

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

В редакции журнала «Здравоохранение» состоялся очередной круглый стол, где обсуждались возможности снижения числа случаев сердечно-сосудистых заболеваний в Беларуси. Большое внимание уделялось необходимости проведения успешной профилактики в группах риска. Активно дискутировался вопрос о том, где заканчиваются возможности врача в предотвращении катастрофы и начинается ответственность пациента.

М. М. Ливенцева, ведущий научный сотрудник лаборатории артериальной гипертензии РНПЦ «Кардиология», кандидат медицинских наук:

—Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место по распространенности и смертности. Приоритетная задача здравоохранения — определять кардиологические проблемы, поскольку население нашей страны можно отнести к категории высокого риска. В большинстве случаев мы имеем дело с сочетанием факторов, которые приводят к развитию острых сосудистых катастроф: мозговым инсультам и инфарктам миокарда. За последнее десятилетие в нашу клиническую практику были внедрены высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Наибольшее распространение они получили для оказания помощи при остром коронарном синдроме, нарушениях ритма сердца. Для лечения хронической сердечной недостаточности, особенно ее терминальной стадии, стали использовать хирургические методы и имплантацию различных механических устройств. К сожалению, эти методы помогли решить отдельные проблемы, не решив радикально проблему сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. По-этому, наряду с тем, что нужно продолжать улучшение оказания помощи при острых сосудистых заболеваниях, врачи должны глобально вмешиваться на уровне первичной и вторичной профилактики.

**Т. Д. Тябут, профессор кафедры кардиологии и ревматологии
БелМАПО, доктор медицинских наук:**

—Весь мир доказал, что первичная профилактика эффективнее, чем все современные лечебные технологии. Беларусь находится среди той части европейских стран, где уровень сердечно-сосудистых заболеваний и смертность от них не снижаются. Поэтому начинать первичную профилактику необходимо с детских садов. Мы потеряли уже как минимум два поколения, которые не ценят здоровье, хотят, чтобы работал доктор, а сами не прикладывают усилий. В Беларуси количество потребляемого алкоголя составляет от 11 до 23 л на душу населения, 14,3 л алкоголя приходится на подростков. Отсюда и формирование неправильного поведения, курение, избыточная масса тела. В республике 27% взрослого населения имеют лишний вес, а у детей и подростков этот показатель еще выше. Поэтому первичную профилактику нужно начинать даже не с детского сада, а в период подготовки к беременности, поскольку все факторы риска, которые есть в семье, у матери, будут передаваться и ребенку. От врача не зависит, проявится ли генетика, но он может повлиять на санитарную грамотность взрослого населения. Необходимо об этом писать в той прессе, которую читают наши пациенты, выступать по радио, телевидению. Тогда, вероятно, мы сможем какое-то количество людей научить быть здоровыми. Мы нацелены на пациентов, которые страдают чисто кардиальной патологией: артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС). Но ведь болезней у пациентов гораздо больше, и мы сегодня говорим о коморбидности. Медицина XXI века — это медицина коморбидных состояний. Старее население, увеличивается количество заболеваний на душу населения. Сегодня есть большая группа пациентов с ревматической патологией. Если раньше считали, что остеоартроз это дегенеративно-дистрофическое заболевание, то сегодня мы знаем, что в суставном хряще и кости, синовиальной оболочке возникает воспалительный процесс. Интересна ассоциация остеоартрита с ишемической болезнью или

иммунозависимого заболевания — ревматоидного артрита, с ИБС. Казалось бы, ревматоидным артритом страдают всего 1—3% населения. Но, преимущественно начинают болеть молодые женщины, у них атеросклероз возникает на 10—15 лет раньше, чем в популяции. Имея уже одно это заболевание, они сразу входят в группу высокого риска развития другого. Но, несмотря на международные рекомендации, медицинская профилактика им не проводится: ни поведенческая, ни медикаментозная. Есть национальные рекомендации по кардиологии, где все-таки эти блоки рассматриваются с профилактической платформы, но мне кажется, что этого мало.

М. М. Ливенцева:

—Безусловно, проблема первичной профилактики касается не только Министерства здравоохранения, но и образования. Это общая проблема государства, институтов питания, которые все же нацелены на здоровых людей. В основном же мы работаем с больными людьми, а институтов питания в нашей стране нет.

Р. В. Хурса, доцент кафедры поликлинической терапии БГМУ, кандидат медицинских наук:

—Хотела бы затронуть три аспекта. Первый — диагностика. Последние европейские рекомендации 2013 г. сделали новые акценты на гипертензию. Впервые уделяется большое внимание доклиническому повреждению органов мишеней как фактору риска. И если какие-то клинические проявления мы можем легко диагностировать в амбулаторной практике, например, гипертрофию левого желудочка, то возникает вопрос определения лодыжечно-плечевого индекса. Очень простая манипуляция, которая не делается. Сейчас на кафедре проводится научная работа, хотели измерить лодыжечно-плечевой индекс, и не смогли нигде купить узкую манжету, которая нужна для этого. Во всех рекомендациях это звучит как метод диагностики. Также необходимо измерять скорость распространения пульсовой волны. В первичном звене в функциональной диагностике скорость распространения пульсовой волны не определяется, и приборов нет.

Есть реографические методы, и хотелось бы быть уверенными, что они работают по стандартам. Мы пользуемся не каротидно-лучевым методом, а каротидно-феморальными, немного отстаем в этом плане. Нельзя сказать, что участковые терапевты используют такие методы для стратификации риска, так как к кардиологам пациенты с гипертензией без ишемической болезни в основном не попадают. Пациенты, у которых изначально надо определить риск, не приходят к кардиологу.

Второй аспект. Не на должном уровне происходит выявление пациентов на ранних стадиях. Хочу обратить внимание на немедикаментозную терапию. Когда консультируешь пациентов с гипертензией, особенно с плохо поддающейся терапией или высокого риска, то при тщательном расспросе оказывается, что никто не предупреждал или предупреждение осталось не услышанным, что нельзя употреблять много жидкости. В результате побеждает телевизор, с которого устами известных артистов, телеведущих говорят, что надо употреблять как можно больше жидкости для сохранения молодости и здоровья. И никто не оговаривает, что пациентам с гипертензией нельзя этого делать. Следующий фактор риска — избыточная масса тела. Это огромная проблема во всем мире. Конечно, не так легко сбросить вес, это понятно, нужны рекомендации по диете. К сожалению, они иногда звучат формально, участковые доктора телеграфным стилем говорят не есть жирного и острого, но в результате пациенты едят, что хотят. Мы со студентами анкетировали пациентов по вопросам ожирения, узнавали об осведомленности населения, об их отношении к собственному лишнему весу. Получили интересные результаты, которые обсудили на студенческой конференции. Среди опрашиваемой группы были разные пациенты, молодые, здоровые и гипертоники. Многие пациенты осознают проблему ожирения и хотели бы похудеть. Среди людей, которые страдают ишемической болезнью, гипертензией, больше половины имеют лишний вес, один анкетированный имел перенесенный инфаркт в анамнезе, гипертензию, индекс массы 40 и при этом считал, что ему не нужно худеть,

он был вполне удовлетворен своим весом. Хотела бы напомнить, что доктора тоже мало используют современные возможности. Работает фармацевтическая промышленность, есть препараты, например, ксеникал, в том числе, отечественные. Я отнюдь не призываю всех подряд лечить такими препаратами, но пациенту с индексом массы 40 месячный или двухмесячный курс помог бы не столько сбросить лишние килограммы, сколько выработать правильные пищевые привычки. Для тех, кто хочет похудеть, это один из способов изменить свое пищевое поведение. И, естественно, необходима физическая активность. Во всех поликлиниках есть службы лечебной физкультуры, методисты. Много ли назначается ЛФК пациентам с гипертензией? Не назначается. Понятно, что мы не изменим образ жизни до такой степени, что перестанем пользоваться лифтом, автомобилем, но правило ходить каждый день пешком быстрым шагом полчаса должно быть привито с раннего детства также, как и чистить зубы. И третий аспект. Необходимо при гипертензии определять уровень риска. Естественно, работа терапевта и врача общей практики разрастается до каких-то невероятных размеров. В зарубежной практике терапевт имеет 5—6 медсестер. Гипертоников там ведет средний персонал по отработанной схеме, врач выполняет консультативную функцию, первоначально назначает препараты. Измерение лодыжечно-плечевого индекса, определение микроальбуминурии — это не врачебная работа. Но, к сожалению, не во всех поликлиниках делают даже это. Раннюю диагностику гипертензии и выявление пациентов высокого риска нужно делать более грамотно. Я думаю, что при текущем уровне загруженности врача-терапевта и одной медсестры мы будем отставать в этой сфере.

М. М. Ливенцева:

— Пациенты, которые посещают школы гипертензии, люди уже мотивированные. И хотя банально и неудобно опять говорить о формировании здорового образа жизни, но без этого высокие технологии результата не дадут. Если ранжировать все факторы риска развития

сердечно-сосудитых заболеваний, приводящих к летальному исходу, то можно выделить два главных — это артериальная гипертензия и мерцательная аритмия. Культура домашнего измерения артериального давления постепенно становится востребованной в нашем обществе. Значительная доля визитов к врачу людей старше 45 лет посвящена проблемам, связанным с повышенным артериальным давлением. Домашнее измерение артериального давления позволяет получить важную информацию как при первичном обследовании, так и при дальнейшем контроле эффективности лечения. Домашнее измерение артериального давления помогает оценить уровень давления в условиях «реального времени» и практически полностью устранить «синдром белого халата». Самоконтроль артериального давления дисциплинирует пациента и повышает его приверженность лечению. Он позволяет точно определить эффективность проводимой терапии и снизить затраты на лечение. Сравнительная экономическая эффективность измерения артериального давления в домашних условиях и в медицинских центрах показывает, что при измерении на дому затраты на лекарства снижаются на 10% в год, расходы на визиты к врачам — на 10%. Ежедневный контроль артериального давления снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. Домашнее измерение артериального давления предупреждает риск внезапной смерти гораздо надежней, чем измерения в клинических центрах, а сведения об уровне артериального давления за определенный срок позволяют оптимизировать лечение, использовать принципы хронотерапии.

Фибрилляция предсердий — причина 20% всех инсультов. Риск инсульта при наличии фибрилляции предсердий возрастает до 6 раз. Инсульт, вызванный фибрилляцией предсердий, значительно увеличивает риск смертности. Фибрилляция предсердий отмечается у 1% взрослого населения, у 3—5% людей старше 60 лет, у 9% — старше 80. Одной из новых технологий может считаться технология АФИБ, используемая в приборах измерения артериального давления с целью выявления

мерцательной аритмии. Технология была разработана, запатентована и введена в производство корпорацией «Microlife». Она прошла множество клинических исследований и была одобрена для использования как в домашних, так и в клинических условиях. Приборы «Microlife» с технологией АФИБ выявляют признаки мерцательной аритмии на 100% при специфичности значений 92%. При сравнении технологии АФИБ от «Microlife» с электрокардиограммами (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, которые расшифровывали кардиологи, чувствительность обнаружения мерцательной аритмии в этих исследованиях варьировала от 95 до 100% при специфичности 89—92%.

МАМ-технология (режим получения средних значений) позволяет без снятия манжеты произвести подряд 3 измерения давления. Через специальный алгоритм прибор вычисляет оптимальное значение и выдает результат на экране. Если при измерении артериального давления в режиме МАМ прибор зафиксировал случай мерцательной аритмии, на дисплее тонометра отобразится соответствующий символ. Метод обладает высокой точностью в выявлении мерцательной аритмии, сопоставимой с точностью ЭКГ. Увеличение количества пациентов с артериальной гипертензией и считающих себя здоровыми нормотензивных лиц, измеряющих артериальное давление с помощью тонометров, в которых используется технология АФИБ, позволит выявлять фибрилляцию предсердий в ранние сроки ее появления, что повысит возможности коррекции и уменьшить количество осложнений.

Е. И. Гайшун, зав. отделением функциональной диагностики 1-й ГКБ Минска, кандидат медицинских наук:

— Пациенты высокого риска нуждаются в серьезном кардиологическом обследовании с применением максимального количества методов функциональной диагностики. Начиная с ЭКГ, которая должна выполняться регулярно, заканчивая, при необходимости, лучевыми и инвазивными методами диагностики. Для пациентов с артериальной гипертензией необходим контроль артериального давления, в чем помогают

современные электронные тонометры, сохраняющие данные в памяти, имеющие usb-порт и возможность вывода данных на монитор компьютера с последующим анализом. Суточный мониторинг артериального давления, или СМАД— это один из самых информативных методов его оценки в привычных для человека условиях. По сравнению с разовым измерением суточный мониторинг давления позволяет эффективно диагностировать артериальную гипертензию. При суточном мониторинге выявляются все изменения артериального давления за сутки, в том числе значимые для прогноза дальнейшего развития сердечно-сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт миокарда). Суточное мониторирование ЭКГ выявляет нарушения ритма, проводимости, транзиторные ишемические изменения. Этот метод диагностики является обычной процедурой при ведении пациентов, недавно перенесших инфаркт миокарда, страдающих стенокардией или с подозрением на нее. Динамика показателей при мониторинге дает возможность оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, позволяет фиксировать некоторые побочные эффекты. Тесты с физической нагрузкой как метод функциональной диагностики широко используют в кардиологии, они являются неотъемлемой составляющей кардиологического обследования. Нагрузочные тесты очень важны для оценки, диагностики и лечения ИБС.

Что же касается ультразвуковых методов, то это в первую очередь, эхокардиография, которая позволяет определить степень ремоделирования левого желудочка, его сократимость, размер камер сердца, состояние клапанного аппарата.

Дуплексное сканирование периферических артерий позволяет выявить самые ранние доклинические признаки сосудистых заболеваний, оценить поражения сосудов и нарушения кровотока. Путем математических расчетов можно узнать скорость распространения пульсовой волны и определить локальную жесткость артерий, которая считается значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Когда-то в нашей клинике мы

занимались вопросами доклинического атеросклероза и рассчитывали различные показатели жесткости сосудов, то есть нарушения упруго-эластичных свойств сосудистой стенки. При исследовании группы практически здоровых молодых людей в возрасте до 30 лет в 30% случаев было выявлено нарушение упруго-эластических свойств крупных артерий. Сейчас, когда прошло 2—3 года, мы пытаемся узнать судьбу этих пациентов.

М. М. Ливенцева:

—Насколько врач в поликлинике может ориентироваться на реографические методы, актуальны ли они сегодня?

Е. И. Гайшун:

—Мы пробовали выполнять и эту методику, но, к сожалению, у нас не было возможности сравнить результаты исследования, потому что эта методика оценивает регионарные нарушения, мы же занимались локальными методами. Однако я считаю этот метод устаревшим, так как существуют уже более современные методики и аппаратура. Мы отказались от него в нашей клинике.

М. М. Ливенцева:

—Елена Ивановна как автор предложила ряд показателей, которые характеризуют свойства артерий. Для них не нужно специальное оборудование, можно пользоваться тем, что есть сегодня в амбулаторном звене. Измерения систолического и диастолического диаметра выводятся математически. Пока поражение артериального русла находится на субклиническом уровне, ультразвуковые методы не приемлемы, такой способ оптимален для применения.

Е. И. Гайшун:

—В настоящее время в стандартный протокол, утвержденный Минздравом, параметры оценки корня аорты не введены. В случае дилатации какого-то участка аорты в клинике мы описываем в какой части это случилось. Но в настоящее время дискутируется новый протокол на эту тему.

А. С. Рудой:

—Вопрос о размерах дилатации аорты сейчас очень спорный и чрезвычайно актуальный, так как имеет место недооценка наследственных факторов, что приводит к несвоевременной диагностике начального этапа развития аневризмы — дилатации, которая начинается при значительно меньших размерах, чем в обычной популяции. Общепризнанный критерий аневризмы аорты без учета наследственного компонента — 55 мм, в этих случаях необходимо переключаться на кардиохирургический профиль. Существует спектр пограничных состояний — пограничное расширение корня аорты, на что и следует обращать внимание в целях профилактики жизнеугрожающих состояний. В частности, при наследуемых формах аневризмы расслаивающейся грудной аорты (АРГА) не существует безопасного размера аорты. Расслоение или разрыв аорты могут происходить уже при диаметре 40—45 мм, что гораздо меньше предельно допустимых размеров аорты (55 мм и более), по достижении которых обычно принято приглашать для консультации кардиохирургов.

Сейчас существует центр пограничного состояния, пограничного расширения корня аорты. И на что следует обращать внимание?

Е. И. Гайшун:

—В 2015 г. вышли новые рекомендации по эхокардиографии, в которых описаны нормативные значения диаметра аорты в разных отделах. Наиболее частой аномалией аорты является ее дилатация, а увеличение диаметра более чем на 50% от нормативного считается аневризмой. Зачастую аневризма аорты является случайной находкой, которая может быть выявлена при проведении рутинного обследования по другим причинам.

При подозрении на патологию восходящего отдела аорты целесообразно начать обследование с трансторакальной эхокардиографии.

При умеренном и выраженном расширении аорты необходимо проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии. При отсутствии показаний к хирургическому вмешательству пациент остается под динамическим наблюдением кардиолога. При умеренном расширении

аорты (более 45 мм), выявленном впервые, повторное обследование целесообразно проводить не позднее чем через 6 мес.

А. С. Рудой:

Есть еще и другие рекомендации, в которых имеется некая противоречивость взглядов на подходы к эхо-кардиографической оценке корня аорты. Например, в упомянутых рекомендациях по эхокардиографической оценке структур сердца у взрослых — обновленной информации Американского общества по эхокардиографии совместно с Европейской ассоциацией сердечно-сосудистой визуализации 2015 г. в отношении размеров корня аорты ссылка идет на старую эталонную модель M. J. Roman (1989), тогда как в руководстве по ведению пациентов с клапанными заболеваниями сердца Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца (2014), а также в отдельном руководстве по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов 2014 г. есть ссылка на новую формулу Devereux 2012 г.

М. М. Ливенцева:

—Когда здоровые люди с нормальным уровнем артериального давления и холестерина принимают кардиоаспирин, получив информацию, у которой четко не определен адресат, из телевизора и интернета, мы имеем значительное количество кровотечений.

А. С. Рудой:

—Нужно объяснить пациенту, что, если снизить уровень холестерина, скорректировать давление до 120—140 мм рт. ст., бросить курить, то и кардиомагнил не понадобится. Минус сигарета — минус таблетка. Это мотивирует пациента бросить курить.

Р. В. Хурса:

—Проблеме курения уделяется внимания меньше, чем проблеме употребления алкоголя. Среди курильщиков больше всего пациентов с бессимптомной ишемической болезнью сердца, которая не проявляется никаким образом. В Беларуси самые дешевые сигареты и самые низкие

штрафы за курение, никто на это не обращает внимания. Часто доктор дает рекомендации пациенту по снижению давления, веса, а про курение он может даже и забыть. Если пациент будет придерживаться диеты, выполнять другие рекомендации и курить, то это не даст никакого результата. Даже среди медиков нет понятия, что бросить курить для пациента намного важнее.

Т. Д. Тябут:

—Положительный эффект от того, что человек бросил курить, проявится через 20 лет. Основная масса людей начинает курить в подростковом возрасте и к 40 годам имеет приличный стаж, курит по пачке в день и считает это нормой. К 10 годам попробовали курить 10% населения Беларуси, к 18 — 90%.

М. М. Ливенцева:

—Мы рассчитывали на то, что интервенционная кардиология позволит решить проблему, но решилась только часть ее. Рассмотрим подробнее острый коронарный и аортальный синдромы.

А. С. Рудой:

— Мне пришлось участвовать в экспертизе внезапной сердечной смерти двух юношей в возрасте до 27 лет в Вооруженных Силах Республики Беларусь. На вскрытии обнаружено развитие острого аортального синдрома — рассечение аорты на фоне ки-стозного перерождения и развития медианекроза аорты, или болезни Эрдгейма, которая входит в десятку болезней, сопровождающихся крайне высоким летальным исходом. При заболеваемости аневризмой грудной аорты (АГА) приблизительно 10 на 100 000 человеко-лет не трудно подсчитать, что в Беларуси теоретически около 700 пациентов будут иметь высокий сердечно-сосудистый риск. При этом ежегодное число вновь выявленных АГА составляет приблизительно 3—5 случаев на 100 000, а смертность от расслоения аорты выросла с 2,4 до 2,7 на 100 000 человек в год в 21 регионе мира. Но самое важное, что, согласно современным данным, 20—25% от всех случаев АГА — результат генетической предрасположенности, то есть каждый 4-й случай

предопределен генетически и предполагает смертность в молодом возрасте — до 45 лет. Появляется очень важный социальный момент. Накопленные на сегодняшний день знания требуют более широкой осведомленности практикующих врачей о современном состоянии проблемы — генетически обусловленной патологии грудного отдела и корня аорты, ассоциируемой с формированием ее аневризмы, рассечения (АРГА) и/или риском внезапной сердечной смерти в молодом возрасте. А ведь возможно проведение своевременной гипотензивной терапии для устранения кардиогемодинамического стресса аорты, профилактическое назначение тех же сартанов, которые рассматриваются в настоящее время в качестве таргетной терапии для данных состояний. Сартаны — антагонисты рецепторов I типа ангиотензина II, вовлечены в общие пути трансдукции внеклеточных сигналов от таких лигандов, как TGF- β и ангиотензина II — медиатора прогрессирования аневризмы аорты. Имеются крайне важные и современные данные о том, что сартаны препятствуют накоплению в тканях фосфорилированных SMAD — белков трансдукторов/факторов активации транскрипции генов, отвечающих за «нестабильность» СТ, тем самым предотвращая формирование АРГА.

Такие люди чаще могут выживать при своевременной терапевтической профилактико-ориентированной поддержке, но не все врачи знают специфику данных генетических состояний. Кстати, не исключается, что острая аортальная диссекция может замаскировать и острый инфаркт миокарда, тот же коронарный синдром, о котором сегодня также идет речь, и истинные цифры заболеваемости могут быть значительно выше. Поэтому хотелось бы анонсировать выход в свет первых рекомендаций по аортопатиям, или аневризмам, и рассечениям грудной аорты при наследственных нарушениях соединительной ткани.

Они условно определяют отдельную группу лиц высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Это международные наднациональные рекомендации, которым присвоен статус Евразийского согласительного

документа. Напомню, что наследственные аортопатии выявляются в 1/4 случае всех аневризм грудной аорты, 5% из них имеют классические синдромные признаки, то есть те, которые можно заподозрить клинически на основании внешних признаков дисплазии соединительной ткани. А вот 15—20% — это семейные, так называемые несиндромные аневризмы и расслоения грудной аорты, которые проявляются изолированно на фоне «немного» течения при отсутствии распознаваемых клинико-фенотипических признаков риска и выявляются, как правило, случайно при скрининговых методах диагностики. Вместе с тем, при пограничных размерах диаметра аорты достаточно указаний на положительный семейный анамнез АРГА у более чем одного члена семьи, чтобы заподозрить назревающую проблему.

М. М. Ливенцева:

—Что необходимо сделать, чтобы генетические особенности не приводили к внезапной смерти?

А. С. Рудой:

—Ситуация осложняется тем, что при определенных мутациях в генах, ответственных за компартамент сосудистых гладкомышечных клеток аорты риск диссекции аорты возможен даже без формирования первичной аневризмы (!) или возможен вариант других ранних кардиоваскулярных событий на фоне заболеваний сосудов в цереброваскулярной системе (ранние ишемические инсульты, болезнь «моямая», аневризмы сосудов головного мозга), ранних поражений коронарных артерий уже в возрасте до 40—45 лет. Вместе с тем подозревать семейные или наследственные формы поражения грудного отдела аорты можно при быстром прогрессировании диаметра аорты, что должно нас настораживать. Обязательно направлять таких пациентов к ревматологу, который может оценить минимальные признаки, имеющие непосредственное отношение к наследованным аортопатиям: сетчатое ливедо, флоккулы радужки, раннее начало окклюзивных сосудистых заболеваний или наличие клапанной патологии — двустворчатого аортального клапана, или аневризм с вовлечением других

артерий. Рутинная рентгенография грудной клетки играет весьма ограниченную роль, а вот МРТ, особенно эхоКГ — отличный метод визуализации для последовательных измерений диаметров корня аорты, правда он является достаточно точным и воспроизводимым исследованием только при соблюдении требований протокола — измерении 4 диаметров, в том числе на уровне Вальсальвы. Мало того, важно рассчитать фактический и должный диаметр аорты, так называемый Z-критерий. Точный учет этих факторов и модели расчета Z-критерия в норме чаще всего клинического значения не имеет, в то же время при генетических аортопатиях величина ежегодного увеличения размера аорты имеет наиважнейшее тактическое значение и поэтому расчет должен быть произведен максимально точно. От этого зависит тактика хирургического лечения.

М. М. Ливенцева:

—Если в Минске УЗИ сердца доступно, то в областных, районных центрах один аппарат на 60 тыс. пациентов. И доступность УЗИ-исследования достаточно небольшая. Поговорим о таком глобальном факторе риска как фибрилляция предсердий.

В. Ч. Барсукевич, старший научный сотрудник лаборатории нарушений ритма РНПЦ «Кардиология», кандидат медицинских наук:

—Фибрилляция предсердий — одно из самых часто встречаемых нарушений ритма. Согласно мировой статистике, 1—2% популяции страдает этим заболеванием в той или иной форме (пароксизмальная, персистирующая, перманентная). Научная общественность считает, что цифры, имеющиеся в литературе, занижены минимум вдвое. По данным за 2010 г., в Европе 20 млн мужчин и 12 млн женщин имели данную патологию. Соответственно в нашей стране фибрилляция предсердий встречается примерно у 90—180 тыс. человек. Несмотря на значительный прогресс в ведении пациентов с данной патологией, она все равно представляет большую проблему, так как 20—30% инсультов развиваются вследствие фибрилляции предсердий. Она является независимым фактором риска

смертности. Независимо от других предикторов отмечается повышение риска ВСС для женщин вдвое, для мужчин — в 1¹раза. Значимой социальной проблемой является частота госпитализаций. От 10 до 40% наших пациентов имеют случаи ежегодной госпитализации, а некоторые и чаще, в зависимости от количества пароксизмов. Чем быстрее мы восстановим ритм, тем меньше вероятность развития сосудистых катастроф. Быстро действуя, можно предупредить повторный пароксизм и замедлить переход персистирующей формы фибрилляции предсердий в постоянную.

В. Ч. Барсукевич:

—Пациент с пароксизмом фибрилляции предсердий с высокой частотой сердечного ритма имеет большое количество обоснованных жалоб, появляются признаки относительной коронарной недостаточности, вплоть до развития серьезных клинических состояний, например, острой левожелудочковой недостаточности или острого коронарного синдрома. Поэтому мы работаем в одном ключе с европейскими и американскими коллегами и рекомендуем восстанавливать ритм как можно быстрее. В новых европейских рекомендациях отмечается более жесткий подход к оценке риска тромбоэмболических осложнений. Для этого существует общепризнанная шкала CHA₂DS₂-VASc, в которой учитываются пол, возраст пациента, а также наличие сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, сердечная недостаточность, перенесенный инсульт/ТИА, заболевания сосудов). Для оценки риска кровотечений применяется шкала HAS-BLED, в которой учитываются возраст, сопутствующая патология (гипертензия, нарушение функции печени, почек, перенесенный инсульт), а также прием некоторых лекарственных препаратов и употребление алкоголя. Если раньше при 1 балле по шкале CHA₂DS₂-VASc требовалось обязательное назначение антикоагулянтной терапии, то теперь для мужчин — это 2 балла и более, для женщин — 3 балла и более. Это первый класс показаний. Сложность заключается в том, что один и тот же фактор, например, перенесенный инсульт или артериальная гипертензия,

повышает риск тромбоз- болических осложнений и в то же время является фактором риска возникновения кровотечения на фоне приема антикоагулянтного препарата. Также важно учитывать время нахождения пациентов в терапевтическом диапазоне МНО — показателе, характеризующем эффективность гипокоагуляции на фоне приема варфарина. Доказано, что если время нахождения в целевом диапазоне МНО на фоне приема антагонистов витамина К менее 60%, это некорректное ведение пациента с мерцательной аритмией, которое требует изменения терапии, назначения новых оральных антикоагулянтов. В мировой практике их принято называть не витамин К-зависимые антикоагулянты. В августе 2016 г. вышли новые европейские рекомендации по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, а уже в октябре 2016 г. Белорусская ассоциация ритма сердца провела республиканскую научно-практическую конференцию «Современные возможности лечения нарушений ритма сердца: от теории к практике», на которой обсуждались новые подходы к лечению пациентов с мерцательной аритмией. В ближайшее время ожидается выход новых национальных рекомендаций со всеми изменениями и уточнениями. Тот факт, что наши пациенты относятся к категории высокого риска, требует корректного, грамотного индивидуализированного подхода. Очень важно понимать, что в настоящее время мы имеем большие возможности в оказании помощи: практически весь спектр антиаритмических препаратов, также высокотехнологические методы — радиочастотная абляция (эндокардиальная и эпикардиальная), не забываем и о кардиохирургии. Я всегда говорю, что фибрилляция предсердий — заболевание, с которым, если мы столкнулись один раз, то обязательно столкнемся еще не раз. Есть 20-летние пациенты с мерцательной аритмией, у которых нет возможности бороться за синусовый ритм, а есть 80-летние с синусовым ритмом. Вместе с тем, мерцательная аритмия — заболевание, с которым можно жить без потери качества жизни, принимать препараты, антикоагулянтны и обязательно регулярно общаться с доктором.

М. М. Ливенцева:

—Любой практикующий кардиолог понимает, что самая большая проблема на амбулаторном приеме — это мерцательная аритмия. Расскажите, пожалуйста, о развитии научных направлений.

В. Ч. Барсукевич:

—Мы развиваем методики комбинированного лечения пациентов с фибрилляцией предсердий (эндо-эпикардальная абляция). Еще одно из направлений работы нашей команды — бессимптомные микроэмболии головного мозга у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне приема различных антикоагулянтных препаратов. Но следует помнить, что мерцательная аритмия — это заболевание, которое имеет хронически прогрессирующее течение, и далеко не всем пациентам показано выполнение абляции. Показания к абляции — это высокосимптомные, плохо переносимые пароксизмы. Эндо- или эпикардальная абляция не влияют на продолжительность жизни, на количество осложнений, только на возможное качество жизни. Сотрудники нашей лаборатории впервые начали говорить о том, что избыточная масса тела является фактором, влияющим на развитие и прогрессирование фибрилляции предсердий. Более того, если речь идет о хирургической помощи, мы строго следуем международным рекомендациям и ожидаем снижения индекса массы тела до нормальных или слегка повышенных значений, поскольку при интервенционном вмешательстве присутствуют риски осложнений. Первичная эффективность РЧА колеблется от 50 до 70%.

М. М. Ливенцева:

—Беларусь относится к странам с инсультным парадоксом, где количество инсультов почти в 3 раза превышает количество инфарктов миокарда. Это соотношение не меняется на протяжении 10 лет.

А. В. Астапенко, главный внештатный невролог комитета по здравоохранению Мингорисполкома, ведущий научный сотрудник РНПЦ неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук:

—Когда начинаешь говорить об инсультном парадоксе, сразу хочется выявить причины. Инсульты — не самостоятельные заболевания, это осложнения болезней сердца, сосудов и системы коагуляции. При отсутствии таких патологий не будет и инсульта. Для снижения количества инсультов необходимо проводить на должном уровне первичную профилактику, то есть предупреждать заболевания, приводящие к инсульту, если это не удалось — адекватно их лечить. Ведущие факторы риска развития инсульта: атеросклероз, артериальная гипертензия, мерцательная аритмия, диабет. Существует также группа более редких заболеваний. Основные усилия и должны быть сосредоточены на этих факторах. При артериальной гипертензии одинаково плохо и высокое и низкое давление. Потому что высокое давление запускает одни патологические процессы, а низкое — снижает мозговую перфузию, особенно если это происходит на фоне стенозирующего атеросклеротического поражения артерий. В мировой неврологической практике выделяют атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный подтипы инфаркта мозга. В развитии острой церебральной ишемии играют роль гемореологический и гемодинамический факторы. Такое деление необходимо для того, чтобы при развитии заболевания проводить адекватное лечение и одновременно думать уже о вторичной профилактике. Ведь в течение 5 лет у 30% пациентов развивается повторный инсульт. Говоря об инсульте, невозможно не упомянуть, что от него страдает большое количество трудоспособного населения. В структуре причин смерти от ОНМК среди взрослого населения (18 лет и старше) около 65% имели ишемический инсульт, 35% — геморрагический. Среди трудоспособного населения другая ситуация. До 60—65% причиной смерти были геморрагические формы ОНМК, 35—40% — ишемические. Именно на мужское трудоспособное население должны быть направлены усилия для достижения результатов по снижению смертности от кровоизлияния в мозг. Мы проводили анализ по амбулаторным картам, как лечатся наши пациенты. Брали карты умерших от ОНМК и анализировали их. Выяснилось, что

примерно у 70% артериальная гипертензия была установлена в поликлинике, но из них лечились не более 40%. Целевого давления достигали всего 30%, 15% от этого числа имели сложную сочетанную соматическую патологию. Примерно 20% были лица, которые поликлинику практически не посещали, что объясняет причину их смерти. Таким образом, неврологи предлагают в качестве варианта такой выход из ситуации. Трудоспособный человек работает в большинстве случаев до 17—18 часов вечера. Поликлиника открыта до 20.00. В детских поликлиниках есть день здорового ребенка. Все знают, что в этот день в поликлинику идти не стоит, там принимаются только маленькие дети. Поэтому мы предлагали в поликлиниках выделить вечерние часы для приема трудоспособного населения. Тогда они могли бы быстро получить нужное направление, еще раз поговорить, проконтролировать, обсудить свое лечение. Когда в республике года 3 назад начала увеличиваться смертность в трудоспособном возрасте, во всех регионах проводились такие организационные совещания и обсуждали, что сделать и как помочь. Дополнительный контакт с врачом принесет только пользу.

С. М. Шилко, зам. главного врача по медицинской части 36-й поликлиники Минска:

—От амбулаторного звена я хочу сказать, что это делается. Однако такие специально отведенные часы для принятия трудоспособного населения приходят только те, кому нужна водительская медицинская справка. Другое население не обращается.

А. В. Астапенко:

—Я думаю, что это может быть связано с тем, что население слабо информировано о таком специальном времени. Стоит поискать варианты более эффективного доведения информации до населения района обслуживания.

Р. В. Хурса:

—В Минске проводится такое мероприятие, которое называется день участка. Для приема трудоспособного населения без талонов выделяется один день в неделю. Эта информация размещена на сайте поликлиники, врачи во время визитов развешивают объявления на подъездах. Но люди не бегут туда.

А. В. Астапенко

—Кроме информированности населения, есть еще другая проблема. Все знают, что инсульт страшен и опасен, но никто не спешит обращаться за помощью к врачу в первые часы. Мы проводили анализ по вызову скорой помощи, брали карты вызова, анализировали большое количество случаев от появления первых симптомов до выезда «скорой». В первые 3 ч от начала инсульта скорую помощь вызывают 30%, в первые 6 ч — 45%. При том, что все знают, насколько важно обращаться за медицинской помощью как можно быстрее. При инфаркте миокарда обращаются намного быстрее, чем при инсульте, из-за боли. А при инсульте обычно боли нет. Только наличие очевидных симптомов влияет на скорость вызова медицинской помощи: потеря сознания, развитие грубых двигательных нарушений. Но в таких случаях необходимо, чтобы был кто-то рядом, чтобы вызвать «скорую». Если у человека только что-то немеет, слабеет, вызывает неловкость, симптоматика не грубая, когда есть большой шанс восстановиться, однако ждут, пока пройдет само. А для неврологов очень важно, чтобы медицинская помощь была оказана в кратчайшие сроки, потому что тромболитическая терапия в Минске оказывается всем, у кого есть показания. Метод активно внедряется и в других регионах. Терапевтическое окно для тромболитизиса расширено, раньше это было 3 ч, а теперь 4,5 ч. Клиники готовы принимать пациентов с инсультом, но они обращаются в большинстве случаев с большой задержкой.

А. С. Рудой:

—Тем не менее камнем преткновения становится концепция ишемических инсультов с неустановленным источником эмболии, так

называемых криптогенных инсультов, частота которых может достигать крайне высоких цифр — 20—40%. Значительная часть этой категории пациентов имеют кардиальную патологию (кардиоэмболический генез), для которой характерен существенно меньший риск эмболизации по сравнению с классическими факторами риска кардиоэмболического инсульта.

А. В. Астапенко:

—В классификации инфаркта мозга, о которой я говорила, выделяются его патогенетические подтипы. Каждый подтип должен устанавливаться четко по критериям. Если мы не обнаружили характерные изменения, позволяющие диагностировать наиболее частые подтипы инфаркта мозга, необходимо продолжить диагностический поиск. В литературе криптогенному инсульту уделено много внимания. Описываются случаи, когда не были найдены критерии для определения патогенетического подтипа, есть варианты, когда выявлено несколько возможных причин и сложно определиться, какая из них является ведущей. Поэтому предложено понятие «фенотипирование инфаркта мозга», классификация, которая учитывает ранее использованные варианты и диссекцию артерий. Каждый фактор имеет 4 градации. Для каждой есть шкала степени вероятности влияния данного фактора на развитие острой мозговой катастрофы. С их учетом определяется ведущий патогенетический подтип, даются рекомендации по антитромботической терапии, коррекции липидного спектра, артериального давления и т. д. Это очень интересная система диагностики, которая позволяет получить дополнительную информацию.

Д. В. Романовский, зав. отделением реанимации и анестезиологии № I РНПЦ «Кардиология», кандидат медицинских наук:

—У наших пациентов отсутствует желание заниматься самообразованием для поддержания своего здоровья. Когда поступают пациенты, мы всегда пытаемся выяснить, какие факторы риска привели его к инфаркту. В реанимации даже сформировался образ нашего типичного пациента. Это курящий водитель с повышенной массой тела, дальнбойщик.

В центре достаточно технологий, чтобы помочь пациенту с острым коронарным синдромом. И мы получаем хорошие результаты.

М. М. Ливенцева:

—Кардиохирургическое вмешательство наиболее эффективно через 1—1,5 мес после инфаркта миокарда.

Д. В. Романовский:

—Согласно мировой статистике, от инфаркта умирают 5—7% пострадавших. Даже при высоких технологиях она остается такой. Помочь может только первичная профилактика и повышение приверженности к лечению.

М. М. Ливенцева:

—За последние 5 лет структура пациентов, которые доходят до кардиологического отделения, изменилась или нет? Может, какие-то острые формы стали преобладать?

О. В. Евтух, зав. амбулаторно-поликлиническим отделом Минского городского кардиологического центра:

—Все пациенты кардиологического центра стоят на учете после случившейся сердечно-сосудистой катастрофы. Каждый год мы ставим на учет в диспансер 700 человек трудоспособного возраста, 90% из них страдают артериальной гипертензией, оставшиеся 10—13% — сахарным диабетом, 20% сахарного диабета впервые диагностируется в период стационарного лечения. То есть пациент, который приходит к нам, подвержен не высокому риску сердечнососудистых заболеваний, а высокому риску смерти от этих заболеваний. Это первая группа наших пациентов, вторая — консультативный прием, он очень маленький. Тут в основном курящие и пьющие «как все» мужчины, приближающиеся к 42 годам. Анализируя смертность, выясняем, что 10—12% лиц, которые к нам попали, вообще в поликлинику не обращаются. 10—15% — лица, которые обращаются в поликлинику к врачу-окулисту, из-за травм, но не для диагностирования болезни системы кровообращения. Высокие технологии

свое дело сделали. С 2012 г. амбулаторное звено успешно лечит и реанимирует пациентов после острого коронарного синдрома. Мы очень снизили в Минске первичный выход на инвалидность. До 2012 г. 80% пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, выходили на инвалидность, и только 20% возвращались к труду. Сегодня 60% выходит на инвалидность. За 9 мес 2016 г. — 20% получили инвалидность. За 9 мес 2015 г. 29% получили II группу. Я глубоко убеждена, что каждый пациент на уровне участкового терапевта или доврачебного кабинета должен быть классифицирован по факторам риска.

Т. Д. Тябут:

—Тщательное, регулярное наблюдение за пациентами, возможность постоянного врачебного контроля и выполнения медицинских рекомендаций, не только лечебных, но и профилактических, приверженность пациентов к здоровому образу жизни приводит к тому, что средний возраст людей с инфарктами и инсультами превышает 80-летний рубеж. Такой опыт дорогого стоит! Его нужно рассматривать и распространять в качестве модели профилактического здравоохранения.

М. М. Ливенцева:

—Наверное, скоро мы выйдем на предельные показатели снижения уровня инвалидности, который могут обеспечить высокие технологии. Все равно необходимо переключиться на первичную профилактику, которая направлена на то, чтобы здоровые люди как можно дольше оставались здоровыми. Больных же людей мы должны ориентировать на то, что эффективность лечения зависит не только от медиков, но и от самого пациента. Домашнее измерение артериального давления позволяет снизить количество возможных ошибок при оценке его уровня для стратификации риска и определения прогноза. Вовлечение пациента в лечебно-диагностический процесс может улучшить его приверженность к проводимой терапии. Появление новых технологий, в том числе и для домашнего измерения артериального давления, расширяющих возможности

диагностирования не только артериальной гипертензии, но и фибрилляции предсердий, позволяет надеяться на уменьшение развития осложнений у пациентов высокого риска, что улучшит ситуацию со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в стране.

Подготовила М. Елистратова.

ЛИТЕРАТУРА

Аверков О. В. Ацетилсалициловая кислота как средство предотвращения смертельных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях: выбор и дозы препарата / О. В. Аверков // Рос. кардиол. журн.— 2012.— № 4.— С. 82—86.

Гормональная терапия рака предстательной железы как дополнительный фактор кардиоваскулярного риска / Е. С. Бокун [и др.] // Мед. журн.— 2015.— № 4.— С. 4—8.— Библиогр.: 32 назв.

Далантаева Н. С. Анализ влияния сибутрамина на сердечно-сосудистые события при назначении в рутинной клинической практике / Н. С. Далантаева // Ожирение и метаболизм.— 2015.— № 4.— С. 57.

Динамика показателей кардиоваскулярного риска у пациентов с абдоминальным ожирением после бариатрических операций / Н. П. Митьковская [и др.] // Актуальные вопросы организации скорой медицинской помощи и медицины катастроф на современном этапе: сб. науч. тр. респ. науч.-практ. конф. — Минск, 2014.— С. 309— 314.— Библиогр.: 5 назв.

Дроботя Н. В. Доказанная эффективность рамиприла у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска / Н. В. Дроботя// Рус. мед. журн.— 2014.— № 2.— С. 144—146.— Библиогр.: 20 назв.

Карпов Ю. А. Тройная комбинация антигипертензивных и липидснижающих препаратов — эффективное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией / Ю. А. Карпов // Рус. мед. журн.— 2015.— № 27.— С. 1580—1583.— Библиогр.: 9 назв.

Комажда М. Эффективность Кораксана в уменьшении риска сердечно-сосудистых катастроф у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и систолической дисфункцией левого желудочка: исследование shift / М. Комажда // Лечеб. дело.— 2010.— № 6.— С. 65.

Конорский С. Г. Конгресс Европейского общества кардиологов (Лондон, 2015): результаты важнейших клинических исследований / С. Г. Конорский // Кардиология в Беларуси.— 2015.— №2 6.— С. 98—112.— Библиогр.: 24 назв.

Корнеева Е. В. Профилактика кардиоваскулярных рисков у молодых пациентов с ожирением / Е. В. Корнеева // Рус. мед. журн.— 2015.— № 27.— С. 1644—1648.— Библиогр.: 8 назв.

Минушкина Л. О. Лечение больного артериальной гипертензией высокого риска: нужна ли антиагрегантная терапия: обзор / Л. О. Минушкина, Н. М. Савина // Артериальная гипертензия.— 2015.— Т. 21, № 2.— С. 190—196.— Библиогр.: 3 назв.

Недогода С. В. Розувастатин: доказательная база и значение для реальной клинической практики / С. В. Недогода // Рус. мед. журн.— 2015.— № 15.— С. 886—889.— Библиогр.: 43 назв.

Нейрогуморальные маркеры кардиоваскулярного риска у лиц с синдромом обструктивного апноэ во сне / Е. К. Юшкевич [и др.] // Мед. журн.— 2016.— № 2.— С. 53—57. Библиогр.: 40 назв.

Остеоартроз как фактор риска кардиоваскулярных катастроф / О. И. Мендель [и др.] // Рус.мед. журн.— 2010.— Т. 18, № 6.— С. 400—404.

Напалков Д. А. Тактика ведения пациентов с артериальной гипертензией и высоким сердечно-сосудистым риском / Д. А. Напалков, А. В. Жиленко // Рос. мед. вести.— 2014.— Т. 19, № 2.— С. 4—11.

От риск-стратификации пациентов с дилатационной кардиомиопатией к оптимальной тактике лечения / А. В. Фролов [и др.] // Анналы аритмологии.— 2016.— № 2.— С. 80—86.— Библиогр.: 28 назв.

Прогнозирование рецидивирующих коронарных событий у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST после эффективной эндоваскулярной реперфузии / Н. П. Митьковская [и др.] // Кардиология в Беларуси.— 2016.— № 1.— С. 32—44.— Библиогр.: 25 назв.

Распространенность и факторы риска сердечно-сосудистых осложнений при плановых абдоминальных операциях по данным предоперационного обследования / Н. В. Мозжухина [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.— 2016.— Т. 9, № 4.— С. 55—62.— Библиогр.: 40 назв.

Руксин В. В. Неотложная профилактика сердечно-сосудистых катастроф / В. В. Руксин.— СПб.: Нев. диалект, 2000.— 207 с. (Шифр 537786).

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

Сердечно-сосудистые катастрофы при беременности / О. Н. Ткачева, Н. В. Шарашкина // Терапевт, архив.— 2009.— Т. 81, № 10— С. 15—20.— Библиогр.: 46 назв.

Скворцов В. В. Актуальные вопросы современной фармакотерапии стенокардии (лекция) / В. В. Скворцов, Н. Г. Фомина, У. А. Халилова // Терапевт.— 2015.— № 7.— С. 82—90.

Соловей С. П. Актуальные вопросы терапии статинами. Розувастатин и перспективы его применения в клинической практике / С. П. Соловей // Медицина.— 2015.— № 4.— С. 37—44.— Библиогр.: 33 назв.

Соловей С. П. Стратификация риска сердечно-сосудистых событий при диагностике ишемической болезни сердца / С. П. Соловей, Н. А. Манак, И. С. Карпова // Кардиология в Беларуси.— 2015.— № 2.— С. 97—108.— Библиогр.: 22 назв.

Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и кардиоваскулярный риск у пациентов с безболевым ишемическим миокардом / Н.

П. Митьковская [и др.] // Кардиология в Беларуси.— 2016.— № 3.— С. 405—415.— Библиогр.: 14 назв.

Стрюк Р. И. Место препаратов магния у беременных с кардиоваскулярными заболеваниями / Р. И. Стрюк // Мед. совет.— 2015.— № 9.— С. 100—105.— Библиогр.: 37 назв.

Факторы кардиоваскулярного риска у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне и ишемической болезнью сердца / О. В. Лойко [и др.] // Медицина.— 2016.— № 2.— С. 37—40.— Библиогр.: 12 назв.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в постклимактерическом периоде и профилактические методы: обзор литературы / Л. А. Николенко [и др.] // Рус. мед. журнал.— 2016.— № 5.— С. 328—330.— Библиогр.: 27 назв.

Фиксированная комбинация амлодипина и аторвастатина в лечении пациентов с артериальной гипертензией высокого риска / А. К. Стародубцев [и др.] // Рус. мед. журн.— 2014.— № 18.— С. 1350—1355.— Библиогр.: 46 назв.

Хафизова Л. Ш. Влияние на суточный профиль артериального давления комбинированной терапии у пациентов с артериальной гипертензией с высоким кардиоваскулярным риском / Л. Ш. Хафизова, Н. З. Срождинова, Г. А. Хамидуллаева // Кардиология в Беларуси.— 2015.— № 4.— С. 139—148.— Библиогр.: 5 назв.

Церебральная оксиметрия в кардиохирургии высокого риска: актуальность и протокол клинического исследования / П. П. Перовский [и др.] // Вестн. анестезиологии и реаниматологии.— 2016.— Т. 13, № 2.— С. 78—85.— Библиогр.: 39 назв.

Шибeko Н. А. Факторы риска развития острой сердечной недостаточности при кардиохирургических вмешательствах у лиц с ИБС с пограничной фракцией выброса / Н. А. Шибeko, Л. Г. Гелис, Т. В. Русак // Кардиология в Беларуси.— 2016.— № 1.— С. 6—14.— Библиогр.: 14 назв.

Широков В. А. Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении болевого синдрома с позиции кардиоваскулярной безопасности / В. А. Широков // Рус. мед. журн.— 2015.— № 12.— С. 716—719.— Библиогр.: 5 назв.

Широков Е. А. Технология предупреждения инсульта. Пять лекций для врачей общей практики / Е. А. Широков.— М.: Кворум, 2011.— 96 с. (Шифр 584507).

Эффективность применения лираглутида для снижения риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом 2-го типа: результаты международного многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования LEADER (Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results) // Доказательная кардиология.— 2016.— № 2.— С. 10—14.— Библиогр.: 25 назв.

Подготовила Наталья Дмитриевна Гололоб, главный библиограф отдела справочной и нормативно-правовой информации РНМБ, т. 226-21-56;