

Ф.И.Белялов

Ответы на вопросы кардиологов города Братска (II)

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.

Артериальная гипертензия

В новых рекомендациях по АГ написано не назначать антигипертензивную терапию молодым при изолированном повышении АД в плечевой артерии. Как всем молодым пациентам отдифференцировать гиперэластичность или ранняя жесткость сосудов?

Молодых пациентов с критериями хронической артериальной гипертензии следует лечить по общим правилам, поскольку надежных исследований, демонстрирующих возможность иного подхода, в настоящее время нет.

При изолированной систолической гипертензии (речь идет об небольшом повышении 140–150 мм рт. ст.) в ряде случаев регистрируется нормальное центральное АД. Поскольку надежного метода измерения центрального АД в широкой практике нет, а негативная роль систолической гипертензии показана в других возрастных подгруппах, целесообразно лечить этих пациентов по общим правилам.

Как контролировать ночное повышение АД, если назначенная терапия контролирует АД в течение дня, а ночью вновь повышается АД, несмотря на вечерний приём комбинированной терапии.

Важно подобрать адекватный препарат и дозу. Обычно титруют вечернюю дозу до достижения целевых уровней. Следует также изучить возможные факторы риска ночной гипертензии, например, синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна (CPAP терапия), инсомнии, избыточное потребление соли (ограничение соли, увеличение калия в диете, диуретики), ночную симпатикотонию (показан эффект альфа-блокаторов) и т.д.

Инфаркт миокарда

Переводить ли пациентов с инфарктом миокарда с сахарным диабетом в острый период на инсулин?

При выраженной гипергликемии (≥ 10 ммоль/л) даже при отсутствии диабета в анамнезе отмечена целесообразность инфузии инсулина в течение 24–48 ч, особенно при осложненном ИМ. Целевым диапазоном гликемии считают 5,5–7,8 ммоль/л при отсутствии гипогликемических состояний (АСС). Избегать гипогликемии, даже малосимптомной.

Если гликемия стабильная в приемлемом диапазоне — продолжить прием оральных препаратов. У пациентов с ИБС нежелательны препараты сульфонилмочевины, включая гликлазид, при сердечной недостаточности — пиоглитазон. При острой сердечной недостаточности и выраженной дисфункции почек может в редких случаях быть опасен метоформин.

Гепарино-терапия при ОКС пациентов, находящихся на поддерживающих дозах варфарина.

Если МНО >2, нет выраженных колебаний МНО то продолжают прием варфарина без гепарина, иначе перевод на гепарин (в переходный период может быть безопаснее фондапаринукс).

Относительные и абсолютные показания к тромболизису в разных источниках разные. (Например, оперативное лечение на органах брюшной полости – относительное, абсолютное, давность 2 недели, 4 недели). Чем руководствоваться на практике?

В европейских и отечественных рекомендациях — 3 нед после операции. В случаях противоречивой информации можно пользоваться иркутскими рекомендациями, в которых представлена местная согласованная позиция.

Через какой интервал времени после тромболизиса следует назначить инфузию гепарина?

Для профилактики тромбообразования после тромболизиса парентеральные антикоагулянты вводят сразу же. Предпочтительнее выбрать фондапаринукс, особенно после стрептокиназы, или эноксапарин.

Является ли подъем в aVR отведении абсолютным показанием к тромболизису?

При окклюзии ствола левой коронарной артерии (неполной, обычно на фоне выраженного атеросклероза) с диффузной депрессией ST и подъемом (реципрокным) ST в aVR тромболизис не целесообразен. Следует экстренно провести коронарное вмешательство.

Сроки проведения инфузионной гепарино-терапии после тромболизиса.

Антикоагулянты (фондапаринукс, эноксапарин или нефракционированный гепарин) после любого тромболитика минимум 2 сут, рекомендуют до 8 сут или дольше при отсутствии активизации пациента (профилактика ТЭЛА), или до ЧКВ.

Относятся ли подключичные сосуды к не компрессируемым? (пункция не компрессируемых сосудов).

Да. Пункция некомпрессируемых сосудов — относительное противопоказание.

Целесообразность направления в ранние сроки в Иркутск стабильных пациентов молодого возраста с ИМ, (ИМ до 1 мес., нет ранней постинфарктной стенокардии)?

У пациентов с низким риском, благоприятным течением ИМ эффективность реваскуляризации невысокая и прогноз вряд ли не улучшится. Существуют осложнения стентирования, включая ИМ.

Противотромботическое лечение

Перед плановым оперативным лечением у больных с фибрилляцией предсердий, которые не принимали варфарин, а риск тромбозов высокий. Как их дальше вести — рекомендовать пока тот же аспирин или начать подбор варфарина, а при достижении целевого МНО перейти на гепарин, как рекомендуется перед плановой операцией. Или не назначать варфарин, а сразу перейти на гепарин.

Если плановая операция в ближайшие дни — проще гепарин, а после операции перевести на оральные антикоагулянты.

Нужно ли назначать варфарин пациентам без фибрилляции предсердий, но имеющим признаки тромба в левом желудочке по УЗИ.

Назначить варфарин, если через 6 мес тромб не будет, варфарин отменить, если останется — продолжить. Оценка организации тромба и снижения риска тромбозов не изучена.

Общие вопросы

Перед оперативным лечением по каким критериям оценивать риск СС осложнений.

В программе КардиоЭксперт мы включили для сердечных операций шкалу EuroScore II, для внесердечных — шкалу RCRI.

Железодефицитная анемия тяжелой степени (нет патологии почек, нет нефропатии). При поступлении была проведена гемотранфузия с последующим введением в/м железа. Получили штраф от эксперта, который считает, что нужно было начать с в/в введения эритропоэтина, затем в/м + орально препараты железа. Так ли это?

Важно уточнить и устранить причину железодефицитной анемии. При железодефицитной анемии стимуляторы эритропоэза не используются, парентеральное железо — только при непереносимости оральных препаратов, а трансфузии — при риске сердечно-сосудистых событий вследствие анемии (например, тяжелая нестабильная ИБС).

19.11.2015