



С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ

№ 4 (14) 2019

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

СЛОВО РЕДАКТОРА



Григорий
Павлович
АРУТЮНОВ

Главный редактор газеты «Современная Кардиология», член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист-терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы

Уважаемые читатели, дорогие друзья!

Очередной выпуск газеты «Современная Кардиология» приурочен к Международному конгрессу «Сердечная недостаточность 2019». В этом году Общество Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) отмечает юбилей.

На протяжении 20 лет основной задачей Общества является внедрение новых технологий профилактики, диагностики и терапии недостаточности кровообращения. ОССН ежегодно проводит более 100 школ и семинаров в различных регионах страны, образовательные мероприятия для пациентов — «Дни знаний о сердечной недостаточности» (по итогам их проведения в 2015 году ОССН было удостоено золотой медали НФА). Выпускается журнал «Кардиология»; созданы рекомендации для практикующих врачей по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности.

В этом номере редколлегия газеты взяла интервью у тех, кто стоял у истоков создания Общества. Вы узнаете мнения ведущих специалистов по проблеме сердечной недостаточности; они расскажут о создании Общества, попытаются заглянуть в будущее.

В продолжение темы вы найдете на наших страницах статьи, посвященные новейшим тенденциям как медикаментозного, так и высокотехнологичного лечения недостаточности кровообращения.

Предлагаем вам также погрузиться в историю и вспомнить великих ученых, заложивших фундамент учения об этой болезни.

Наконец, в завершение будет представлена рубрика «В повседневную практику», посвященная решению текущих клинических задач по лечению кардиологических пациентов.

ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТАМИ

История ОССН – 20 ярких лет

Ведущие специалисты в области сердечной недостаточности поделились с нами воспоминаниями о том, как создавалось Общество, как изменилось отношение к этой проблеме, что сделано и что ждет нас в будущем.



Евгений
Владимирович
ШЛЯХТО

Академик РАН, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ, президент Российского кардиологического общества, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава РФ по СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, главный внештатный специалист-кардиолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заслуженный деятель науки РФ

Уважаемые коллеги!

От имени Президиума правления Российского кардиологического общества хочу поздравить всех участников Конгресса ОССН и читателей газеты, а всех членов Общества — с 20-летним юбилеем! На протяжении всех этих лет Общество вносит неоценимый вклад в развитие диагностики, профилактики и лечения пациентов с сердечной недостаточностью, организации службы помощи этой тяжелой категории больных. Ученые и врачи, педагоги и организаторы здравоохранения, вы очень много делаете для отечественной кардиологии. Позвольте пожелать вам плодотворной работы на Конгрессе, больших достижений в практической деятельности на благо развития российской медицинской науки и повышения качества оказания медицинской помощи в нашей стране. Желаю вам успехов в каждодневном непростом труде!



Вячеслав
Юрьевич
МАРЕЕВ

Д.м.н., профессор, научный консультант университетской клиники Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, председатель правления ОССН



Юрий
Никитич
БЕЛЕНКОВ

Д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет)

— Юрий Никитич, вы стояли у истоков создания ОССН. Какие чувства у вас вызывает юбилейная дата?

— Прежде всего чувство гордости. Если бы тогда, когда все только начиналось, кто-нибудь сказал мне, что Общество станет одним из лучших в стране, я едва ли бы в это поверил. Многие большие общества — кардиологическое, терапевтическое, Национальная медицинская палата — считают за честь принимать нас в качестве ассоциированных членов — вот показатель авторитета.

Второе — это, конечно, чувство огромной благодарности тем, кто стоял у истоков Общества. Это были ведущие кардиологи: академики В.А. Алмазов, В.С. Моисеев, Г.И. Сторожаков, Л.И. Ольбинская, Е.В. Шляхто; профессора Я.И. Коц, Л.И. Котельницкая, В.П. Терентьев. Они посчитали необходимым консолидировать усилия и решили создать организацию, которая занималась бы проблемами сердечной недостаточности.

Хочу выразить признательность крупным фармацевтическим компаниям,

поддержавшим становление ОССН. Мы благодарны Я. Ростовцевой (компания Servier), В. Игнатьеву (в то время компания BMS), Н. Соловьеву (MSD), О. Трушеной (Pfizer), Ю. Крупянку (AstraZeneca).

— Какие события ожидают нас в ближайшее время и какие перемены прогнозируются в отношении контроля сердечной недостаточности?

— Конечно, будущее за современными технологиями. Судя по всему, в плане медикаментозного воздействия мы подошли к пределу того, что в принципе можем сделать.

Да, будут появляться новые классы препаратов, будут совершенствоваться средства их доставки к точке назначения, но нового сердца лекарства никогда не сделают. Даже влияя на геном, если это будет разрешено, вряд ли мы сможем спасти уже декомпенсированное сердце. Осуществить реальную профилактику, наверное, возможно, а вот обновить орган, существенно затронутый патологическим процессом, — к сожалению, нет.

Поэтому речь идет о разработке новых технологий, в частности создании искусственного левого желудочка, различных центрифуг, помп и т.д. Огромный прорыв нынешнего года — появление трансдермальной передачи энергии посредством вживляемой спирали, которая служит источником индукции электрического тока в организме человека.

Будущее и за принципиально новыми взаимоотношениями «врач – пациент»; это управление системой контроля, позволяющее дистанционно менять образ жизни пациента.

— Вячеслав Юрьевич, что произошло в ОССН за 20 лет, какие цели достигнуты и что впереди?

— На момент образования Общества требовалось понять, сколько у нас пациентов с сердечной недостаточностью, можно ли улучшить качество их лечения и принесет ли это экономическую выгоду. За прошедшее время эти задачи мы решили. Во-первых, было определено количество таких больных — в ходе, пожалуй, лучшего отечественного эпидемиологического исследования

ЭПОХА. Во-вторых, стало понятно, что если правильно организовать работу с людьми, то можно добиться экономии средств на лечение. В-третьих, были созданы клинические рекомендации. Конечно, все это происходило на фоне прорывных изменений в терапии сердечной недостаточности. Когда мы начинали, передовой была идея стабилизации тройной нейрогуморальной блокады. Сегодня же совершились две новые «революции»:

ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТАМИ

История ОССН – 20 ярких лет

◀ Продолжение, начало на с. 1

введение в широкую клиническую практику надмолекулярного комплекса валсартан + сакубитрил и совершенно нового класса ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT-2). А вот чего пока не удалось добиться — это включения в диагностические стандарты определения мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP).

На самом деле 20 лет назад мало кто представлял, что удастся дожить до такого времени. Все начиналось с 300–400 человек в маленьком зале, а сейчас у нас огромная аудитория — мы провели более 1000 образовательных школ во всех регионах страны. Так что на ближайшее десятилетие у Общества хорошие перспективы.



Юрий Михайлович ЛОПАТИН

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кардиологии с функциональной диагностикой ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

— Юрий Михайлович, отметьте, пожалуйста, самые значимые, с вашей точки зрения, события за прошедшие 20 лет.

— Хочу начать с конгрессов и съездов, которые ОССН проводит регулярно. Они сформировали то большое профессиональное сообщество, которое стало заниматься национальными проблемами, связанными с сердечной недостаточностью.

Теперь, по прошествии времени, мы прекрасно понимаем, что, имея содружество вовлеченных в проблему специалистов, нам будет легче решать задачи, которые стоят перед РФ по открытию клиник сердечной недостаточности.



Юлия Леоновна БЕГРАМБЕКОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник отдела возраст-ассоциированных заболеваний Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова, заместитель председателя правления ОССН

— Юлия Леоновна, давайте вернемся в то время, когда Общество только создавалось. Чем оно вас привлекло? Почему вы решили в него вступить?



Фаиль Таипович АГЕЕВ

Д.м.н., профессор, руководитель научно-диспансерного отдела НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ

— Фаиль Таипович, чем в то время — два десятилетия назад — было для вас создание Общества?

— Это было неординарное, очень важное и значимое событие, потому что подобных организаций тогда еще не было, во всяком случае в области кардиологии. Хотелось объединить вокруг себя единомышленников — Ю.Н. Беленкова, В.Ю. Мареева, Г.И. Сторожакова, Г.П. Арутюнова и других,



Игорь Владимирович ФОМИН

Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, главный специалист по терапии Приволжского окружного медицинского центра

— Игорь Владимирович, вы являетесь признанным лидером в области макроциркуляции ХСН в Российской Федерации. Можете ли вы сравнить, каким был пациент 20 лет назад и какой он сейчас — что-то изменилось?

— Два десятка лет назад продолжительность жизни была значимо меньше,

— Прежде всего, наверное, я пошла за энтузиастами, которые стремились переломить ситуацию с ХСН. Именно тогда открывались новые возможности в терапии таких больных, позволяющие продлить и улучшить качество их жизни.

Это требовало создания структуры, которая была бы способна проводить масштабную образовательную кампанию и внедрять новые методы лечения на территории нашей большой страны. Мне хотелось участвовать в этом важном и значимом для всех деле.

— А не могли бы вы вспомнить эпоху создания журнала «Сердечная недоста-

точность»? Какова его эволюция к сегодняшнему моменту?

— Действительно, ресурсы Общества позволили создать узконаправленный журнал и обеспечить высокое качество публикуемых статей за счет огромного количества поступавших в редакцию материалов. Издание распространялось большим тиражом и на многие годы стало одним из любимых во врачебной среде.

На сегодняшний день «Сердечная недостаточность» объединилась с журналом «Кардиология» — это было осознанное решение Общества, позволившее изданию выйти на международную арену.

— Что, на ваш взгляд, является главной ближайшей задачей Общества?

— С моей точки зрения, первоочередной задачей по-прежнему остается воспитание кадров. Кроме того, в настоящее время мы работаем над созданием документа, который регламентировал бы ведение страдающих диастолической (с сохраненной фракцией выброса) сердечной недостаточностью пациентов. Пока мы не знаем, выйдет ли он в виде монографии, научного сборника или методических рекомендаций, но в любом случае этот труд будет содержать современные взгляды на ведение таких больных.

кардиозаболевания приводили к быстрому формированию осложнений и смерти. Сегодня перед нами совершенно другой пациент — полиморбидный. Раньше мы боролись с отеками, сейчас боремся с внезапной сердечной смертью.

— Что, по-вашему, должно произойти в обозримом будущем в лечении ХСН, каков ваш прогноз на этот счет?

— Я уверен, что сегодня мы стоим на пороге создания медицинской службы для больных ХСН. Одним из первых таких специализированных учреждений в России стал наш центр ХСН в Нижнем Новгороде. Центр обладает большой информационной базой, а его врачи активно работают с пациентами не только в нем самом, но и в больницах города. Самое главное — надо понимать, что нельзя останавливаться на этом, нужно формировать единую службу.



Сергей Николаевич ТЕРЕЩЕНКО

Д.м.н., профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности, первый заместитель генерального директора, заместитель генерального директора по научной работе РКНПК ФГБУ НИИЦ Минздрава РФ, заслуженный деятель науки РФ

— Сергей Николаевич, что ждет нас в будущем?

— Должна быть создана специализированная, так называемая «бесшовная» система медицинской помощи больным ХСН, когда пациент не теряется при выходе из стационара, а передается под амбулаторное наблюдение, под патронаж. При любом ухудшении он должен иметь возможность обратиться в поликлиническое звено, где будет оперативно решен вопрос о его госпитализации. ОССН будет продолжать аккумулировать новые данные по этому заболеванию (так как появляются новые лекарственные препараты и методы лечения, в том числе немедикаментозные — например модулятор сердечной деятельности Optimizer) и вести просветительскую работу, внедряя в широкую практику инновации.



Максим Эдуардович ЧАЙКОВСКИЙ

Ответственный секретарь ОССН

— Максим Эдуардович, каким вы видите будущее журнала «Кардиология» и Общества в целом?

— Будущее журнала и Общества для меня заключается в одном слове — сотрудничество. Для ОССН приоритетной целью является тесное сотрудничество с Российским кардиологическим обществом, неотъемлемой частью которого мы являемся, а для журнала «Кардиология» — с ведущими кардиологическими изданиями России для поддержания единых высоких издательских стандартов.

Тот факт, что именно «Кардиология» явилась инициатором начала «диалога» профильных изданий и создания Совета кардиологических журналов, говорит о том, насколько такое сотрудничество для нас важно.

Подготовила Анна Соколова



НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

www.abvpress.ru

ГАЗЕТЫ

Урология сегодня

Онкология сегодня

Современная Кардиология

Неврология сегодня

Педиатрия сегодня

Акушерство и гинекология

ЖУРНАЛЫ

Онкоурология

Онкогематология

Андрология и генитальная хирургия

Нервно-мышечные болезни

Опухоли женской репродуктивной системы

Успехи молекулярной онкологии

Тазовая хирургия и онкология

Онкопатология

Русский журнал детской неврологии

Опухоли головы и шеи

Нейрохирургия

Медицинский туризм

Клиницист

Российский биотерапевтический журнал

В Ц Е Н Т Р Е В Н И М А Н И Я

Болезнь, которой необходимо управлять

Старение населения, увеличение количества людей с избыточной массой тела, артериальной гипертензией и сахарным диабетом, а также эффективное лечение пациентов с инфарктом миокарда привели к драматическому росту распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) в большинстве развитых стран. Расходы на лечение этой неинфекционной эпидемии не уступают затратам, связанным с контролем онкологических заболеваний, а в некоторых государствах превосходят таковые, будучи обусловлены главным образом частыми госпитализациями.



Юлия
Леоновна
БЕГРАМБЕКОВА

К.м.н., ведущий научный сотрудник отдела
возраст-ассоциированных заболеваний
МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Общие расходы на лечение ХСН в США в 2012 г. составили 20,9 млрд долл., и, по прогнозам Американской ассоциации сердца, к 2030 г. они возрастут до 53,1 млрд. При этом 80 % этой суммы приходится на госпитализации. В Европе, где в среднем расходы на здравоохранение в пересчете на душу населения гораздо более скромные, ХСН также представляет серьезную экономическую проблему. Это заболевание является причиной примерно 5 % всех обращений за медицинской помощью, забирая на себя до 2 % финансирования. Средняя продолжительность госпитализации больного с ХСН, по данным Организации экономического развития и сотрудничества, колеблется от 7 дней в Швеции до 14 в Великобритании. В этой стране общие затраты на лечение недостаточности кровообращения в 2010 г. составили 629 млн фунтов, из которых более 50 % также приходилось на долю госпитализаций. Несмотря на то, что с внедрением современных стандартов ведения пациентов среднее количество койко-дней за последнее десятилетие снизилось до 6,3, частота повторных госпитализаций в течение следующего месяца увеличилась до 20 %, и половина больных попадают в больницу повторно на протяжении полугодия. Таковы реалии сердечной недостаточности в мире.

Отечественная ситуация еще более тревожная. Официальная статистика по распространенности ХСН в России отсутствует, так как это состояние не является самостоятельным диагнозом. Однако мы располагаем данными крупнейшего (19,5 тыс. респондентов) эпидемиологического исследования ЭПОХА, которое Общество Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) проводит уже 20 лет в 10 субъектах Российской Федерации. Согласно этим результатам, распространенность ХСН в нашей стране значительно возросла — с 4,9 в 1998 до 10,2 % в 2018 г.; пациенты с недостаточностью кровообращения стали старше почти на 5 лет, и значительно увеличилось число имеющих продвинутые стадии заболевания. С учетом этого можно предположить, что доля ХСН в структуре расходов российской системы здравоохранения весьма значительна.

КОВАРНOSTЬ ХСН

В патогенезе обострения сердечной недостаточности бывает трудно выделить какой-либо один фактор. Совокупность процессов, приводящих к ухудшению состояния

больного, может включать нейрогуморальную активацию, задержку жидкости, присоединение почечной недостаточности, увеличение давления наполнения левого желудочка, усиление митральной регургитации, ухудшение кровоснабжения миокарда с усилением процессов ремоделирования. Симптоматика часто нарастает постепенно и проявляется прежде всего задержкой жидкости: отеками, усилением одышки, особенно в ночные часы. Наиболее опасным периодом с точки зрения возможности развития декомпенсации является первый месяц после госпитализации. В статье «Можем ли мы предсказать и предупредить развитие острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности» профессор Юджин Волфель приводит следующие данные о времени появления симптомов и изменений в физиологических параметрах, предшествующих госпитализации: диспноэ, отеки — 6–12 дней до госпитализации; увеличение массы тела — 7–11 дней; повышение внутригрудного давления — 15; вариабельность сердечного ритма — 16; изменение гемодинамических параметров — 4–7 дней. Известно также, что пациенты с эпизодами острой декомпенсации ХСН имеют более высокий риск смерти, чем пациенты со стабильным ее течением. Работы, посвященные изучению провоцирующих обострение ХСН причин, показывают, что предотвратимые факторы (нарушение водно-солевого режима и диеты, низкая приверженность к приему медикаментов) стали причиной госпитализации в 25–82 % случаев.

Таким образом, сердечная недостаточность имеет все характеристики хронического заболевания, в отношении которого создание системы медицинской помощи, позволяющей снизить и оптимизировать расходы на здравоохранение, с одной стороны, и замедлить прогрессирование и улучшить качество жизни — с другой, является насущной необходимостью.

Какие же это характеристики?

- Сердечная недостаточность создает высокую экономическую нагрузку на систему здравоохранения. При этом подавляющая доля затрат приходится на лечение декомпенсированных случаев.
- Каждая последующая госпитализация ухудшает прогноз.
- Существуют факторы, провоцирующие декомпенсацию, и возможности влияния на них.
- Несоблюдение пациентом режима лечения и/или несвоевременное обращение к врачу провоцируют развитие декомпенсации.
- Наконец, существует определенная симптоматика, позволяющая прогнозировать вероятность декомпенсации и, как следствие, потребность в очередной госпитализации.

В настоящее время совершенно очевидно, что проблема эффективного контроля недостаточности кровообращения не может решаться только усилиями врача, какие бы

ультрасовременные препараты и методики он ни использовал. Управление хроническим заболеванием — двустороннее движение. На всех этапах терапевтического процесса необходимо активное участие пациента. При таком подходе он из объекта лечения становится ключевым субъектом в системе управления болезнью. Идея действительно весьма привлекательная, однако для ее реализации требуются определенные условия.

- 1 **Условие первое:** пациент должен обладать знаниями о своем заболевании, иначе управлять им он сможет так же, как «кухарка государством».
- 2 **Условие второе:** пациенту необходимо располагать реальными возможностями для управления своим здоровьем. Это означает, что у него должен быть доступ к врачу, а также ко всему спектру медико-социальных услуг, связанных с его состоянием.

КЛИНИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В настоящее время в мире создана и активно внедряется в практику организационная модель, в наибольшей мере отвечающая вышеперечисленным условиям, — клиники сердечной недостаточности.



Первый в России центр лечения хронической сердечной недостаточности был открыт в 2016 году в Нижнем Новгороде на базе городской клинической больницы № 38

Первая такая клиника была создана в США в начале 1980-х гг. Уже в 90-е гг. клиники сердечной недостаточности активно работали не только «на родине», но и в Канаде и во многих европейских государствах. Во втором десятилетии XXI века они стали создаваться и в нашей стране. В основе их работы лежат программы управления заболеванием, реализуемые на разных этапах оказания медицинской помощи — как в первичном звене здравоохранения, так и в стационарах. Соответственно, такие клиники обладают разным набором функций. К базовым функциям относятся: образование пациентов (школы для пациентов с ХСН); активный амбулаторный контроль за состоянием больных (по телефону и в перспективе — с применением достижений телемедицины); титрация лекарственных

препаратов. Подобная модель может быть реализована в условиях кабинетов сердечной недостаточности либо в кабинетах помощи пациентам с хроническими заболеваниями. В центрах, создаваемых на базе стационаров или имеющих федеральный статус, больным оказывается высокотехнологичная помощь и проводится реабилитация. Об эффективности работы клиники ХСН первого уровня, которая не оказывает высокотехнологичной помощи, но осуществляет активный амбулаторный контроль и образование пациентов, можно судить по результатам деятельности одного из первых таких учреждений в России — Городского центра ХСН Нижнего Новгорода. За полгода сердечно-сосудистая смертность среди наблюдающихся в нем была в 15 раз ниже, чем у пациентов поликлиники города, одновременно количество госпитализаций снизилось на протяжении года вдвое.

Мы находимся в самом начале пути по созданию сети подобного рода клиник. И это нелегкий путь, так как в нашей стране ни законодательная база, ни система финансирования медицины не были готовы к новой форме организации медицинской помощи. До 2019 г. создание клиник и кабинетов ХСН происходило в основном благодаря героическим усилиям врачей, желающих изменить жизнь своих пациентов к лучшему. Однако эти усилия по популяризации этого прогрессивного метода, которые предпринимались в последние годы и врачами в разных регионах, и Обществом Специалистов по Сердечной Недостаточности, начали давать ощутимые плоды. На уровне министерств и департаментов здравоохранения различных субъектов РФ принимаются «Порядки организации медицинской помощи и маршрутизации пациентов при сердечной

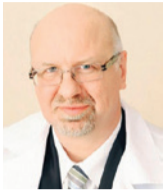
недостаточности» — первые законодательные шаги, которые позволят повсеместно создавать центры по ХСН.

Это действительно очень нужно всем участникам процесса. Пациенты получают возможность социальной адаптации, психологической помощи, а также знания, необходимые для принятия касающихся их здоровья решений, что в конечном итоге приводит к повышению качества жизни. Врачи — улучшение взаимоотношений с пациентами, более предсказуемый и, вероятно, более выраженный эффект от назначаемого лечения. Система здравоохранения в целом — возможность снижения и эффективного перераспределения затрат, связанных с оказанием медицинских услуг.

Список литературы находится в редакции

И С С Л Е Д О В А Н И Я

Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации. Исследование ЭПОХА



Игорь Владимирович ФОМИН

Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, главный специалист по терапии Приволжского окружного медицинского центра, руководитель общественных образовательных программ в области медицины 00 «Медицинская ассоциация Нижегородской области», председатель правления ОССН

Исследование ЭПОХА (Эпидемиологическое Обследование больных в Европейской части России) позволило изучить распространенность хронической сердечной недостаточности в РФ. Полученные результаты 18-летней исследовательской работы показывают, что в стране необходима система медицинской помощи больным с недостаточностью кровообращения, представляющая собой преемственность лечебных и реабилитационных мероприятий на всех этапах: поликлиника – стационар – реабилитация – поликлиника. Это даст возможность уменьшить риски регоспитализаций по поводу декомпенсации ХСН и любых связанных с ней причин при параллельном снижении общей и сердечно-сосудистой смертности.

С 1996 года Нижегородская медицинская ассоциация и Общество Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) провели в Нижегородской области 2 пилотных эпидемиологических среза (1998 и 2000 гг.) для подтверждения возможности организовать исследование в европейской части России. Первоначально имелись определенные опасения относительно того, что осуществить проект не получится организационно и методически. Мы обратились к С.А. Шальной и А.Д. Дееву, которые помогли выполнить рандомизацию в популяции страдающих ХСН на пилотном этапе, а также сформировать представительную выборку на уровне области, и до сегодняшнего дня мы благодарны этим людям за помощь и полученные знания.

Повторное исследование в созданной ранее выборке по региону показало, что данный эпидемиологический метод можно экстраполировать на Российскую Федерацию в целом, и ОССН под руководством Ю.Н. Беленкова провело исследование в 10 субъектах РФ: Кировской (Е.А. Порошина, Е.И. Тарловская, С.В. Мальчикова, Е.В. Бакулина), Ниже-

городской (И.В. Фомин, Е.В. Щербинина, Д.С. Поляков, Ю.В. Бадин), Рязанской (Е.А. Смирнова, С.С. Якушин), Саратовской (Т.С. Ионова), Воронежской и Оренбургской областях, Чувашской Республике (Е.Г. Артемьева, В.Ю. Маленкова), Республике Татарстан (А.С. Галявич, Г.М. Камалов), Пермском (Н.А. Козиолова) и Ставропольском (С.Г. Кечеджиева) краях. Всего в наблюдение были включены 19 503 респондента.

Кроме собственно эпидемиологического протокола, который продолжался 18 лет (2 пилотных и 3 срезовых этапа в европейской части РФ), в рамках ЭПОХА Обществом проведено 2 крупных субисследования: ЭПОХА – госпитальный этап и ЭПОХА – декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН). Из них последнее было посвящено изучению причин декомпенсации недостаточности кровообращения, прогнозу после эпизода декомпенсации и установлению основных стратификационных рисков общей смертности.

Изучены не только выборки в крупных городах (61%), но и деревнях, малых городских поселках (39%). Таким образом, в проект ЭПОХА оказались включены все социальные слои независимо от рода деятельности и места проживания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭПОХА

Предложенные симптомы и признаки, вошедшие в мягкие критерии диагностики ХСН (наличие сердечно-сосудистого заболевания, одышка и слабость), не смогли подтвердить этот диагноз на госпитальном этапе у 21% респондентов. Впервые в РФ установлено, что недостаточность кровообращения в стране имеет распространенность 7,0% независимо от функционального класса (ФК) NYHA с поправкой на ошибку. При использовании жестких критериев (наличие сердечно-сосудистого поражения, одышки, слабости, отеков и тахикардии >80 уд/мин) величина ошибки составила 7,2%. Больных с ХСН III–IV ФК NYHA оказалось 2,1% (также с поправкой на ошибку). За 15 лет число страдающих ХСН независимо от критериев увеличилось до 8,5 и 3,1% соответственно.

Основные причины подобной тенденции — достоверный рост продолжительности жизни в популяции на протяжении последних 15 лет; улучшение выживаемости после перенесенных острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения, повышение числа больных с сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий и хронической обструктивной болезнью легких.

Госпитальный этап исследования ЭПОХА позволил ответить на вопрос об истинном частотном распределении пациентов с ХСН по ФК NYHA. В европейской части РФ больных с I ФК оказалось 22,7%, с II — 47,4%, а с III и IV ФК — 25,1 и 4,7% исследуемых соответственно. Изучение смертности в группах показало, что среди имеющих ХСН I–II ФК средняя продолжительность жизни от момента диагностики составила всего 7,8 года (максимальное количество прожитых лет — 15,1), смертность же в течение одного года внутри данной когорты составила в среднем 4,1%. У пациентов с ХСН III–IV ФК эти показатели оказались равными 4,8 года, 10,1 года и 9,91% соответственно. Видно, что уровень смертности в два с лишним раза превысил таковой относительно выборки пациентов с ХСН I–II ФК NYHA (рис.).

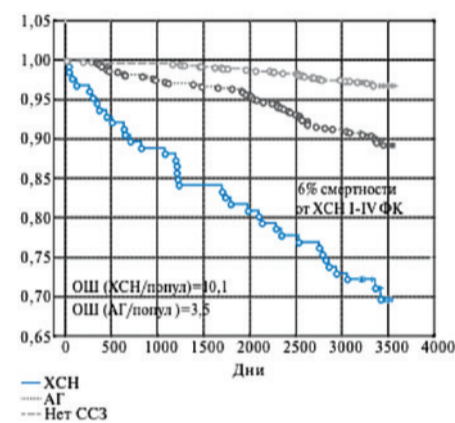


Рисунок. Кривые выживаемости респондентов, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, больных артериальной гипертензией или ХСН I–IV ФК NYHA, за 9-летний период наблюдения в Нижегородской области (данные когортного исследования; расчет с помощью критерия Каплана–Майера)

Наиболее интересные данные получены в субисследовании ЭПОХА – декомпенсация. Впервые в стране изучена выборка пациентов с ХСН после декомпенсации на глубину 3 лет. Очень важным оказался результат по числу пациентов с декомпенсацией, поступающих в стационары терапевтического профиля: такой диагноз был выставлен 15,9% исследуемых. При этом каждому четвертому потребовалось лечение в условиях реанимационного отделения (26,5%), среднее пребывание в котором составило 3,83 койко-дня. Несмотря на то что летальность среди данной категории больных не превышала 5,4–6,8% (главным образом в первые сутки пребывания в стационаре), величина этого показателя после выписки значимо превышала полученный уровень общей смертности по данным ЭПОХА – ХСН. В течение года после случая декомпенсации и выписки из стационара умерло в среднем 25,3% исследуемых.

При сохраненном уровне АД умерло 22,1% пациентов, а при сниженном (<120 мм рт. ст.) — 46,4% на протяжении года наблюдения после эпизода декомпенсации.

Определены стратификационные риски формирования самой недостаточности кровообращения за 10-летний период наблюдения. По снижению значимости данные триггеры представлены как возраст (наиболее агрессивный фактор), ЧСС, индекс массы тела, средний уровень АД, режим терапии любого сердечно-сосудистого заболевания, величина САД.

ВЫЯВЛЕННЫЕ ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХСН

С врачебной стороны ошибки при ведении больных с недостаточностью кровообращения в реальной клинической практике заключаются главным образом в отсутствии контроля динамики толерантности к физической нагрузке (прежде всего выраженности одышки). На приеме не проводится контроль массы тела, что не позволяет адекватно оценивать эффективность диуретической терапии с коррекцией дозового режима в соответствии с показателями. Применяя низкие дозы лекарственных средств, ни врач, ни пациент не готовы к достижению целевых уровней АД и ЧСС. При низких величинах АД (85–100 мм рт. ст.) врачи стремятся назначить «нерекомендованные», «нецелевые» лекарственные средства (нитраты, метаболиты, минералы), полагая, что блокаторы РААС и бета-адренорецепторов могут лишь снижать АД. Параллельно в ходе лечения не достигается и целевая ЧСС, так как титрация хрононегативных медикаментов в принципе отсутствует. Все это формирует базис для использования минимальных доз препаратов. При плохом самочувствии пациента и низкой толерантности к физической нагрузке лечащий врач часто меняет схемы лечения вместо следования титрационной тактике терапии основными медикаментозными агентами. Нередко он вообще оказывается не готовым к осуществлению реабилитационных мероприятий, не беседуя с больным о физических нагрузках, дыхательной гимнастике, объемах ходьбы, тренирующих упражнениях и других не менее важных вопросах.

Мы выражаем огромную признательность всем участникам данного проекта — это более 800 исследователей. Особая благодарность — правлению ОССН, руководителям и сотрудникам центров, о которых мы упомянули в начале статьи: если бы не их действительно титанический труд, мы едва ли сегодня знали бы больше о ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ в РФ.

Н О В О С Т Ь

В защиту дигоксина: итоги исследования DIG

Группа DIG (Digitalis Investigation Group) представила данные исследования, свидетельствующего о нейтральном влиянии дигоксина на показатель смертности и значительном снижении на фоне его приема количества госпитализаций у пациентов с сердечной недостаточностью (СН).

Результаты единственного крупного рандомизированного исследования по изучению эффектов дигоксина вызвали живой интерес научного сообщества и широко им обсуждаются, так как данные различных регистров и протоколов (RIKS HIA, SCAF, AFFIRM, SPORTIF, RACE II,

SOLVD и др.) о пользе сердечных гликозидов (СГ) противоречивы. В данном случае ученые поставили целью определение влияния дигоксина на общую смертность при СН с синусовым ритмом (СР). Из 6800 пациентов, страдающих систолической хронической СН с ФВЛЖ <45% и СР, 44% получали дигоксин. Пациенты были случайным образом разделены на 2 группы: получавшие и не получавшие дигоксин; при этом принимавшим ранее данный СГ и оказавшимся в группе плацебо он не назначался.

При наблюдательном неслучайном сравнении препарат не повлиял на смертность от всех причин, но нейтральный эффект был

отмечен среди тех, у кого он был отменен (HR для дигоксина vs плацебо у ранее пролеченных пациентов: 0,98, 95% ДИ (0,87–1,09); $p = 0,67$), а также в случае начала терапии *de novo* (HR для дигоксина vs плацебо у ранее не получавших лечение пациентов: 1,00, 95% ДИ (0,90–1,13); $p = 0,94$). У пациентов, изначально получавших дигоксин, оказался худший прогноз — выявлено увеличение риска госпитализаций по поводу сердечной недостаточности (скорректированный HR 1,47, 95% ДИ 1,33–1,61; $p < 0,001$). И диаметрально противоположный результат у рандомизированной группы, который показал значительное снижение чис-

ла госпитализаций по поводу сердечной недостаточности с дигоксином (HR 0,72, 95% ДИ 0,66–0,79; $p < 0,001$).

Таким образом, смертность и риск госпитализаций по поводу сердечной недостаточности оставались повышенными у тех, кто предварительно принимал дигоксин, даже если в исследовании они принимали плацебо. Оба результата резко контрастируют с результатами рандомизированного исследования, которое показало, что дигоксин оказывал нейтральное влияние на смертность и существенно уменьшал количество госпитализаций по поводу сердечной недостаточности.

ПРЕПАРАТ

Революционный подход к лечению больных с ХСН

За последние десятилетия число пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) достигло рекордных значений. Это связано с увеличением встречаемости факторов риска, в первую очередь сахарного диабета и ожирения, а также с ростом численности пожилого населения. Распространенность ХСН в различных регионах РФ варьирует в пределах 7–10%. Особое значение проблема профилактики и лечения этой патологии приобретает и в связи с тем, что люди, которые сейчас находятся в среднем возрасте, имеют очень высокий риск развития сердечной недостаточности (СН) в будущем. По данным Chicago Heart Association Detection Project and the Cardiovascular Health Study, в возрасте 45 лет у белых мужчин он составляет 30–42%, у белых женщин – 32–39%.



Яна
Артуровна
ОРЛОВА

Д.м.н., заведующая отделом возраст-ассоциированных заболеваний, Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова

ОТ ЭВОЛЮЦИИ — К РЕВОЛЮЦИИ

Еще 50–60 лет назад терапия сердечной недостаточности состояла из строгого постельного режима, седации и кислорода. Рекомендовалась диета с пониженным содержанием калорий и поваренной соли. Наперстянка была практически универсальным средством, производные ртути и хлорид аммония назначались в качестве диуретиков; несколько позже появились нитропрепараты. В последние же 40 лет терапия ХСН драматически улучшилась. Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) изменили стандартные подходы к этому заболеванию. Теперь есть доказательства эффективности терапии, направленной на подавление неблагоприятной нейрогормональной активации, составляющей основу патогенеза ХСН. За прошедшие годы было разработано несколько клинических протоколов с ингибированием ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), добавлением бета-адреноблокаторов (БАБ) и антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР). Новые направления продемонстрировали свои преимущества по снижению смертности, уменьшению случаев и длительности госпитализаций, улучшению переносимости физической нагрузки и качества жизни (КЖ) в случае низкой фракции выброса левого желудочка (нФВЛЖ) даже при отсутствии клинически выраженной недостаточности кровообращения. Ингибиторы АПФ (иАПФ) длительно считались терапией 1-й линии для всех пациентов независимо от возраста.

Революция в лечении ХСН произошла после публикации результатов исследования PARADIGM-HF, в котором была доказана эффективность надмолекулярного комплекса сакубитрила и валсартана. Новый препарат сакубитрил/валсартан (Юперлио®, Novartis) — пока единственный в классе ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторов (АРНИ) — показал значительное снижение частоты первичной конечной точки по сравнению с эналаприлом. В это РКИ были включены 8442 пациента с симптоматической ХСН и ФВЛЖ ≤40%. Итоги протокола PARADIGM-HF убедительно продемонстрировали снижение риска сердечно-сосудистой смерти и первой госпитализации по причине ухудшения недостаточности кровообращения на 20% (95% ДИ: 0,71–0,89,

$p = 0,00008$), что отражало среднее продление жизни пациентов на 1,5–2 года (рис. 1 и 2). Этот эффект в 2 раза превосходил действие обычных ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Важно, что пациенты возрастных групп старше 65 и 75 лет получали такие же преимущества от применения АРНИ, как и более молодые участники исследования.

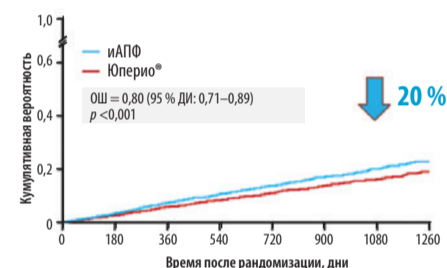


Рисунок 1. Снижение риска сердечно-сосудистой смерти на фоне приема Юперлио® по сравнению с иАПФ (по данным исследования PARADIGM-HF)

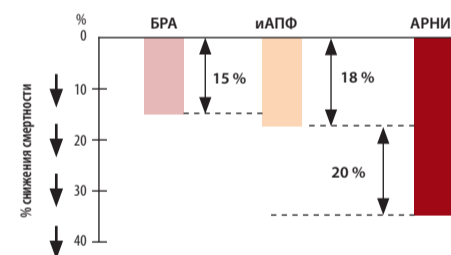


Рисунок 2. Преимущества АРНИ перед БРА и иАПФ в лечении ХСН

Стоит отметить, что ввиду явного преимущества назначения Юперлио® исследование PARADIGM-HF было досрочно прекращено по этическим соображениям. Его положительные результаты в отношении прогноза уже легли в основу европейских и российских рекомендаций по лечению ХСН, предполагающих начало терапии с помощью иАПФ и БАБ, последующее присоединение АМКР, а также замену иАПФ на сакубитрил/валсартан при сохранении клинических симптомов.

КОГДА ПЕРЕВОДИТЬ ПАЦИЕНТА НА ЮПЕРЛИО®?

Однако остался вопрос, необходимо ли переходить на сакубитрил/валсартан до исчерпания всех возможностей других вмешательств, в частности до максимально возможного повышения дозы иАПФ? Достижение целевых доз препаратов этого класса и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) не связано с дополнительным снижением смертности (как показано в исследованиях ATLAS и HEAAL), в то время как перевод на сакубитрил/валсартан действительно приводит к улучшению выживаемости. Кривые Каплана–Мейера разошлись в течение первых 10 дней, и эта разница становилась статистически значимой за 30-дневный период ($p = 0,027$), демонстрируя более низкую частоту событий для Юперлио®. Многие эксперты считают, что столь быстрый эффект

не позволяет откладывать ротацию иАПФ на сакубитрил/валсартан у стабильных пациентов с ХСН II–III функционального класса (ФК) NYHA. Более того, в исследовании PARADIGM-HF назначение АРНИ показало меньшую выраженность почечной недостаточности, чем лечение эналаприлом. И даже если Юперлио® не применялся в целевой дозе, превосходство терапии им сохранялось. Таким образом, перевод на сакубитрил/валсартан, вероятно, не должен происходить только после повышения дозы иАПФ или БРА до целевых уровней. Данные исследования PIONEER-HF (2019), где сакубитрил/валсартан был использован в качестве альтернативы эналаприлу у больных, госпитализированных с декомпенсацией ХСН сразу после достижения гемодинамической стабилизации, подтвердили преимущества раннего применения АРНИ.

Говоря о назначении Юперлио® совместно с антагонистами МКР, надо заметить, что у принимающих их пациентов сакубитрил/валсартан предотвращает тяжелую гиперкалиемию по сравнению с эналаприлом.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Важным аргументом в отношении преимущественного назначения Юперлио® являются данные о его высокой эффективности у женщин, страдающих ХСН. Анализ целого ряда работ показал, что женщины имеют более выраженную симптоматику, более значительное снижение функциональных возможностей и КЖ по сравнению с мужчинами, а кроме того, хуже отвечают на стандартную терапию. В протоколе TITRATION изучались половые различия в эффективности, безопасности и переносимости сакубитрила/валсартана в реальной группе пациентов, страдающих ХСН с нФВЛЖ. Характер ассоциированных с Юперлио® побочных эффектов в группах мужчин и женщин не различался, и, помимо этого, женский пол был независимым предиктором улучшения ФК недостаточности кровообращения (ОШ 2,33; 95% ДИ: 1,24–4,38, $p = 0,04$).

Таблица. Отношение шансов (ОШ) улучшения показателей Канзасского опросника (КССО) для сакубитрила/валсартана по сравнению с эналаприлом: многофакторный анализ

	ОШ (95% ДИ)	P
Ходьба 100 ярдов (91,44 м) по ровной местности	1,13 (1,03–1,24)	0,01
Садоводство, работа по дому или переноска продуктов	1,17 (1,07–1,28)	0,001
Бег или быстрая ходьба	1,12 (1,02–1,24)	0,02
Хобби и развлекательные мероприятия	1,16 (1,05–1,28)	0,002
Профессиональная деятельность или работа по дому	1,20 (1,09–1,32)	<0,001
Интимные/сексуальные отношения	1,18 (1,05–1,33)	0,005

Высокую приверженность лечению сакубитрилом/валсартаном обеспечивает влияние этого препарата на КЖ при недостаточности кровообращения. В проспективном многоцентровом регистре SHARP-HF использовался Канзасский опросник (табл.), включающий 4 одинаково взвешенных домена: физические ограничения, частота встречаемости симптомов, КЖ и социальные ограничения. У имеющих ХСН с нФВЛЖ пациентов, которые получали Юперлио®, наблюдался прирост в среднем на $5,3 \pm 18,6$ баллов относительно исследуемых без АРНИ — $2,5 \pm 17,4$ баллов (скорректированная разница в 2,9 раза (95% ДИ: 1,14–4,6; $p < 0,001$)). Наибольшие преимущества были связаны с расширением физических возможностей и повышением КЖ. Это касалось как пациентов, которым АРНИ назначались *de novo*, так и тех, кого ротировали на Юперлио® с иАПФ или БРА. Количество участников исследования, которых потребовалось пролечить АРНИ для получения значимого улучшения состояния здоровья, составило всего 12 (95% ДИ: 9–24).

Результаты этого регистра подтверждают итоги PARADIGM-HF. Принимавшие сакубитрил/валсартан вместо эналаприла стабильно демонстрировали более высокий балл по целому ряду показателей КЖ. Достигнутые за 36 месяцев улучшения были наиболее впечатляющими в областях, отражающих возможность работать, выполнять домашние дела или заниматься активным отдыхом, подниматься по лестнице и иметь интимные отношения. Исследование не прояснило, как изменялись последние: например, было ли это связано непосредственно с улучшением сексуальной функции или повышением либидо. Вероятной причиной такого результата могло явиться и усиление интереса к интимной сфере вследствие положительной динамики общего состояния.

Очевидно, что с годами функциональные возможности снижаются. Данные PARADIGM-HF также обнаружили очень четкую связь между возрастом и ухудшением переносимости социальных/физических нагрузок, однако кривая, отражающая эти домены, была сдвинута по времени на 9 лет влево для получавших сакубитрил/валсартан. Это позволило исследователям сделать вывод о том, что люди на терапии Юперлио® чувствовали себя на 9 лет моложе.

Профессор Джон Г.Ф. Клиланд (J.G.F. Cleland) (Имперский колледж Лондона, Великобритания), комментируя появление нового препарата, сказал, что сакубитрил/валсартан — одно из величайших нововведений в лечении СН за последние четверть века. И с этим трудно не согласиться.

А К Т У А Л Ь Н О

Ингибиторы SGLT-2 в практике терапевтов и врачей смежных специальностей

«Лечить не болезнь, а больного» — этот призыв все чаще звучит в публикациях, посвященных сахарному диабету (СД). Его произносили и на 78-й научной сессии Американской диабетической ассоциации (ADA) год назад. Тогда этой организацией в совместном докладе с Европейской ассоциацией по изучению диабета (EASD) впервые был представлен документ по лечению СД 2 типа — консенсус ADA/EASD 2018. Теперь мы не просто стремимся к достижению оптимального уровня гликемии и целевых показателей гликированного гемоглобина, но и учитываем особенности пациента, его возможности и коморбидный статус. И, конечно, персонализируем терапию современными препаратами.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ХСН: ПАРАДИГМА ВЗАИМОВЛИЯНИЯ

Нужно ли напоминать, что СД остается актуальной проблемой здравоохранения в глобальном масштабе? Число больных стремительно растет: с 1980 г. оно почти удвоилось, составив 422 млн среди взрослых на 2016 г. (WHO: Global Report on Diabetes). Эксперты ВОЗ говорят об этом заболевании как о неинфекционной эпидемии, а ООН официально признала СД пандемией мира. Ежегодно болезнь уносит жизни 1,6 млн человек, что составляет 4 % от всех причин смерти (WHO: World Health Statistics 2018). В России, по последним данным, насчитывается до 9 млн больных диабетом 2 типа, или 5,4 % населения страны (Dedov I.I., 2016).

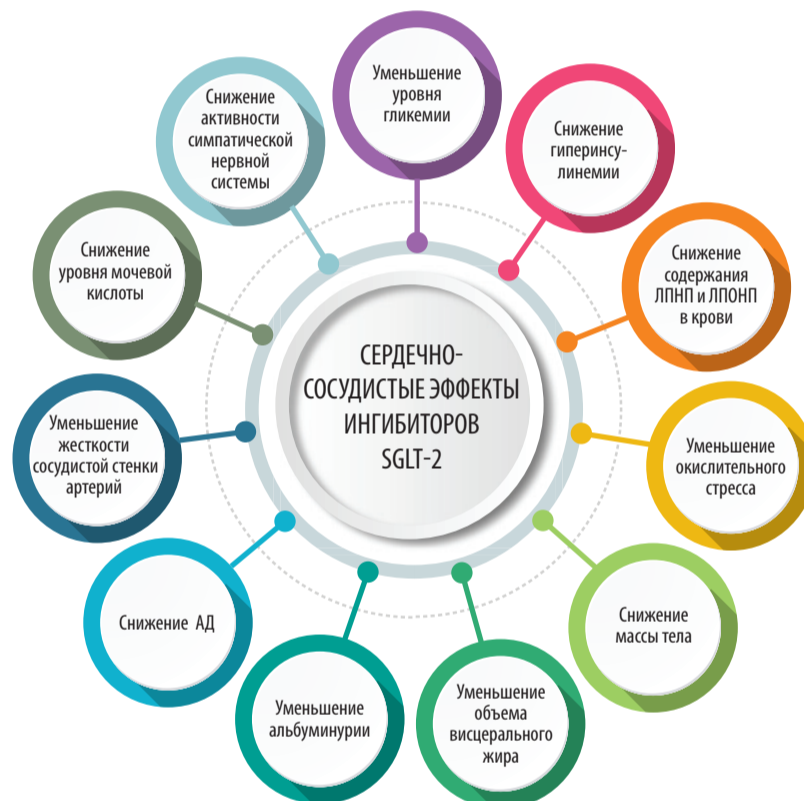
СД — междисциплинарная проблема. Заболевание само по себе ассоциировано с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений: еще в 1974 г. знаменитое Фрамингемское исследование показало 2–5-кратное увеличение риска развития сердечной недостаточности (СН) у пациентов с СД. Согласно Государственному регистру РФ, порядка 50 % летальных исходов диабета обусловлено именно сердечно-сосудистыми патологиями. СН стали называть «нередким, часто фатальным, но незаслуженно позабытым» осложнением СД (Bell D., 2005).

Ситуация осложняется тем, что адекватный контроль гликемии не снижает риск развития СН (Turnbull F.M. et al., 2009). Американские исследователи установили, что инсулинотерапия у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в принципе связана с худшим прогнозом и является независимым предиктором смертности (Smooke S. et al., 2005). Поэтому с 2008 г. FDA (Управление США по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами), а затем и EMA (Европейское медицинское агентство), прежде чем одобрить очередной новый медикамент, стали требовать убедительные доказательства отсутствия у него повышения риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНГИБИТОРОВ SGLT-2

На предмет безопасности при СН изучаются многие группы противодиабетических препаратов. Весьма перспективные данные были получены недавно для относительно нового класса — ингибиторов SGLT-2 (натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, sodium-glucose linked transporter 2 inhibitors). SGLT-2 является главным ферментом, ответственным за реабсорбцию глюкозы в проксимальном извитом канальце нефрона. При приеме SGLT-2 реабсорбция глюкозы снижается, что приводит к глюкозурии

ВЕРОЯТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ SGLT-2 НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ (по Kumar S. et al., 2019)



“ SGLT-2 является главным ферментом, ответственным за реабсорбцию глюкозы в проксимальном извитом канальце нефрона. При приеме SGLT-2 реабсорбция глюкозы снижается, что приводит к глюкозурии и понижению гликемии в сыворотке крови.

и понижению гликемии в сыворотке крови. Глюкозурия также способствует умеренному снижению массы тела и артериального давления. Было показано, что 4 специфических ингибитора SGLT-2, называемых еще глифлозинами (канаглифлозин, дапаглифлозин, эмпаглифлозин и эртуглифлозин) подходят для контроля гликемии при СД 2 типа; в настоящее время они разрешены к клиническому применению. Идет набор данных, чтобы включить в показания к использованию дапаглифлозина также и СД 1 типа у взрослых (Paik J. et al., 2019). Помимо инсулина, вещества этого ряда могут применяться с другими пероральными сахароснижающими препаратами (метформином, глитинами, производными сульфонилмочевины).

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНГИБИТОРОВ SGLT-2

Недавно завершившиеся исследования показали, что ингибиторы натрий-глюкозного

котранспортера 2 типа у пациентов с СД 2 типа и высоким сердечно-сосудистым риском при приеме в дополнение к стандартному лечению могут снижать:

- частоту основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий;
- сердечно-сосудистую смертность;
- необходимость госпитализации по поводу СН;
- общую смертность.

Перейдем к цифрам. Международное исследование в условиях реальной клинической практики CVD-REAL включало более 300 тыс. человек с СД 2 типа. По его итогам, на фоне терапии ингибиторами SGLT-2 общая смертность снизилась на 51 %, а риск госпитализации по поводу СН — на 39 % (Cavender M. et al., 2017). Эти данные согласуются с опубликованными в 2015 г. результатами рандомизированного протокола EMPA-REG OUTCOME, дополняя их. В нем пациенты с СД 2 типа и подтвержденными заболеваниями сердца

и сосудов получали либо эмпаглифлозин, либо плацебо. Оказалось, что в группе ингибитора SGLT-2 уровень сердечно-сосудистых осложнений и смертности был достоверно ниже (Zinman B. et al., 2015). А ведь раньше никто не мог и представить, что с помощью сахароснижающих препаратов можно положительно влиять на сердечно-сосудистый прогноз!

Программа CANVAS с участием свыше 10 тыс. пациентов с СД 2 типа и высокими показателями сердечно-сосудистого риска продемонстрировала, что назначение канаглифлозина ассоциировалось с более низким риском сердечно-сосудистых событий, чем прием плацебо (Neal B. et al., 2017). В свою очередь, исследование DECLARE-TIMI 58 стало крупнейшим проектом по изучению влияния ингибиторов SGLT-2 на частоту заболеваний органов кровообращения. Впечатляют и количество его участников (17 тыс. взрослых пациентов с СД из 33 стран), и срок наблюдения — 5 лет. Дапаглифлозин не просто не увеличивал частоту развития серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, но статистически значимо снижал как частоту госпитализаций по поводу СН, так и сердечно-сосудистую смертность (Wiviott S.D. et al., 2019).

ДАПАГЛИФЛОЗИН: ЗНАКОМЫЙ НЕЗНАКОМЕЦ

В сентябре текущего года были опубликованы самые новые данные международного исследования дапаглифлозина при СН с низкой фракцией выброса левого желудочка (DAPA-HF). Оказалось, что кардиопротективное действие препарата проявляется независимо от того, есть ли у пациента сахарный диабет или нет. Надо признать, что нам далеко не все известно как о потенциале вещества, так и о механизме его действия: вероятно, последний не связан с уменьшением токсических эффектов гипергликемии. Кроме того, повышение доз диуретиков в составе комплексной терапии не снижало сердечно-сосудистую смертность; следовательно, положительные эффекты ингибиторов SGLT-2 не обусловлены и их действием на почечную экскрецию натрия. В целом риск обострения СН или смерти от сердечно-сосудистых причин был ниже среди тех, кому назначался дапаглифлозин, чем среди получавших плацебо, вне зависимости от наличия у них СД (McMurray J.J. V. et al., 2019).

Обнаружение у глифлозинов дополнительных кардиопротективных эффектов изменило тактику ведения пациентов, имеющих СД 2 типа и СН. Еще в 2017 г. ADA/EASD рекомендовали начинать лечение с метформина и, если через 3 месяца не достигался целевой уровень гликированного гемоглобина, присоединять второй препарат, в том числе ингибитор SGLT-2. Однако уже тогда эксперты прогнозировали перемены. И наконец, пришло время, когда стратегия «универсального» начала лечения с бигуанидов осталась в прошлом. Нынешняя официальная позиция ADA/EASD такова: диабетикам с предшествующей ХСН для инициальной терапии и постоянного приема предпочтительнее новый класс медикаментов — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.

Екатерина Демьяновская,
К. М. Н.

ТЕХНОЛОГИИ

Девайсы для лечения сердечной недостаточности

Важное место в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) с низкой фракцией выброса левого желудочка (СНнФВ) занимают имплантируемые устройства: кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД) и аппараты для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ). В этом материале мы хотим подробнее рассказать о них, а также обсудить возможности применения медицинских приборов нового класса — оптимайзеров.



Юрий
Вячеславович
МАРЕЕВ

К.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ



Елена
Николаевна
ЦАРЕВА

Врач-кардиолог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ

Цель имплантации ИКД — снижение риска внезапной сердечной смерти (ВСС) пациентов, установка же СРТ направлена на улучшение качества и продолжительности их жизни. Существуют также комбинированные устройства, имеющие как функцию ресинхронизации работы желудочков, так и возможность дефибрилляции — СРТ-Д (сердечная ресинхронизирующая терапия – дефибрилляция).

Необходимо отметить, что СРТ и ИКД рекомендованы лишь тем пациентам, которые получают оптимальную терапию ХСН в течение как минимум 3 месяцев, поскольку медикаментозное лечение СНнФВ само по себе ведет к снижению показателей риска сердечно-сосудистой смерти (в том числе ВСС), обеспечивает обратное ремоделирование сердца и улучшает качество жизни.

СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Аппарат для проведения СРТ представляет собой трехкамерный кардиостимулятор с электродами в правом предсердии и обоих желудочках. Левожелудочковый электрод чаще всего имплантируется эндоваскулярно через коронарный синус в одну из вен сердца либо помещается в желудочек во время открытой кардиологической операции.

СРТ показана в первую очередь пациентам с СНнФВ и широким комплексом QRS с целью восстановления синхронизации сокращений желудочков, утраченной в результате полной блокады ножки пучка Гиса (чаще левой). В определенных случаях она рекомендована и тем, кто имеет показания к установке обычных электрокардиостимуляторов (ЭКС), однако эта тема не будет затрагиваться в нашей статье.

Диссинхрония возникает за счет нарушения распространения волны деполяризации по миокарду. Это ведет к тому, что некоторые его участки активируются и сокращаются с запозданием, в результате чего уменьшается

эффективность сокращения. СРТ обеспечивает синхронность этого процесса, что приводит к улучшению гемодинамики, а при длительном применении снижает риск смерти и госпитализации вследствие ХСН.

В прошлом метод СРТ пробовали использовать у пациентов с шириной QRS <130 мс и механической диссинхронией, выявленной по данным эхокардиографии (Эхо-КГ). Однако серия рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) показала, что у таких больных на фоне СРТ отсутствовала положительная динамика ФВЛЖ и клинических симптомов, не уменьшалось число госпитализаций и при этом было большее число смертей в сравнении с группой контроля.

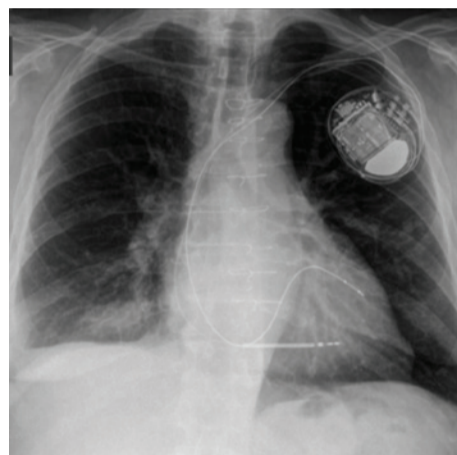
В настоящее время идет дискуссия о роли морфологии комплекса QRS в отборе пациентов для СРТ. Результаты всех РКИ свидетельствуют об улучшении при СРТ прогноза у пациентов с QRS ≥130 мс и блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), но данные об эффективности данного вида терапии в группе исследуемых с изменениями QRS, отличными от БЛНПГ, противоречивы. Так, субанализ протокола MADIT-CRT показал, что вмешательство не улучшает прогноз у больных без БЛНПГ при QRS как равном 130–150, так и >150 мс. В то же время исследование RAFT продемонстрировало лучшие показатели комбинированной конечной точки среди пациентов с QRS >160 мс, не имеющих БЛНПГ, в отсутствие которой при величине 130–160 мс прогноз не изменялся.

В рекомендациях ОССН-РКО-РМОТ (Общества Специалистов по Сердечной Недостаточности, Российского кардиологиче-

“ СРТ и ИКД рекомендованы лишь тем пациентам, которые получают оптимальную терапию ХСН в течение как минимум 3 месяцев.

ского общества и Российского научного медицинского общества терапевтов) говорится, что метод показан находящимся на оптимальной терапии больным с СНнФВ ФК II–IV NYHA при наличии синусового ритма, ФВЛЖ ≤35 %, QRS ≥130 мс и БЛНПГ. В случае тех же характеристик, но при морфологии желудочкового комплекса, отличной от БЛНПГ, СРТ не показана при QRS 130–150 мс и может быть рассмотрена при значении >150 мс.

В связи с тем, что пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) не включались в основные протоколы по СРТ, объем данных по ее эффективности у них меньше. В то же время по итогам наблюдательных исследований лица с СРТ имеют одинаковое улучшение ФВЛЖ и клинического статуса, а также сходный показатель риска смерти на фоне лечения как при синусовом ритме, так и при наличии ФП. Поэтому, согласно данным рекомендаций, в ситуациях с QRS >130 мс



Рентгенограмма органов грудной клетки пациента с имплантированным СРТ. В данном случае у пациента постоянная форма фибрилляции предсердий, поэтому предсердный электрод отсутствует

и БЛНПГ применение ресинхронизации должно быть обсуждено у пациентов с данным видом нарушения ритма, а также может рассматриваться у имеющих ФП без БЛНПГ при длительности QRS >150 мс.

ИМПЛАНТИРУЕМЫЙ КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЛЯТОР

Другим устройством для лечения СНнФВ является ИКД. Он снижает риск ВСС за счет купирования желудочковых тахикардий и фибрилляции желудочков, но не влияет на прогрессирование ХСН. Приспособление имплантируется с целью вторичной (если ранее уже были эпизоды подобных аритмий, потребовавшие их купирования и/или реанимационных мероприятий) и первичной профилактики ВСС.

До недавнего времени считалось, что в плане первичной профилактики ВСС ИКД показаны всем пациентам с СНнФВ ФК II–III NYHA, имеющим ФВЛЖ ≤35 %, независимо от этиологии поражения миокарда. При этом в исследованиях лучше были изучены больные с ишемической болезнью сердца (ИБС). Это послужило поводом для проведения протокола DANISH, где сравнивалось применение ИКД и оптимальной терапии у больных без ИБС. Его итоги продемонстрировали, что методика снижала риск ВСС, однако случаев ВСС было немного и ИКД не влиял на риск смерти от всех причин. В последующем было выполнено несколько метаанализов, куда вошли как результаты DANISH, так и данные других работ относительно не имевших ИБС пациентов с ИКД. Было показано, что применение метода у больных без ИБС уменьшает риск смерти, но в большей степени это относилось к ранним исследованиям, осуществленным

до широкого внедрения в клиническую практику антагонистов минералокортикоидных рецепторов и СРТ — эти виды лечения также способствуют снижению риска ВСС.

С учетом этих данных в последних рекомендациях ОССН-РКО-РМОТ класс показаний к ИКД в отсутствие ИБС был снижен с позиции I — рекомендуется до IIa — целесообразно применять. Нет единого консенсуса относительно того, чем должны определяться показания к установке ИКД для конкретного пациента, не страдающего ИБС. По данным субанализа DANISH, вмешательство снижало риск смерти от всех причин у людей моложе 68 лет и не влияло на этот показатель среди исследуемых более старшего возраста. В то же время к подобному рода данным следует относиться с осторожностью: в основе эффективности лечения у молодых и отсутствия результата в группе пожилых пациентов, возможно, могли лежать иные, отличные от возрастных характеристики. В частности, согласно данным метаанализов, проведенных до исследования DANISH, ИКД эффективны независимо от возраста, но выраженность этой тенденции нивелируется с ростом количества сопутствующих заболеваний. Последнее объясняется тем, что чем больше показатель (выраженность) коморбидности, тем выше риск умереть не внезапно, а вследствие не связанных с СНнФВ причин.

Большое внимание уделяется возможности выявления пациентов с наиболее высоким риском ВСС при помощи МРТ, скинтиграфии миокарда и ряда параметров, получаемых при измерении ЭКГ и холтеровском мониторингировании (ХМ ЭКГ). Однако эти методы пока не могут быть рекомендованы для определения необходимости имплантации ИКД. Проводимые клинические исследования могут впоследствии повлиять на принятие в настоящее время рекомендации, касающиеся этого вопроса.

ОПТИМАЙЗЕР

В последнее время активно обсуждается такой метод лечения ХСН, как модуляция сердечной сократимости (МСС). Суть его — высокоамплитудная стимуляция миокарда в абсолютно рефрактерный период с целью влияния на саркоплазматический ретикулум и улучшения сократительных свойств сердечной мышцы. Терапия осуществляется при помощи специального устройства «Оптимайзер», внешне похожего на ЭКС. Важно отметить, что оно не обладает возможностью дефибрилляции и лечебного воздействия на брадиаритмии. К настоящему времени проведено небольшое количество РКИ, посвященных этой методике. Метаанализ имеющихся работ показал, что на фоне применения оптимайзеров не происходит улучшения прогноза, но отмечается редукция симптоматики. Кроме того, не совсем ясным остается характер влияния МСС на обратное ремоделирование миокарда. На сегодняшний день данные о динамике ФВЛЖ в условиях данного метода опубликованы в трех РКИ; при этом не было выявлено достоверных различий в изменении этого показателя между исследуемой и контрольной группами. Таким образом, роль и место МСС в лечении данной нозологической формы нуждаются в уточнении с помощью дальнейших масштабных исследований. Сейчас показания к модуляции сократимости сердца не присутствуют ни в американских и европейских, ни в российских рекомендациях, тем не менее использование ее при ХСН продолжает изучаться.

Д И А Г Н О З

Коронарные риски у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной среди клинически значимых аритмий и характеризуется высокой заболеваемостью и смертностью. Прогнозируется увеличение числа страдающих этим нарушением ритма, в том числе пожилых пациентов. Поскольку возраст является независимым фактором риска (ФР) развития ФП, глобальное бремя этого заболевания, как ожидается, будет возрастать по мере старения населения.



Лариса
Анатолевна
ХАИШЕВА

Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №4 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, директор Ростовского научно-практического общества кардиологов

ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА

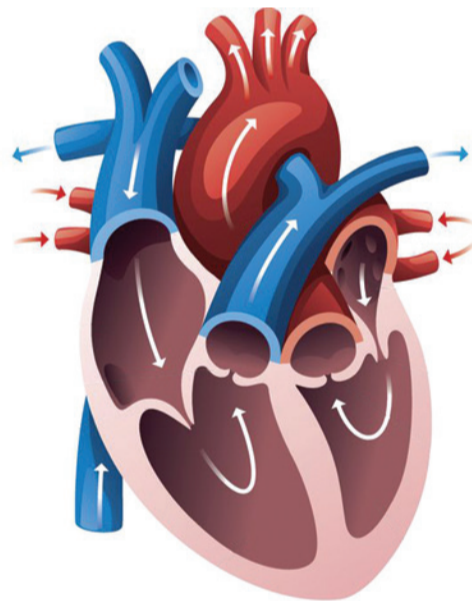
Показатель возраста, будучи сильным и последовательным предиктором мозгового инсульта (МИ) на фоне ФП, включен во все схемы стратификации ФП-ассоциированного риска его возникновения. Согласно шкале CHA2DS2-VASc, возраст ≥ 65 лет увеличивает совокупный показатель ФР на 1 балл, а значение ≥ 75 лет добавляет к суммарной величине 2 балла.

В проекте по изучению фибрилляции предсердий AF1, где возраст был определен как предиктор инсульта у пациентов с ФП, данный критерий является не статическим, а динамическим ФР развития МИ. Возрастное повышение риска не является специфичным для пола и наблюдается как у мужчин, так и у женщин. Оно было продемонстрировано в исследовании Framingham, по итогам которого риск МИ увеличился с 1,5 до 23,5 % в возрасте 50–59 и 80–89 лет соответственно, причем в последней группе ФП была единственным сердечно-сосудистым заболеванием, независимо влияющим на частоту инсульта. Таким образом, риск МИ у пожилых людей с ФП значимо повышен, и лечение прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК) играет ведущую роль в его минимизации.

Европейское общество кардиологов (ESC) и Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи (NICE) рекомендуют оценивать риск МИ при помощи шкалы CHA2DS2-VASc для решения вопроса о назначении ПОАК при количестве баллов ≥ 1 у мужчин и ≥ 2 у женщин. Антагонисты витамина К (варфарин) или более новые препараты — ПОАК — необходимо рекомендовать всем пациентам с неклапанной ФП и высоким риском МИ.

Оценивая ФР у пожилых, следует помнить, что у данной категории больных риск развития инсульта всегда выше в сравнении с таковым для геморрагических осложнений. Воздействие на эти факторы уменьшает вероятность развития МИ при снижении риска по CHA2DS2-VASc и кровотечениях в случае модификации комплекса ФР их возникновения. Несмотря на то что пероральная антикоагулянтная терапия антагонистами витамина К (варфарином) снижает риск инсульта на 64 %,

вероятность больших кровотечений у пациентов, получающих препараты этой группы, по оценкам, увеличивается на 46 % за каждое десятилетие по сравнению с отметкой < 40 лет. Обеспокоенность повышенным риском кровотечений ведет к недостаточному использованию антикоагулянтов в пожилом возрасте. Шкала HAS-BLED признает возрастное значение ≥ 65 лет как независимый фактор риска кровотечения, и величина ≥ 3 баллов по этой шкале классифицирует имеющих ФП как «лиц высокого риска». Тем не менее и NICE, и ESC рекомендуют использовать шкалы оценки риска кровотечений в целях выявления и модификации обратимых ФР геморрагических осложнений, при этом не отказывая пациентам в оральном антикоагулянтах исключительно на основе значительной суммы баллов.



ПОАК могут рассматриваться как возможная альтернатива варфарину в профилактике инсульта. Они не требуют регулярного мониторинга МНО, обладают более широким терапевтическим окном, а также в отличие от него имеют меньше пищевых и лекарственных взаимодействий.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФП

Профиль эффективности и безопасности ПОАК был продемонстрирован в крупных рандомизированных клинических исследованиях (РКИ). Доля пожилых пациентов в большинстве из них составляла 30–40 %. Последующий анализ показал, что в целом эти вещества не уступали варфарину с поправкой на дозу для профилактики МИ и системных эмболий даже в пожилом и старческом возрасте. Это позволило предпочесть варфарину для профилактики инсульта и системных эмболий у людей ≥ 75 лет с ФП. Следует, однако, обратить внимание на исследование ROCKET AF с ривароксабаном, в котором пациентов

старше ≥ 65 лет было значительно больше (77 %), чем в других РКИ, посвященных ПОАК. Более того, эти участники исследования имели высокий риск МИ (средний балл CHADS2 — 3,7), обусловленный большим количеством сопутствующих заболеваний. Даже в этой группе ривароксабан продемонстрировал благоприятный профиль эффективности и безопасности.

Последние десятилетия вопросы профилактики и лечения ишемического инсульта при фибрилляции предсердий находятся в центре внимания врачей. Однако результаты анализа причин смерти у больных с ФП показывают, что ассоциированная с ней смертность обусловлена целым рядом различных заболеваний органов кровообращения.

Согласно данным исследований, у пациентов с ФП отмечалось повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний: на 61 % — ишемической болезни сердца, на 88 % — внезапной сердечной смерти, на 96 % — крупного сердечно-сосудистого события и на 46 % — смерти от всех причин. Данная равновидность аритмии ассоциировалась, кроме того, с 2-кратным риском сердечно-сосудистой смерти, 2,3-кратным риском МИ, а также 5-кратным риском развития застойной сердечной недостаточности и других заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца и острый коронарный синдром (ОКС).

Следовательно, стратификация риска коронарных событий у пациентов с ФП является критически важной. Это означает, что для клинициста необходим простой и ясный инструмент оценки вероятности сердечно-сосудистых осложнений. Таким инструментом может служить шкала 2MACE, предложенная несколько лет назад для определения риска развития тяжелых осложнений кардиоваскулярных заболеваний на фоне ФП. Из критериев учитываются: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) при фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ≤ 40 %; инфаркт миокарда (ИМ) и/или реваскуляризация миокарда

Таким образом, мы выяснили, что при наличии ФП возраст ≥ 75 лет является фактором риска инсульта, сердечно-сосудистых событий и кровотечений. Для данной категории пациентов важно подобрать ПОАК, способный снизить показатель риска в первых двух случаях, не увеличивая частоту геморрагических осложнений.

Таблица. Шкала 2MACE для оценки риска развития тяжелых осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ФП

Критерий	Число баллов
ХСН при ФВЛЖ ≤ 40 %	1
ИМ и/или реваскуляризация миокарда в анамнезе	1
Метаболический синдром#	2
Возраст ≥ 75 лет	2
Тромбоэмболические осложнения в анамнезе	1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОАК

В протоколе ROCKET AF 17 % исследуемых ранее перенесли ИМ. Известно, что у этих пациентов риск смерти от сердечно-сосудистых причин, нефатального инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии был примерно в 3 раза выше, чем среди больных без ИМ в анамнезе. При лечении ривароксабаном наблюдался тренд к снижению риска коронарных осложнений (сердечно-сосудистая смерть, ИМ или нестабильная стенокардия) на 14 % по сравнению с показателем в группе варфарина (отношение рисков 0,86; 95 % ДИ 0,74–1,00; $p = 0,0509$). Следовательно, ривароксабан не уступал варфарину по эффективности в профилактике ИМ и других ишемических осложнений у лиц, имеющих ФП и коронарную болезнь сердца.

Loke Y.K. et al. (2014) провели метаанализ 27 контролируемых исследований: по 9 для дабигатрана, ривароксабана и апиксабана. Контрольные группы варьировали с различными агентами, такими как эноксапарин (9 исследований), варфарин (5 исследований), низкомолекулярные гепарины (НМГ) и варфарин (5), плацебо (5), ацетилсалициловая кислота (2) и НМГ

“ Антагонисты витамина К (варфарин) или более новые препараты — ПОАК — необходимо рекомендовать всем пациентам с неклапанной ФП и высоким риском МИ.

в анамнезе; метаболический синдром#; возраст ≥ 75 лет и тромбоэмболические осложнения в анамнезе (табл.). Если пациент набирает по этой шкале 3 балла и более, можно говорить о высоком риске серьезных осложнений. Хотелось отметить, что возраст в этой шкале также добавляет к общей величине максимальное количество баллов.

первоначально (1 исследование). Эта работа (включая данные более 38 000 человек) показала повышение риска ОКС при применении дабигатрана в сравнении с препаратами группы контроля (плацебо, НМГ, варфарин). В то же время на терапии апиксабаном частота ОКС была сопоставима с таковой контрольной группы, а назначение ривароксабана снижало риск ОКС.

Авторы отметили, что отсутствие негативного воздействия на коронарные риски при применении аписксабана или возможное положительное влияние в случае ривароксабана было продемонстрировано (в отличие от дабигатрана) путем сравнения, скорректированного по общим клиническим показателям либо по контрольной терапии.

В разделе «Обсуждение» указывается, что лечение дабигатраном оказывало благотворное влияние на снижение риска МИ, при том что целью метаанализа не являлось формирование изолированных суждений о том, перевешивают ли преимущества этого препарата любой возможный вред. Вместо этого основное внимание уделяется сравнительной безопасности дабигатрана по сравнению с другими ПОАК, доступными в качестве альтернативных агентов для применения при ФП или венозной тромбоэмболии. Недавние систематические обзоры продемонстрировали, что последовательных различий в сравнительной эффективности пероральных антикоагулянтов в случае фибрилляции предсердий нет. В ситуациях, когда доступные лекарственные средства обладают благоприятным профилем эффективности, пациенты и врачи, участвующие в выборе лечения, должны быть полностью информированы о любых потенциальных различиях препаратов в отношении безопасности, особенно при наличии сообщений о возможном повышении коронарного риска у одного из медикаментов. В то время как Канадское сердечно-сосудистое общество предостерегает от применения дабигатрана у больных с ФП, имеющих высокий риск коронарных событий, подобные рекомендации от других экспертов или регулирующих органов в настоящее

время отсутствуют. До сих пор нет четкой фармакологической модели, которая объясняла бы потенциальное увеличение сердечно-сосудистого риска при использовании дабигатрана, хотя длительное назначение препарата аналогичного класса (ксимелагатран*) было ассоциировано с провоспалительными эффектами при коронарной ишемии.

“ ПОАК могут рассматриваться как возможная альтернатива варфарину в профилактике инсульта. Они не требуют регулярного мониторинга МНО, обладают более широким терапевтическим окном и имеют меньше пищевых и лекарственных взаимодействий.

Высказывалось предположение о том, что дабигатран также может вызывать эти неблагоприятные воспалительные эффекты, способные повышать риск атеросклеротических тромботических событий. Ранее предполагалось, что неодинаковое клиническое действие дабигатрана (прямого ингибитора тромбина) и других новых ПОАК (прямых ингибиторов фактора Ха) может быть обусловлено их различными точками приложения в каскаде свертывания крови.

Таким образом, по данным анализа Loke Y.K. et al. лечение ривароксабаном ассоциировалось с наиболее низким риском коронарных событий по сравнению с препаратами контроля в отличие от аписксабана и дабигатрана. Сходные результаты были получены несколько ранее в работе Мак К.Н. (2012), где было отобрано 28 РКИ с участием

138 948 человек. Число исследований, в которых оценивались ксимелагатран*, дабигатран, ривароксабан и аписксабан, составляло соответственно 6, 9, 7 и 7. Этот метаанализ показал, что дабигатран ассоциировался с повышенным риском развития ИМ или ОКС относительно препаратов контроля (варфарин, эноксапарин, плацебо).

Для ривароксабана, напротив, риск ИМ/ОКС был ниже в сравнении с контрольными препаратами, в то время как аписксабан ассоциировался со статистически незначимым снижением этого показателя. Полученные данные свидетельствуют о том, что пероральные прямые ингибиторы тромбина и ингибиторов фактора Ха различались по показателю риска коронарных событий. Отсюда можно заключить, что у пациентов с ФП и повышенным коронарным риском применение ривароксабана может быть предпочтительнее назначения прямых ингибиторов тромбина.

Необходимо также отметить, что использование ривароксабана (в другом режиме дозирования — 2,5 мг 2 раза/сут) одобрено для профилактики смерти от ИМ, тромбоза стента и кардиоваскулярных причин у перенесших ОКС при наличии синусового ритма, для предотвращения МИ, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смерти, а также в целях профилактики острой ишемии конечностей и снижения общей смертности страдающих ишемической болезнью сердца или заболеваниями периферических артерий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большая часть смертей у пациентов с ФП на фоне терапии ПОАК, согласно данным метаанализа РКИ, была обусловлена не инсультами или кровотечениями, а осложнениями заболеваний сердца и сосудов. Наличие сопутствующей патологии (например, ХСН или сахарного диабета) сопровождается ростом риска сердечно-сосудистой смерти. Согласно выводам, сделанным в серии метаанализов РКИ, лечение ривароксабаном ассоциировалось со значимым снижением риска ИМ/ОКС по сравнению с препаратами группы контроля для широкого круга пациентов. Благоприятный кардиоваскулярный профиль — это еще один возможный аргумент в пользу выбора ривароксабана для пожилого коморбидного больного с ФП и высоким показателем риска осложнений заболеваний органов кровообращения.

Список литературы находится в редакции

*Препарат ксимелагатран не зарегистрирован на территории РФ (по состоянию на ноябрь 2019 г.)
#Основной критерий для диагностики: окружность талии >80 см у женщин и >94 см — у мужчин
Публикация подготовлена при поддержке компании АО «БАЙЕР». PP-XAR-RU-0275-1

Ксарелто®
РИВАРОКСАБАН

Преимущества Ксарелто® для профилактики инсульта у пожилых пациентов с ФП



ROCKET AF: Ксарелто® достоверно снижал риск смертельных кровотечений в сравнении с варфарином в том числе у пациентов с ФП пожилого возраста* с нарушением функции почек†



Однократный режим дозирования и календарная упаковка Ксарелто® могут помочь пожилым пациентам соблюдать ваши рекомендации^{2,4}



Только Ксарелто® продемонстрировал значимое снижение риска ИМ/ОКС среди ПОАК по данным крупного мета-анализа РКИ⁵

*Результаты представлены для подгруппы пациентов с умеренным нарушением функции почек в исследовании ROCKET AF, средний возраст в которой составил 79 лет. Согласно результатам субанализа у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше в исследовании ROCKET AF частота инсульта/СВ и больших кровотечений была сопоставимой на терапии ривароксабаном и варфарином, при более высокой общей частоте больших и небольших клинически значимых кровотечений на терапии ривароксабаном. Имеются ограничения, указанные в первоисточниках. Полные результаты исследований приведены в первоисточниках.
ИМ — инфаркт миокарда; ОКС — острый коронарный синдром; ПОАК — прямые пероральные антикоагулянты; РКИ — рандомизированные клинические исследования; КЛКР — клиренс креатинина.

КСАРЕЛТО® Международное непатентованное наименование: ривароксабан. **Лекарственная форма:** таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 15 или 20 мг ривароксабана микроинкапсулированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** — профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения; — лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке; клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения), повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения, например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных опухолей с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, внутричерепное кровоизлияние, диагностированное или предполагаемое; варикоз вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или патология сосудов головного или спинного мозга; сопутствующая терапия какими-либо другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринус и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, аписксабан, дабигатран и др.), кроме случаев перехода с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера; заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечений; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность у пациентов данной возрастной группы не установлены); тяжелая степень нарушения функции почек (КлКр <15 мл/мин) (клинические данные о применении ривароксабана у данной категории пациентов отсутствуют); врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобре-

тенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензией, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе). При лечении пациентов со средней степенью нарушения функции почек (КлКр 30–49 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме крови, При лечении пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15–29 мл/мин), У пациентов, получающих одновременно лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, например, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антиагрегенты, другие антитромботические средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗСН), Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром). Пациенты с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15–29 мл/мин), повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протеазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Учитывая механизм действия, применение препарата Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечений может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Признаки, симптомы и степень тяжести (включая возможный летальный исход) варьируются в зависимости от локализации, интенсивности или продолжительности кровотечения и/или анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться в виде слабости, бледности, головокружения, головной боли или необъяснимых отеков, одышки или шока, развитие которого нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль

в груди и стенокардия. Часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), головокружение, головная боль, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), выраженное снижение артериального давления, гематома, носовое кровотечение, кровоизлияние, кровоточивость десен, желудочно-кишечное кровотечение (включая ректальное кровотечение), боль в животе, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, кожный зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, боль в конечностях, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины), диспноэ, периферические отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению), повышение активности «печеночных» трансаминаз, кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечение из раны), гематома.
* Наблюдались преимущественно после больших отпелдических операций на нижних конечностях.
† Наблюдались при лечении ЭТВ как очень частые у женщин в возрасте <55 лет.
Регистрационный номер: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 17.08.2018. **Владелец регистрационного удостоверения и производитель:** Байер АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.
Литература: 1. Fox K.A. et al. Eur Heart J. 2011; 32(19): 2387–94. 2. McHorney C.A. et al. Curr Med Res Opin. 2015 Dec; 31(12): 2167–73. 3. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксарелто®. 15/20 мг ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 17.08.2018. 4. Kirchhof P. et al. Journal of the American College of Cardiology Jul 2018; 72 (2): 141–153. 5. Mak K.-H. BMJ Open. 2012; 2:e001592.
**АО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел.: +7 (495) 231 1200. www.pharma.bayer.ru**

PP-XAR-RU-0080-1

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Сто лет на страже сердца. От Стражеско до наших дней

В 2009 году исполнилось 100 лет с момента события, полностью изменившего понимание ишемической болезни сердца. Николай Дмитриевич Стражеско совместно со своим учителем Василием Парменовичем Образцовым, считавшимся лучшим терапевтом Российской империи, впервые в мире прижизненно диагностировали инфаркт миокарда, установив его причину — тромбоз венечных артерий, о чем было доложено на Первом съезде терапевтов в Москве. Это дало толчок не только к дальнейшему изучению острой миокардиальной ишемии и роли коронаротромбоза в ее патогенезе, но и ко всем последующим исследованиям, оказавшим большое влияние на развитие кардиологии.

НЕМНОГО ПРЕДЫСТОРИИ

Собственно говоря, кардиология началась с открытия системы кровообращения Уильямом Гарвеем, до которого считалось, что кровь образуется в печени и, растекаясь по сосудам, питает тело. Еще в XIX веке болезней сердца насчитывалось не так уж много: со времени Уильяма Гебердена была известна грудная жаба, а у гончаровского Обломова было «отолщение сердца с расширением левого желудочка оного», в связи с чем ему пришлось отказаться «от ежедневного хождения в должность». Однако уже в то время С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов закладывают фундамент российской кардиологической науки, одновременно воспитывая талантливых последователей.

В 1905 году русский хирург Н.С. Коротков обосновывает методику измерения артериального давления при помощи стетоскопа, которой мы пользуемся и по сей день. Именно знания о диастолическом давлении стали ключом к пониманию многих «сердечных тайн».

ПЕРВЫЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

Заканчивается 1909 год, прошедший без сильных потрясений для страны. Позади крах Цусимы и кровь первой революции. Прокладываются новые железные дороги, создается общество воздухоплавания. Перед самым Рождеством в здании Московского Императорского университета открывается Первый съезд терапевтов. Вступительное заседание посвящено сердечно-сосудистой патологии. Одним из наиболее значимых становится доклад профессора В.П. Образцова «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца», содержащий результаты произведенных совместно с приват-доцентом Н.Д. Стражеско наблюдений.

У трех курируемых больных впервые в мире



Н.Д. Стражеско (1876–1952) – терапевт, академик АН Украины, АН СССР (1943), АМН СССР (1944), Герой Социалистического Труда (1947)

прижизненно установлен и посмертно подтвержден диагноз «тромбоз венечных артерий». Кроме того, аутопсия показала наличие «размягчения сердца» как следствия коронаротромбоза. Лишь спустя два года американские терапевты в своих работах подтвердили результаты советских ученых.



Профессор Г.Ф. Ланг (во втором ряду в центре), профессор А. М. Дамир (в том же ряду второй справа) и доцент А.А. Шелагуров (первый справа) со студентами 1 ММИ и сотрудниками кафедры. 1943 г.

Лучший терапевт Российской империи едва не погиб на дуэли. Василий Парменович Образцов, будучи влюблен в жену патолога Киевского университета Василия Карловича Линдемана, вызвал его на поединок, причем сделал это прямо в ходе ученого совета, и отступить было некуда. Но профессор Образцов никогда не умел стрелять, тогда как его оппонент был заядлым охотником. Дело спасли секунданты: химик С.Н. Реформатский, используя свой двухметровый рост, отсчитал 15 шагов максимальной для себя длины, а его «коллега» со стороны Линдемана зарядил пистолеты... пьюжками. В итоге все остались живы, а Варвара Владимировна, жена Василия Карловича, ушла к Василию Парменовичу и родила ему двух детей.

КСТАТИ

За знаменательным открытием часто остается незамеченной другая работа Н.Д. Стражеско — «Строфантин как сердечное средство» (1910). В ней он представил подробное описание механизма действия медикамента, установил дозы и показания к его применению, тем самым дав научное обоснование применения строфантина, а также других сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью. На протяжении всего XX столетия гликозидные препараты оставались основополагающими средствами в лечении этой патологии.

ПОСЛЕ РЕВОЛЮЦИЙ

Октябрьские события надолго замедлили развитие отечественной кардиологии. В 1920 году в Одессе от гриппа, осложненного

пневмонией, умирает разбитый параличом Образцов. Многие ученики его к этому времени эмигрировали. Но уже наступившее новое десятилетие становится периодом формирования в СССР трех научных школ терапевтов. В Ленинграде работает известный разработчик проблем артериальной гипертонии Георгий Федорович Ланг — один из основателей журнала «Терапевтический архив». В Киеве Н.Д. Стражеско продолжает дело своего учителя, занимаясь исследованием сердечной недостаточности. Возглавляемая им школа первенствовала в изучении воспалительных процессов, наблюдающихся в кардиологической клинике. Многолетние наблюдения в этой области стали основой десятков работ, среди которых можно выделить «Затяжной септический эндокардит» (1925), «О ревматизме» (1927), «О классификации, патогенезе и клинике эндокардитов» (1930).

Ревматизм в первой половине XX века служил самой распространенной причиной пороков сердца, наиболее часто приводя к стенозу митрального клапана с последующим формированием недостаточности кровообращения. Обычно заболевание начиналось после перенесенной ангины или скарлатины, из-за чего эта ныне невинная детская инфекция, излечиваемая за несколько дней обычным флеминговским пенициллином, пугала людей намного больше чумы или холеры.

Н.Д. Стражеско много внимания уделял воспитанию нового поколения учеников, среди которых в 1920 году на кафедре появился выпускник Киевского медицинского института Владимир Харитонович Василенко.

В это же время в Москве под крылом М.П. Кончаловского и Е.Е. Фромгольда

вырастали будущие светила: Е.М. Тареев, А.М. Дамир, Я.Г. Этингер. Именно московской школе принадлежат первые работы по применению ЭКГ в России.

НА СЪЕЗДЕ В ЛЕНИНГРАДЕ

25 мая 1935 года в Ленинграде открылся Двенадцатый съезд терапевтов. Главные рассматривавшиеся на нем вопросы касались трудоспособности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Тридцатые годы ознаменовались лозунгом: «Поставить всю работу на службу социалистическому строительству». Основной темой научно-медицинских исследований оставался ревматизм, резко сокращавший число трудоспособной взрослой населения. В стране полным ходом шла индустриализация, однако большая часть работ выполнялась вручную: добыча угля, возведение зданий, да и прокладка метро, открытого в Москве за 10 дней до начала съезда, поначалу выполнялась отбойными молотками. Этот всесоюзный терапевтический форум вошел в историю медицины тем, что впервые утвердил классификацию и номенклатуру сердечно-сосудистых заболеваний и в том числе классификацию хронической сердечной недостаточности, предложенную Г.Ф. Лангом и дополненную Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко. Она оказалась настолько удачной, что используется по прошествии 80 лет с небольшими поправками... и долго еще сниться выпускникам мединституты.

ЭХО ВОЙНЫ

Конец 1941 года. Москва на осадном положении. Немец по происхождению Е.Е. Фромгольд отказался от эвакуации из Москвы и вскоре был арестован. Год спустя он скончается в пересыльной тюрьме. Беспартийный профессор ЦИУВ М.С. Вовси по рекомендации Г.Ф. Ланга назначен главным терапевтом Красной армии — впоследствии он станет одним из создателей отечественной военно-полевой терапии. Ассистент кафедры терапии 2 ММИ В.Г. Попов записался добровольцем на фронт, где попал в окружение. Он пройдет не через один лагерь смерти, где будет помогать военнопленным, а после войны вернется на прежнюю должность, станет профессором и получит Государственную премию за достижения в организации и оказании экстренной помощи больным инфарктом миокарда.

Н.Д. Стражеско продолжает трудиться в Уфе. К 1945 году он будет награжден двумя орденами Трудового Красного Знамени. В.Х. Василенко работает вместе со своим учителем, а позже возглавит фронтовую терапевтическую службу.

Иногда терапевту приходится становиться инфекционистом. Летом 1943 года, перед самым наступлением Красной армии, в дислоцированных на Таманском полуострове частях вспыхнула малярия, грозя срывом тщательно запланированной военной операции. И тогда Владимир Харитонович Василенко, будучи главным терапевтом фронта, отдал приказ о переводе всех госпиталей в терапевтический актив. В течение 10 дней всем заболевшим и подозрительным на малярию был проведен курс лечения хинином. Эпидемия прервалась, а руководитель был награжден орденом Отечественной войны за успешно проведенную «терапевтическую операцию».

КСТАТИ

Безусловно, в эти годы военно-полевая хирургия стала самой необходимой дисциплиной. Но и терапевты были востребованы, продолжая лечебную и преподавательскую работу во фронтовых и эвакуационных госпиталях, на институтских кафедрах. Победа ознаменовалась массовой демобилизацией и постепенным переходом к мирной жизни. Вернулись и болезни мирного времени. А в 1948 году состоялся консилиум по поводу заболевания тов. А.А. Жданова, повлекший за собой печально известное «дело врачей».

ОТТЕПЕЛЬ

Середина прошлого века вселила веру в светлое будущее: отменяются карточки, строятся новые больницы, «дело врачей» закрыто, его участники реабилитированы. Н.Д. Стражеско скоропостижно умер от острого инфаркта миокарда в 1952 году, немного не дожив до оттепели. Смерти предшествовали поездка в Москву и обстоятельная беседа в Министерстве государственной безопасности, возможно, ускорившая его кончину.

Георгий Федорович Ланг, в конце жизни работавший в Москве и скончавшийся в 1948 году, спустя 3 года был посмертно удостоен Сталинской премии. В это же время начал раскручиваться маховик процесса по «делу врачей». История не любит сослагательного наклонения, но не попал бы еще один видный ученый под молот репрессий, если бы дождал до 50-х годов?

КСТАТИ

Начало эры кардиохирургии дало надежду на излечение многих приобретенных пороков сердца. Известно, что зарождение этой специальности в стране связано с именем Александра Николаевича Бакулева. Первые прооперированные им пациенты были подготовлены к вмешательству под наблюдением профессора Алима Матвеевича Дамира, основавшего кардиологическое отделение Института грудной хирургии АМН СССР — благодаря этому были заложены основы нового направления отечественной медицины, названного в дальнейшем хирургической кардиологией. Совместная работа клиники факультетской хирургии и кафедры пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета под руководством А.М. Дамира позволила определить показания к оперативному лечению кардиальных пороков с разработкой методики предоперационной подготовки, а также выпустить монографию «Митральный стеноз в освещении терапевта и хирурга».

Увлечениями Дамира были мотоцикл, а затем трофейный кабриолет, способный разогнаться до 100 км/ч. При этом профессор был очень скромным человеком, полностью сосредоточенным на работе.

КСТАТИ

Применение антибиотиков позволило успешно излечивать стрептококковые инфекции и резко снизить заболеваемость ревматизмом и эндокардитом. К концу 50-х годов продолжительность жизни выросла. Однако проблема хронической сердечной недостаточности осталась столь же острой, переместившись лишь в другое измерение: наиболее частой ее причиной сделались последствия инфаркта миокарда и длительно существующая артериальная гипертензия.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ЭРА

Накопленные за прошедшие десятилетия знания уже не вмещали науку о сердце в рамки общей терапии. Было создано Российское кардиологическое общество, начат выпуск журнала «Кардиология», и в конце 60-х кардиология де-юре выделась в отдельную дисциплину. Именно на это время пришлось освоение новых диагностических технологий. В.В. Зарецкий, В.В. Бобков и Л.И. Ольбинская опубликовали первый эхокардиографический атлас. Г.И. Сторожаковым были определены объективные критерии диагноза синдрома разрыва сухожильных хорд, ложных хорд в желудочках сердца, описаны симптомы и эхокардиографические признаки различных вариантов кардиомиопатий, изучены гемодинамические характеристики у больных с протезами клапанов. Н.М. Мухарьямов стал автором диагностических методов выявления сердечной недостаточности, разработал новый подход к ее лечению, применив периферические вазодилататоры. Он же входил в комиссию по освидетельствованию космонавтов.

Сегодня ЭхоКГ является неотъемлемой частью диагностики заболеваний сердца, имея много различных разновидностей: трехмерная эхокардиография, импульсно-волновая и непрерывно-волновая доплерография, цветное доплеровское картирование и т.д. Она остается методом выбора для оценки систолической и диастолической функции желудочков.

Большой вклад в изучение недостаточности кровообращения внес Алексей Викторович Виноградов, вначале разработавший метод определения минутного объема сердца с применением красителей, а затем создавший на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, ранее руководимой

А.М. Дамиром, лабораторию сердечно-сосудистой недостаточности. Результаты исследований легли в основу гипотезы о патогенезе нарушения кровообращения при кардиогенном шоке и послужили основанием для его лечения с помощью вазопрессорных аминов, применяющихся в клинике и по настоящее время. А.В. Виноградов стал автором более 20 разработок, запатентованных в СССР и зарубежных странах.

наркотиков. И в решении этих задач оказался неоценимым опыт многонациональной команды кардиологов бывшего СССР. «Новая» отечественная кардиология, зародившись в 60-х годах, благодаря накопленным знаниям дала отдельные ростки-сообщества. В 1999 году, ровно через 90 лет после Первого съезда терапевтов, появилась Общероссийская общественная организация «Общество Специалистов по Сердечной Недостаточности». Эксперты ОССН — ведущие кардиологи

В 1982 году планировалась первая советская экспедиция на Эверест. Однако у многократного чемпиона СССР Эдуарда Мысловского обнаружили признаки ИБС, и его участие в восхождении вызвало большие сомнения. И тогда Юрий Александрович Сенкевич — специалист по высотной и космической медицине, тот, что вел передачу «Клуб путешественников», — отвез спортсмена на консультацию к Нурмухамеду Мухамедовичу Мухарьямову. После обследования профессор нехотя написал заключение, что альпинист может подниматься только до высоты 6000 метров. Естественно, предписание выполнено не было. Мысловский оказался в числе первых покорителей вершины, однако на обратном пути чуть не погиб, истратив все запасы кислорода. Заслуженный мастер спорта, тренер жив и по сей день. А Ю.А. Сенкевич по злой иронии судьбы скончался в 2003 году на фоне прогрессирующей сердечной недостаточности, через год после перенесенного инфаркта миокарда.

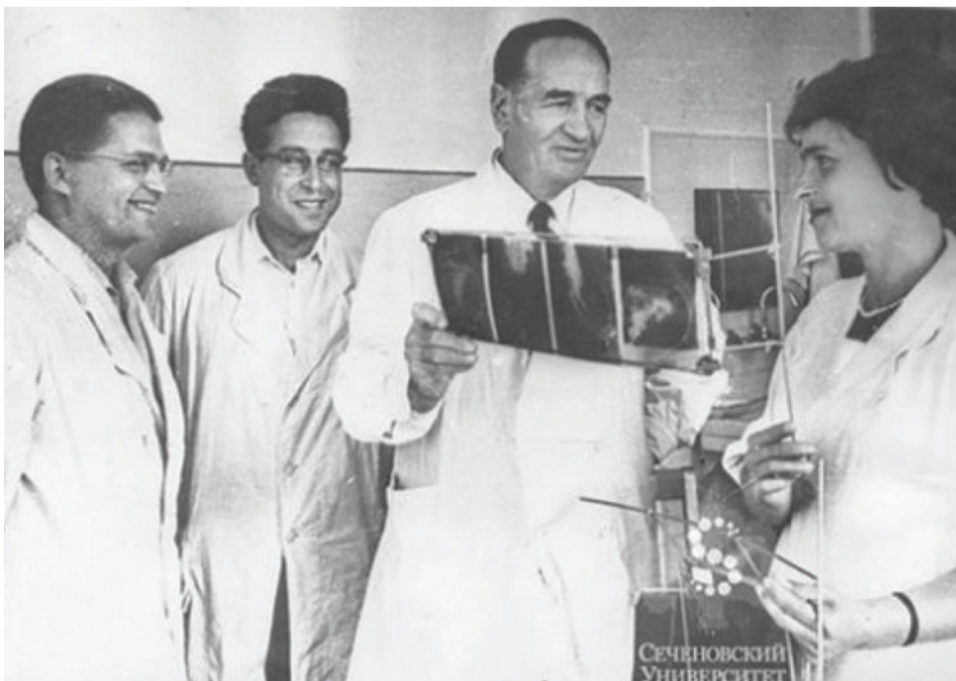
КСТАТИ

ИЗ ВЕКА В ВЕК

Девяностые годы с их рыночной турбулентностью стали новым испытанием для медицины: финансовые кризисы; засилье лженауки, от которой перед своей смертью предостерегал В.Х. Василенко; наводнение сомнительными лекарствами и «исцеляющими» аппаратами. Л.И. Ольбинская, будучи председателем Государственной комиссии по сердечно-сосудистым препаратам, на протяжении 90-х по мере возможностей препятствовала фармацевтическому хаосу. Вместе с новыми веяниями пришли и новые болезни, такие как трикуспидальные пороки у потребителей внутривенных

России, в том числе В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов, Ю.Н. Беленко, — активно участвуют в разработке рекомендаций по диагностике и лечению этого состояния. Под эгидой организации проводятся многоцентровые клинические исследования новых препаратов и терапевтических схем. Общество выпускает два журнала: «Сердце» и «Сердечная недостаточность» общим тиражом свыше 17 тыс. экземпляров. ОССН быстро приобрела активных участников, которых к настоящему времени насчитывается более 2000 человек.

Мухаммад Сайфуллин, к.м.н.



В.Х. Василенко (1897–1987) — выдающийся терапевт, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии СССР, действительный член АМН СССР



5

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ + АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ (ФАКТ PLUS 2020)

19–21 марта 2020 года, Москва



#СПЕШНАФАКТ



#ТАЛАНТЫФАКТ



#ФАКТplus2020

www.anticoagulants.ru

В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ

Клиническая задача



ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Пациент 78 лет обратился амбулаторно с целью решения вопроса о возможности восстановления сердечного ритма.

Жалобы

На момент обращения предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, создающие дискомфорт в обычной жизни.

Анамнез заболевания

Считает себя больным более 10 лет, когда впервые был установлен диагноз гипертонической болезни. Постоянно получает гипотензивную терапию, состоит на диспансерном учете. Величину артериального давления контролирует на уровне 160–170/90–100 мм рт. ст.

Около 7 лет назад перенес транзиторную ишемическую атаку, около 5 лет назад — острый инфаркт миокарда. В течение последних 2 лет беспокоят отеки нижних конечностей, одышка; примерно с этого же времени стали отмечаться

перебои в работе сердца. Диагностирована фибрилляция предсердий; пароксизмы регистрировались с частотой около 3 раз в год. На протяжении последних 6 месяцев наблюдается постоянная форма заболевания.

Анамнез жизни

Курит с 15-летнего возраста; последние 20 лет — по 2 пачки сигарет в день. Ранее злоупотреблял алкоголем (0,5 л водки в день). Последний год алкогольные напитки не употребляет.

На протяжении 10 лет устанавливается диагноз токсического гепатита, цирроза печени. Свыше 15 лет страдает остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника; в последние 5 лет установлен диагноз остеоартроза тазобедренных суставов. В течение последних 2–3 лет часто применяет нестероидные противовоспалительные препараты в виде мазей и таблеток при болях (около 2 раз в неделю).

Около 5 лет назад диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, тогда же зафиксирован эпизод желудочно-кишечного кровотечения.

За последний год госпитализаций не было.

Препараты, принимаемые пациентом

- Фозиноприл 10 мг × 2 р/сут внутрь
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг × 1 р/сут внутрь
- Омепразол 20 мг × 1 р/сут внутрь
- Диклофенак 2 % гель для наружного применения 2–3 раза/сутки местно на области тазобедренных суставов, поясничного и/или шейного отдела позвоночника при болях
- Диклофенак 25 мг 1–2 таблетки внутрь при болях в суставах

Данные физического обследования

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 87 кг.

Температура тела 36,5 °С. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, объем талии 110 см. Отеки нижних конечностей до уровня средней 1/3 голени, симметричные. Частота дыхательных движений 20 в мин. Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца аритмичные, шумов нет. АД 170/100 мм рт. ст. ЧСС 80 в мин. Живот симметричный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки и свободной жидкости в брюшной полости; при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Невролог: дорсопатия поясничного отдела позвоночника, остеохондроз, мышечно-тонический болевой синдром. Печеночная энцефалопатия 2 стадии.

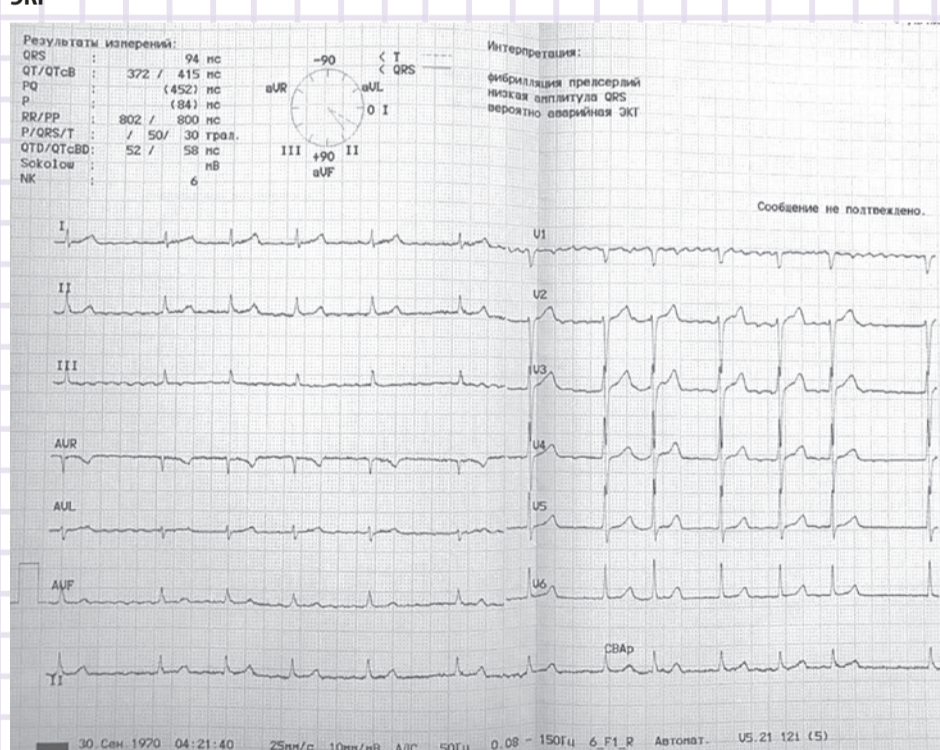
Окулист: ангиосклероз сетчатки.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единица измерения	Референсные значения
Цвет	светло-желтый		соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачная		прозрачная
Относительная плотность	1,020	г/мл	1,010–1,025
pH	5,2		4,8–7,5
Белок в моче (кач.)	отрицательно		отрицательно
Глюкоза в разовой порции мочи	нет		нет
Билирубин	нет		нет
Эритроциты		ед. в п/зр.	0–1
Лейкоциты		ед. в п/зр.	0–4
Слизь	нет		в небольшом количестве
Бактерии	нет		нет

ЭКГ



Биохимическое исследование крови

Показатель	Результат	Единица измерения	Референсные значения
Билирубин общий	62,0	мкмоль/л	5,0–21,0
Альбумин	20	г/л	35–52
Холестерин общий	6,1	ммоль/л	<5,18 — желательные значения; 5,18–6,19 — пограничные значения; >6,22 — высокие значения
Креатинин	191,2	мкмоль/л	80–115
МНО	2,0	ед.	0,8–1,2

Эхокардиографическое исследование

Показатель	Норма (муж/жен)	Значения
Аорта на уровне синуса Вальсальвы	<40 мм	31
КДР	<56 мм	46
КСР	<40 мм	30
ТМЖП	<12 мм	13
ТЗС	<12 мм	12
Фракция выброса ЛЖ (EF)	по Simpson >50 % по Teichholz >60 %	30 %
Легочная артерия (ствол)	<28 мм	24
Правый желудочек (из апикальной позиции)	≤36 мм	33
Правое предсердие (из апикальной позиции)	<46 x 38 мм	44 x 34
Левое предсердие (из апикальной позиции)	<48 x 38 мм	46 x 37

Рентгенологическое исследование

На рентгенограммах органов грудной клетки в двух проекциях свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочный рисунок не деформирован, умеренно усилен за счет сосудистого и интерстициального компонентов, преимущественно в прикорневых и базальных отделах легких. Корни легких не расширены, структурны. Контуры диафрагмы четкие, ровные. Сердце широко прилежит к диафрагме, тень аорты без особенностей.

Заключение: легочные поля без свежих очаговых и инфильтративных теней с признаками пневмосклероза.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
Определите и обоснуйте тактику ведения пациента (дообследование, лечение).



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

Развернутый ответ на клиническую задачу необходимо выслать в адрес редакции. ФИО авторов, давших наиболее полные и аргументированные ответы на клиническую задачу, будут опубликованы в следующем номере.