

З М І С Т

КАРДІОЛОГІЯ

Влияние валсартана на жесткость артериальной стенки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа 6

Антиаритмическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий: европейские рекомендации в украинских реалиях
О.С. Сычев 11

Новое слово в комбинированной терапии ишемической болезни сердца
М.И. Лутай, А.Н. Пархоменко 12-13

Кардиоваскулярный полипептид: элемент роскоши или доступный инструмент для повышения эффективности профилактики сердечно-сосудистых событий?
А. Кордеро 17-18

Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца: новые достижения в диагностике, профилактике и лечении 19

Ацетилсалициловая кислота в кардиологической практике
К.А. Борышев 20-21

Трансплантация сердца: життя до та після
В.В. Шаповалова 23

Флекаїнід у лікуванні передсердних і шлуночкових аритмій: потенціал засобу першої лінії
О.І. Жарінов 25

Острый коронарный синдром без элевации сегмента ST: фокус на стратификацию риска
М.Ю. Соколов 26-27

Внезапная сердечная смерть при брадикардии
Ю.И. Карпенко 28-29

Современный подход к выбору средств терапии гипертонического криза и резистентной гипертонии
А.Н. Пархоменко, Е.А. Коваль 31-32

Стандарты тромبوпротекции у пациентов с фибрилляцией предсердий
А.Н. Пархоменко, О.С. Сычев 33

Преимущества фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов у больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией: анализ в подгруппах пациентов исследования RAMONA 34-35

Антигипертензивная терапия у пациентов с хронической болезнью почек: оптимальные пути к цели
А.Д. Радченко 44

Дайджест 41

Эффективный контроль артериального давления 24 ч в сутки: выбираем препарат
Е.П. Свищенко 37

Индивидуально ориентированный подход к назначению гипотензивных лекарственных средств в программах первичной и вторичной профилактики кардиоваскулярных заболеваний
А.Е. Березин 45-46

Дайджест 47

Тромбопрофілактика в Україні: сучасні світові тенденції
С. Константи́дес, С.М. Кузнецова, В.В. Батушкін та ін. 48

Бриджинг-тромбопрофілактика в періопераційному періоді у пацієнтів із супутньою кардіальною патологією
С.О. Кондратенко 49

Проблемні питання статинотерапії: кому призначати, який статин і в якій дозі?
Л.А. Міщенко 50

Фиксированная комбинация ирбесартана с гидрохлортиазидом в кардиологической практике
С.Н. Кожухов, Е.А. Ярынкина, Н.В. Довганич та ін. 54-55

Десятая Академия антикоагуляции: единство науки и практики 58-59

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Хронічна гіперурикемія, відкладання сечової кислоти та кардіоваскулярний ризик
Д. Грассі, Л. Феррі, Дж. Дезідері 3

Современные возможности ангиопротекции в кардионеврологии
С.Г. Бурчинський 5

Периферична міопатія як терапевтична «мішень» при хронічній серцевій недостатності
Л.Г. Воронков, Л.П. Паращенко 14-15

Синдром выгорания на работе: клинические особенности и тактика лечения с применением препарата СЕДАРИСТОН 56-57

КАРДІОХІРУРГІЯ

Досвід ендоваскулярного лікування хворих з обструктивною формою гіпертрофічної кардіоміопатії
А.В. Хохлов 7

Кардіохірургія: час міні-інвазивних операцій
О.Д. Баблик 22

РЕВМАТОЛОГІЯ

СУСТАМАР: биологические эффекты и клиническое применение в лечении заболеваний суставов 38

VII Национальный конгресс ревматологов Украины: актуальные аспекты современной ревматологии
В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, І.Ю. Головач та ін. 39-40

Как повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов с остеоартрозом?
С.Х. Тер-Вартаньян 52-53

Дайджест 60

АРИТМОЛОГІЯ

Стратегія утримання синусового ритму при фібриляції передсердь 42



Довіра, заснована на доказах та досвіді*, у реальній клінічній практиці в профілактиці ішемічного інсульту у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь¹⁻³

Доведений профіль ефективності у профілактиці інсульту та системної емболії при вдвічі меншому ризику фатальних кровотеч порівняно із варфарином¹


Єдиний НОАК з проспективно дослідженою, спеціальною дозою для пацієнтів із порушенням функції нирок^{2,4}

Просте та зручне дозування 1 раз на добу з високим рівнем прихильності пацієнтів^{1,3}

КСАРЕЛТО®: Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг або 20 мг. 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 15 мг едоксабану. 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 20 мг едоксабану. **Будь ласка, зверніть увагу!** Повна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, також її можна отримати в ТОВ «БАЙЕР». **Показання:** Профілактика інсульту та системної емболії у дорослих пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь та одним чи кількома факторами ризику, такими як застій серцевої недостатності, артеріальна гіпертензія, вік > 75 років, історія серцевого інсульту або транзиторного ішемічного атаку в анамнезі. Лікування тромбозу глибоких вен (ТБГ), тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) і профілактика рецидиву ТБГ та ТЕЛА у дорослих. **Протипоказання:** Порушення чутливості до едоксабану або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Клінічно значуща активна кровотеча. Ушкодження або стани, що супроводжуються значним ризиком розвитку кровотеч, до яких належать навини на даний час або нещодавно діагностовані виразки шлунково-кишкового тракту, зльові пухлики з високим ризиком кровотеч, нещодавно перенесена травма головного або спинного мозку, нещодавно перенесене оперативне втручання на головному, спинному мозку або очі, нещодавно виконані нейрохірургічні операції, вазомоторні розширення вен стравоходу (нижнелі чи підшкірні), артеріовенні мальформації, аневризми судин або значні за розміром внутрішньосудинні або внутрішньоартерійні судинні аномалії. Одночасне застосування з будь-якими іншими антикоагулянтами, зокрема з нефракціонованим гепарином, низькомолекулярними гепаринами (еноксидарин, далтепарин і т.д.), полідиамінітетрацетином (фосфалізином) і т.д., пероральними антикоагулянтами (варфарин, аценокумарин, дабігатран і т.д.), окрім специфічних обставин переходу на альтернативну антикоагулянтну терапію або коли нефракціонований гепарин призначається у дозі, необхідній для функціонування відкритого катетера центральної вен або артерії. Заборовання печінки, чи асоціюються з коагулопатією та клінічно значущим ризиком розвитку кровотеч, у тому числі цироз печінки класу B та C за класифікацією Чайлда-Пью). Для віку до 18 років: Період вагітності або годування груддю. **Побічні реакції зафіксовані на тлі прийому:** часті (частота від ≥1/100 до <1/10) – анемія (включаючи відокремлення лабораторії пареметри), запаморочення, головний біль, свиня крововилив (включаючи крововилив у кон'юнктиві), запор, підвищення і-потенції, гематома, носова кровотеча, крококривання, крококривання з місцями, шлунково-кишкової кровотечі (включаючи ректальну кровотечу), біль у шлунково-кишковому тракті та жовтяц, диспепсія, нудота, запор, діарея, блювання, свербіж (включаючи нечасті випадки генералізованого свербіжу), висипання, екзіма, шириня та пухлякий крововилив, біль у кінцівках, крововилив з кровотечею (включаючи гематурию і геморрагію), порушення функції нирок (включаючи підвищення рівня креатиніну в крові, підвищення рівня сечовини в крові), гарячка, периферичний набряк, загальне погіршення самопочуття та зменшення активності включуючи втомиюваність та астено, підвищення білірубіну трансаміна, постопродійні крококривання (включаючи післяопераційну анемію та крококривання з рани), синці, секрція з рани. Детальна інформація про можливі побічні реакції міститься в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу. **Особливості застосування/Застереження:** Упродовж періоду лікування рекомендується здійснювати клінічний нагляд, що відповідає практиці застосування антикоагулянтів. Ризик розвитку кровотеч, як при застосуванні інших антикоагулянтів, пацієнтам, які приймають Ксарелто®, слід перебувати під ретельним наглядом для виявлення ознак кровотеч. Рекомендується з обережністю застосовувати препарат при заборованні, що супроводжується підвищеним ризиком розвитку кровотеч, у випадку серйозної кровотечі застосування Ксарелто® слід припинити. **Дозування:** Профілактику інсульту та системної емболії рекомендується призначати по 1 таблетці Ксарелто® 20 мг 1 раз на добу, ця доза також є максимальною рекомендованою дозою. Лікування препаратом Ксарелто® слід проводити протягом тривалого часу за умови, що користь від профілактики інсульту та системної емболії переважає ризик розвитку кровотеч. У випадку пропуску прийому таблетки пацієнту слід прийняти Ксарелто® негайно і наступного дня продовжити лікування із прилімом 1 раз на добу згідно рекомендованого дозування. Не слід приймати подвійну дозу у той самий день, щоб компенсувати пропущену таблетку. **ТОВ «БАЙЕР»:** 04071, м. Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б. Тел.: (044) 220-33-00; факс: 220-33-01. www.bayer.ua

Передплатити журнал «СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ»

можна у будь-якому відділенні «Укрпошти» за передплатним каталогом у розділі «Охорона здоров'я. Медицина», а також у редакції «Видавничого дому «Здоров'я України» (тел. (044) 364-40-28)



передплатний індекс – 49291

Стандарти тромбoproфілактики у пацієнтів з фібрилляцією предсердий

26-27 октября в г. Одесса состоялся экспертный совет – общее заседание рабочей группы по нарушениям ритма сердца Ассоциации кардиологов Украины и президиум Ассоциации аритмологов Украины. Одной из тем повестки дня стало уточнение национальных стандартов антикоагулянтной профилактики кардиоэмболического инсульта и системной эмболии при фибрилляции предсердий (ФП).



Член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко прокомментировал текущую ситуацию с применением «старых» (антагонисты витамина К – АВК) и инновационных (витамины К-независимые пероральные антикоагулянты – НОАК) препаратов в мире и в Украине, оперируя данными международного проспективного реестра GARFIELD AF. На сегодняшний день в пяти последовательных когортах реестра набрано уже около 57 тыс. пациентов с впервые диагностированной ФП, в том числе 2 тыс. – в украинских центрах. По данным анализа первых двух когорт, набранных с 2010 по 2013 г., большинство пациентов с ФП в Украине (86%) имеют ≥2 факторов риска инсульта и должны получать антикоагулянтную терапию в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2016). Анализ 3-й когорты (2013-2014) показал, что в Украине более 50% пациентов с ФП не лечились правильно – вообще не получали тромбoproфилактику или принимали только антиагреганты. В 2015-2016 гг. ситуация несколько улучшилась: около 60% пациентов получили назначения пероральных антикоагулянтов. Но нет улучшения по частоте назначения НОАК: 4/5 пациентов с ФП до сих пор принимают АВК и только 17% – ингибиторы Ха фактора свертывания, а 3% – ингибиторы тромбина.

По данным GARFIELD AF, только 35% пациентов находятся более 70% времени (TTR) в терапевтическом диапазоне международного нормированного отношения (МНО) 2-3. Эксперт подчеркнул, что пациенты, плохо контролируемые МНО на АВК, имеют высокий риск как тромбoэмболических событий, так и кровотечений, а при TTR <50% потенциальный вред от АВК уже превышает пользу. Поэтому в проект резолюции совета экспертов предложено включить следующие практические рекомендации (табл.).



Сопредседатель Ассоциации аритмологов Украины, руководитель отдела нарушений ритма сердца ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев акцентировал внимание на преимуществах НОАК по сравнению с АВК. В метаанализе исследований III фазы по профилактике инсульта и системной эмболии при ФП (C.T. Ruff et al. Lancet, 2014; 383: 955-962) установлено, что клиническая польза при применении НОАК выше, чем при применении варфарина: на 19% ниже относительный риск инсульта / системной эмболии, на 52% ниже относительный риск внутричерепных кровотечений (ВЧК), на 14% ниже относительный риск больших кровотечений и на 10% ниже относительный риск смерти.

Как показал анализ результатов основных исследований НОАК в профилактике инсульта при ФП (ARISTOTLE, ROCKET-AF, RE-LY), улучшение качества контроля МНО (увеличение TTR) на фоне приема АВК снижает риск тромбoэмболических событий, но не предотвращает развитие больших кровотечений (A. Amin et al. J. Thromb. Thrombolysis, 2014; 38: 150-9). Реальная практика подтверждает этот вывод. По данным Дрезденского регистра НОАК, больших кровотечений на фоне терапии АВК фактически было больше,

чем при приеме ривароксабана (Ксарелто®), несмотря на то что оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED у пациентов, которые принимали Ксарелто, были выше, а пациенты, продолжавшие терапию АВК, имели очень хороший контроль МНО (TTR >70%), (Michalski et al. Thromb. Haemost. 2015; 114; J. Hecker et al. Thromb. Haemost. 2016; 115).

Доказательства высокой эффективности и благоприятного профиля безопасности Ксарелто® по сравнению с варфарином в реальной клинической практике у пациентов с ФП без инсульта / транзиторной ишемической атаки в анамнезе (первичная профилактика) получены в исследовании REVISIT-US. В группе ривароксабана частота комбинированной конечной

точки «ишемический инсульт и ВЧК» была достоверно ниже на 39% по сравнению с группой варфарина. При использовании дабигатрана и апиксабана также отмечены преимущества, но различия с группами варфарина не достигли уровня статистической достоверности.

Исследование REAFFIRM – ретроспективный анализ базы данных US Truven MarketScan с января 2012 по июнь 2015 г. – было проведено с целью сравнения эффективности и безопасности Ксарелто®, апиксабана и дабигатрана с варфарином во вторичной профилактике инсульта или системных эмболий у пациентов с ФП в реальной клинической практике.

Только Ксарелто® достоверно превзошел варфарин по первичной конечной точке: терапия Ксарелто® ассоциировалась с достоверно меньшим на 52% (p<0,05) относительным риском развития ишемического инсульта по сравнению с варфарином, выраженной тенденцией к снижению риска ВЧК, при сопоставимом риске больших кровотечений.

Таким образом, реальная практика подтверждает преимущества Ксарелто® перед варфарином в отношении эффективности и профиля безопасности как в первичной, так и во вторичной профилактике инсульта, а также снижения риска смерти при неклапанной ФП.

Подготовил Дмитрий Молчанов



Таблица. Рутинные меры по улучшению результативности антикоагулянтной терапии		
Рекомендации	Класс	Уровень
Активно выявлять пациентов, которые не находятся в целевом диапазоне МНО при приеме АВК	I	A
Оценку МНО в начале терапии АВК проводить на третьи сутки 1 раз в 3 дня амбулаторно и ежедневно в стационаре. После достижения целевого МНО, то есть получения двух последовательных результатов в пределах 2,0-3,0 – ежемесячно	I	A
На каждом визите подсчитывать время в терапевтическом диапазоне МНО (TTR): использовать валидированные методы измерения (например, метод Rosendaal) для компьютеризированного подсчета дозирования; % измерений в терапевтическом диапазоне при ручном подсчете; исключать показатели за первые 6 нед применения АВК; учитывать данные как минимум за 6 мес. Рекомендовать контроль МНО в лабораториях, обеспечивающих автоматизированный подсчет TTR	IIa	B
Пересмотреть назначение АВК у пациентов с плохим контролем, подтверждающимся одним из следующего: ≥2 результата МНО >5 за последние 6 мес; 1 результат МНО >8 за последние 6 мес; 2 результата МНО <1,5 за последние 6 мес; TTR <65%	III	B
При выявлении признаков плохого контроля МНО или если его невозможно регулярно оценивать, необходимо перевести пациента на один из НОАК (ривароксабан, дабигатран или апиксабан)	I	B
У пациентов с ФП антиагрегантная монотерапия как альтернатива НОАК не рекомендуется	III	B
Если пациент не может или отказывается принимать антикоагулянты, возможно рассмотреть назначение комбинации ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля	IIb	C

НОВИНИ МОЗ УКРАЇНИ



Оновлений Національний перелік ліків

В Україні з наступного року запрацює оновлений Національний перелік основних ліків. Нині до такого переліку входить понад тисяча препаратів, тоді як в оновлений список увійдуть менш як 500. «Готуючи оновлений Національний перелік препаратів, ми залишили в ньому 367 найнеобхідніших ліків. Після консультації, дискусії з експертами та учасниками ринку ми плануємо додати ще 60», – повідомив заступник міністра охорони здоров'я Роман Ілік. Крім того, заступник міністра зазначив, що кожна поліклініка чи лікарня повинна мати короткий список препаратів із переліку, щоби пацієнти могли отримати їх безкоштовно. «Якщо медзаклад закупив 100% потреб усіх препаратів із Нацпереліку, то він може придбати ліки, що не входять у список, але є в протоколах лікування й зареєстровані в Україні. У Нацперелік не увійшли складні комбіновані ліки. Там прописані препарати з доказовою базою, котрі рекомендує Всесвітня організація охорони здоров'я для більш як 100 країн світу».

Міжнародні партнери підтримають МОЗ у впровадженні реформи

7 грудня МОЗ провело зустріч із міжнародними партнерами щодо впровадження медичної реформи. Під час зустрічі представили план імплементації реформи на наступні кілька років і підвели підсумки співпраці.

Заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк представив основні досягнення в напрямі впровадження реформи на сьогодні та плани подальшої роботи, а також зазначив успіхи, що стали реальними завдяки взаємодії з міжнародними організаціями, котрі підтримують втілення реформи охорони здоров'я в Україні.

Заступник міністра наголосив, що ключовим елементом реформи стане створення Національної служби здоров'я та електронної системи eHealth. Також буде необхідним залучення місцевої влади та безпосередньо медичних закладів на місцях для впровадження реформи, адже їм необхідно змінити статус на некомерційні підприємства, щоби мати змогу укладати договори з Національною службою здоров'я України. Міністерство також працюватиме з лікарями, яких треба навчити працювати із системою eHealth.

«Я вражений тим обсягом підтримки, який нам надають міжнародні партнери. Ми надзвичайно вдячні та сподіваємося й надалі плідно працювати над упровадженням таких необхідних змін в українській системі охорони здоров'я», – сказав Павло Ковтонюк.

Донори презентували свої досягнення та плани роботи, а також підкреслили, що підтримають МОЗ у впровадженні реформи.

«Впровадження реформи не відбудеться в один день. Знадобиться певний час, щоби пацієнти відчули переваги нової системи охорони здоров'я. Ми вдячні міжнародним донорам за підтримку й співпрацю та сподіваємося надалі разом працювати над глобальними й меншими проектами, покликаними поліпшити доступ людей до медичної допомоги та умови праці медиків в Україні», – сказала виконувач обов'язків міністра охорони здоров'я Уляна Супрун.

Зміни до класифікатора професій: МОЗ повертає попередні назви робіт

Для поступового переходу на нові професії МОЗ повертає попередні назви робіт. Актуальними залишаються професійні назви «фельдшер із медицини невідкладних станів», «лікар-терапевт», «сестра медична з лікувальної фізкультури», «сестра медична з масажу», «інструктор із трудової терапії» та «інструктор із трудової адаптації». При цьому будуть створені ініціативи для нинішніх працівників щодо переходу в нові професії.

Наступним кроком МОЗ разом із фахівцями приведе у відповідність пов'язані з цими змінами нормативно-правові акти. При цьому за працівниками буде збережено стаж, надбавки та доплати, напрацьовані за період роботи в галузі охорони здоров'я.

Нагадаємо, що зміни назв посад вноситимуться відповідно до міжнародної класифікації та нормативів Європейського Союзу. Так, у 2017 році до державного класифікатора професій були введені нові професійні назви робіт: «лікар внутрішньої медицини», «асистент ерготерапевта», «асистент фізичного терапевта», «парамедик», «екстрений медичний технік», «інструктор із надання догоспітальної допомоги», «інструктор із надання першої допомоги».

Фельдшери з медицини невідкладних станів зможуть перекваліфікуватися на парамедиків. Також буде змінено назву роботи «лікар-терапевт» на «лікар внутрішньої медицини», а «сестра медична з лікувальної фізкультури», «сестра медична з масажу» – на «асистент фізичного терапевта». Назви «інструктор із трудової терапії» та «інструктор із трудової адаптації» буде змінено на «асистент ерготерапевта».

Нововведення не призведуть до скорочення кількості медичних працівників, а лише приведуть у відповідність до європейських стандартів назви посад і програми підготовки.

За матеріалами <http://moz.gov.ua> та <https://www.rbc.ua>.