



№ 1 (38)
лютий 2015 р.
15 000 примірників
Передплатний індекс 37639

Здоров'я України[®]

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

www.health-ua.com

Кардіологія

Ревматологія

Кардіохірургія



Академик НАМН
Украины
Георгий Дзяк

**Почему диагноз ТЭЛА
впервые чаще ставят
патологоанатомы,
а не клиницисты?**

Читайте на сторінці **20**

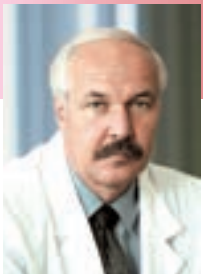


Доктор медицинских наук,
профессор
Олег Сычев

Итоги года

2014 год в аритмологии

Читайте на сторінці **26**



Доктор медицинских наук,
профессор
Михаил Лутай

**Клиническое значение
отложения жировой
ткани в миокарде. Случай
липоматозной гипертрофии
правого желудочка**

Читайте на сторінці **27**



Доктор медицинских наук,
профессор
Олег Яременко

**Ревматология-2014:
украинский
и международный
ракурс**

Читайте на сторінці **73**



Доктор медицинских наук,
профессор
Александр Дядык

**Лечение системной
красной волчанки:
достижения,
проблемы**

Читайте на сторінці **75**

Takeda

**Ранній
та надійний**
контроль АТ
порівняно з
валсартаном¹

24-годинний
контроль АТ²

**Більше
пацієнтів досягають**
цільового АТ^{3,4}

едарбі
азилсартан медоксоміл

**Усвідом
необхідність**

1. Sica D, et al., Comparison of the Novel Angiotensin II Receptor Blocker Azilsartan Medoxomil vs Valsartan by Ambulatory Blood Pressure Monitoring, J Clin Hypertens 2011;13:467-472. 2. White WB, Effects of the Angiotensin Receptor Blocker Azilsartan Medoxomil Versus Olmesartan and Valsartan on Ambulatory and Clinic Blood Pressure in Patients With Stages 1 and 2 Hypertension, et al. Hypertension 2011;57:413-420. 3. Sica D, et al., Comparison of the Novel Angiotensin II Receptor Blocker Azilsartan Medoxomil vs Valsartan by Ambulatory Blood Pressure Monitoring, J Clin Hypertens 2011;13:467-472. 4. Bönner G. Antihypertensive efficacy of the angiotensin receptor blocker az



Довіра до препаратів KRKA — це довіра до європейських інновацій і високої якості

Роксера®

розувастатин
таблетки, вкриті плівковою оболонкою
по 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг та 40 мг

Роксера® 15 мг та 30 мг:

унікальні дози — унікальні можливості¹



Роксера® — єдиний розувастатин у 6 дозах, що дозволяє найбільш влучно досягати цілі¹

Роксера®. Склад. 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг або 40 мг розувастатину. **Лікарська форма.** Таблетка, вкрита плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Гіполіпідемічні засоби. Інгібітори ГМК-КоА-редуктази. Код АТС C10A A07. **Показання.** Гіперхолестеринемія. Первинна гіперхолестеринемія або змішана дисліпідемія. Гомозиготна сімейна гіперхолестеринемія. Профілактика серцево-судинних порушень. Лікування атеросклерозу. *Діти та підлітки.* Лікування первинної гіперхолестеринемії або змішаної дисліпідемії внаслідок гетерозиготної родинної гіперхолестеринемії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до розувастатину чи будь-якого неактивного інгредієнта; захворювання печінки в активній фазі, в тому числі невідомої етіології; стійке підвищення рівня трансаміна

Статины у пациентов высокого риска: рекомендации и клиническая практика

По материалам научно-практической конференции «Коморбидность атеросклероза: методы диагностики и лечения» (25 ноября 2014 года, г. Киев)

В настоящее время доказано, что атеросклероз сопровождается человечеством на протяжении как минимум 4 тыс. лет (R.C. Thompson et al., 2013) и, вероятно, является одним из наиболее древних среди хронических заболеваний. Люди, страдающие этим заболеванием, находились в разных социальных условиях, их диета варьировала от преимущественно мясной до вегетарианской. Однако это не должно служить поводом для прекращения борьбы с атеросклерозом: как считают эксперты, сегодня мы вооружены как никогда и имеем хорошие шансы на победу.



Современным взглядам на роль статинов в профилактике и лечении атеросклероза и его осложнений был посвящен доклад **руководителя отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Михаила Илларионовича Лутая.**

Главной задачей врача при ведении пациентов с клиническими проявлениями атеросклероза — ишемической болезнью сердца (ИБС), заболеваниями периферических артерий, а также с заболеваниями, увеличивающими кардиоваскулярный риск (артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеванием почек), — является активное воздействие на факторы риска. Наиболее эффективным методом коррекции важнейшего фактора риска и обязательного компонента развития атеросклероза гиперхолестеринемии является статинотерапия.

Статины занимают ведущее место в современных рекомендациях по лечению дислипидемий, и результаты исследований последних лет по изучению возможностей новых гиполипидемических агентов свидетель

ЗМІСТ	
МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ	
Биосимиляры: эффективность и безопасность, требующие доказательств	
В.Н. Коваленко, Е.В. Матвеева, Т.В. Талаева	36-37
Кардіоваскулярний ризик у пацієнтів з ревматоїдним артритом: особливості стратифікації та основні напрями профілактики	
Т.М. Соломенчук, О.С. Іваник, О.В. Синенький та ін.	62-63
КАРДІОЛОГІЯ	
Статины у пациентов высокого риска: рекомендации и клиническая практика	

Антитромботическая терапия при остром коронарном синдроме

По материалам XV Национального конгресса кардиологов Украины (23-25 сентября 2014 года, г. Киев)

Антитромботическая терапия является наиболее важным разделом ведения пациентов с любыми формами острого коронарного синдрома (ОКС) независимо от выбранной стратегии лечения – инвазивной или консервативной. Основные вехи на пути формирования стандартов в этой области обозначил в своем докладе член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко.



А.Н. Пархоменко

Современные стандарты проведения антитромботической терапии при ОКС основаны на понимании процесса свертывания крови как определенной последовательности реакций активации коагуляционных факторов, а также на современных представлениях о причинах развития ОКС. Согласно этим представлениям вследствие разрушения атеросклеротической бляшки происходит повреждение эндотелия с последующей адгезией и агрегацией тромбоцитов в месте его дефекта. Эндотелий сосудов, субэндотелиальные структуры и тромбоциты участвуют в первичном (сосудисто-тромбоцитарном) гемостазе. Этот процесс тесно связан с вторичным (коагуляционным) гемостазом – на данном этапе включается тромбиновый механизм, формируется активная протромбиназа и происходит превращение фибриногена в фибрин, стабилизация последнего и ретракция тромба.

Подавление процесса тромбообразования возможно только при использовании препаратов, влияющих на оба звена гемостаза – сосудисто-тромбоцитарное (антиагреганты) и коагуляционное (антикоагулянты). Взаимодополняющее действие антиагрегантов и антикоагулянтов обеспечивает более эффективную защиту от тромботических осложнений при ОКС,

развития ИМ у пациентов высокого риска.

Исследования с использованием эноксапарина повлияли на подходы к лечению ОКС, подтвердив гипотезу о целесообразности пролонгированного (до 8 сут) применения парентеральных антикоагулянтов у этих больных.

Необходимость использования такой тактики была обусловлена получением данных о сохранении высокого тромбогенного потенциала свертывающей системы крови, несмотря на назначение гепаринов в течение первых 2-3 суток при развитии ОКС. Данная проблема особенно актуальна для больных с многососудистым атеросклеротическим поражением, сахарным диабетом, ИМ в анамнезе, сердечной недостаточностью, то есть для большинства пациентов с ОКС.

Улучшение результатов ТЛТ при ОКС, а именно уменьшение частоты ранних рецидивов ИМ, — еще одна ступень, на которую удалось подняться благодаря назначению эноксапарина, который использовали в большинстве исследований, посвященных изучению эффектов НМГ. Эноксапарин стал препаратом первого выбора у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, получающих ТЛТ, после проведения крупного рандомизированного исследования ExTRACT-TIMI 25. В этом исследовании сравнивали два подхода к применению антикоагулянтов при ОКС: краткосрочная внутривенная инфузия НФГ под контролем активированного частичного тромбопластинового времени и более длительные подкожные инъекции НМГ эноксапарина, назначаемого на 8 суток (или до выписки, если она происходила раньше).

Исследование ExTRACT-TIMI 25 продемонстрировало, что у больных с ОКС применение эноксапарина после ТЛТ эффективнее предотвращает развитие комбинированной первичной конечной точки: смерти и несмертельных рецидивов ИМ в первые 30 сут по сравнению с краткосрочной инфузией НФГ. При этом ожидаемая польза лечения эноксапарином заметно превосходит риск возникновения геморрагических осложнений.

В связи с этим следует напомнить, что в более ранних исследованиях с применением варфарина после ОКС наблюдалось только снижение частоты ишемических тромботических событий, приводившее к увеличению риска кровотечений, без влияния на риск смерти.

Немаловажным моментом является то, что в исследовании ExTRACT-TIMI 25 преимущество эноксапарина перед НФГ отмечали как у больных преклонного возраста, так и у более молодых. Однако наибольшую пользу от применения эноксапарина получали пациенты в возрасте <75 лет. Кроме того, результаты исследования ExTRACT-TIMI 25 свидетельствуют в пользу преимущества эноксапарина в случаях, когда на фоне лечения антикоагулянтами возникает необходимость в осуществлении ЧКВ, которое было выполнено у части больных в течение 30 сут после развития ОКС.

Кордарон®

аміодарон

ЗАДАЄ РИТМ

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ¹



Профілактика рецидивів:

- шлуночкової тахікардії, яка становить загрозу для життя хворого: лікування необхідно починати в умовах стаціонару при наявності постійного контролю за станом пацієнта;
- симптоматичної шлуночкової тахікардії (документально підтвердженої), яка призводить до непрацездатності;
- суправентрикулярної тахікардії (документально підтвердженої), що потребує лікування, та у тих випадках, коли інші препарати не мають терапевтичного ефекту або протипоказані;
- фібриляції шлуночків.

Показання для застосування.

Профілактика рецидивів:

- шлуночкової тахікардії, яка становить загрозу для життя хворого: лікування необхідно починати в умовах стаціонару при наявності постійного контролю за станом пацієнта;
- симптоматичної шлуночкової тахікардії (документально підтвердженої), яка призводить до непрацездатності;
- суправентрикулярної тахікардії (документально підтвердженої), що потребує лікування, та у тих випадках, коли інші препарати не мають терапевтичного ефекту або протипоказані;
- фібриляції шлуночків.

Лікування суправентрикулярної тахікардії: уловинення або зменшення фібриляції або тріпотіння передсердь. Інші хвороби серця та/або порушення функції лівого шлуночка.

ЗМІСТ

КАРДІОЛОГІЯ

Надання допомоги пацієнтам з фібриляцією передсердь бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги за даними Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва

А.В. Вершигора, В.А. Несукай, М.М. Островська, М.М. Долженко. 44-45

У пациентов с диабетом и гипертензией титрация дозы амлодипина значительно снижает артериальное давление: ретроспективный объединенный анализ. 47

Диагностические трудности при инфекционном эндокардите

Н.Т. Ватутин, Е.В. Ещенко, О.И. Столика. 48

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в лечении артериальной гипертензии в 2015 г.

А.И. Дядык, А.Э. Багрий. 50-51

Европейские рекомендации по ведению пациентов с гипертрофической кардиомиопатией: ключевые положения. 52-53, 56-57

Возможности метаболической терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца. 55

Небиволол в терапии пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска с сопутствующими заболеваниями. 59

Ацетилсалициловая кислота в профилактике атеротромбоза

В.И. Волков, В.И. Строна, О.Е. Запровальная. 60-61

РЕВМАТОЛОГИЯ

Практические аспекты иммунобиологической терапии: как обеспечить эффективность и переносимость лечения

А.М. Гнилырыбов. 65

МРТ крестцово-подвздошных сочленений: стандарты диагностики

Е.А. Гармиш, И.Н. Тютюник. 66-67

Лечение ревматоидного артрита биологическими препаратами: общие стратегии и важные нюансы

Н.М. Шуба, Т.А. Ковганич, Е.А. Гармиш. 68-69

Протекция хрящевой ткани при остеоартрите коленного сустава: фокус на хондропротекторы. 70, 72

Ревматология-2014: украинский и международный ракурс

О.Б. Яременко. 73-75

Лечение системной красной волчанки: достижения, проблемы

А.И. Дядык, А.Э. Багрий, С.Р. Зборовский. 75-77

Применение глюкокортикоидов в ревматологии

Н.М. Шуба. 78

КАРДИОХИРУРГИЯ

Региональные реперфузионные сети в Украине: в фокусе Одесса

В.А. Колесник, Д.М. Себов. 49

</

Лечение сердечных аритмий в различных клинических ситуациях

Пациенты с нарушениями сердечного ритма и показаниями к назначению антиаритмических препаратов (ААП) требуют особого внимания и тщательного контроля в ходе лечения. К ААП сегодня предъявляются высокие требования, и главное из них – оптимальное соотношение эффективности и безопасности применения. Правильный выбор ААП в различных клинических ситуациях – один из наиболее сложных аспектов ведения больных с нарушениями сердечного ритма, что объясняет большой интерес практикующих врачей к вопросам антиаритмической терапии, которые рассматривались в ходе VI научно-практического семинара «Дни аритмологии в Киеве» (21 ноября 2014 г.)

Заведующий кафедрой функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного обучения им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Иосифович Жаринов провел мастер-класс на тему «Персонализированное лечение фибрилляции предсердий».



При терапии фибрилляции предсердий (ФП), как и лечении любого другого заболевания, следует учитывать индивидуальные особенности пациента. В частности, выбор лечения у конкретного больного зависит от наличия факторов риска, сопутствующих заболеваний, симптоматики, электрокардиографической картины (наличия предсердных эктопий, типов ФП, ее графика), данных лабораторного обследования (уровней биомаркеров) и результатов обследований с помощью визуализирующих методов (эхокардиографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга и сердца).

После того как ФП диагностировали, следует начать лечение сопутствующей патологии, подобрать антикоагулянты и решить вопрос о тактике контроля ритма либо частоты сердечных сокращений (ЧСС). Возможности реализации принципа персонализированной терапии были рассмотрены на конкретных клинических случаях. Участники мастер-класса в интерактивном режиме выбирали оптимальную тактику ведения больных.

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія,
кардіохірургія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

О.Я. Бабак, д.м.н., професор, Харківський національний медичний університет

Г.М. Бутенко, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Б.М. Венцківський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

Ю.В. Вороненко, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

С.І. Герасименко, д.м.н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Ф.С. Глумчер, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України

І.І. Горпинченко, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексопатолог МОЗ України

Ю.І. Губський, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Д.І. Заболотний, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

Д.Д. Іванов, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний дитячий нефролог МОЗ України

В.М. Коваленко, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

В.В. Корпачов, д.м.



Дни аритмологии в Киеве

20 ноября 2014 года Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика и ГУ «Институт сердца МЗ Украины» провели VI научно-практический семинар «Дни аритмологии в Киеве», в ходе которого обсуждались актуальные вопросы диагностики и лечения нарушений сердечного ритма. Семинар прошел на базе Института сердца МЗ Украины.



Эффективная антиангинальная терапия: новые возможности в Украине

Эффективное лечение стабильной стенокардии остается сегодня одной из наиболее актуальных проблем кардиологии. Роли оптимального медикаментозного лечения в улучшении прогноза, течения заболевания и повышении качества жизни пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), а также новым возможностям оптимизации антиангинальной терапии посвящено интервью с руководителем отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Михаилом Илларионовичем Лутаем.

? Согласно данным исследований в последние годы в европейских странах наблюдаются тенденции

образом, результаты борьбы с симптомами стенокардии во многих случаях неудовлетворительны, в связи с чем очевидна потребность в новых эффективных антиангинальных средствах. Хорошей новостью и настоящим событием, учитывая небогатый выбор антиангинальных препаратов, является появление на нашем рынке ранолазина (Ранекса).

? Какое место занимает ранолазин в международных рекомендациях?

— Во всех руководствах — ESC, ACC/ANA, NICE — ранолазин занимает приблизительно одинаковые позиции: он рекомендован в качестве дополнительной терапии к традиционным антиангинальным средствам, а также для лечения пациентов со стабильной стенокард

Г.В. Дзяк, академик НАМН України, д.м.н., профессор, А.М. Василенко, д.м.н., профессор, В.А. Потабашний, д.м.н., профессор, С.А. Шейко, д.м.н., Л.И. Васильева, к.м.н., ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

Почему диагноз ТЭЛА впервые чаще ставят патологоанатомы, а не клиницисты?

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) не является самостоятельной нозологической единицей. Это осложнение различных заболеваний (тромбофлебита глубоких вен – ТГВ – нижних конечностей, онкологической патологии, массивной пневмонии и др.), травм (костей таза, нижних конечностей и др.), операций (на крупных суставах, травмирующих вмешательства на сосудах, органах грудной клетки и брюшной полости), беременности, катетеризации центральной вены, заболеваний, сопровождающихся гиперкоагуляцией и др. Для всех этих клинических ситуаций характерен высокий риск развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ). В 1856 г. Рудольф Вирхов описал триаду факторов, которые приводят к внутрисосудистому тромбообразованию: 1) повреждение сосудистой стенки; 2) повышенная свертываемость крови; 3) замедление кровотока.

Возникает практический вопрос: как правильно шифровать ТЭЛА? Мы в нашей клинической практике, исходя из вышеизложенного, поступаем следующим образом. У большинства (80%) больных удается установить источник тромбообразования. У 95% пациентов это ТГВ (Б.М. Тодуров, 2010). Согласно Международной классификации болезней X пересмотра диагноз следует формулировать так: «I80.2. ВТЭ: тромбофлебит глубоких вен, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, легочная гипертензия, острое легочное сердце. Дыхательная недостаточность III ст. Острая правожелудочковая недостаточность. Кардиогенный шок». У 20% больных с ТЭЛА не удается установить причину тромбоэмболии, и заболевание называют «идиопатическая ТЭЛА». У этих пациентов формулировка диагноза следующая: «I16. ТЭЛА с развитием острого легочного сердца или

• аритмический.

В нашем отделении неотложных нарушений ритма сердца мы наблюдали несколько больных с ТЭЛА, доставленных каретой скорой помощи с пароксизмом фибрилляции предсердий (ФП). ФП у пациентов с ТЭЛА — одно из частых осложнений, что очень важно помнить. Но она не является особой аритмической формой заболевания или типичным началом ТЭЛА. После купирования пароксизма заболевание протекает обычно с гемодинамическими и респираторными расстройствами. ФП у этих больных следует купировать внутривенным введением амиодарона. Редко наблюдается самостоятельное восстановление синусового ритма.

У больных с ТЭЛА развивается трепетание предсердий (ТП), что может быть вызвано перерастяжением и ишемическими изменениями правого предсердия. ТП всегда значительно усугубляет гемодинамику, делает ее нестабильной. Препаратом выбора остается амиодарон. Купировать пароксизм ТП необходимо незамедлительно.

Кровохарканье — синдром, на который ориентируются многие врачи, но в реальной практике он встречается редко и не может быть отнесен к опорным тестам диагностики ТЭЛА.

Главная задача кардиолога — как можно быстрее заподозрить ТЭЛА и ввести гепарин (10 000 ЕД) внутривенно, а затем проводить доступную в его условиях диагностику заболевания. На практике при высокой клинической вероятности ТЭЛА с характерными изменениями на ЭКГ и ЭхоКГ является неоправданной поставка вопроса о срочном проведении компьютерной томографической ангиографии (КТА), несмотря на то что этот метод исследования считается золотым стандартом. На его проведение, как правило, требуются время и транспортировка, которая может обусловить мобилизацию тромбов. В этой ситуации важны каждые 20-30 мин, поэтому уместно ввести понятие «достаточности доказательств» ТЭЛА. КТА можно отсрочить до стабилизации гемодинамики. Необходимо срочно начинать антикоагулянтную терапию.

Существует несколько схем дифференциальной диагностики ТЭЛА. Но мы считаем целесообразным в интересах бы



Рис. 6. Алгоритм патогенетической терапии ТЭЛА

гемодинамики и определить

Новые сартаны в лечении артериальной гипертензии

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), или сартаны, все увереннее завоевывают доверие врачей и пациентов и одновременно – мировой фармацевтический рынок. Появление новых представителей этого класса антигипертензивных препаратов на протяжении последних лет демонстрирует, что предел в усовершенствовании лечения артериальной гипертензии (АГ) еще не достигнут, и каждый новый успех – только шаг по направлению к следующему.

Методологии применения сартанов при АГ и возможностям нового препарата этой группы – азилсартана – был посвящен мастер-класс, который состоялся в рамках XV Национального конгресса кардиологов Украины (23–25 сентября 2014

Итоги 2014 года в области аритмологии

В 2014 г. получено большое количество важных данных в различных разделах кардиологии, которые будут способствовать усовершенствованию клинической практики, кроме того, внесены обновления в европейские и украинские руководства по лечению ряда заболеваний. В каждом номере тематического выпуска «Кардиология. Ревматология. Кардиохирургия» мы стараемся ознакомить наших читателей с новыми аспектами международных и украинских рекомендаций и наиболее важными результатами клинических исследований.

О том, какие данные были получены в последних клинических исследованиях в области одного из наиболее широко распространенных нарушений сердечного ритма — фибрилляции предсердий (ФП), рассказывает руководитель отдела аритмий Н

Клиническое значение отложения жировой ткани в миокарде. Случай липоматозной гипертрофии правого желудочка

Отложение жировой ткани в миокарде встречается при различных сердечно-сосудистых заболеваниях (перенесенном инфаркте миокарда – ИМ в анамнезе, аритмогенной дисплазии правого желудочка – АДПЖ, кардиальной липоме, липоматозной гипертрофии межпредсердной перегородки – ЛГ МПП, дилатационной кардиомиопатии – ДКМП), а также как вариант

М.И. Лутай, д.м.н., профессор, С.В. Федькив, И.П. Голикова, ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Клиническое значение отложения жировой ткани в миокарде. Случай липоматозной гипертрофии правого желудочка

Продолжение. Начало на стр. 27.

при проведении МСКТ по сравнению с МРТ. Точный диагноз АДПЖ подтверждается наличием дилатации полости ПЖ, аномалией сокращения стенки ПЖ, фестончатой или выпуклой свободной стенки ПЖ, а также наличием миокардиального жира (св

Современные тенденции в области антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий

По материалам VI научно-практического семинара «Дни аритмологии в Киеве» (20-21 ноября, 2014 г.)

Фибрилляция предсердий (ФП) – независимый и мощный фактор риска инсульта, пятикратно повышающий вероятность его развития. Результаты лечения ФП во многом определяются тем, получает ли пациент антитромботическую терапию. Возможностям снижения риска тромбоэмболических осложнений при неклапанной ФП был посвящен доклад главного специалиста МЗ Украины по специальности «Функциональная диагностика», заведующего кафедрой функциональной диагностики



Европейские рекомендации по ведению пациентов с острой тромбоэмболией легочной артерии: ключевые положения

Рабочая группа Европейского общества кардиологов (сопредседатели – S.V. Konstantinides, A. Torbicki).
Согласовано с Европейским респираторным обществом

Продолжение. Начало в № 5, 2014 г.

На рисунке 3 приведен алгоритм диагностики у пациентов, не относящихся к группе высокого риска ТЭЛА.

Прогнозирование

Риск раннего летального исхода определяется на основании данных, приведенных в таблице 8. Индекс тяжести ТЭЛА устанавливают на основании шкалы PESI (табл. 9).
Оценку тяжести по шкале PESI осуществляют следующим образом (табл. 10).

При предполагаемой или подтвержденной ТЭЛА для выявления пациентов с высоким риском раннего летального исхода рекомендуется проводить стартовую стратификацию риска, которую основывают на наличии шока или персистирующей артериальной гипотензии (I-B).

У больных, не относящихся к группе высокого риска, для разграничения низкого и промежуточного риска ТЭЛА следует обсудить целесообразность оценки с помощью валидированной прогностической шкалы, желательна PESI или ее упрощенного варианта (IIa-B).

У пациентов, относящихся к группе промежуточного риска, для дальнейшей его стратификации предлагается оценить необходимость оценки функции ПЖ (с помощью эхокардиографии либо компьютерной томографии) и повреждения миокарда (используя его лабораторные биомаркеры) (IIa-B).

Лечение острой фазы

Высокий риск ТЭЛА (у пациентов с шоком и артериальной гипотензией)

У больных, относящихся к группе высокого риска ТЭЛА, рекомендуется сразу же, не откладывая, начинать внутривенное введение антикоагулянтов (нефракционированного гепарина) (I-C).

Рекомендуется тромболитическая терапия (I-B) (табл. 11).

Противопоказания к проведению тромболитической терапии

Если полная доза тромболитика противопоказана или неэффективна, в качестве альтернативы хирургической эмболектomie из легочной артерии следует рассмотреть целесообразность чрескожного катетерного вмешательства (

У пациентов с промежуточно-высоким риском ТЭЛА и высоким риском кровотечений, индуцированных тромболитической терапией, рекомендуется рассмотреть целесообразность выполнения хирургической эмболектomie из легочной артерии либо чрескожного катетерного вмешательства (IIb-C).

Венозные фильтры

Следует рассмотреть целесообразность имплантации венозного кава-фильтра при острой ТЭЛА и абсолютных противопоказаниях к проведению антикоагулянтной терапии либо рецидиве ТЭЛА на фоне антикоагуляции с достигнутым терапевтическим уровнем (IIa-C).

Пациентам с ТЭЛА не рекомендуется выполнять рутинную имплантацию венозных кава-фильтров (III-A).

Тактика ведения больных в зависимости от риска ТЭЛА представлена на рисунке 4. У пациентов с ТЭЛА и наличием преходящих (обратимых) факторов риска пероральные антикоагулянты предлагается назначать в течение 3 мес (I-B).

У больных с ТЭЛА, возникшей без явных причин, пероральные антикоагулянты рекомендуется назначать в течение ≥3 мес (I-A).

Целесообразность проведения пролонгированной антикоагулянтной терапии следует рассмотреть у пациентов с первым эпизодом ТЭЛА, возникшей без явных причин, и низким риском кровотечений (IIa-B).

Рекомендуется проведение антикоагулянтной терапии неопределенной продолжительности у больных со вторым эпизодом ТЭЛА, возникшей без явных причин (I-B).

Если необходимо длительное проведение антикоагулянтной терапии, в качестве альтернативы АВК (в отсутствие тяжелого повреждения почек) следует рассмотреть целесообразность назначения ривароксана (20 мг 1 р/сут), дабигатрана (150 мг 2 р/сут либо 110 мг 2 р/сут для пациентов в возрасте >80 лет или принимающих верапамил), апиксана (2,5 мг 2 р/

Долгосрочное ведение пациентов с высоким кардиоваскулярным риском: основные задачи и перспективы

Пациенты с уже развившимся инфарктом миокарда (ИМ), поступающие в отделение реанимации и интенсивной терапии, априори относятся к больным высокого риска. И все же для ученого и врача с многолетней клинической практикой существуют особые категории пациентов с очень высоким риском, требующие особого внимания и индивидуального, не всегда стандартного подхода к лечению. Как правильно расставить приоритеты в повседневной деятельности при ведении больных высокого риска, как индивидуализировать их лечение, одновременно соблюдая официальные рекомендации, – на эти и другие вопросы отвечает член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско

СС-риск на 27% вище по сравнению с таковым у лиц без гипертриглицеридемии (рис. 1). В крупном исследовании ACCORD Lipid было показано, что у пациентов с СД 2 типа, достигших целевых уровней ХС ЛПНП на фоне статинотерапии, но имеющих гипертриглицеридемию ($\text{TG} \geq 2,3$ ммоль/л) и низкий уровень ХС ЛПВП, риск развития значимых СС-событий на 70% выше по сравнению с таковым у пациентов с нормальными значениями ХС ЛПВП и ТГ (рис. 2). Эти данные свидетельствуют о наличии прямой ассоциации между уровнем ТГ и риском неблагоприятных исходов, что позволяет рассматривать уровень $\text{TG} \geq 2,3$ ммоль/л как важный фактор СС-риска и полноценную терапев

М.С. Сороківський, У.П. Черняга-Ройко, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр; **І.В. Сороківська**, Медичний центр святої Параскеви, м. Львів

Можливості і обмеження проб з фізичним навантаженням

Продовження. Початок на стор. 41.

і прогностичні, які провод

ДІОКОР 80

ДІОКОР 160



Валсартан 80мг + ГХТ 12.5мг





Европейские рекомендации по ведению пациентов с гипертрофической кардиомиопатией: ключевые положения

Рабочая группа Европейского общества кардиологов (председатель – Р.М. Elliott)

Этиология

В 60% случаев гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является аутосомно-доминантным заболеванием, которое обусловлено мутацией генов, отвечающих за кодирование саркомерных белков кардиомиоцитов (табл. 1).

