



Артериальная гипертензия и дислипидемия: основные направления стратегии лечения больных высокого сердечно-сосудистого риска

Артериальная гипертензия и дислипидемия – ведущие факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений. При сочетании этих двух факторов значительно возрастает сердечно-сосудистый риск, что требует активного лечения обоих состояний.

На симпозиуме, состоявшемся в рамках 14-го Европейского конгресса по внутренней медицине (Москва, 14 октября 2015 г.), ведущие российские специалисты рассмотрели широкий круг вопросов, посвященных современным методам терапии пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией.



Профессор
И.Е. Чазова

Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России, директор Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова Ирина Евгеньевна ЧАЗОВА в начале своего выступления привела данные динамики смертности населения России

Артериальная гипертензия: теория и практика

от болезней системы кровообращения. Она напомнила, что после выраженного повышения уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в начале века показатель смертности постепенно снижается и в настоящее время составляет 653,7 случая на 100 000 населения. Тем не менее, несмотря на положительную динамику, показатели смертности от болезней системы кровообращения в России одни из самых высоких в мире. Именно поэтому предложение Президента Российской Федерации В.В. Путина объявить 2015 г. национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являющимися основной причиной смерти в нашей стране, было крайне актуальным.

Высокий уровень сердечно-сосудистой смертности обусловлен распространенностью факторов риска среди населения. Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в мире и наиболее значимая причина инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста.

Повышенное артериальное давление (АД) четко ассоциировано с увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений. По данным эпидемиологических исследований, даже при незначительном повышении АД потери продолжительности жизни при АГ 1-й степени у мужчин составляют 3,4 года, у женщин – 1,7. При АГ 2-й степени эти показатели



14-й Европейский конгресс по внутренней медицине

составляют 7,7 и 5,1 года, при АГ 3-й степени – 11,4 и 8 лет соответственно¹.

Согласно результатам многоцентрового эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ с участием 15 571 пациента из десяти субъектов РФ, за последние годы распространенность АГ в популяции возросла с 39,7 до 43,4%².

С учетом высокой распространенности АГ и ее существенного вклада в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний лечение АГ и его эффективность остаются актуальными задачами для медицинского сообщества. Однако данные исследования ЭССЕ-РФ выявили низкий уровень осведомленности, частоты приема антигипертензивных препаратов и контроля АГ среди больных с повышенным уровнем АД. Так, о наличии у них болезни знают 67,5% мужчин и 78,9% женщин с повышенным уровнем АД. Принимают антигипертензивные препараты только 39,5 и 60,9% пациентов, эффективно лечатся 41,4 и 53,5% соответственно. При этом контроль АГ достигают только 14,4% мужчин и 30,9% женщин³.

Основываясь на детальном анализе результатов многочисленных исследований по лечению АГ, эксперты Европейского общества гипертензии (European Society of Hypertension – ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology – ESC) отмечают в рекомендациях, что значительное количество больных АГ не знают о своем заболевании, а если и знают, то не получают лечения. Целевые значения АД достигаются редко вне зависимости от того, кто

наблюдает больных – специалист или врач общей практики. Недостижение контроля АД сопровождается персистенцией сердечно-сосудистого риска. Показатели уровня осведомленности и контроля АД среди пациентов с АГ возрастают очень медленно или не увеличиваются совсем, как и в случае вторичной профилактики⁴.

На сегодняшний день разработаны национальные рекомендации по диагностике и лечению АГ (2013 г.), в которых представлена тактика ведения больных в зависимости от уровня АД и наличия других факторов, в частности субклинических поражений органов, хронической болезни почек, сахарного диабета (СД), сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний.

Пациентам с низким сердечно-сосудистым риском рекомендовано изменение образа жизни в течение нескольких месяцев и только при сохранении АГ назначение медикаментозной терапии. Рекомендации для больных со средним уровнем риска предусматривают изменение образа жизни в течение нескольких недель, после чего решается вопрос о целесообразности назначения антигипертензивной терапии.

Если речь идет о больных АГ высокого и очень высокого риска, необходимо сразу назначать лекарственную терапию вместе с мероприятиями по изменению образа жизни.

Если у пациентов с АГ 3-й степени выявление факторов риска, поражение органов-мишеней носит исклю-

чительно теоретический характер, поскольку они являются лицами с высоким или очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и должны сразу принимать лекарственную терапию, то у больных с меньшим повышением АД, например при АГ 1-й степени, тщательная стратификация риска и точное определение его уровня имеют критическое значение. Дело в том, что у таких больных изменение степени риска от незначительного до очень высокого зависит не только от уровня АД, но и от наличия сопутствующих факторов. Следовательно, тактика лечения АГ может меняться от пассивной до агрессивной в соответствии со статусом пациента.

Важнейшей задачей лечения АГ является достижение целевых уровней АД и поддержание их в дальнейшем. Согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ, уровень АД менее 140/90 мм рт. ст. признан целевым для всех категорий больных АГ, за исключением пациентов с СД. Для них показатели АД не должны превышать 140/85 мм рт. ст.

Рекомендуется не снижать уровень АД у больных АГ менее 110–115/70–75 мм рт. ст., поскольку эти показатели считаются нижней границей снижения АД.

Особое внимание в схеме терапии больных с повышенным уровнем АД следует уделять мероприятиям, связанным с изменением образа жизни. Больные АГ должны ограничить употребление соли до 5–6 г в сутки и алкоголя (до 20–30 г (этанол) в сутки – для мужчин и 10–20 г в сутки – для женщин). Рекомендуется увеличить употребление овощей, фруктов, молочных продук-

¹ Шальнова С.А., Деев А.Д. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. Т. 4. № 1. С. 4–9.

² Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией // Кардиология. 2014. № 10. С. 4–12.

³ Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13. № 4. С. 4–14.

⁴ Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2013. Vol. 34. № 28. P. 2159–2219.

⁵ Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. М., 2013.

кардиология и ангиология



тов с низким содержанием жира. В отсутствие противопоказаний целесообразно снижение массы тела до показателей индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м² и окружности талии (до < 102 см – у мужчин и < 88 см – у женщин).

Больным АГ показаны регулярные физические нагрузки, например не менее 30 минут умеренной динамической физической активности 5–7 дней в неделю. Не менее важное мероприятие – отказ от курения.

Результаты рандомизированных исследований демонстрируют положительную динамику уровней систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у больных АГ на фоне мероприятий по изменению образа жизни.

Сегодня в арсенале врача имеется большое количество высокоэффективных лекарственных препаратов для лечения АГ. К основным классам лекарственных средств для лечения АГ относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики. Дополнительные препараты применяют в составе комбинированной терапии с представителем основных классов антигипертензивных препаратов. Речь идет о прямых ингибиторах ренина, альфа-адреноблокаторах и агонистах имидазолиновых рецепторов. Эти препараты значительно снижают риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смерти.

По данным отечественных исследований (ЭССЕ-РФ), в России наиболее часто назначаемым классом антигипертензивных препаратов являются ингибиторы АПФ, на втором месте – бета-адреноблокаторы, затем диуретики, антагонисты кальция и БРА. Хотя БРА, или сартаны, занимают скромное последнее место, частота их назначения больным АГ в последние годы значительно возросла. Ингибиторы АПФ остаются основными в лечении больных АГ.

По данным регистра АГ кардиологических центров за 2011–2013 гг., частота назначения ингибиторов АПФ у мужчин составила 65,2%, у женщин – 66,4%, сартанов – 10 и 11,7%, бета-адреноблокаторов – 49,5 и 42,3%, антагонистов кальция дигидропиридиновых – 10,5 и 11,3%, тиазидных диуретиков – 21,8 и 32,9% соответственно. Только 29,3% мужчин и 11,7% женщин с АГ получали терапию статинами. В связи с этим возникает вопрос о недостаточном включении статинов в схему терапии АГ у больных высокого и очень высокого риска в нашей стране.

В последних отечественных и зарубежных рекомендациях по диагностике и лечению АГ (2013 г.) сказано, что при неудачном результате монотерапии АГ у пациентов низкого и среднего риска целесообразно сразу переходить на комбинацию из двух антигипертензивных препаратов.

По мнению европейских специалистов, преимущество монотерапии на старте лечения обусловлено тем, что можно оценить эффективность и побочные эффекты используемого препарата. Однако у этого метода есть и существенный недостаток. В случае неэффективности монотерапии поиск альтернативного препарата может оказаться сложным и долгим, что негативно отразится на приверженности пациента лечению. К преимуществам комбинированной терапии в начале лечения относятся более быстрый эффект у большинства пациентов, более высокая вероятность достижения целевого АД у пациентов с высоким уровнем АД, меньшая вероятность снижения приверженности терапии при ее изменении.

Несмотря на известные преимущества комбинированной терапии АГ, по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в нашей стране 53,7% больных АГ получают один антигипертензивный препарат, 35,1% – два препарата. Только

11,3% больных АГ принимают три препарата и более.

Несомненно, более широкое использование новых комбинаций антигипертензивных препаратов будет способствовать увеличению эффективности терапии больных АГ, а значит, уменьшению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В заключение профессор И.Е. Чазова рассказала о современном немедикаментозном методе лечения рефрактерной АГ.

Относительно недавно начали применять немедикаментозный подход к лечению рефрактерной АГ в виде двусторонней деструкции почечных нервов, идущих вдоль почечной артерии, методом радиочастотной абляции.

Денервация почек как метод устранения рефрактерности к лечению обоснована важной ролью симпатической регуляции почечного сосудистого сопротивления, высвобождения ренина и реабсорбцией натрия, характерных для больных АГ. Показанием к применению этого метода является уровень САД ≥ 160 мм рт. ст. (≥ 150 мм рт. ст. у пациентов с СД 2-го типа), несмотря на прием трех и более антигипертензивных препаратов, включающих диуретик, в максимально переносимых дозах. Больным с псевдорефрактерной и вторичной АГ метод противопоказан. По данным исследований, анализ применения метода радиочастотной денервации почечных артерий в комплексном лечении пациентов с рефрактерной АГ продемонстрировал противоречивые результаты. Так, в исследовании SYMPPLICITY HTN-3 не была достигнута первичная конечная точка эффективности при достижении первичной конечной точки безопасности⁶. Несмотря на то что почечная денервация как новый метод лечения больных с рефрактерной АГ весьма привлекательна, необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

⁶ Bhatt D.L., Kandzari D.E., O'Neill W.W. et al. A controlled trial of renal denervation for resistant hypertension // N. Engl. J. Med. 2014. Vol. 370. № 15. P. 1393–401.

Как уменьшить сердечно-сосудистый риск с помощью минимальной терапии

Академик РАН, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, президент Российского научного медицинского общества терапевтов Анатолий Иванович МАРТЫНОВ рассказал о комбинации наиболее эффективных антигипертензивных препаратов для снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ и дислипидемией.

На сегодняшний день предпочтительным вариантом лечения больных АГ считается применение ингибиторов АПФ и антагонистов кальция. Их используют во многих ситуациях: при субклиническом поражении органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, почечная дисфункция), клинических событиях (перенесенный инсульт, инфаркт миокарда, стенокардия) и других состояниях, таких как метаболический синдром, СД, беременность.

Базисной терапией больных с сердечно-сосудистой патологией, в частности с АГ, признаны ингибиторы АПФ. С ними во многих случаях стали конкурировать сартаны. Однако, по мнению докладчика, в России до сих пор недостаточно используют ингибиторы АПФ у пациентов с АГ. Эти препараты не только способствуют эффективному снижению АД, но и обладают выраженными органопротективными свойствами. Анализ ряда зарубежных и российских исследований с участи-

ем пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений показал, что среди ингибиторов АПФ наибольшей доказательной базой характеризуется препарат рамиприл.

На фоне применения рамиприла у больных АГ на 38% снижается частота остановки сердца, на 28% – прогрессирование стенокардии и реваскуляризация, на 23% – сердечная недостаточность, на 20% – инфаркт, что подтверждает кардиопротективный эффект препарата. Церебропротективный эффект рамиприла выражается в уменьшении частоты развития инсульта на 32%. На 24% сокращается число случаев прогрессирования нефропатии у больных АГ, на 38% – почечной недостаточности. Рамиприл эффективен в отношении замедления прогрессирования заболеваний, связанных с атеросклерозом. Таким образом, доказана протективная роль рамиприла в предупреждении развития осложнений у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском⁷⁻⁹.

Рамиприл положительно влияет на инсулинорезистентность при лечении АГ у пациентов с СД. В рамках исследования HOPE была изучена и доказана эффективность рамиприла в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у больных СД¹⁰.

Одним из предполагаемых механизмов профилактического эффекта рамиприла считается его антиатеросклеротическое действие. В ходе проспективного двойного слепого исследования SECURE доказано прямое анти-



Профессор
А.И. Мартынов

атеросклеротическое действие рамиприла. С помощью ультразвукового метода сравнивали влияние рамиприла и плацебо на толщину комплекса «интима – медиа» (ТКИМ) сонной артерии у пациентов. Длительная терапия рамиприлом в стандартной дозе 10 мг способствовала замедлению скорости прогрессирования атеросклероза примерно на 50%, что свидетельствовало о стабилизации атеросклеротического процесса. Отмечалась зависимость эффекта рамиприла от дозы: максимальный эффект имел место при использовании препарата в дозе 10 мг/сут.

Рамиприл оказывает выраженное нефропротективное влияние, поскольку благоприятно воздействует на внутривисцеральную гемодинамику – уменьшает выраженность микроальбуминурии (МАУ) и протеинурии, предотвращает снижение функции почек. Нефропротективное действие рамиприла изучали в отечественном открытом многоцентровом исследовании ХАРИЗМА, проведенном под руководством профессора И.Е. Чазовой. Авторы исследования отметили статис-

⁷ Yusuf S., Sleight P., Pogue J. et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators // N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 342. № 3. P. 145–153.

⁸ Wright J.T., Bakris G., Greene T. et al. Effect of blood pressure lowering and antihypertensive drug class on progression of hypertensive kidney disease: results from the AASK trial // JAMA. 2002. Vol. 288. № 19. P. 2421–2431.

⁹ Lonn E., Yusuf S., Dzavik V. et al. Effects of ramipril and vitamin E on atherosclerosis: the study to evaluate carotid ultrasound changes in patients treated with ramipril and vitamin E (SECURE) // Circulation. 2001. Vol. 103. № 7. P. 919–925.

¹⁰ The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy // Lancet. 2000. Vol. 355. P. 253–259.



тически значимое снижение САД и ДАД при офисном измерении АД и по данным суточного мониторинга АД у больных АГ на фоне применения рамиприла. Рамиприл 5 мг в составе фиксированной комбинации оказывал выраженный нефропротективный эффект в виде достоверного снижения МАУ¹¹.

Еще одним из основных классов антигипертензивных препаратов являются антагонисты кальция. Среди них наибольшую доказательную базу, свидетельствующую о высокой эффективности и безопасности при различных сердечно-сосудистых заболеваниях, имеет амлодипин – вазоселективный препарат со сверхдлительным действием и особыми фармакологическими свойствами. По данным многочисленных исследований (ALLHAT, VALUE, ACCOMPLISH и др.), амлодипин значительно снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС).

В многоцентровом исследовании VALUE, включавшем свыше 15 000 пациентов с АГ, сравнивали эффективность терапии амлодипином и валсартаном. Показано, что амлодипин быстро и плавно снижает АД у больных АГ. Преимущество амлодипина перед валсартаном в уменьшении АД отмечалось с первых месяцев терапии. Антигипертензивный эффект оказался более выраженным в группе больных, получавших амлодипин. Результаты исследования продемонстрировали, что

на фоне применения амлодипина риск развития инфаркта миокарда снизился на 19% по сравнению с валсартаном через шесть лет терапии¹².

В исследовании ALLHAT был проведен сравнительный анализ влияния терапии препаратами трех различных классов на частоту развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ. По влиянию на сердечно-сосудистый прогноз амлодипин был сопоставим с ингибитором АПФ лизиноприлом. Амлодипин эффективно снижал риск общей смертности, превосходил лизиноприл в предупреждении заболеваний периферических сосудов и инсульта¹³.

В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании PREVENT изучали эффективность терапии амлодипином в предотвращении прогрессирования атеросклероза коронарных и сонных артерий у больных АГ. На фоне применения амлодипина зафиксировано значительное замедление атеросклеротического поражения сонных артерий¹⁴.

Профессор А.И. Мартынюк подчеркнул, что нельзя недооценивать частоту развития диабета у больных АГ. Как известно, СД и АГ часто сочетаются друг с другом. Наличие АГ увеличивает уже исходно повышенный риск развития сердечно-сосудистых осложнений при СД. Поэтому необходимо понимать важность более тщательного контроля за состоянием углеводного и ли-

пидного обмена у больных АГ, биохимических показателей плазмы крови, чтобы вовремя предотвратить развитие необратимых осложнений.

Эффективность и безопасность фиксированной комбинации рамиприла и амлодипина (Эгипрес®, компания-производитель «Эгис») в том числе у пациентов с СД подтверждена в открытом проспективном многоцентровом исследовании RAMONA. Через четыре месяца терапии целевой уровень АД был достигнут у большинства больных СД и АГ. У них наблюдалось некоторое снижение уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и глюкозы. Препарат Эгипрес® положительно влиял на метаболический профиль, углеводный и липидный обмен практически среди всех категорий пациентов, включая пациентов с СД и хронической болезнью почек. Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови служит независимым фактором риска развития и прогрессирования АГ. В ходе исследования на фоне приема препарата Эгипрес® у пациентов отмечалось снижение уровня мочевой кислоты¹⁵.

Таким образом, препарат Эгипрес® оказывает мощное антигипертензивное действие, способствуя уменьшению частоты сердечно-сосудистых осложнений и смерти у больных с высоким сердечно-сосудистым риском. Препарат выпускается в четырех дозах, что удобно для назначения пациентам разных групп.

¹¹ Чазова И.Е., Мартынюк Т.В., Небиеридзе Д.В. и др. Стратегия антигипертензивной терапии у пожилых больных артериальной гипертензией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений: результаты российского исследования ХАРИЗМА-3 // Системные гипертензии. 2012. № 3. С. 39–47.

¹² Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial // Lancet. 2004. Vol. 363. № 9426. P. 2022–2231.

¹³ ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // JAMA. 2002. Vol. 288. № 23. P. 2981–2997.

¹⁴ Pitt B., Byington R.P., Furberg C.D. et al. Effect of amlodipine on the progression of atherosclerosis and the occurrence of clinical events. PREVENT Investigators // Circulation. 2000. Vol. 102. № 13. P. 1503–1510.

¹⁵ Tomcsany J. A Ramipril és Amlodipin kombináció vérnyomáscsökkentő hatékonyságának MOnitorozása és beavatkozással Nem járó Adatgyűjtése (RAMONA tanulmány) // Hypertonia és Nephrologia. 2013. Vol. 17. № 2. P. 49–96.

Современная стратегия ведения пациента высокого и очень высокого риска: фокус на липидснижающую терапию

Лечение больных АГ с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений стало темой доклада д.м.н., руководителя отдела профилактики метаболических нарушений Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, члена правления Всероссийского научного общества кардиологов, профессора Давида Васильевича НЕБИЕРИДЗЕ. Он отметил, что стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний включает три фазы. Популяционная стратегия представляет собой воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний среди всего населения. Стратегия высокого риска подразумевает выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов без клинических проявлений атеросклероза и многофакторную коррекцию факторов риска (стратегия первичной профилактики). Вторичная профилактика предполагает предупреждение прогрессирования уже имеющегося сердечно-сосудистого заболевания. Таким образом, пациенты высокого риска – объект первичной профилактики, а пациенты очень высокого риска – вторичной. Если анализировать всю когорту кардиологических больных, подавляющее большинство составляют пациенты высокого риска, с АГ и сопутствующими факторами риска с поражением органов-мишеней. От того, насколько своевременно будут выявляться пациенты высокого и очень высокого риска среди когорты больных АГ, во многом будет зависеть ситуация с сердечно-сосудистыми осложнениями и смертностью в нашей стране. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитии риска преждевременной смерти от сер-

дечно-сосудистых заболеваний ведущую роль играют три фактора риска: АГ, курение и гиперхолестеринемия. Раннее выявление и правильная коррекция этих факторов риска определяют дальнейший прогноз.

По данным ряда исследований, большинство больных АГ имеют избыточную массу тела и нарушения липидного обмена.

Пациентами высокого риска по шкале SCORE считаются лица, у которых присутствует десятилетний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Шкала не предназначена для лиц с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, СД и лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска. У таких пациентов суммарный риск автоматически считается очень высоким и высоким и требует интенсивной коррекции. Таким образом, шкала SCORE не учитывает многие важные моменты, в частности поражение органов-мишеней. Поэтому в новых европейских и российских рекомендациях сказано, что при стратификации риска пациентов с АГ в первичную оценку с помощью шкалы SCORE необходимо включать определение поражения органов-мишеней и сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, чтобы не было заниженного риска.

В отличие от пациентов высокого риска пациенты очень высокого риска имеют клинические проявления атеросклероза. Однако стратегия ведения обеих групп пациентов в настоящее время практически одинакова. С одной стороны, назначаются препараты для устранения симптомов и улучшения качества жизни, с другой – лекарственные препараты, улучшающие прогноз.

По словам докладчика, стратегия лечения кардиологического больного на любом этапе должна обеспечивать максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.



Профессор
Д.В. Небиеридзе

Во всех рекомендациях по лечению атеросклероза и АГ пациентам высокого риска показано назначение липидснижающей терапии.

Ведение больных АГ с высоким риском без проявлений атеросклероза предполагает применение антигипертензивной, липидснижающей (до достижения целевых уровней ЛПНП < 2,5 ммоль/л), антиагрегантной терапии и коррекцию всех сопутствующих факторов риска.

Главным и объективным критерием эффективности липидснижающей терапии служит достижение целевых значений липидных показателей. С точки зрения достижения целевых уровней ЛПНП, чем выше риск, тем ниже целевые уровни этого показателя.

К сожалению, пациенты высокого риска не мотивированы на лечение, поскольку факторы риска развития осложнений никак себя не проявляют. Пациенты очень высокого риска в этом плане более привержены терапии. Большое число больных из категории высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений либо не получают липидснижающую терапию, либо не достигают целевого уровня ХС ЛПНП. Это означает, что проводимая терапия неадекватна.

Согласно данным российской части международного наблюдательного исследования DYSIS (Dyslipidemia International Study), посвященного оценке распространенности стойкой дислипидемии у пациентов с ИБС, получавших терапию статинами, достижение целевого уровня



14-й Европейский конгресс по внутренней медицине

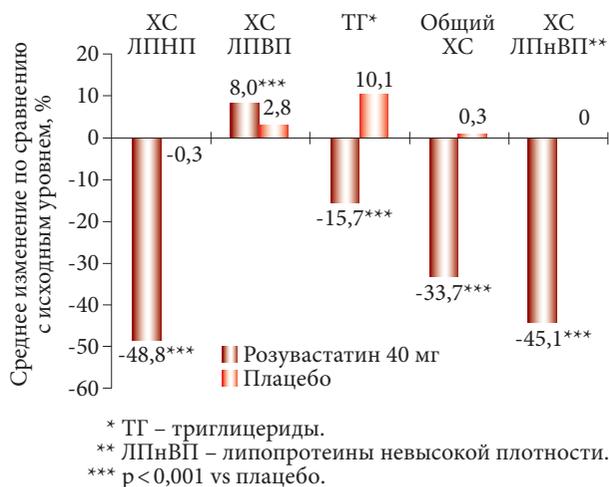


Рисунок. Изменение уровней холестерина и триглицеридов на фоне применения розувастатина

ХС ЛПНП ($< 1,8$ ммоль/л) в 2011 г. отмечалось только у 12,2% пациентов очень высокого риска. Через два года этот показатель снизился до 11,4%. Таким образом, большинство пациентов, принимавших статины, не достигли целевого уровня ХС ЛПНП, причем наименьшая степень достижения целевого уровня была характерна для пациентов с очень высоким и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений¹⁶. Профессор Д.В. Небиеридзе представил результаты анализа распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики. В ходе исследования АРГО изучали уровень общего ХС у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в реальной клинической практике, а также оценивали соответствие их ведения действующим рекомендациям по лечению дислипидемии. Доказано, что снижение уровня ХС уменьшает риск основных сердечно-сосудистых осложнений и улучшает прогноз.

География проекта включала семь федеральных округов, 59 городов, свыше 100 поликлиник. В окончательный анализ включены 18 273 пациента (58,9% женщин) высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В исследовании участвовали пациенты в возрасте 30 лет и старше, обратившиеся к участковым терапевтам или кардиологам поликлиник в период с октября 2013 г. по июль 2014 г. Каждый пациент заполнял специальную анкету. Уровень общего ХС определяли без специальной подготовки пациента с помощью портативного фотометрического анализатора крови¹⁷. Критериями включения были наличие хотя бы одного из следующих признаков: диагноз ИБС, АГ, СД, периферический атеросклероз, ишемический инсульт и т.д. Гиперхолестеринемия выявлена у 81,3% женщин и 78,9% мужчин. Во всех федеральных округах средний уровень общего ХС у больных превышал норму. Несмотря на высокий риск развития осложнений, 57% пациентов не получали статинов. Пациенты очень высокого сердечно-сосудистого риска достигли целевого уровня общего ХС (< 4 ммоль/л) в 2,04–7,38% случаев. По данным опроса, чаще пациенты принимали аторвастатин, за ним по частоте приема следовал симвастатин, далее – розувастатин. В ходе исследования выявлены определенные различия в плане выраженного липидснижающего эффекта статинов. Уровень общего ХС был существенно ниже у пациентов, принимавших розувастатин. Результаты исследования АРГО показали, что в реальной клинической практике почти половина пациентов высокого и очень высокого риска не получала статинов вообще. Только у не-

большого процента больных были достигнуты целевые уровни общего ХС. Эти цифры совпали с показателями исследования DYSIS. Результаты многочисленных исследований подтверждают, что розувастатин наиболее эффективно снижает уровень ХС ЛПНП и повышает уровень ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) по сравнению с другими статинами. Еще в 1997 г. было выдвинуто предположение, что интенсивное снижение ХС ЛПНП как минимум на 40% ассоциировано с замедлением прогрессирования атеросклероза. Эффективность розувастатина в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний доказана в плацебоконтролируемом исследовании METEOR. В исследовании оценивали влияние розувастатина в дозе 40 мг/сут на ТКИМ сонной артерии у 984 пациентов без симптомов атеросклероза. Период наблюдения составил два года. Пациенты одной группы получали розувастатин, пациенты другой – плацебо. На фоне применения розувастатина изменение максимальной ТКИМ составило 0,0014 мм в год против 0,0131 мм в год в группе плацебо (разница 0,0145 мм в год, $p < 0,001$). Подобные изменения происходили на фоне снижения уровня ХС ЛПНП на 48,8% и повышения концентрации ХС ЛПВП на 8%. Таким образом, результаты исследования METEOR показали, что применение розувастатина на стадии формирования атеросклеротической бляшки может способствовать снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений впоследствии (см. рисунок)¹⁸. В исследовании JUPITER сравнивали влияние розувастатина в дозе 20 мг/сут и плацебо на частоту развития тяжелых сердечно-

¹⁶ Оганов Р.Г., Кухарчук В.В., Арутюнов Г.П. и др. Сохраняющиеся нарушения показателей липидного спектра у пациентов с дислипидемией, получающих статины, в реальной клинической практике в Российской Федерации (российская часть исследования DYSIS) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. Т. 11. № 4. С. 70–78.

¹⁷ Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. и др. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. Т. 11. № 3. С. 253–260.

¹⁸ Crouse J.R., Raichlen J.S., Riley W.A. et al. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis: the METEOR Trial // JAMA. 2007. Vol. 297. № 12. P. 1344–1353.



14-й Европейский конгресс по внутренней медицине

кардиология и ангиология

сосудистых событий у пациентов, которые не требовали лечения, но имели повышенный сердечно-сосудистый риск в соответствии с возрастом и повышенный уровень С-реактивного белка. У пациентов регистрировали низкие или нормальные уровни ХС ЛПНП.

Оценка результатов исследования JUPITER продемонстрировала значительное снижение числа крупных сердечно-сосудистых событий (инфаркта миокарда, инсульта, артериальной реваскуляризации, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии или сердечно-сосудистой смерти) на фоне приема розувастатина по сравнению с плацебо среди мужчин и женщин с повышенным уровнем С-реактивного белка и низким или нормальным уровнем ХС¹⁹.

Препарат Розулип® (компания-производитель «Эгис»), в состав которого входит розувастатин, предназначен для лечения пациентов с гиперхолестеринемией и ги-

пертриглицеридемией, а также для замедления прогрессирования атеросклероза и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых пациентов без клинических признаков ИБС, но с повышенным риском ее развития.

Экспертами канадской исследовательской лаборатории (код исследования MC-0129, Algorithm Farma Inc., Quebec, Canada, 2009) было проведено рандомизированное слепое перекрестное исследование биоэквивалентности Розулипа оригинальному препарату. Исследователи сделали вывод, что Розулип® полностью биоэквивалентен оригинальному розувастатину по всем фармакокинетическим параметрам.

В другом исследовании изучали терапевтическую эквивалентность Розулипа® оригинальному розувастатину (Крестор®) у пациентов с гиперхолестеринемией²⁰. Пациентам с гиперхолестеринемией назначали

терапию Розулипом 20 мг/сут или Крестором 20 мг/сут, назначение препаратов определялось путем рандомизации. Продолжительность исследования составила 12 недель. Как показали результаты, Розулип® и оригинальный розувастатин характеризуются сопоставимым гипополипидемическим действием. Розулип® продемонстрировал полное соответствие по эффективности и почти полное соответствие по безопасности оригинальному препарату Крестор®.

Профессор Д.В. Небиеридзе подчеркнул, что кардинального снижения риска развития осложнений и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний можно добиться только за счет своевременного выявления и правильного ведения пациентов. При этом необходимо помнить, что пациенты с АГ высокого риска (без клинических проявлений атеросклероза) составляют большую часть кардиологических больных.

ром являются статины. На фоне их применения отмечаются снижение уровня общего ХС, ХС ЛПНП, триглицеридов и повышение содержания антиатерогенных ЛПВП.

Розулип® (розувастатин) (компания-производитель «Эгис») обладает наибольшей гипополипидемической силой и наилучшей переносимостью по сравнению с другими статинами. Препарат оказывает антигипертензивный, антитромботический и антипролиферативный эффекты, противовоспалительное, антиатеросклеротическое и антиаритмическое действие. Препарат Розулип® показан для назначения больным АГ, сочетающейся с гиперлипидемией. Применение Розулипа® у больных с АГ высокого и очень высокого риска способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти. ☺

Заключение

Применение новых фиксированных лекарственных форм, сочетающих ингибиторы АПФ и антагонисты кальция, способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Препарат Эгипрес® (компания-производитель «Эгис») содержит комбинацию ингибитора АПФ рамиприла и антагониста кальция амлодипина. В ряде многочисленных исследований и широкой клинической практике рамиприл и амлодипин зарекомендовали себя как эффективные лекарственные средства для терапии АГ, предотвращения развития сердечно-сосудистых осложнений. Эгипрес® характеризуется не только антигипертензивным действием, но и прямым антиатеросклеро-

тическим, антитромбоцитарным и органопротективным эффектами. Назначение препарата больным АГ высокого риска снижает риск развития коронарных и цереброваскулярных событий.

Препарат Эгипрес® положительно влияет на метаболический профиль, углеводный и липидный обмен пациентов с СД и хронической болезнью почек.

Комбинированный препарат Эгипрес® содержит фиксированные дозы, что делает его удобным в применении, значительно повышает приверженность лечению и позволяет пациентам эффективно контролировать АД.

Среди препаратов, влияющих на обмен липидов, бесспорным лиде-

¹⁹ Ridker P.M., JUPITER Study Group. Rosuvastatin in the primary prevention of cardiovascular disease among patients with low levels of low-density lipoprotein cholesterol and elevated high-sensitivity C-reactive protein: rationale and design of the JUPITER trial // Circulation. 2003. Vol. 108. № 19. P. 2292–2297.

²⁰ Кови Е.В., Булгак А.Г., Бельская М.И. и др. Терапевтическая эквивалентность препарата Розулип в сравнении с оригинальным розувастатином у пациентов с гиперхолестеринемией // РМЖ Кардиология. 2013. № 27. С. 1301–1305.