

Ф.И.Белялов

## Ответы на вопросы кардиологов города Братска

При обсуждении проблем кардиологической практики врачи г. Братска задавали многочисленные вопросы. Поскольку информация может быть полезна многим коллегам, было решено систематизировать и опубликовать вопросы и ответы. В ходе подготовки была проведена небольшая правка текста и, в ряде случаев, приведены ссылки и дополнительная информация.

### Инфаркт миокарда

**У пациента с ИМ на ЭКГ обнаружен бессимптомный подъем ST, как на это реагировать в плане тромболизиса?**

Прогноз ИМ не зависит существенно от клиники ангинозных болей (Park JS, et al, 2014). Тромболизис проводят если это действительно острый ИМ.

**Сколько тромболизисов можно делать за время одной госпитализации при отсутствии кардиохирургической помощи?**

Повторный тромболизис хуже ЧКВ и показан при отсутствии критериев реперфузии ( $\downarrow$ ST >50% через 90 мин). Ограничений нет, но в связи с невысокой вероятностью эффекта и риском кровотечений проводить тромболизис более двух раз вряд ли целесообразно. Ввиду риска анафилаксии и снижения эффекта повторно (после 3–5 сут.) лучше стрептокиназу не вводить.

**Через какой промежуток времени можно делать повторный тромболизис?**

Не ранее 90 мин.

**В Рекомендациях назначение стрептокиназы абсолютно противопоказано при наличии геморрагического инсульта в анамнезе, а в официальной инструкции к стрептокиназе противопоказание к тромболизису – геморрагический инсульт до 3 мес. Чего придерживаться на практике?**

Внутричерепные геморрагии любой давности являются «абсолютными» противопоказаниями (ESC; ACC/AHA), соответственно необходимо очень тщательно взвесить риск ИМ и риск осложнений. В случае проведения тромболизиса при наличии противопоказаний следует обосновать решение в мед. карте и привлечь к решению других специалистов. Слово «абсолютный» мне не нравится.

**Возможно ли проведение тромболизиса на фоне приема Варфарина?**

Тромболизис на фоне антикоагулянтов опасен (относительное противопоказание). Перед процедурой необходимо оценить риск ИМ и кровотечений (МНО, коагулограмма, другие факторы риска кровотечений), включая использование специальных шкал. Быть готовым к лечению кровотечения.

### **Если на фоне приема Варфарина у пациента развился ОКС, нужно ли менять лечение?**

Если МНО > 2, то менять антикоагулянт не нужно, если < 2 — гепарин или фондапаринукс. Обязательно добавить дезагреганты — тромбы при ИБС преимущественно тромбоцитарные. Вообще, замена антикоагулянта — процедура рискованная, т.к. не удается часто обеспечить сохранение приемлемого уровня антикоагуляции. В исследованиях отмечено повышение риска осложнений в периоды замены антикоагулянта.

### **Как Вы относитесь к возможности использования фортелизина на догоспитальном этапе?**

Препарат для болюсного введения, относительно недорогой, недавно вошел в список ЖНВЛС. В то же время фортелизин изучен на очень малом числе пациентов (41 и 13 в группе сравнения) и пока не включен даже в отечественные рекомендации по ИМпСТ. Желательно отложить использование препарата до получения более надежной информации о препарате и включения в рекомендации.

## **Фибрилляция предсердий**

### **Возможно ли назначение Кордарона пациенту с узловым зобом?**

Кордарон может использоваться при узловом зобе. При опасных аритмиях препарат назначают даже при нарушениях функции щитовидной железы.

### **Применяется ли классификация риска инсультов и кровотечений к трепетанию предсердий?**

Хотя модели риска инсульта разрабатывались для ФП, шкалы рекомендованы и для трепетания предсердий. Обе эти тахиаритмии нередко встречаются вместе.

### **Имеются ли особенности назначения Варфарина при трепетании предсердий?**

Антитромботическую терапию рекомендуют проводить согласно правилам лечения ФП.

### **Возможно ли назначение Варфарина (в амбулаторных условиях) без прикрытия Гепарином?**

Если риск тромбозов в первые 5-7 дней лечения низкий.

### **Если постоянная форма фибрилляции предсердий возникла на фоне тиреотоксикоза медикаментозно компенсированного и АГ (с наличием ГМЛЖ), то с каким из этих состояний предпочтительнее её связать?**

Реальную причину определить сложно, во многих случаях невозможно. Нередко аритмию провоцирует сочетание нескольких факторов. Для лечения ФП не столь важно, как Вы формулируете диагноз.

**Как зарегулировать ЧСС 150 в мин и более, несмотря на прием 20 мг локрена, 1 т. дигоксина и внутривенного введения кордарона у бессимптомной пациентки с нормальным ЛЖ?**

Достаточного опыта работы с бетаксололом нет. В подобных ситуациях чаще использую атенолол с титрованием дозы, были случаи применения 200 мг и более. Используется верапамил/дилтиазем или комбинация. В крайнем случае — деструкция АВ соединения. Следует учесть, что либеральный контроль ЧСС (в покое до 110 в мин) у бессимптомных пациентов может быть приемлемым (RACE II).

**Пациенту с тяжелой ХОБЛ с декомпенсированным лёгочным сердцем 4ФК и наличием ФП тахiformы с целью зарегулирования ЧСС что предпочесть — СГ, верогалид, кордарон или бета-блокаторы?**

Если есть систолическая дисфункция правого желудочка, то дигоксин + титровать селективный бета-блокатор, если не получится — перейти на кордарон.

**Почему кардиохирурги областной больницы не делают хирургическую коррекцию ФП, клипирование ушка ЛП, РЧА?**

Один кардиохирург, оперирующий аритмии, без специализированного отделения сосредоточен на лечении в основном реципрокных тахиаритмий, при которых эффект абляции очень высок. Почему очень слабо развивается кардиохирургия в нашем регионе — нужно спросить министерство здравоохранения и ответственных лиц.

**Много ли пациентов в Вашей практике, получающих варфарин с полиморфизмом генома CYP2C9 (кровотечения на малых дозах варфарина) и есть ли в Иркутске такая лаборатория?**

Среди моих пациентов, которым проводилось фармакогенетическое исследование, не более 10 за все время. Иногда такой анализ позволял избежать неоправданно высокой стартовой дозы и, возможно, кровотечений. Можно отправить образец крови в фармакогенетическую лабораторию Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека (Иркутск, ул. Тимирязева 16, тел. 204592). В настоящее время можно провести тестирование бесплатно, если пациент будет включен в исследование по гранту. Для этого нужно оформить направление, которое можно скачать с сайта нашего кардиологического общества. Кровь объемом 1–5 мл направляют в специальном вакутейнере с ЭДТА, замороженную (если доставят позднее 3 сут, нужно) или сухую (на промокательную бумагу/стерильную марлю, диаметр 2 см, 3-4 пятна, запечатать в конверт). Вопросы можно задать Баировой Татьяне Ананьеве.

## Аритмии

**Что назначить пациенту молодого возраста при наличии желудочковой экстрасистолии, которую он плохо переносит и настаивает на лечении при наличии по ХМ 1 эпизода АВ блокады 2 ст, II типа Мобитц в ранний утренний час продолжительностью 2451 мсек без**

**структурных изменений сердца, при наличии узлового зоба (по УЗИ) и нормального гормонального профиля тиреоидных гормонов?**

Если есть тревожное расстройство – лечить тревогу (разъяснительная психотерапия, транквилизаторы, антидепрессанты). Обычно симптомы днем – можно день прикрыть бета-блокаторами, верапамилом под контролем ХМ. Пауза ночью безобидна.

**Лечение гемодинамически значимой желудочковой экстрасистолии (парасистолии), учитывая проаритмический эффект В-блокаторов. По ХМ ЖЭ больше 25000, аллоритмия по типу бигемении. Пробежки ЖТ. РЧА аритмогенного субстрата?**

Если ЖЭС мономорфная, особенно правожелудочковая, то возможна абляция. Вначале попробовать подавить очаг верапамилом или другими антиаритмиками.

**На медицинской конференции сообщали о повышении риска внезапной смерти при употреблении атенолола.**

Вопросы к атенололу возникали в случае СН со сниженной ФВЛЖ, т.к. результаты применения метопролола сукцината, бисопролола и карведилола более благоприятны. Также в ряде стран ограничен прием атенолола у беременных на основании очень ненадежных исследований. В остальных случаях достойный препарат, дешевый, хорошо изученный. Данных о повышенном риске внезапной смерти не встречал.

## Сердечная недостаточность

**При ХСН часто появляется анемия, особенно при длительном лечении ХСН. Как заподозрить, что анемия связана со сниженным эритропоезом при условии, что железодефицитное состояние исключено, В12, фолиеводефицитная тоже и СКФ, например, 68 мл/мин? Насколько возможно снижение эритропоеза на фоне длительного приёма ИАПФ и АРА?**

Анемия нередко встречается при ХСН, в том числе и при гиперволемии. Вторичная анемия обычно диагностируется при исключении частых причин. ИАПФ/БРА очень редко могут вызвать гемолитическую анемию. Возможность и целесообразность лечения вторичной анемии при ХСН не установлены.

**Изменилось ли отношение к ивабрадину?**

После исследования SIGNIFY, где было выявлено повышение риска СС смерти/инфаркта миокарда у пациентов со стабильной СК II–III ФК, применение препарата нужно ограничить до уточнения причины неблагоприятного результата. По мере изучения ивабрадина выявлены и другие проблемы (повышение риска ФП, желудочковых аритмий при удлинении интервала QT). Следует учесть, что американская организация FDA не одобрила применение препарата в США даже для лечения систолической ХСН.

## ТЭЛА

**Пациентам с ОЧН из-за повышенного риска венозной тромбоэмболии рекомендуется назначать низкомолекулярный гепарин в профилактических дозах, а если ОЧН на фоне гипертонического криза, то нельзя?**

Гипертонический криз с ОЧН стараются быстрее купировать (инфузией нитратов, фуросемидом). После этого можно назначить малые дозы гепарина, если есть риск венозных тромбоэмболий. Например, можно оценить риск по шкале Падуа, которая включена в калькулятор Кардиоэксперт собственной разработки.

## Гипертензия

**В журнале "Терапевтический архив" лет 15 назад было много статей под рубрикой "Шейная гипертензия", т.е нестабильность шейный позвонков, воздействие через нерв Франка на вертебро-базиллярный бассейн. Такие кризы протекают и купируются тяжелее. Что Вы думаете по этому поводу?**

При наблюдении за пациентами с помощью СМАД не сложилось впечатления о тесной связи болей в шее, положения головы с лабильностью АД. Вертебробазиллярная недостаточность обычно проявляется головокружениями, слабостью, нарушением зрения, тошнотой, а не гипертоническим кризом. Надежных исследований не встречал. Существует практически не изученная проблема лабильного АД.

**Не кажется ли Вам, что мы что-то пропускаем, не учитываем в диагностике и лечении АГ? Воздействуем на нейрогуморальную, сосудистую системы, ремоделирование, а смертность не снижается?**

Смертность по данным ряда исследований при контроле АД снижается. Вместе с тем, АГ вряд ли может быть основным фактором, повышающим риск смерти.

## Пороки

**У молодых лиц с пролапсом митрального клапана с незначимой регургитацией, по ХМ несколько эпизодов субэндокардиальной ишемии при нагрузке, согласно критериям 1x1x1. Клинически одышка или кардиалгии. Иногда дискомфорт. Как отразить эту ишемию в клиническом диагнозе? При пролапсе митрального клапана для военкомата, в частности?**

Обычно у таких пациентов нет ишемии миокарда. Депрессия ST при ХМ не является надежным признаком ишемии миокарда в популяции низкого риска ИБС. Для уточнения можно провести стресс-тест, при сильном подозрении — коронарную ангиографию. Редко встречается аномалия коронарных артерий, ранняя коронарная болезнь, болезнь Кавасаки... До уточнения природы изменений ЭКГ можно отметить в диагнозе «Преходящая депрессия ST», чтобы врачи обратили внимание на неуточненную проблему.

## Общее

**Как Вы относитесь к полипрагмазии в назначении препаратов, согласно стандартам? Учитывая СД, ИБС, ДУЗ, АГ - по 5-7 и больше препаратов, явно теоретически обоснованных?**

Стандарты не должны использоваться в клинической практике – это экономические документы. В своей практике часто приходится оптимизировать лечение до минимально необходимого — такую задачу ставят пациенты. Исключаются препараты без существенного эффекта, очень часто. Решение медицинских проблем может быть разбито на этапы: вначале лечим жизнеопасное заболевание, остальными проблемами занимаемся позднее. Подавляющая часть пациентов не принимает всех назначенных лекарств. Объясняю и согласовываю с пациентом/родственниками приоритетные препараты, чем полезен каждый препарат.

**Как относитесь к денервации сосудов почки при АГ?**

Иркутская областная больница приобрела устройство. В то же время, в крупном исследовании SYMPPLICITY HTN-3 эффект вмешательства не был доказан. До появления новых данных использование метода нецелесообразно.

13.03.2015