

А. А. Бова, А. С. Рудой

**ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ –
ДОСТУПНОСТЬ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ***Кафедра военно-полевой терапии в УО «БГМУ»*

В период с 15 по 17 февраля 2018 г. в г. Санкт-Петербурге состоялся юбилейный 25-й конгресс «Кардиостим 2018». В рамках форума прошли заседания XIII Международного славянского Конгресса по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца, XV Всероссийская Конференция по электростимуляции и ишемической электрофизиологии сердца, XIII Всероссийский симпозиум «Диагностика и лечение аритмий у детей», XI Международный симпозиум «Электроника в медицине. Мониторинг, диагностика, терапия», VI Всероссийский симпозиум по проблеме диагностики и лечения диспластического сердца.

В рамках работы конгресса прошла специализированная секция «Наследственные нарушения соединительной ткани». Специалисты кафедры военно-полевой терапии в рамках научной школы «Наследственные нарушения соединительной ткани сердца у лиц молодого возраста» (научный руководитель д.м.н., проф. Бова А. А.) уже более 20-ти лет занимаются данной проблемой. На кафедре защищены 2 докторские и 4 кандидатские диссертации по данной проблематике. Под руководством полковника медицинской службы начальника кафедры Рудого А. С., начальника кафедры военно-полевой терапии (далее – кафедра ВПТ) выполняется ряд научных программ (при поддержке Белорусского фонда фундаментальных исследований), в том числе по проблеме острого аортального синдрома у лиц с наследственными нарушениями соединительной ткани (ННСТ).

Сотрудники военно-научной школы кафедры ВПТ накопили большой объём информации по проблеме ННСТ, материалы регулярно докладываются на ведущих европейских и российских научных медицинских форумах. Признанием достижений сотрудников ВНШ явился выход в 2016 г. наднациональных (международных) рекомендаций «Наследуемые аневризмы и расслоения грудной аорты» и «Структурные аномалии сердца» (председатель комитета экспертов д.м.н. Рудой А. С.). На состоявшемся конгрессе новые

разработки сотрудников кафедры и ВНШ (в сотрудничестве с институтом генетики цитологии НАН Беларуси; ответственная к.б.н. Чакова Н. Н.), посвященные вопросам генетического обследования пациентов с несиндромными аневризмами аорты с использованием технологии массового параллельного секвентирования (MPS) были представлены в докладе полковника медицинской службы Рудого А. С. Свидетельством большого интереса к представленным материалам является состоявшийся в рамках конгресса круглый стол с участием ведущих российских специалистов по данной проблематике проф. Земцовского Э. В., проф. Парфеновой Н. Н., проф. Малева Э. Г., д.м.н. Луновой Е. Г., проф. Залязьминской Е. В. (рис. 1). В ходе обсуждения достигнута договоренность о сотрудничестве с другими научными школами, занимающимися проблемами ННСТ, в частности по проблеме молекулярно-генетических исследований при патологии аорты и аортального клапана у лиц с наследованными аортопатиями (синдромом Марфана и пр.); изучение активности ростовых факторов (TGF β и др.) в тканях аортального клапана и др. Научные разработки кафедры ВПТ и ВНШ ложатся в основу задания подпрограммы «Болезни системы кровообращения» Государственной научно-технической программы «Новые методы оказания медицинской помощи», 2016–2020 годы. Создается реестр диагностически значимых мутаций, являющихся причиной развития наследственных форм аневризмы аорты у лиц, проживающих на территории Беларуси. Также выработана позиция по пересмотру к 2019–2020 г. изданных в 2016 г. рекомендаций «Наследуемые аневризмы и расслоения грудной аорты».

Большой интерес представляли секции по практическому обучению на симуляторе для постановки кардиостимуляторов, проведения абляции с использованием модуля «ABLATION INDEX».

Были проведены мастер-классы для специалистов по программированию кардиостимуляторов компании Boston Scientific.

Академиком Ревишвили А. Ш. проведено занятие с демонстрацией РЧА из рентгеноперационной с использованием современных методик многочастотного картирования.

Большое количество выступлений было посвящено разъяснению положений международных (европейских, американских) и российских рекомендаций, посвященных фибрилляции предсердий и антикоагулянтной терапии. Подробно были рассмотрены вопросы внезапной сердечной смерти. Проведены обучающие сессии по ведению пациентов с ТЭЛА на госпитальном и амбулаторном этапах.

Остановимся на комментариях некоторых вопросов.

Рекомендации Европейского общества кардиологов (2017 г.) «Гипертония и сердечная аритмия»: отмечено, что артериальная гипертензия (АГ) «отвечает» за большее количество случаев фибрилляции предсердий (ФП), чем какой-либо иной фактор риска. До 90% пациентов с ФП, вовлеченных в соответствующие РКИ, имели АГ. При этом до 35% пациентов с АГ могут иметь бессимптомную ФП или сочетание симптомной и бессимптомной. При впервые выявленной ФП бессимптомный вариант чаще встречается у пациентов с меньшим набором признаков кардиэмболического риска (CHA₂DS₂-VASc). Следовательно, АГ – наиболее распространенный, потенциально модифицируемый фактор риска развития ФП. Вероятность наличия бессимптомной ФП особенно велика у мужчин при сочетании АГ и сахарного диабета (СД). Важным является применение шкал и, в частности, ATRIA для оценки риска инсульта при ФП (табл. 1).

Таблица 1. Шкала оценки риска мозгового инсульта при фибрилляции предсердий (ATRIA)

Фактор риска	МИ/ТИА (-)	МИ/ТИА (+)
Возраст (годы): ≥85	6	9
75–84	5	7
65–74	3	7
<65	0	8
Женский пол	1	1
СД	1	1
ХСН	1	1
АГ	1	1
Протеинурия	1	1
СКФ <45 мл/мин/1,73м ²	1	1

Примечание: МИ – мозговой инсульт; ТИА – транзиторная ишемическая атака.

Таким образом, ФП следует рассматривать при наличии АГ как проявление «гипертонической болезни сердца», что требует оптимизации контроля АГ. Целевые уровни АД при антигипертензивной терапии: – 140/90 мм рт. ст. для всех категорий больных; при этом 110–115 / 70–75 мм рт. ст. – нижняя граница безопасного снижения АД. При наличии у пациента хронической болезни почек (ХБП) и протеинурии – АДс менее 130 мм рт. ст., при условии мониторинговании СКФ (II В, в). Обращено внимание, что главное условие достижения целевых уровней АД – хорошая переносимость достигнутого АД; при плохой переносимости – этапное снижение: 10–15% от исходного за 2–4 недели, с периодами адаптации. Далее темпы снижения АД определяются индивидуально, при этом необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений. Использование этапной (ступенчатой) схемы снижения АД с учетом индивидуальной переносимости позволяет достичь целевого уровня АД и избежать эпизодов гипотонии, с которыми связано увеличение риска развития инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта.

В 2017г. также вышли Американские рекомендации по контролю АД (Guideline for the Prevention, Detection, Evolution and Management of High Blood Pressure in Adults. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS, 2017). В данных рекомендациях изменены подходы к определению и проведена реклассификация АГ (табл. 2).

Таблица 2. Категории АД у взрослых

Категория АД	САД mm Hg		ДАД mm Hg
Нормальное	<120	и	<80
Повышенное	120–129	и	<80
Гипертензия			
Степень 1	130–139	или	80–89
Степень 2	≥140	или	≥90

К чему эти изменения могут привести:

1) доля пациентов, которые соответствовали критериям повышенного АД / гипертонии, в соответствии с новыми рекомендациями увеличилась с 47% до 77%; у взрослых пациентов, у которых было хотя бы одно измерение АД в кабинете врача в период между 2013 и 2017 годами;

2) половина (49%) из этих пациентов, отвечающих критериям повышенного АД/АГ в соответствии с новыми рекомендациями, имеет

диагноз АГ и 40% получают антигипертензивную терапию;

3) в наибольшей степени рекомендации повлияют на молодых пациентов в возрасте 45 лет и младше, где число пациентов с гипертонией более чем удвоилось.

Таким образом новые рекомендации в значительной степени увеличивают (с 11,0 млн. пациентов с АГ – по JNC7, до 24,3 млн. пациентов с АГ по ACC/AHA guidelines 2017) количество пациентов с диагнозом АГ и количество пациентов, которым необходимо лечение.

Обращено внимание на мониторинг амбулаторного АД, для которого определены целевые показатели (табл. 3).

Приведены также пороговые значения АД и рекомендации по лечению и наблюдению (табл. 4).

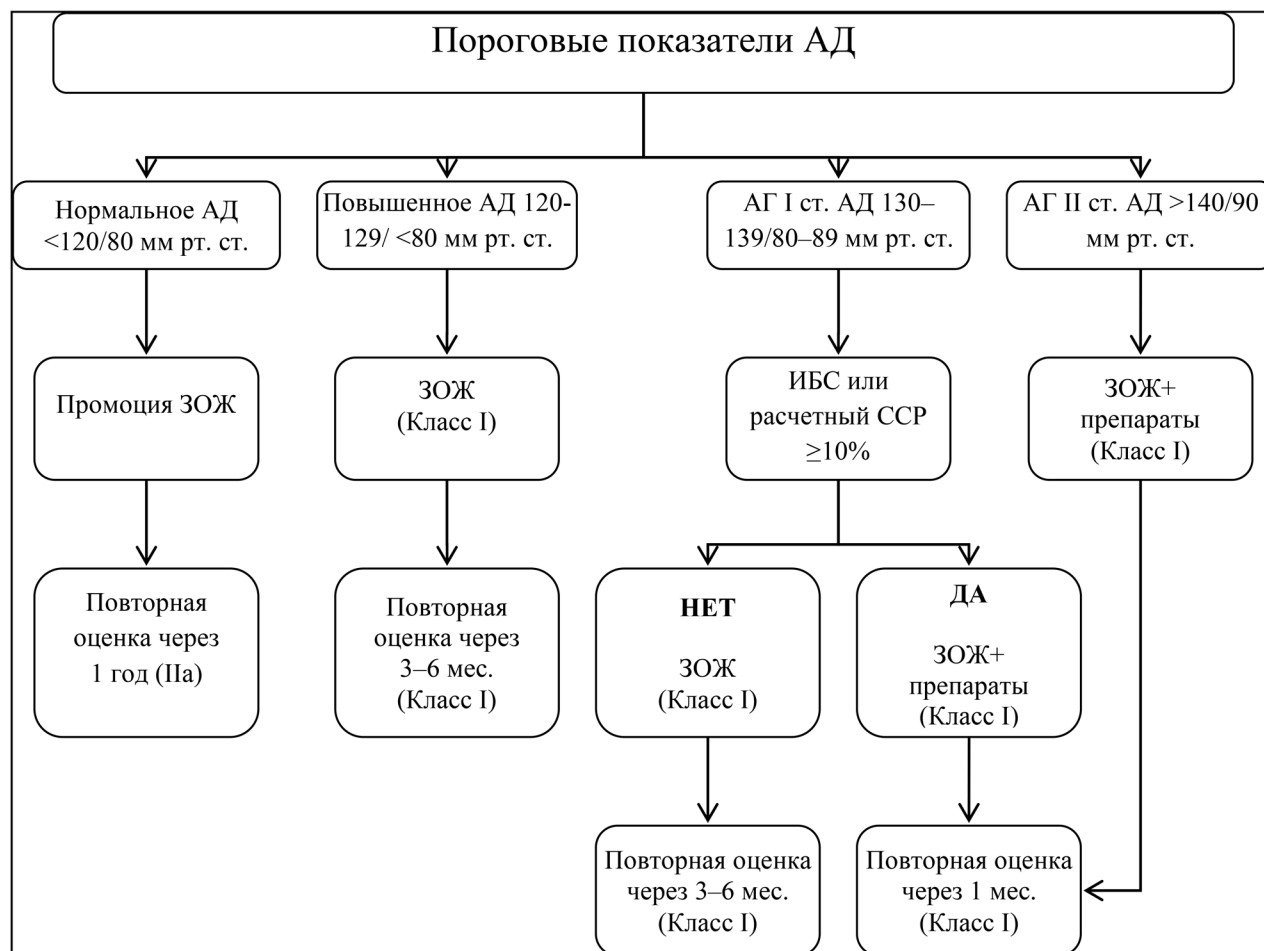
При этом определен выбор препаратов первой линии: тиазидные диуретики, БКК, иАПФ, БРА (Класс I, A).

Начальная терапия с использованием 2-х препаратов первой линии различных классов, отдельных препаратов фиксированных комбинаций, рекомендуется для лечения взрослых с АГ

Таблица 3. Мониторинг амбулаторного АД.

24-часовое среднее АД 125/75 мм рт. ст. или выше	Дневное АД 130/80 мм рт. ст. или выше	Ночное АД 110/65 мм рт. ст. или выше
--	---	--

Таблица 4. Пороговые значения АД и рекомендации по лечению и наблюдению



Примечание: ЗОЖ – здоровый образ жизни.



Рис. 1. Участники конгресса «Кардиостим 2018» (проф. Бова А. А., проф. Земцовский Э. В., проф. Малев Э. Г., д.м.н. Рудой А. С.).

2 степени при АД >20/10 мм рт. ст. выше целевого (I, C). Начальная терапия с использованием с одного препарата является разумным выбором у взрослых с АГ 1 степени и целевыми показателями <130/80 мм рт. ст. с титрацией дозировки и последующим добавлением других препаратов для достижения целевых показателей АД (IIa, C). При этом рекомендации по наблюдению после начала медикаментозной терапии предусматривают, что после назначения терапии или титрации дозировки последующая оценка приверженности терапии и эффективности лечения должна проводиться в ежемесячных интервалах до достижения целевых показателей (I, B).

Большое внимание на конгрессе было уделено вопросам антикоагулянтной терапии в различных клинических ситуациях. Тем более, что в 2017 г. вышли рекомендации по вопросам двойной дезагрегантной терапии. При наличии у больного коморбидной патологии зачастую создается непростая клиническая ситуация, когда одна нозологическая форма (например, ФП) требует назначения антикоагулянтной терапии, а другая (например, ТИА или инсульт) являются противопоказанием для их назначения. Под-

черкнуто, что для подтверждения диагноза ФП требуется наличие электрокардиографического подтверждения (I, B). При этом должно быть проведено полное кардиологическое обследование, включающее детальный анамнез, тщательное клиническое исследование, оценка сопутствующих заболеваний, трансэзофагеальная ЭхоКГ рекомендована всем пациентам с ФП (I, C).

Важное значение имеет антикоагулянтная терапия при ФП. Отмечено, что лечение антикоагулянтами (без антиагрегантов) может считаться достаточным для большинства пациентов со стабильной ИБС. Так как преимущества прямых пероральных антикоагулянтов (ППОАК) могут быть распространены на пациентов со стабильно ИБС и ФП, ППОАК могут быть безопасной и эффективной альтернативой антагонистам витамина К (АВК).

Участие в мероприятиях конгресса позволяет не только ознакомиться с современными изменениями в области диагностики и лечения кардиологической патологии, но и представлять достижения ВНШ кафедры военной полевой терапии.

Поступила 23.08.2018 г.