20 мг, аспирин – 100 мг.

Для широкого использования фиксированных политаблеток есть аргументы и за, и против.

– возможные трудности достижения согласия с регуляторными органами относительно требований к регистрации;

– появление побочного эффекта к одному из препаратов приведет к полной отмене лечения.

Пока трудно сказать, какова перспектива применения политаблеток, но возможно для отдельных групп пациентов они станут основой лечения.

Одним из эффективных подходов к лечению различных форм ИБС является реваскуляризация миокарда: аортокоронарное шунтирование и ангиопластика с последующим стентированием. Показания для реваскуляризации можно разделить на 2 группы:

- 1) основанные на симптомах: постоянные лимитирующие симптомы, несмотря на оптимальную терапию;
- 2) основанные на прогнозе:

– анатомические особенности поражения коронарных артерий (стеноз левого основного ствола, значительный проксимальный стеноз левой передней нисходящей ветви, особенно при множественном поражении коронарных артерий);

– объективно доказанная распространенная ишемия миокарда.

Относительно влияния медикаментозной терапии и ангиопластики со стентированием на выживаемость пациентов существуют разногласия. В то же время следует помнить, что оба подхода взаимодополняют друг друга и помогают достичь оптимального эффекта в лечении больных ИБС.

В связи с тем, что в экономически развитых странах смертность от ИБС снижается, президент Европейского общества кардиологов П. Вардас предполагает, что будет нарастать дегенеративность заболевания старческого возраста и вероятно развитие новых эпидемий: это дегенеративные заболевания клапанов сердца, фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность (Vardas P.E., Hellenic J. Cardiology 2012; 53: 171). Значительную часть заболеваний будут составлять инсульты. Поэтому необходимо своевременно оценить будущие потребности и соответственно к ним подготовиться.

Рафаэль ОГАНОВ

Всероссийский научно-исследовательский проект TRUST



В 2012–2013 гг. при поддержке ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС» под руководством академика РАМН Р.Г. Оганова и компании ИПКА Лабораторис Лимитед. инициирован всероссийский научно-исследовательский проект TRUST (Оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии на основе Хлорталидона и Атенолола (Тенорик) у пациентов с артериальной гипертензией (I–III ст.). Проект запущен в 350 лечебных учреждениях на территории Российской Федерации. Более 1000 врачей примут участие в проекте. Результаты будут представлены на Московском международном форуме кардиологов в марте 2013 г.

Терапия на «Основе Хлорталидона»

ТЕНОРИК

Хлорталидон 12,5/25 мг + Атенолол 50/100 мг
КОМБИНАЦИЯ на основе СУПЕР ДИУРЕТИКА

При

- неосложненной артериальной гипертензии
- артериальной гипертензии пожилых
- изолированной систолической гипертензии

ИПКА Лабораторис Лимитед
Представительство в России
тел. (495) 415-43-05, 415-43-09

Регистрационный номер ПН014736/01-2003 23.12.2008
Информация для специалистов

Одним из эффективных подходов к лечению различных форм ИБС является реваскуляризация миокарда: аортокоронарное шунтирование и ангиопластика с последующим стентированием.

рапии в лечении дислипидемий (Консенсус Консультативного совета экспертов. КВТП 2012;11(4): 85–8). Экспертами было высказано мнение о необходимости оптимизации алгоритма лечения статинами пациентов с очень высоким риском, к которым относятся и больные ИБС. Лечение этих пациентов при отсутствии факторов риска развития миопатий следует начинать с терапевтически эффективных доз статинов, адекватных необходимому снижению ХС-ЛПНП и достижению целевого уровня. При недостаточной эффективности следует проводить дальнейшее титрование дозы статинов или переходить на комбинированную терапию,

ЗА: политаблетки удобны и для врачей, и для пациентов, особенно пожилых, отсюда больше уверенности в том, что все назначенные лекарства принимаются, лучше приверженность пациентов к лечению; цены, особенно при использовании дженериков, более низкие.

ПРОТИВ:

– дозы отдельных лекарств в политаблетке могут быть рассчитаны для общей популяции, но не оптимальны для конкретного больного;

– необходимость различных политаблеток в зависимости от сопутствующих заболеваний у пациента;

Новые технологии лечения сердечно-сосудистых заболеваний: успехи и проблемы



Владимир Павлович Мазаев
д.м.н., проф., руководитель лаборатории эндovasкулярной диагностики и лечения ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» МЗ России, Москва
vpmazaev@gnicpm.ru

– Как известно, существует федеральная программа оказания высокотехнологической медицинской помощи населению с выделением так называемых финансовых квот на определенные виды медицинской деятельности. Как это улучшило и облегчило лечебный и диагностический процесс у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?

С этим вопросом мы обратились к одному из родоначальников проведения ангиографических исследований коронарных артерий в СССР, врачу, на практике доказавшему эффективность новых технологий в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Владимиру Павловичу Мазаеву.

– Безусловно, несмотря на существенные ограничения в списке медицинских наименований при использовании квот, эта программа дала существенный толчок в применении и разработке новых эффективных технологий лечения сердечно-сосудистых заболеваний, и прежде всего коронарной болезни сердца.

– Владимир Павлович, Вы использовали термин «коронарная болезнь сердца», однако чаще применяется «ишемическая болезнь сердца». Почему?

– В дальнейшей нашей беседе я хотел бы обратиться в большей степени к проблеме атеросклероза и в частности стенозирующего процесса в коронарных артериях, именно устранение этой составляющей болезни и является основой эффективности эндovasкулярной интервенции.

– Как необычно: лечение и интервенция. Напомните вкратце суть вмешательства.

– Действительно появилось несколько и других определений одного и того же лечебного процесса на коронарных артериях: такие, как ангиопластика, вазодилатация, реваскуляризация, эндovasкулярное лечение, суть которых – восстановление просвета атеросклеротически суженной коронарной артерии или разрушение и удаление тромба. Вероятно, уже прошло время, когда было необходимо разъяснять, как проводится селективная коронарография и коронарная ангиопластика, т.е. расширенные артерии баллоном с последующей установкой в артерии металлического каркаса – стента. За последние годы сделан удивительный прорыв в технологии выполнения ангиопластики (сразу определимся терминологически: чрескожной коронарной интервенции – ЧКИ). Процедура выполняется как при ограниченных локальных сужениях, так и при распространенном трехсосудистом поражении и при весьма грозном поражении основного ствола левой коронар-

ной артерии, а ранее это считалось «уделом» только больших хирургических операций.

– Какими новыми технологическими решениями располагает отечественная медицина?

– Одним из удручающих моментов применения металлических стентов (теперь их называют голометаллическими) была неспособность предотвратить возврат болезни из-за развития рестеноза в коронарной артерии. Безусловно, следующим революционным шагом было внедрение в практику стентов с антипролиферативным лекарственным покрытием, что значительно улучшило отдаленные результаты лечения. Несмотря на возросшую стоимость нового продукта, выполнение ЧКИ по новым технологиям в рамках квот из бюджета по высокотехнологической медицинской помощи стало реальностью, но не каждому медицинскому учреждению удастся получить квоты в необходимом количестве.

– Какие другие серьезные проблемы необходимо решить для более широкого распространения этого метода?

– Теперь настало время оценить с точки зрения накопленного опыта непосредственную и отдаленную эффективность, целесообразность и безопасность ЧКИ. При всей очевидности положительной клинической эффективности, достигающей при некоторых вариантах болезни 99 %, и низкой вероятности осложнений ЧКИ не может достойно конкурировать с традиционной хирургической операцией, если рас-

считывать с точки зрения отдаленных многолетних исходов у больных с коронарным многососудистым поражением. Другая проблема – необходимость в дорогостоящей двойной антиагрегантной терапии на протяжении более одного года после выполненной ангиопластики. И наконец, насколько ЧКИ способно оказать позитивное влияние на выживаемость больных по сравнению с интенсивной лекарственной терапией.

– В каких клинических случаях преимущество ЧКИ очевидно?

– Безусловно и доказанной многочисленными исследованиями эффективностью ЧКИ является лечение острого инфаркта миокарда, впрочем, как и других форм острого коронарного синдрома. Быстро выполненное разрушение коронарного тромба в сочетании с устранением стеноза и лекарственным стентированием коронарной артерии дает весьма значимое снижение смертности. Результат лечения определяется сроками между появлением первых симптомов и выполнением ЧКИ. Интервал 90 мин считается приемлемым, позже эффективность снижается, а через 12–24 ч вмешательство может оказаться бесполезным.

– Лечение инфаркта миокарда зависит от времени транспортировки больного?

– Да, но не только. Более важной составляющей является быстрая обращаемость пациента за помощью. И в этом плане важна пропаганда знаний среди населения о традиционных факторах риска, на которую в основном направлены ➔5

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

КАРДИОМАГНИЛ® Дарит вам время

Уникальная низкодозовая комбинация АСК и гидроксида магния для первичной и вторичной профилактики тромбообразования

- Антацидный компонент препарата – гидроксид магния снижает ulcerогенное действие кислоты на слизистую желудка*
- Специальные кардиологические дозировки – 75 мг и 150 мг, соответствующие международным стандартам:
 - ацетилсалициловая кислота 75 мг + магния гидроксид 15,2 мг
 - ацетилсалициловая кислота 150 мг + магния гидроксид 30,39 мг

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата. Показания к применению: профилактика ССЗ при наличии факторов риска, тромбоз кровеносных сосудов, тромбоэмболия. Противопоказания: повышенная чувствительность к АСК, вспомогательным веществам препарата и другим НПВП, кровоизлияние в головной мозг, бронхиальная астма, индуцированная приемом салицилатов и НПВП; эрозивно-язвенное поражение ЖКТ (в фазе обострения); желудочно-кишечное кровотечение; тяжелая почечная недостаточность; беременность (I и II триместры); период лактации; возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: таблетки проглатывают целиком, запивая водой. Таблетку можно разломить пополам, разжевать или предварительно растереть. Первичная профилактика ССЗ при наличии факторов риска (например, сахарный диабет, гиперлипидемия, АГ, ожирение, курение, пожилой возраст) – 1 таблетка 150 мг в первые сутки, затем по 1 таблетке 75 мг 1 раз в сутки. Профилактика повторного инфаркта миокарда, тромбоза и тромбоэмболии после хирургических вмешательств на сосудах – 1 таблетка, содержащего АСК в дозе 75–150 мг 1 раз в сутки. Побочное действие: аллергические реакции, тошнота, изжога, болевые ощущения в области живота, вздутие слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, бронхоспазм, повышенная кровоточивость. С осторожностью: при подагре, гиперурикемии, наличии в анамнезе язвенных поражений ЖКТ или желудочно-кишечных кровотечений, почечной или печеночной недостаточности, бронхиальной астмы, сенной лихорадки, полипы носа, аллергических состояниях, во II триместре беременности. Полная информация по препарату в инструкции по медицинскому применению.

* РМЖ. Т 17. №9. 2009 г., Веркин А.Л. –Безопасность и фармакоэкономическая эффективность применения различных препаратов АСК у пациентов с ИБС» с. 1–6.

ООО «Никмед Дистрибушн Сентс»: 119048, Москва, ул. Уснёва, 2, стр. 1, тел./факс: +7 (495) 933 5511. Рег. уд. П № 013875/01. Информация для специалистов здравоохранения. Дата выпуска рекламы: октябрь 2012 г.





Юбилей Р.Г. Оганова

9 декабря выдающемуся врачу-кардиологу, академику РАМН, заслуженному деятелю науки Российской Федерации, лауреату Государственной премии РСФСР в области киноискусства (за цикл фильмов о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний), председателю фонда «Кардиопрогресс», почетному президенту РКО Рафаэлю Гегамовичу Оганову исполнилось 75 лет.

Рафаэль Гегамович окончил два высших учебных заведения с красными дипломами: Государственный институт физической культуры и 2-й Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова.

В 1982 г. Р.Г. Оганов стал директором Института профилактической кардиологии Всесоюзного кардиологического научно-исследовательского центра АМН СССР, который в 1988 г.

был выведен из состава кардиоцентра (по приказу министра здравоохранения СССР Е.И. Чазова), а на его базе был создан Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ) Минздрава России.

Почти 30 лет академик возглавляет научно-исследовательский центр. Благодаря усилиям Рафаэля Гегамовича в стране создается научная школа по профилактической медицине.

Впервые были разработаны программы, позволившие прогнозировать риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на

5–10 лет вперед, программы по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний в детском и подростковом возрасте.

Под руководством академика в России проводились крупные кооперативные программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний (международная программа СИНДИ).

Р.Г. Оганов входит в состав Координационного комитета по созданию новой Европейской модели оценки риска сердечно-

сосудистых заболеваний SCORE, которая в настоящее время широко используется в европейских странах, включая Россию.

Рафаэль Гегамович – автор и соавтор более 400 научных работ, 16 книг и монографий, 8 патентов, главный редактор журналов «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», «Рациональная фармакотерапия в кардиологии», «Профилактическая Медицина», главный редактор газеты «Кардиология сегодня», член редколлегии журнала «Кардиология».

С юбилеем, уважаемый Рафаэль Гегамович!

ИНТЕРВЬЮ

Новые технологии лечения сердечно-сосудистых заболеваний: успехи и проблемы

➔ 4 усилия профилактической медицины. Знание элементарных клинических проявлений болезни также играет важнейшую роль. Следующий момент – адекватное и быстрое решение проблемы, включая своевременную диагностику всем комплексом «скорой помощи». Наконец, последнее – достаточное количество подготовленных к круглосуточной работе интервенционных медицинских центров «шаговой доступности», имеющихся в виду «шаги» скорой помощи.

– В нашей беседе Вы затронули тему атеросклероза и тромбоза. Какие должны быть предприняты действия по предотвращению прогрессирования нарушения после ЧКИ?

– Важно иметь в виду и донести это до пациента, что наблюдение и лечение на этом не заканчивается. Атеросклероз, как процесс в целом, так и в коронарных артериях, зависит от многих факторов, борьбу с которыми необходимо проводить постоянно. К пациентам с традиционными факторами риска относятся прежде всего лица с сахарным диабетом и дислипидемиями, и им нужно уделить особое внимание. Между тем идет непрерывный поиск медикаментозных средств, приводящих к регрессии атеросклероза, но это касается только начального или умеренно выраженного процесса. Наибольшую опасность представляет вероятность тромбоза как установленного стента, так и других участков коронарного русла как отражение общего процесса атеросклероза.

Высока значимость антиагрегантной терапии, включающей как традиционные препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), так и новые антиагреганты, постоянно появляющиеся и находящиеся в непрерывном процессе исследования для доказательности. Совершенно очевидно, что двойная антиагрегантная терапия необходима и, чем дольше она применяется, тем надежней результат.

– Удивительно, что среди разнообразия лекарственных препаратов Вы упомянули лишь АСК. Может ли быть этим средством кардиомагнил?

– Применение АСК имеет длинную историю, и трудно назвать другое вещество, сохраняющее востребованность на протяжении десятилетий и, самое главное, с доказанной эффективностью, подтвержденной серьезными исследованиями. Кардиомагнил – один из препаратов с хорошо продуманной дозировкой АСК и включенным компонентом, что обеспечивает целесообразность его применения при сердечно-сосудистых заболеваниях.

– Имеются ли другие менее «раскрученные» методы эндоваскулярных вмешательств?

– Если не рассматривать эндоваскулярное лечение в других артериях (сонных, почечных, ног) и эндопротезирование аорты, где также достигнуты удивительные результаты, следует остановиться на совершенно новом методе лечения аортального порока сердца. Ранее использованный метод баллонирования аортального клапана при стенозе не давал надежных результатов и рассматривался как этап перед хирургическим лечением. Теперь на основе ранее разработанных технологичных решений по изготовлению металлических сосудистых каркасов – стентов – созданы складывающиеся и расправляемые аортальные клапаны, которые можно внедрять через периферическую бедренную артерию так же, как выполняется коронарография и ЧКИ, без хирургического вмешательства. Этому методу сейчас уделяется наибольшее внимание в международном кардиологическом сообществе.

– Уважаемый Владимир Павлович, благодарю Вас за интересную беседу.

Беседу записала
Татьяна ВЛАДИМИРОВА

ГЕМАПАКСАН

ЭНОКСАПАРИН НАТРИЯ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Европейское производство
- Доступная цена
- Удобство применения
- Доказанная безопасность

ITALFARMACO
Представительство ИТАЛФАРМАКО С.п.А. в России:
Москва, 119002, Глазовский пер., д.7, оф.12
Телефон: (495) 933-1458, факс: (495) 626-5658
www.italfarmaco.ru

Информация для специалистов здравоохранения.
Имеется противопоказание. Полная информация о препарате в инструкции по применению.

Регистрационный номер: ЛС-010223/06 от 19.12.2006 г.

КАРДИОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

2013

январь	31.01 – 02.02	7-я Международная конференция по клеточной терапии сердечно-сосудистых заболеваний	МОСКВА Россия	
	31.01–03.02	Актуальные вопросы кардиологии – 2013.	БАРСЕЛОНА Испания	www.scardio.ru
февраль	10.02–15.02	Актуальные вопросы кардиологии – 2013. ESC-обновление программы: 20-е Международные курсы для аспирантов по сердечно-сосудистым заболеваниям		http://www.escardio.org/EDUCATION/Pages/welcome.aspx
	13.02–16.02	Глобальная научная деятельность Европейского общества кардиологов. 24-я ежегодная конференция Ассоциации сердца Саудовской Аравии	ЭР-РИЯД Саудовская Аравия	
	17.02–22.02	Всемирный конгресс детских кардиологов и кардиохирургов (WCPCCS)	КЕЙПТАУН ЮАР	www.scardio.ru
	21.02–24.02	Глобальная научная деятельность Европейского общества кардиологов. Конгресс Азиатско-Тихоокеанского общества кардиологов	Паттайа Таиланд	
март	21.03.–22.03.	X Российская научная конференция (РосОКР) с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии»	МОСКВА Россия	www.ROSOKR.ru
	22.03–23.03	Ежегодный весенний съезд медицинских сестер кардиологического профиля	ГЛАЗГО Шотландия	ccnap@escardio.org
	26.03–28.03	Московский международный форум кардиологов	МОСКВА Россия	www.cardioprogress.ru
апрель	03.04–4.04	Научно-практическая конференция с международным участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация – 2013»	МОСКВА Россия	cardioprevent@gnicpm.ru
	04.04–6.04	Образовательный форум «Российские дни сердца»	МОСКВА Россия	www.scardio.ru
	15.04–19.04	XX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»	МОСКВА Россия	http://www.medlife.ru/
	18.04–20.04	EuroPrevent Конгресс Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике и реабилитации	РИМ Италия	europrevent@escardio.org http://www.escardio.org/congresses/europrevent-2013/Documents/second-announcement.pdf
	22.04–23.04	60-я международная конференция Общества кардиологов Израиля совместно с Обществом сердечно-торакальной хирургии Израиля	ИЕРУСАЛИМ Израиль	www.israelheart.com
май	05.05–08.05	Международная конференция по нейрокибернетике (ICNC). МР-томография и КТ сердца	БЕРЛИН Германия	icnc@escardio.org
	16.05–17.05	Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России», посвященная 25-летию создания Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации	МОСКВА Россия	http://www.gnicpm.ru
	21.05–24.05	EuroPCR Вмешательство/ официальный конгресс Ассоциации чрескожной сердечно-сосудистой хирургии	ПАРИЖ Франция	europcr@europa-organisation.com

Я Н В А Р Ь							Ф Е В Р А Л Ь							М А Р Т						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6					1	2	3					1	2	3
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31				25	26	27	28				25	26	27	28	29	30	31
И Ю Л Ь							А В Г У С Т							С Е Н Т Я Б Р Ь						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4							1
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
29	30	31					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ

май	22.05–24.05	IV Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук» совместно с VIII Международным симпозиумом по эхокардиографии и сосудистому ультразвуку и XX ежегодной научно-практической конференцией «Актуальные вопросы кардиологии»	ТЮМЕНЬ Россия	science@cardio.tmn.ru
	25.05–28.05	Сердечная недостаточность	ЛИССАБОН Португалия	HFsecretariat@escardio.org
июнь	02.06–05.06	81-й конгресс Европейского общества по изучению атеросклероза	ЛИОН Франция	http://eas.kenes.com/
	14.06–17.06	23-е совещание Европейского общества по гипертензии и сердечно-сосудистой профилактике	МИЛАН Италия	
		Всемирный конгресс по гипертензии	СТАМБУЛ Турция	http://www.whc2013.org/
	23.06–26.06	«Сердечный ритм». 17-й съезд Европейского общества сердечного ритма (European Heart Rhythm Association - EHRA)	АФИНЫ Греция	europace@escardio.org http://www.escardio.org/congresses/ehra-europace-2013/Pages/welcome.aspx http://www.cardioschool.ru/news/338
июль	29.07–04.07	XXIV Конгресс Международного общества по изучению тромбозов и гемостаза	АМСТЕРДАМ Нидерланды	http://www.7884422.ru/business/conference_detail.php?ELEMENT_ID=8181
август	31.08–04.09	Конгресс Европейского общества кардиологов	АМСТЕРДАМ Нидерланды	congress@escardio.org
сентябрь	25.09–27.09	Российский национальный конгресс кардиологов	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ Россия	www.scardio.ru
октябрь	06.09–09.10	Венецианский конгресс по аритмии сердца – 2013	ВЕНЕЦИЯ Италия	http://www.venicearrhythmias.org
	10.10–11.10	IV Центральнo-российская конференция по антимикробной терапии	ВОРОНЕЖ Россия	
	12.10–14.10	Лечение острой сердечной недостаточности	МАДРИД Испания	euroACCsecretariat@escardio.org
	13.10–16.10	10-й Международный конгресс по ишемической болезни сердца	ФЛОРЕНЦИЯ Италия	
декабрь	10.12–14.12	EUROECHO Визуализация сердца	СТАМБУЛ Турция	euroecho@escardio.org

А П Р Е Л Ь							М А Й							И Ю Н Ь						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5						1	2
8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
29	30						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30
О К Т Я Б Р Ь							Н О Я Б Р Ь							Д Е К А Б Р Ь						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6					1	2	3							1
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					

Что такое аритмогенная дисплазия правого желудочка? Новые подходы к диагностике



Елена Валерьевна Пармон

к.м.н., врач-кардиолог, директор НОЦ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии», СПб
parmon@almazovcentre.ru

➔ 1 Патология характеризуется фибро-жировым замещением миокарда преимущественно ПЖ, клинически манифестирует нарушениями ритма сердца в виде желудочковой экстрасистолии и правожелудочковой тахикардии с высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС) у лиц молодого возраста, спортсменов; является вариантом кардиомиопатии (согласно классификации ВОЗ). Термин «аритмогенная дисплазия ПЖ» был предложен G. Fontaine в 1977 г., а в 1982 г.

Аритмогенная кардиомиопатия/дисплазия правого желудочка (АК/ДПЖ) – заболевание часто наследственное, которое характеризуется фибро-жировым замещением миокарда преимущественно правого желудочка, и клинически манифестирует нарушениями ритма сердца в виде желудочковой экстрасистолии и правожелудочковой тахикардией с высоким риском внезапной сердечной смерти у лиц молодого возраста и спортсменов; является вариантом кардиомиопатии (ВОЗ).

F.I. Marcus предложил термин «аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия» или «аритмогенная болезнь ПЖ». В настоящее время используются оба термина. Распространенность АК/ДПЖ изучена мало в связи с тем, что начало заболевания часто протекает бессимптомно. Большой интерес к изучению АК/ДПЖ связан именно с высокой вероятностью ВСС (до 17 % всех внезапных смертей у молодых). Самая высокая встречаемость АК/ДПЖ в Италии: 40 на 10 тыс., и там заболевание занимает первое место среди причин ВСС у молодых. В среднем встречаемость АК/ДПЖ составляет 6 на 10 тыс. населения, чаще болеют мужчины (3:1), вероятность ВСС в течение года равна 0,08–9 %.

Различают 3 стадии заболевания: скрытая (ранняя) фаза, когда критерии АК/ДПЖ еще невозможно выявить и нет симптомов заболевания; «электрическая» фаза, когда появляется аритмия, но нет признаков сердечной недостаточности, и заключительная стадия – бивентрикулярная сердечная недостаточность, практически не отличимая от дилатационной кардиомиопатии. При АК/ДПЖ эпизоды желудочковой тахикардии (ЖТ) часто хорошо переносятся вследствие сохраненной функции левого желудочка (ЛЖ). Наибольшие морфологические изменения происходят в зоне так называемого треугольника дисплазии: участка, расположенного между входным, выходным трактами и верхушкой ПЖ. При левожелудочковых формах заболевания чаще поражается заднелатеральная стенка ЛЖ.

В настоящий момент выявлено 8 генов, кодирующих преимущественно десмосомальные белки (плакофиллин-2, десмоплакин и др.). Эти гены ассоциированы с аутосомно-доминантным типом наследования. Еще 4 гена картированы, но не идентифицированы. В редких и атипичных случаях АК/ДПЖ (АК/ДПЖ-2) с минимальными изменениями ПЖ и полиморфными желудочковыми аритмиями была обнаружена

мутация гена, кодирующего рианодинные рецепторы (RyR2); этот ген задействован и в катехоламинергической полиморфной ЖТ. Описаны 2 гена, ассоциированных с аутосомно-рецессивным типом наследования. Мутация гена, кодирующего цитоскелетный белок плакоглобин, приводит к возникновению болезни Naxos – синдромальный вариант АК/ДПЖ у лиц с ладонно-подошвенным кератозом и вьющимися волосами. Эта патология была впервые описана среди пациентов, рожденных от кровных родственников представителей населения греческого острова Naxos. Она возникает вследствие гомозиготных мутаций адгерентного связывающего белка плакоглобина. Второй аутосомно-рецессивный синдром, протекающий с нарушениями и в ПЖ, и в ЛЖ, был назван синдромом Carvajal, возникает вследствие гомозиготной мутации десмоплакина.

Диагноз АК/ДПЖ базируется на совокупности структурных, гистологических, электрокардиографических и генетических

факторов. Дифференциальный диагноз АК/ДПЖ необходимо проводить в основном с идиопатической тахикардией выходного тракта ПЖ.

W.J. McKenna и соавт. в 1994 г. предложили диагностические критерии АК/ДПЖ, среди которых выделяют большие и малые. Критерии McKenna использовались на протяжении 16 лет, они были высокоспецифичны, однако обладали крайне низкой чувствительностью, особенно для ранних стадий и семейных форм заболевания. Кроме того, с помощью этих критериев не мог быть поставлен диагноз при ранних проявлениях левожелудочковых форм заболевания, которое встречается нередко. Нельзя не учесть появления новых диагностических возможностей. О необходимости пересмотра критериев стали говорить с начала 2000-х годов. Но окончательным толчком к предложению новых критериев послужило опубликование в 2009 г. результатов североамериканского исследования АК/ДПЖ.

И в 2010 г. группой международных исследователей были предложены новые рекомендации для диагностики АК/ДПЖ, базирующиеся на тех же количественных сочетаниях больших и малых признаков, но уже с учетом использования новых методов диагностики и изменения критериев постановки диагноза (см. таблицу). Новые критерии были получены благодаря математическому мультианализу специфичности и чувствительности диагностических данных пациентов с АК/ДПЖ в сравнении со здоровыми субъектами и в зависимости

В 2010 году группой международных исследователей были предложены новые рекомендации для диагностики АК/ДПЖ, базирующиеся на тех же количественных сочетаниях больших и малых признаков, но уже с учетом использования новых методов диагностики и изменения критериев постановки диагноза.

Хочется отметить, что использование новых критериев постановки диагноза АК/ДПЖ приведет к более точной диагностике заболевания у большего числа пациентов (включая родственников первой и второй линии), использованию новых методик, более тщательному анализу ЭКГ, динамическому наблюдению.

от полученных величин были разделены на большие и малые. Помимо новых критериев диагностики, обращает на себя внимание появление новых категорий диагноза: пограничный и вероятный (см. примечание к таблице).

Чем же отличается новое руководство по диагностике АК/ДПЖ от предыдущего? Прежде всего следует подчеркнуть, что большая роль в диагностике отводится электрокардиографическим (ЭКГ) признакам АК/ДПЖ. Дело в том, что очень часто ЭКГ-изменения и аритмия предшествуют морфологическим изменениям миокарда. Именно они помогают задуматься о возможном диагнозе АК/ДПЖ. Причем важно учитывать как изменения реполяризации (рано возникающие и высокочувствительные), так и изменения деполаризации в грудных отведениях, большой критерий которых – это появление волны эпсилон. В новом руководстве даны ее четкие характеристики: волна эпсилон – воспроизводимые низкоамплитудные сигналы между концом QRS-комплекса и началом волны Т. Кроме того, изменился возраст, после которого необходимо учитывать изменения над областью ПЖ (с 12 на 14 лет), ведь известно, что детская ЭКГ-картина может демонстрировать такие особенности правых грудных отведений и в норме. В отношении наблюдаемой аритмии даны более четкие ее векторальные критерии, свидетельству-

емость как постоянного динамического наблюдения пациентов с предполагаемым диагнозом АК/ДПЖ, так и тщательного анализа всех ранее зарегистрированных электрокардиограмм у пациента.

Для оценки глобальной или региональной дисфункции и структурных изменений ПЖ в новом руководстве появились новые количественные критерии оценки его объема и функции. Наконец, заняла свое место ЭхоКГ с четкими количественными критериями. Также количественные критерии появились и при анализе данных МРТ, проведение которой целесообразно у пациентов с желудочковой аритмией в тех случаях, когда ЭхоКГ не обеспечивает точную оценку состояния функции желудочков и/или их структурных изменений (класс Па, уровень доказательности В) (ACC/ANA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). Следует помнить, что положительные МРТ-находки, базирующиеся на настоящих критериях, должны использоваться как дополнительные критерии для клинической диагностики АК/ДПЖ, хотя отрицательные результаты не могут исключить АК/ДПЖ. После внедрения в практику режима жироподавления в МРТ в комбинации с обычным режимом АК/ДПЖ начала диагностироваться все чаще благодаря улучшению визуализации жирового

Новый подход подчеркивает важность обследования родственников особенно первой линии, так как положительный генетический диагноз АК/ДПЖ изменяет вероятность постановки диагноза пробанду с 1:1000 или 1:5000 до 1:2.

и фибро-жирового замещения, что привело к гипердиагностике заболевания. Чувствительность и специфичность МРТ, по данным разных авторов, варьируют от 22 до 100 %. Более того, A. Virke с коллегами в 1998 г. продемонстрировал, что значительная жировая инфильтрация наблюдается более чем в 50 % нормальных сердец в пожилом возрасте. В руководстве 2010 г. факт обнаружения патологической жировой ткани при МРТ уже отсутствует и введены количественные критерии в сочетании с особенностями сокращения ПЖ для снижения гипердиагностики заболевания.

В новом руководстве сформулировано более ясное отношение к данным, полученным при эндомикардиальной биопсии (ЭМБ). Если раньше говорили о «фибро-жировом замещении миокарда», сейчас уже речь идет о четком количественном анализе биоптата. Для постановки диагноза количество остаточных миоцитов при морфометрическом анализе должно быть < 60 % (или предположительно < 50 %) с фиброзным замещением свободной стенки миокарда ПЖ в 1 или более образце с жировым замещением ткани или без такового. Так как высока вероятность ложноотрицательных результатов, связанных с неточностью зоны забора биоптата, ряд исследователей возлагает большие надежды на использование элек-

и фибро-жирового замещения, что привело к гипердиагностике заболевания. Чувствительность и специфичность МРТ, по данным разных авторов, варьируют от 22 до 100 %. Более того, A. Virke с коллегами в 1998 г. продемонстрировал, что значительная жировая инфильтрация наблюдается более чем в 50 % нормальных сердец в пожилом возрасте. В руководстве 2010 г. факт обнаружения патологической жировой ткани при МРТ уже отсутствует и введены количественные критерии в сочетании с особенностями сокращения ПЖ для снижения гипердиагностики заболевания.

В новом руководстве сформулировано более ясное отношение к данным, полученным при эндомикардиальной биопсии (ЭМБ). Если раньше говорили о «фибро-жировом замещении миокарда», сейчас уже речь идет о четком количественном анализе биоптата. Для постановки диагноза количество остаточных миоцитов при морфометрическом анализе должно быть < 60 % (или предположительно < 50 %) с фиброзным замещением свободной стенки миокарда ПЖ в 1 или более образце с жировым замещением ткани или без такового. Так как высока вероятность ложноотрицательных результатов, связанных с неточностью зоны забора биоптата, ряд исследователей возлагает большие надежды на использование элек-

Что такое аритмогенная дисплазия правого желудочка? Новые подходы к диагностике

8 Критерии диагностики АК/ДПЖ 2010 г. в сравнении с критериями диагностики АК/ДПЖ 1994 г.

Критерии диагностики АК/ДПЖ 1994 г. (W.J. McKenna и соавт.).	Критерии диагностики АК/ДПЖ 2010 г. (E.I. Marcus и соавт.).	Критерии диагностики АК/ДПЖ 1994 г. (W.J. McKenna и соавт.).	Критерии диагностики АК/ДПЖ 2010 г. (E.I. Marcus и соавт.).
I. Глобальная или региональная дисфункция и структурные изменения*		IV. Изменения деполяризации/проведения	
<p>Большие</p> <ul style="list-style-type: none"> Значительная дилатация и снижение ФВ ПЖ без или с незначительными изменениями ЛЖ Локальные аневризмы ПЖ (участки акинезии или дискинезии с диастолическим выбуханием) Значительная сегментарная дилатация ПЖ <p>Малые</p> <ul style="list-style-type: none"> Умеренная глобальная дилатация ПЖ и/или снижение ФВ при нормальном ЛЖ Умеренная сегментарная дилатация ПЖ Регионарная гипокинезия ПЖ 	<p>С помощью 2D-ЭхоКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> Регионарная акинезия, дискинезия или аневризма И 1 из следующих критериев (позднедиастолических): <ul style="list-style-type: none"> PLAX RVOT ≥ 32 мм (корректированный в соответствии с размером тела [PLAX/BSA] ≥ 19 мм/мм²); PLAX RVOT ≥ 36 мм (корректированный в соответствии с размером тела [PLAX/BSA] ≥ 21 мм/мм²); или фракционное изменение площади ≤ 33 % <p>С помощью МРТ</p> <ul style="list-style-type: none"> Регионарная акинезия или дискинезия или диссинхронизм сокращения ПЖ И 1 из следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> отношение конечно-диастолического объема ПЖ к площади поверхности тела (BSA) ≥ 110 mL/m² (мужчины) или ≥ 100 mL/m² (женщины); или ФВ ПЖ ≤ 40 % <p>С помощью ангиографии ПЖ</p> <ul style="list-style-type: none"> Регионарная акинезия, дискинезия или аневризма ПЖ <p>С помощью 2D-ЭхоКГ</p> <ul style="list-style-type: none"> Регионарная акинезия или дискинезия И 1 из следующих критериев (позднедиастолических): <ul style="list-style-type: none"> PLAX RVOT ≥ 29 мм до < 32 мм (корректированный в соответствии с размером тела [PLAX/BSA] ≥ 16 до 19 мм/мм²); PLAX RVOT ≥ 32 до < 36 мм (корректированный в соответствии с размером тела [PLAX/BSA] ≥ 18 до < 21 мм/мм²); или фракционное изменение площади > 33 % до ≤ 40 % <p>С помощью МРТ</p> <ul style="list-style-type: none"> Регионарная акинезия или дискинезия или диссинхронизм сокращения ПЖ И 1 из следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> отношение конечно-диастолического объема ПЖ к площади поверхности тела (BSA) ≥ 100 до < 110 mL/m² (мужчины) или ≥ 90 до < 100 mL/m² (женщины); или ФВ ПЖ > 40 % до ≤ 45 % 	<p>Большие</p> <ul style="list-style-type: none"> Волны эpsilon или увеличение длительности комплекса QRS (> 110 мс) в правых прекардиальных отведениях (V1–V3). <p>Малые</p> <ul style="list-style-type: none"> Поздние потенциалы желудочков (СУ–ЭКГ) 	<ul style="list-style-type: none"> Эпсилон-волна (воспроизводимые низкоамплитудные сигналы между концом комплекса QRS до начала волны T) в правых прекардиальных отведениях (V1–V3) Поздние потенциалы при СУ–ЭКГ ≥ 1 из 3 параметров в отсутствие продолжительности QRS ≥ 110 мс при стандартной ЭКГ Продолжительность фильтрованного QRS (fQRS) ≥ 114 мс Продолжительность терминального QRS < 40 μV (продолжительность низкоамплитудного сигнала) ≥ 38 мс Среднеквадратичный вольтаж терминального QRS ≤ 20 μV Продолжительность терминальной активации QRS ≥ 55 мс, измеренная от зубурины S волны до окончания QRS, включая R' в V1, V2 или V3 при отсутствии полной блокады ПНПГ
II. Характеристика ткани стенки		V. Аритмии	
<p>Большие</p> <ul style="list-style-type: none"> Фиброзно-жировое замещение миокарда при ЭМБ <p>Малые</p>	<ul style="list-style-type: none"> Остаточные миоциты < 60 % при морфометрическом анализе (или предположительно < 50 %) с фиброзным замещением свободной стенки миокарда ПЖ в ≥ 1 образце, с жировым замещением ткани или без такового при ЭМБ Остаточные миоциты 60–70 % при морфометрическом анализе (или предположительно 50–65 %) с фиброзным замещением свободной стенки миокарда ПЖ в ≥ 1 образце, с жировым замещением ткани или без такового при ЭМБ 	<p>Большие</p> <ul style="list-style-type: none"> ЖТ по типу блокады ЛНПГ (устойчивая и неустойчивая) (ЭКГ, ХМ ЭКГ, физическая нагрузка) Частая желудочковая экстрасистолия (> 1000 за 24 ч) (ХМ ЭКГ) 	<ul style="list-style-type: none"> Неустойчивая или устойчивая ЖТ с морфологией блокады ЛНПГ и отклонением ЭОС вверх (отрицательный или неопределенный QRS в отведениях II, III и AVF и положительный в отведении aVL). Неустойчивая или устойчивая ЖТ с конфигурацией ЖТ выходного тракта ПЖ, с морфологией блокады ЛНПГ и отклонением ЭОС вниз (положительный QRS в отведениях II, III и AVF и отрицательный в отведении aVL) или неопределенной оси Более 500 желудочковых экстрасистол за 24 ч при ХМ ЭКГ
III. Изменения реполяризации		VI. Семейный анамнез	
<p>Большие</p> <p>Малые</p> <ul style="list-style-type: none"> Инверсия Т-волны в правых прекардиальных отведениях (V2 и V3) у пациентов старше 12 лет при отсутствии блокады ПНПГ 	<ul style="list-style-type: none"> Инвертированные волны T в правых прекардиальных отведениях (V1, V2 и V3) и ниже у пациентов старше 14 лет, при отсутствии полной блокады ПНПГ ≥ 120 мс Инвертированные волны в отведениях V1, V2 у пациентов старше 14 лет (при отсутствии полной блокады ПНПГ) или в отведениях V4, V5, V6 Инвертированные волны в отведениях V1, V2, V3 и V4 у пациентов старше 14 лет при наличии полной блокады ПНПГ 	<p>Большие</p> <ul style="list-style-type: none"> Семейный анамнез: ВС у родственников < 35 лет с предполагаемой АК/ДПЖ Данные семейного анамнеза (клинический диагноз, основанный на настоящих критериях) 	<ul style="list-style-type: none"> АК/ДПЖ, подтвержденная по существующим критериям у родственников первой линии АК/ДПЖ, подтвержденная патологоанатомически при аутопсии или операции у родственников первой линии Идентификация патологической мутации, ассоциированной или возможно ассоциированной с АК/ДПЖ при обследовании пациента Анамнез АК/ДПЖ у родственников первой линии, однако невозможно практически установить, отвечает ли он настоящим критериям Семейный анамнез ВС у родственников первой линии < 35 лет с предполагаемой АК/ДПЖ АК/ДПЖ, подтвержденная патологоанатомически или по существующим критериям у родственников второй линии

Примечания: ФВ – фракция выброса, PLAX (parasternal long-axis view) – изображение по парастеральной длинной оси, BSA (body surface area) – площадь поверхности тела, PSAX (parasternal short-axis view) – изображение по парастеральной короткой оси, ЭМБ – эндокардиальная биопсия, МРТ – магнито-резонансная томография, ПНПГ – правая ножка пучка Гиса, ЛНПГ – левая ножка пучка Гиса, СУ–ЭКГ – сигнал-усредненная электрокардиограмма, ЖТ – желудочковая тахикардия, ХМ ЭКГ – холтеровское мониторирование электрокардиограммы, ЭОС – электрическая ось сердца.

Диагноз по критериям 1994 г. ставится по наличию 2 больших или 1 большого + 2 малых критерия или 4 малых критериев из различных групп.

Диагноз по критериям 2010 г. ставится по наличию 2 больших или 1 большого + 2 малых критерия или 4 малых критериев из различных групп. Пограничный диагноз: 1 большой и 1 малый или 3 малых критерия из различных категорий. Возможный диагноз: 1 большой или 2 малых критерия из различных категорий.

* В руководстве 2010 г. гипокинезия не включена в этот и другие критерии определения регионарной патологии движения стенки.

Патологическая мутация – изменение ДНК, ассоциированное с АК/ДПЖ, которое изменяет или предположительно изменяет кодируемый белок. Она наблюдается редко или не наблюдается вовсе в большой контрольной популяционной группе лиц без АК/ДПЖ. Она изменяет или предположительно изменяет структуру или функцию белка и демонстрирует связь с фенотипом заболевания у пробанда. Наиболее полные алгоритмы протоколов ЭКГ, ЭХЛ, МРТ, СУ–ЭКГ приводятся на <http://arvd.org/>

троанатомического картирования для идентификации возможных патологических зон. Определенные ограничения ЭМБ связаны с тем, что биопсия свободной стенки ПЖ имеет пусть малый, но все же риск перфорации, и биопсия межжелудочковой перегородки редко обнаруживает какие-либо патологические изменения. Однако не следует забывать, что ЭМБ может диагностировать и другие заболевания, такие как миокардит, саркоидоз и др., а визуализация снижения числа миоцитов и их фиброзно-жировое замещение будут ценным диагностическим критерием постановки диагноза АК/ДПЖ.

Новый подход подчеркивает важность обследования родственников особенно первой линии, так как положительный генетический диагноз АК/ДПЖ изменяет вероятность постановки диагноза пробанду с 1:1000 или 1:5000 до 1:2. К большим критериям относятся данные, полученные не только с помощью патологоанатомического исследования или при операции, но также и с помощью всех перечисленных неинвазивных методик и генетического обследования. Генетический анализ может быть полезным для обнаружения левожелудочковых форм заболевания, для которых характерны изменения зубца T в ниж-

небоковой стенке ЛЖ, желудочковая эктопия или тахикардия с морфологией полной блокады правой ножки пучка Гиса и эпизодически среднемиокардиальное позднее контрастирование при МРТ.

И наконец хочется отметить, что использование новых критериев постановки диагноза АК/ДПЖ приведет к более точной диагностике заболевания у большего числа пациентов (включая родственников первой и второй линии), использованию новых методик, более тщательному анализу ЭКГ, динамическому наблюдению. В свою очередь, более точная диагностика расширит

наше представление о АК/ДПЖ и будет способствовать правильному ведению таких пациентов и полноценной первичной профилактике ВСС. При этом необходимо помнить, что использование новых критериев лишь только приближает нас к пониманию истинного диагноза, так как все используемые методики имеют свои ограничения, которые будут нивелироваться с прогрессом медицины. На конгрессе «Кардиостим–2012» E.I. Marcus уже говорил о необходимости учета результатов двух кардиовизуализирующих методик (МРТ и ЭхоКГ) в совокупности, это позволит еще снизить гипердиагностику, борьба с которой не прекращается.

Метаболическая терапия в кардиологии: перспективные направления применения отечественного препарата Тридукард МВ



Мехман Ниязи оглы Мамедов
Шеф-редактор газеты «Кардиология сегодня», д.м.н., проф., вице-президент фонда «Кардиопрогресс», член Правления РКО

➔ **1** Улучшение обменных процессов в миокарде в условиях хронической гипоксии способствует увеличению эффективности антиангинальной терапии, предупреждению развития дистрофических изменений и замедлению развития клинических осложнений атеросклероза.

В группе метаболических препаратов хорошо известен триметазидин. Метаболический эффект достигается за счет ингибирования окисления жирных кислот и повышения аэробного гликолиза, что приводит к увеличению внутриклеточного содержания аденозинтрифосфата (АТФ) при гипоксических состояниях, к числу которых относится и ишемия миокарда.

Рандомизированные клинические исследования продемонстрировали, что включение

Российская фармкомпания «Северная звезда» представила на рынке новый дженерик триметазидина – Тридукард МВ. Препарат имеет два преимущества: входящий в состав препарата в качестве основного компонента триметазидин (35 мг) высвобождается модифицированно – медленно; производство препарата отвечает всем требованиям международной системы GMP.

триметазидина в комплексную антиангинальную терапию улучшает переносимость физической нагрузки. Препарат потенцирует действие кардиотропных средств (бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, нитратов), что имеет значение при лечении ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической недостаточности, в том числе у пожилых пациентов.

Триметазидин не влияет на гемодинамику (на частоту сердечных сокращений и уро-

вень артериального давления), это делает его препаратом выбора в случаях, когда применение традиционных препаратов затруднительно, например, у пациентов с брадиаритмиями, нарушениями атриовентрикулярной проводимости, синдромом слабости синусового узла, когда использование бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция небезопасно. В целом триметазидин не влияет на автоматизм и проводимость.

При сочетании ИБС и сахарного диабета триметазидин активизирует в миокарде метаболизм глюкозы. Преимущественное использование в качестве энергетического субстрата глюкозы вместо свободных жирных кислот может оказать дополнительный эффект при лечении больных сахарным диабетом и кардиомиопатией.

Метаболическая терапия с применением триметазидина представляется особенно перспективной у пациентов пожилого возраста со значительным стенозом коронарных артерий, эпизодами безболевого ишемии и при хронической сердечной недостаточности ввиду ее безопасности.

В последние годы врачи отдают предпочтение метаболическим препаратам медленно высвобождения с системными эффектами. Во-первых, это пролонгирует действие активного вещества, во-вторых уменьшает

количество принимаемых препаратов, что, безусловно, положительно влияет на приверженность к терапии в условиях коморбидности патологий.

Отечественный новый метаболический препарат Тридукард МВ: общая характеристика

Российская фармацевтическая компания «Северная звезда» представила на рынке новый дженерик триметазидина – Триду-

Стоимость курсовой терапии Тридукарда МВ 35 мг значительно дешевле по сравнению с оригинальным препаратом. Так, разница при 6-месячной курсовой терапии между препаратами составляет 2400 руб., при 12-месячной терапии – 4800 руб., а при 24-месячной терапии эта цифра увеличивается до 9600 руб.

кард МВ. Препарат имеет два преимущества. Во-первых, входящий в состав препарата в качестве основного компонента триметазидин (35 мг) благодаря наличию гидрофильного матрикса высвобождается модифицированно – медленно. По сравнению с обычной формой модифицированное высвобождение обеспечивает не только повышение концентрации триметазидина

клеточного ацидоза и повреждающего действия свободных радикалов. Это, в свою очередь, приводит к нормализации функционирования ионных каналов мембран и концентрации фосфатов при ишемии миокарда и реперфузии. При этом Тридукард МВ 35 предотвращает активацию нейтрофилов в зоне ишемии. В совокупности эти эффекты способствуют статистически до-

Тридукард с модифицированным высвобождением обеспечивает кардиопротекцию в течение 24 часов, его концентрация в плазме крови сохраняется в утренние часы (период наибольшей частоты развития ишемических приступов).

в плазме крови, но и увеличение периода его устойчивой концентрации. В конечном итоге Тридукард с модифицированным высвобождением обеспечивает кардиопротекцию в течение 24 часов, его концентрация в плазме крови сохраняется в утренние часы (период наибольшей частоты развития ишемических приступов).

Во-вторых, производство препарата отвечает всем требованиям международной системы GMP, что гарантирует его качество. В серии фармакокинетических исследований (2009 г.) показано, что отечественный Тридукард МВ 35 мг имеет полную биоэквивалентность оригинальному препарату Предуктал МВ 35 мг. Однако стоимость курсовой терапии Тридукарда МВ 35 мг

стоверному уменьшению частоты приступов стенокардии. По данным клинических исследований, через 2 недели лечения повышается толерантность к физической нагрузке, снижаются лабильные изменения артериального давления. В кардиологии Тридукард широко применяется в составе комплексной терапии у пациентов с ИБС для профилактики приступов стенокардии и улучшения качества жизни больных.

Препарат также доказал свою эффективность в неврологии для лечения головокружения сосудистого происхождения, некоторых лор-заболеваний, включая кохлеовестибулярные нарушения ишемической природы (улучшает слух, снижает шум в ушах), а также при лечении хориорети-

Наряду с этим, как показали многочисленные клинические наблюдения, препарат имеет высокий профиль безопасности. Побочные действия минимальные: аллергическая реакция, редко со стороны желудочно-кишечного тракта (гастралгия, тошнота, рвота), головная боль.

значительно дешевле по сравнению с оригинальным препаратом. Так, разница при 6-месячной курсовой терапии между препаратами составляет 2400 руб., при 12-месячной терапии – 4800 руб., а при 24-месячной терапии эта цифра увеличивается до 9600 руб.

Фармакологические свойства и области применения Тридукарда МВ

Результаты экспериментальных и клинических исследований позволяют рассуждать о комплексном воздействии Тридукарда МВ 35 мг на организм на тканевом и клеточном уровнях. Цитопротективный эффект препарата обусловлен активацией окислительного декарбоксилирования и рационализацией потребления кислорода. Тридукард предотвращает внутриклеточное истощение АТФ и фосфокреатинина, что позволяет поддерживать сократимость миокарда. Наряду с этим препарат оптимизирует метаболизм и функцию кардиомиоцитов и нейронов головного мозга. Антиишемический эффект Тридукарда МВ 35 мг также обусловлен уменьшением внутри-

нальных сосудистых нарушений (восстанавливает функциональную активность сетчатки) в офтальмологической практике.

Наряду с этим, как показали многочисленные клинические наблюдения, препарат имеет высокий профиль безопасности. Побочные действия минимальные: аллергическая реакция, редко со стороны желудочно-кишечного тракта (гастралгия, тошнота, рвота), головная боль.

Препарат выпускается в стандартной дозе в упаковках с содержанием 30 и 60 таблеток. Тридукард применяется в виде курсовой терапии и может входить в состав комбинированной терапии, поскольку не имеет лекарственного взаимодействия с другими препаратами.

Таким образом, с появлением качественного и доступного отечественного препарата Тридукард МВ 35 мг расширяются возможности применения метаболической терапии для лечения сердечно-сосудистых, неврологических, лор- и некоторых офтальмологических заболеваний.

ТРИДУКАРД®

Триметазидин 35 мг
с модифицированным высвобождением

ЗАЩИТА СЕРДЦА 24 ЧАСА

- ▶ Производится в соответствии с европейскими стандартами качества GMP.
- ▶ Имеет подтверждение био- и терапевтической эквивалентности оригинальному препарату.
- ▶ Препарат доступен по цене всем социальным группам населения.

- ▶ Лекарственная форма триметазидина с модифицированным высвобождением по сравнению с формой без модифицированного высвобождения обеспечивает:
 - повышение эффективной концентрации триметазидина в плазме крови;
 - увеличение периода устойчивой концентрации триметазидина в плазме крови;
 - сохранение концентрации триметазидина в плазме крови в утренние «ишемические» часы.

www.tridukard.ru

Северная
ЗВЕЗДА

www.ns03.ru

Индивидуальный подход к подбору терапии для кардиологических пациентов с коморбидной патологией

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются главной причиной ранней потери трудоспособности и смертности среди взрослых лиц в развитых странах мира. В России эта проблема имеет серьезные медико-социальные последствия.

Коморбидность соматических заболеваний в кардиологической практике выступает одним из важных прогностических факторов, влияющих на исход основного заболевания. По данным проф. А.Л. Верткина и соавт., между риском летального исхода и полиморбидностью (сочетание двух и более заболеваний) имеется прямая связь. В реальной клинической практике коморбидность встречается с частотой до 80 % случаев. Наиболее часто сочетаются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), болезни органов дыхания, цереброваскулярные заболевания и болезни мочевой системы. С возрастом вероятность сочетания соматических нарушений увеличивается. Между некоторыми заболеваниями имеется причинно-следственная связь, а некоторые имеют «механический альянс».

В долгосрочной перспективе при подборе лекарственных препаратов важно учитывать их влияние на показатели других систем и нарушений. В последние годы этот принцип рассматривается как одно из преимуществ той или иной терапии/лекарственного препарата. Врачи все чаще

отдают предпочтение селективным препаратам, препаратам медленного высвобождения и комбинации малых доз двух и более лекарств.

Известно, что бета-адреноблокаторы являются препаратами выбора в лечении при ИБС (стенокардии), перенесенном инфаркте миокарда, сердечной недостаточности и тахикардии. Однако при некоторых распространенных нарушениях (СД, метаболический синдром, хроническая обструктивная болезнь легких – ХОБЛ, поражение периферических артерий) бета-адреноблокаторы применяются с ограничениями. В целом при лечении больных со стенокардией предпочтение следует отдавать селективным бета-адреноблокаторам, не имеющим собственной симпатомиметической активности, обладающим значительным периодом полувыведения. Широко используемым селективным бета1-адреноблокатором с дополнительными сосудорасширяющими эффектами и с доказанной антиангинальной активностью является небиволол, обладающий двумя основными фармакологическими свойствами: это высокоселективная блокада бета1-адренорецепторов и модулирующее действие в отношении высвобождения оксида азота (NO) эндотелием сосудов. Таким образом, небиволол лишен неблагоприятного вазопрессорного действия на периферические сосуды, характерного для многих бета-блокаторов. Кроме того, небиволол обладает большой продолжительностью действия, позволяющей использовать его 1 раз в сутки, хорошей переносимостью,

низким риском возникновения побочных эффектов. Но самое важное то, что небиволол благодаря своей непревзойденной селективности по отношению к бета1-адренорецепторам (ОД-Неб, Эдж Фарма) может смело применяться у больных с СД, метаболическим синдромом, ХОБЛ в сочетании с ИБС или АГ. В работах отечественных исследователей было продемонстрировано, что препарат ОД-Неб в среднетерапевтических дозах дает адекватный антигипертензивный, антиангинальный и нейтральный метаболический эффекты.

В последнее годы для лечения пациентов с АГ, особенно в пожилом возрасте, широко применяются тиазидоподобные диуретики ввиду их органопротективных действий и существенного гипотензивного эффекта. Как показало исследование LIVE, у пациентов с АГ и гипертрофией левого желудочка на фоне применения индапамида пролонгированного действия и эналаприла уровень артериального давления (АД) снизился одинаково (25/13 мм рт. ст.), при этом в группе индапамида пролонгированного действия индекс массы миокарда левого желудочка снизился в 4,4 раза больше, чем у больных на фоне эналаприла. В многоцентровом российском исследовании АРГУС-2 была изучена эффективность индапамида пролонгированного действия у больных с изолированной систолической АГ (в том числе у лиц пожилого возраста), СД, хронической нефропатией и метаболическим синдромом ($n = 1438$). Препарат

был назначен в качестве монотерапии 13,7 % пациентам, как замена неэффективной монотерапии – 6,8 %, как дополнение к недостаточно эффективной монотерапии – 31,9 % и как дополнение к недостаточно эффективной комбинированной терапии – 47,6 %. Через 3 месяца лечения индапамидом пролонгированного действия целевого уровня АД достигли 84,5 % пациентов.

Таким образом, индапамид пролонгированного действия (СР-Индамед, Эдж Фарма) является препаратом выбора при назначении дополнительной терапии АГ у пожилых и у пациентов с трудноконтролируемой АГ в анамнезе.

Достижение целевых уровней АД у больных группы высокого риска служит залогом успеха в снижении сердечно-сосудистых осложнений. Однако в большинстве случаев для адекватного снижения уровня АД среди пациентов с АГ и сопутствующими заболеваниями, в частности с СД, требуется применение двух и более гипотензивных препаратов с различными механизмами действия. В клинической практике комбинация ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и тиазидоподобных диуретиков является наиболее назначаемым вариантом, поскольку действующие вещества дополняют друг друга, усиливая гипотензивный эффект. При этом фиксированная комбинация двух препаратов увеличивает приверженность пациентов к терапии. В эпоху увеличе-



КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ компании «Эдж Фарма»



небиволол
таблетки 5 мг № 28

β1-адреноблокатор первого ряда для лечения больных с сочетанием ИБС и сахарного диабета 2 типа и/или метаболического синдрома, а также больных ХОБЛ.



индапамид
таблетки пролонгированного действия 1,5 мг № 30

Тиазидоподобный диуретик, идеальный в качестве дополнительной терапии пожилых пациентов с АГ и пациентов с трудно контролируемой АГ в анамнезе.



периндоприл + индапамид
таблетки 2 мг + 0,625 мг и 4 мг + 1,25 мг № 30

Комбинированный антигипертензивный препарат первого выбора для лечения пациентов с сочетанием АГ и сахарного диабета 2 типа.

Индивидуальный подход к каждому пациенту!

Эдж Фарма

Двигаясь вперед, преобразуем жизнь





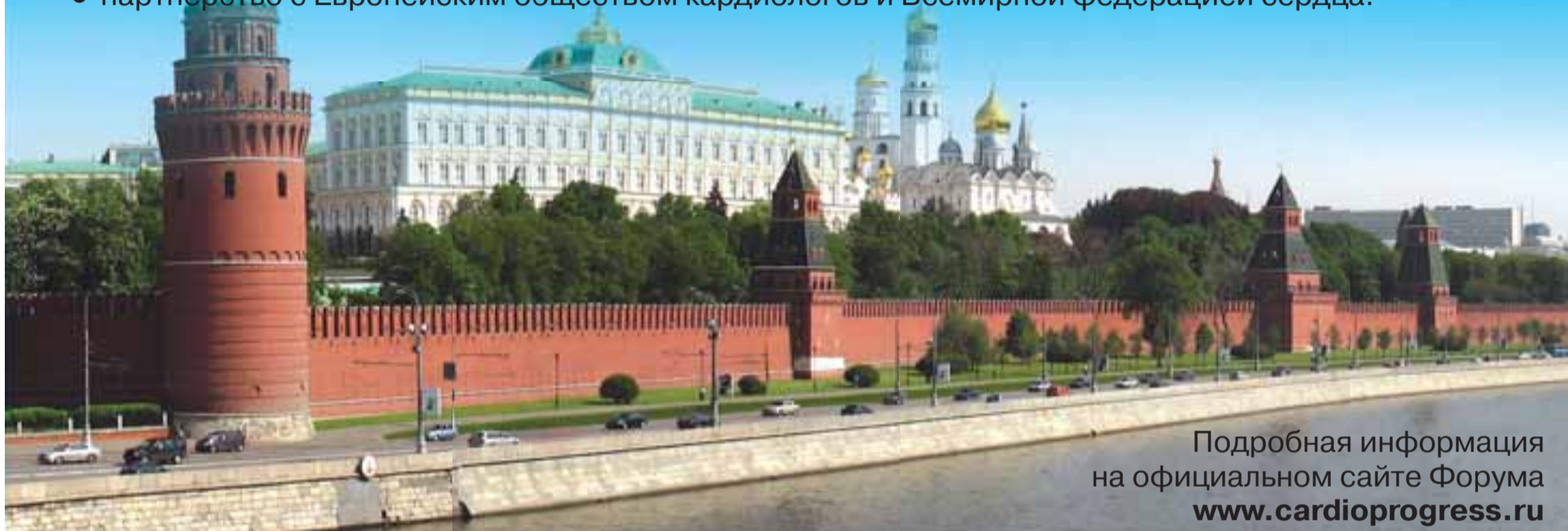
ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

26–28 марта
2013 года

МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ

Московский международный форум кардиологов – это:

- участие свыше 2000 делегатов из Москвы, других регионов России, стран СНГ, Европы, Азии и США;
- научные заседания (пленарные заседания, симпозиумы, лекции, мастер-классы, школы практического врача) в 8 залах на протяжении 3 дней;
- доклады и лекции ведущих ученых России, Европы и США;
- регистрация и участие без оплаты;
- широкая социальная и культурная программа;
- выставка с участием 80 фармацевтических компаний и производителей медицинской техники;
- партнерство с Европейским обществом кардиологов и Всемирной федерацией сердца.



Подробная информация
на официальном сайте Форума
www.cardioprogress.ru

АКТУАЛЬНО

Индивидуальный подход к подбору терапии для кардиологических пациентов с коморбидной патологией

➔11 при котором АГ выявляется более чем в 80 % случаев, фиксированная комбинация ингибитора АПФ и индапамид рассматривается как препарат первого выбора. Это подтверждается результатами крупнейшего исследования ADVANCE с участием 11 тыс. 140 пациентов из 20 стран мира. Основной задачей ADVANCE было установить, приводит ли на фоне уже проводимой оптимальной терапии добавление комбинации периндоприл + индапамид к дополнительным благоприятным эффектам независимо от начального уровня АД.

Было установлено, что плановое, или, как говорят специалисты, рутинное, назначение комбинации периндоприла эрбумин + индапамид всем пациентам с СД 2-го типа достоверно снижает общую частоту макро- и микрососудистых осложнений на 9 %, общую смертность – на 14 % и сердечно-сосудистую – на 18 %. Кроме того, такая терапия приводит к снижению частоты коронарных событий на 14 %, частоты почечных осложнений и микроальбуминурии – на 21 %. В расчете на каждый 1 млн больных СД 2-го типа, уже получающих препараты с целью сердечно-сосудистой профилак-

ти, плановое назначение комбинации периндоприл + индапамид в течение 5 лет позволяет дополнительно предотвратить 15 тыс. сосудистых осложнений, 13 тыс. коронарных осложнений, 50 тыс. почечных осложнений, спасти жизнь 13 тыс. больных.

Зарегистрированный в России препарат Периндид (фиксированная комбинация периндоприл + индапамид, Эдж Фарма), имеющий доказанную эффективность и безопасность, может рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения пациентов с сочетанием АГ и СД 2-го типа.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что коморбидность встречается на всех этапах сердечно-сосудистого континуума. Монотерапия или комбинированная терапия должна проводиться с учетом сопутствующих заболеваний и клинического состояния пациента в целом. Выбирая подобную тактику, мы сможем воздействовать на промежуточные точки и в долгосрочной перспективе уменьшать риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Мехман Ниязи оглы МАМЕДОВ

Кардиология сегодня № 2 (3) 2012

УЧРЕДИТЕЛИ

Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»,
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Руководитель проекта

Бердникова Татьяна Владимировна
tatyana@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор Оганов Рафаэль Гегамович
Шеф-редактор Мамедов Мехман Ниязи оглы
Верстка Гончарук Ольга Валентиновна

Адрес редакции и учредителя

115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15,
тел.: + 7 (499) 929-96-19,
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

ООО «Графика»
Заказ № 4
Тираж 7000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-52147 от 11.12.2012

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.

Читайте в следующем номере:

- Мужское здоровье с точки зрения кардиолога
- Основные направления первичной профилактики сахарного диабета в кардиологической практике
- Результаты крупных клинических исследований, представленные на конгрессе Европейского общества кардиологов (Мюнхен, 2012)