

Оздоровительные программы для сердечников

➔ 3

Универсальное средство от лишнего веса

➔ 4

Разнообразие дизайнов клинических исследований

➔ 5

Одна таблетка — две цели

➔ 6

С О В Р Е М Е Н Н А Я КАРДИОЛОГИЯ



№ 2 (12) 2019

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ТЕМА НОМЕРА



Дмитрий Александрович НАПАЛКОВ

Главный редактор газеты «Современная Кардиология», д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Дорогие читатели!

В этом выпуске «Современной Кардиологии» мы решили сделать акцент на профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Ведь до того как в игру вступают таблетки, многое зависит от самого пациента и мотивирующего его врача. И поэтому наш разговор с экспертом — доктором медицинских наук, заместителем директора по научной и аналитической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» А.В. Концевой — был сфокусирован именно на парадигме изменения здоровья нации. На страницах нашей газеты мы также расскажем об оздоровительных программах для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, обсудим «чуму XXI века» — ожирение, ну и, конечно, расставим акценты в современных подходах к лечению артериальной гипертензии.

По традиции мы поговорим о доказательной медицине, в частности о том, какие дизайны исследований существуют и какую степень доказательности мы можем из них извлечь.

Поделится с вами очередными новостями в области кардиологии, а «на десерт» подадим традиционную клиническую задачу, составленную по реальному пациенту, который находился в поле нашего внимания.

Желаем вам успехов в лечении ваших пациентов и убеждении их в исключительной важности здорового образа жизни!

Как менять образ жизни нации и отдельного человека?

Поговорим о том, почему клинические рекомендации разных континентов различаются, что изменилось в принципах правильного питания и как сделать здоровой целую нацию.



Анна Васильевна Концевая, д.м.н., заместитель директора по научной и аналитической работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, член Президиума Правления РКО, Москва

— Насколько четко можно провести грань между первичной и вторичной профилактикой? Правомерно ли называть первичной профилактику у пациента с субклиническим атеросклерозом, но еще «не успевшего» перенести инфаркт?

— Вы совершенно правы, грань действительно очень тонка. Под первичной профи-

лактикой понимают профилактику возникновения клинической формы заболевания. Поэтому работа с пациентом, у которого выявлен доклинический атеросклероз, относится к первичной профилактике. Доклинический атеросклероз можно выявить практически у всех людей, и этот фактор повышает риск развития инфаркта миокарда и инсульта, который можно снизить и тем самым предотвратить развитие события. Так что наличие клинического диагноза заболевания и принимают за условный водораздел.

— В начале 2019 г. АНА/АСС опубликовали новые рекомендации, посвященные первичной профилактике у кардиологических пациентов. Какие принципы были пересмотрены и в какой степени по сравнению с версией 2013 г.? Какие остались неизменными? Есть ли моменты, заслуживающие особого внимания?

— Любые рекомендации имеют свои ограничения. Если говорить о рекомендациях АНА/АСС, то они прежде всего направлены на американскую популяцию и базируются на исследованиях, выполненных именно в США. Это касается не только эпидемиологических аспектов, но и шкал риска, адаптированных для населения США, где расовый

и этнический состав существенно отличается от других стран. К российской популяции эти шкалы ограниченно применимы или вообще неприменимы.

Базовые принципы рекомендаций остались теми же: оценка десятилетнего риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, определение тактики ведения пациентов на его основе, изменение образа жизни, медикаментозная терапия с целью первичной профилактики в случае высокого и очень высокого риска.

Базовые рекомендации по изменению образа жизни значительных изменений не претерпели. Необходимо отказаться от потребления табака, соблюдать устоявшиеся принципы здорового питания, есть порог необходимой физической активности — 150 минут в неделю (из них 75 минут низкоинтенсивных и 75 — высокоинтенсивных нагрузок).

Среди особенностей новых американских рекомендаций — допустимость применения аспирина с целью первичной профилактики у некоторых пациентов, от чего в европейских рекомендациях практически отказались.

— Насколько новые рекомендации АНА/АСС отличаются от рекомендаций ESC 2016 г.? Ведь чаще всего американские рекомендации представляются более жесткими.

Продолжение на с. 2 ▶

Н О В О С Т Ь

Аспирин для первичной профилактики

Самый используемый на сегодняшний день препарат — аспирин — в 2018 г. отметил свой 121-й день рождения. И именно в 2018 г. в нескольких исследованиях было пересмотрено его использование для первичной профилактики.

В предыдущем номере «Современной Кардиологии» обсуждался метаанализ S. Zheng и соавт., опубликованный в начале 2019 г. в журнале JAMA. В феврале 2019 г. в другом авторитетном издании — European Heart Journal — A.N. Mahmoud и его коллеги представили результаты еще одного крупного метаанализа, оценивающего эффективность и безопасность аспирина для первичной профилактики у пациентов без атеросклеротической болезни в анамнезе. Было проанализировано 11 рандомизированных исследований (157 248 участников). Первичной конечной точкой эффективности стала смертность от всех причин. Первичной конечной точкой безопасности считались большие кровотечения. В среднем за 6,6 года наблюдения первичная конечная точка эффективности между группой пациентов, принимающих аспирин, и контрольной группой достоверно не различалась (4,6 % против 4,7 %). Частота боль-

ших кровотечений, напротив, оказалась достоверно выше в группе аспирина (1,8 % против 1,2 %). Кроме того, выше в ней была и частота внутричерепных кровоизлияний (0,4 % против 0,3 %). Аналогичные результаты были получены в группах пациентов с сахарным диабетом и с высоким сердечно-сосудистым риском (10-летний риск >7,5 %). Следует отметить, что в группе аспирина была ниже частота инфаркта миокарда (ИМ) (1,9 % против 2,2 %). Однако по данному показателю наблюдалась выраженная гетерогенность между исследованиями, а при исключении из анализа исследований до 2000 г. польза аспирина для первичной профилактики ИМ была недостоверной. Таким образом, еще раз подтверждается отсутствие какой-либо пользы от приема аспирина для первичной профилактики при отсутствии атеросклеротической болезни и потенциальный вред, связанный с увеличением как общего числа больших кровотечений, так и внутричерепных кровоизлияний. В отношении вторичной профилактики позиция аспирина остается неизменной.

Ирина Даабиль

Как менять образ жизни нации и отдельного человека?

◀ Продолжение, начало на с. 1

— Действительно, это уже привычные специалистам особенности американских рекомендаций. В контексте нашей беседы это касается терапии сахарного диабета и назначения статинов: для последних показания в области первичной профилактики прописаны детально.

Американские рекомендации, как правило, более агрессивны по сравнению с аналогичными документами других обществ. Вспомним хотя бы целевой уровень артериального давления (АД). Если европейские рекомендации пошли на смягчение показателей для отдельных возрастных групп, то американские исследователи определили показатель 130/80 мм рт. ст. как отрезную точку. Более высокие значения АД считаются артериальной гипертензией, а значит, именно с такого уровня давления назначается терапия пациентам с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, что не так в европейских рекомендациях.

— С чем связан высокий интерес к изучению немедикаментозных методов профилактики, несмотря на то что почти все они хорошо известны уже более 30 лет? Изменили ли результаты исследования PURE парадигму профилактики?

— Любые рекомендации — это целостный документ, который должен содержать все основные положения, касающиеся того, как все-таки снизить уровень риска пациента. Что касается повторения рекомендаций по здоровому образу жизни, то оно никогда не будет лишним. Ведь изменить образ жизни людей — это самое сложное. Если мы не будем в каждой рекомендации писать об этом, то и о полноценной профилактике речи идти не может. Всегда легче назначить пациенту лишнюю таблетку, чем менять устоявшиеся пищевые и поведенческие привычки. Кроме того, постоянно идет поиск эффективных подходов к изменению образа жизни пациентов и популяции. Это мотивационное консультирование на индивидуальном уровне как пример. Настойчиво бить в одну точку и повторять правила модификации образа жизни, на мой взгляд, весьма оправданно. Врач, особенно амбулаторного звена, перечитывая эти принципы еще и еще, будет больше задумываться о работе с пациентом в направлении профилактики. Не секрет, что с учетом дефицита времени у врачей профилактическому консультированию и работе с факторами риска уделяется недостаточно времени.

Исследование PURE — это действительно новый и очень интересный этап в развитии профилактики. Несмотря на то, что большая часть правил здорового образа жизни давно известна и неизменна, есть новые данные крупных исследований, которые претендуют на то, чтобы эти аксиомы некоторым образом оспорить. Например, это касается количества потребляемой соли. На последнем конгрессе ESC именно вопрос о допустимом количестве соли вызвал больше всего дискуссий. Данные исследования PURE показали, что самый низкий уровень смертности отмечался при уровне потребления 5–6 г соли в сутки. Этот показатель выше того, который фигурирует не только в рекомендациях различных обществ, но и в рекомендациях ВОЗ, — менее 5 г в сутки. Основной посыл исследователей заключался в том, что отмеченный ими как безопасный уровень потребления соли уже достигнут большинством европейских стран, а значит, рекомендации пора пересматривать. По данным этого же исследования, только у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ), уровень соли, потребляемой с пищей, имеет четкую ассоци-

ацию с развитием осложнений, а у пациентов с нормальным АД такой ассоциации выявлено не было. Также ассоциация потребления соли и неблагоприятных исходов в целом была выявлена у китайской популяции, что может быть связано с некоторыми генетическими особенностями. Дискуссии между сторонниками и противниками изменения принципов питания продолжаются. Кроме соли предложено пересмотреть и отношение к жирам. В исследовании PURE продемонстрировано, что основные риски неблагоприятных событий ассоциированы с потреблением углеводов, а не жиров. Особенно негативный эффект оказывают быстрые, простые углеводы.

В исследовании PURE предлагается пересмотреть даже такой, казалось бы, непоколебимый постулат, как идеальный индекс массы тела (ИМТ). Ожирение как фактор риска не подвергается сомнению, однако показатели избыточной массы тела вызывают вопросы. Ряд исследований, включая PURE, показали, что самая низкая смертность обнаруживается в группе пациентов с ИМТ 25–27 кг/м².

Исследование PURE вызвало настолько большой интерес благодаря масштабу: в настоящее время это самое крупное когортное исследование, в нем насчитывается более 600 000 пациентов. Его главное ограничение, как и у большинства других наблюдательных исследований — отсутствие рандомизации, невозможность учесть все факторы, которые могут повлиять на исход. Я хочу уточнить еще раз: никакие новые данные не отменяют базовых рекомендаций по соблюдению принципов правильного питания и здорового образа жизни. Во всех исследованиях употребление достаточного количества овощей и фруктов совершенно четко ассоциируется с меньшим количеством неблагоприятных исходов. Необходимость регулярной физической активности тоже не вызывает сомнений. Все-таки мое глубокое убеждение состоит в том, что чем чаще мы говорим о здоровом образе жизни, тем лучше.

— Финляндия после проведения проекта «Северная Карелия» продемонстрировала высокую эффективность первичной профилактики. Причем ведущая роль в реализации проекта отводилась не столько лечебной, сколько просветительской работе среди населения, в том числе и детского. Результат оказался впечатляющим. Как складывается ситуация с обучением населения первичной профилактике в России? Насколько весом вклад профилактических мероприятий в структуру сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране?

— «Северная Карелия» — это крупномасштабный проект по изменению образа жизни на уровне региона с последующим тиражированием на всю финскую популяцию. И проект этот оказался успешным. Вы совершенно правы: медицинский компонент оказался не самым значимым. Финны реализовали очень интересную коммунальную программу. В каждом населенном пункте выискивали так называемого лидера мнений, местного бизнесмена или политика, которого вовлекали в этот процесс изменения образа жизни, а он являлся примером для всех тех, кто знал его лично. Меня больше всего поразило то, как авторам и исполнителям проекта удалось всего за десятилетие полностью перестроить пищевую индустрию! Основным производством в стране было мясо-молочное. На сливочном масле ели, на сливочном масле жарили, добавляли его во все блюда. За короткий срок страна стала лидером в мире по здоровому питанию. Именно Финляндия стала производить низкожировые сыры, маргарин, обогащенный стеролами и станолами, и прочие низкожировые продукты, став первопроходцем в их производстве

и занимая лидирующие позиции по сей день. Конечно, такие изменения были бы невозможны без грамотной государственной политики: правительство субсидировало подобное пере-профилирование, обеспечивало налоговые льготы и прочие экономические условия. В попытках удешевить переход со сливочного масла на растительное (а оно в стране было только привозным и весьма недешевым) фермеры районировали один из сортов рапса, пригодных для изготовления растительного масла, внутри страны. Программа уникальна своей комплексностью, воздействием на конкретного человека и окружающую его среду и индустрию. Несколько лет назад я посетила этот регион в рамках изучения опыта Финляндии и была просто поражена: Северная Карелия, март, кругом снег и холод, но все вокруг ездят на велосипедах! Маленькие дети, школьники, взрослые.

Что касается России, то у нас дело обстоит несколько иначе. В силу различий России и Финляндии скопировать этот опыт профилактического подхода полностью не удастся. Некоторые профилактические подходы возможно внедрить на региональном уровне. Однако далеко не все. Трудности начинаются еще на этапе организации. Численность населения Финляндии — около 6 млн, управление проектом было фактически ручным. Со всеми крупными производителями продуктов питания все особенности пере-профилирования обговаривались индивидуально. В России такой подход применим только, если речь идет о небольших субъектах Федерации.

Существуют общие цифры ВОЗ, говорящие о том, что здоровье человека примерно на 50 % определяется его образом жизни. Не думаю,

что в России эта цифра коренным образом отличается от общемировой. По данным эпидемиологических исследований, проведенных нашим Центром, основные факторы риска — курение (уровень которого несомненно снижается благодаря принятым мерам, но все-таки остается высоким) и артериальная гипертензия (в том числе плохо контролируемая). Частота АГ растет вместе с увеличением распространенности ожирения, к которому, в свою очередь, приводят несбалансированное питание и низкий уровень физической активности. За счет предпринимаемых мер мы достигаем успехов в снижении потребления табака и алкоголя, но в отношении других факторов риска динамика не столь положительная. АГ, несмотря ни на что, растет.

С 2019 по 2024 г. в стране в рамках национального проекта «Демография» будет реализовываться федеральный проект по укреплению общественного здоровья. Его основная цель — формирование здорового образа жизни населения. В проекте предусмотрен целый ряд компонентов, один из которых — федеральная информационно-коммуникационная кампания во всех СМИ и интернете. Материалы кампании в открытом доступе можно найти на сайте www.takzdogovo.ru.

Еще один компонент проекта — корпоративные программы укрепления общественного здоровья. Это один из весьма значимых инструментов. Реализовывать данные программы должны в первую очередь работодатели, ведь им нужны здоровые работники. Наша важнейшая задача — разработать комплекс модельных мероприятий и убедить работодателей, что инвестиции в здоровье работников и создание условий для здорового образа жизни являются






190
ЛЕТ
со дня рождения
Г.А. Захарына

XIV Национальный конгресс терапевтов

20–22 ноября 2019 года

Москва ■ Крокус Экспо ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте <https://congress.rnmot.ru>

МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- 19-20 сентября, **Якутск**, III Съезд терапевтов Республики Саха (Якутия) yakutsk.rnmot.ru
- 26-27 сентября, **Сургут**, 57-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ surgut.rnmot.ru
- 3-4 октября, **Мурманск**, 58-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ murmansk.rnmot.ru
- 24-25 октября, **Ростов-на-Дону**, VI Съезд терапевтов Южного федерального округа rostov.rnmot.ru
- 31-1 октября/ноября, **Саранск**, 59-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ saransk.rnmot.ru
- 5-6 декабря, **Иваново**, 60-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ ivanovo.rnmot.ru

Подробнее на сайте www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

KST

ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
 телефон: +7 (495) 419-08-68
 электронная почта: therapy@kstinterforum.ru

18 Реклама

не просто активной социальной позицией, а прямой экономической выгодой, что многократно доказано нашими и зарубежными коллегами. Кроме того, планируется ряд законодательных мер в отношении табака, алкоголя и нерационального питания, призванных усилить нормативную среду, направленную на формирование здорового образа жизни. Еще одним немаловажным компонентом является перестройка системы профилактики с формированием центров общественного здоровья, в работе которых усиливался бы акцент на популяционное здоровье.

— Почему рекомендации по профилактике касаются в основном людей старше 20 лет, ведь многие пищевые и поведенческие привычки формируются еще в детстве? Кроме того, процент детей с ожирением только растет.

— ВОЗ приводит результаты очень интересных исследований. Действительно, проблема детского ожирения существует, и уровень его неуклонно растет. Дети питаются неправильно: фастфуд, сэндвичи, сладкие газированные напитки и т.д. Однако, по данным исследования COSY, в России ситуация с детьми дошкольного и младшего школьного возраста более благоприятная: потребление вредных напитков несколько ниже, чем в ряде стран Европы. Очевидно, что семейные традиции, касающиеся детского питания, в нашей стране оказываются более здоровыми по сравнению с западным миром. Но как только ребенок достигает подросткового возраста — ситуация

резко ухудшается. Тинейджер имеет возможность самостоятельного выбора напитков и продуктов и отдает предпочтение не самым здоровым.

Наш институт совместно с ВОЗ в 2017 г. провел исследование маркетинга нездорового питания на российских телеканалах. Мы проанализировали пять каналов, два из которых были детскими («Дисней» и «Карусель») и три — ориентированными на подростков (СТС, ТНТ, «Пятница»), то есть именно те ресурсы, где основной аудиторией является молодежь. Оказалось, что 60 % продуктов питания, рекламируемых на этих каналах, запрещены ВОЗ к маркетингу, направленному на детей. Это прежде всего фастфуд и продукты с высоким содержанием сахара (газированные напитки, батончики и т.п.). Целый ряд стран уже пошел по пути ограничения маркетинга нездоровых продуктов питания, ведь дети не способны критично оценить рекламу, они верят ей. Поэтому ВОЗ и призывает оградить детей от этого воздействия. Еще 20 % продуктов мы не смогли оценить в отношении вредности для здоровья из-за их недостаточной маркировки. Если сравнить отечественную этикетку и этикетку любой европейской страны, можно увидеть, что в первом случае текст очень мелкий, практически нечитаемый.

Кроме того, в России на этикетке отсутствует много важной информации: там не найти количества соли, добавленного сахара и тран-

сжиров. Сейчас регламент в нашей стране не обязывает предоставлять эту информацию. Если вы находите ее на упаковке, то это говорит только о добросовестности того или иного производителя. А ведь от содержания сахара в йогурте, например, зависит, будет ли он относиться к продуктам рационального питания или нет. Если количество не указано, мы не можем оценить этот фактор. Поэтому те 20 % продуктов, которые оценить не получилось, потенциально относятся к группе нездоровых. То есть лишь 20 % рекламируемых продуктов были полезны для здоровья детей.

Еще один момент: в рекламе всегда используется какой-то посыл. «Это круто, это модно, это здоровое питание». Так вот, если взять всю рекламу, где использовался посыл о здоровом питании, то в 10 % случаев это была неправда. Была ли эта ложь преднамеренной или нет, остается вопросом. Поэтому говоря о профилактике у детей, нужно начинать с создания безопасной информационной среды.

Изучить рынок телевидения у нас получилось. Сложнее обстоят дела с интернетом. Технологии в этом пространстве шагнули далеко вперед. Мы понимаем, что мониторить сайты производителей продуктов питания бесполезно. Чаще всего нездоровые продукты рекламируются в формате контекстной и всплывающей рекламы, а также популярными среди подростков блогерами. Поэтому ВОЗ и пытается

создать программное обеспечение для оценки глобальной паутины. Естественно, основы образа жизни закладываются в семье. Поэтому, когда мы воздействуем на взрослых, то рассчитываем, что изменения их поведения повлияют на поведение детей. Но есть и другие примеры, когда обучали детей школьного возраста, а они, возвращаясь в семью, несли новое знание и убеждали своих родителей. Есть исследования, показывающие, что и этот подход работает.

— На смену популярной болезненной худобе приходит движение body-positive, которое, напротив, не возражает против откровенного ожирения. Насколько это вписывается в концепцию кардиопротекции?

— Все хорошо в меру! Люди всегда подвержены сиюминутным модным тенденциям и влияниям. С точки зрения здоровья есть определенные нормативы того, что хорошо и что плохо. Даже несмотря на дискуссии о критериях избыточной массы тела, ожирение никогда не станет предиктором благополучия здоровья. Ожирение — это однозначно плохо! ИМТ выше 30 кг/м² во всех исследованиях связан с повышением риска неблагоприятных исходов: сахарного диабета, заболеваний суставов и, конечно, сердечно-сосудистых заболеваний. Что бы ни несли в себе модные тенденции, доказательная медицина говорит о том, что «хорошо» равно «норма».

Подготовила Мария Габитова

РЕКОМЕНДАЦИИ

Оздоровительные программы для сердечников

Кардиореабилитация — скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого снижающее заболеваемость и смертность.

КОМУ ПОКАЗАНА РЕАБИЛИТАЦИЯ?

Пациентам, которые перенесли:

- операции на клапанах сердца и периферических сосудах;
- аортокоронарное шунтирование, стентирование, ангиопластику;
- инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз;
- готовятся к оперативному вмешательству на коронарных артериях;
- страдают артериальной гипертензией;
- имеют ишемическую болезнь сердца, стенокардию напряжения, сердечную недостаточность, атеросклеротический кардиосклероз.

А также тем, кто:

- страдает различными нарушениями ритма (мерцательная аритмия, тахикардия, экстрасистолия);
- имеет признаки вегетососудистой дистонии;
- имеет факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы: избыточная масса тела, увеличение уровня холестерина, малоподвижный образ жизни, синдром хронической усталости или эмоционального выгорания.

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ И МОЖНО ЛИ ЗАНИМАТЬСЯ ДОМА?

Реабилитация кардиологических больных включает в себя четыре основные составляющие:

1. Базовое медицинское обследование: первичный осмотр с оценкой всех органов и систем, стандартные лабораторные и инструментальные тесты.
2. Физическая нагрузка. Чтобы восстановить нормальную работу сердечно-сосудистой системы, нужны сбалансированные нагрузки. Обычно в рамках реабилитации это пешие прогулки, посещение бассейна, езда на велосипеде, легкие силовые упражнения.
3. Психологическая поддержка. Любое серьезное заболевание нарушает обычный ритм жизни и негативно влияет на внутренние ощущения человека. Нередко они сопровождаются чрезмерным беспокойством и депрессивными состояниями. В таких случаях необходимы помощь психолога, специальная медикаментозная терапия и занятия полезным трудом.
4. Обучение здоровому образу жизни. Пациенту подбирается соответствующая диета. Проводится несколько лекций по выбору подходящих продуктов питания, которые учат поддерживать нормальный вес и уровень холестерина. Помимо этого ведется борьба с вредными привычками (курение, злоупотребление крепким кофе/чаем, спиртным).

На всех этапах оказания кардиологической реабилитационной помощи сформулирован принцип мультидисциплинарного подхода и мультидисциплинарной команды. Штат специалистов, принимающих участие в кардиореабилитации (отделение реабили-

тации кардиологического профиля), состоит из кардиологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов, врачей ЛФК, инструкторов/методистов ЛФК, массажистов, клинических психологов, психотерапевтов, диетологов, физиотерапевтов, врачей функциональной диагностики, медицинских сестер, социальных работников и других. Ведущая роль в этой команде принадлежит кардиологу-реабилитологу.

Особое внимание стоит уделить санаторно-курортному лечению больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Показания к лечению в местных кардиологических санаториях:

- 1) кардиосклероз после перенесенного первичного или повторного крупно- или мелкоочагового инфаркта миокарда при общем удовлетворительном состоянии, со стенокардией I-II функциональных классов, при недостаточности кровообращения не выше I стадии, а также сопутствующей гипертонической болезни не выше II стадии, при отсутствии прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости;
- 2) кардиосклероз после рецидивирующего инфаркта миокарда (через 3 мес. после рецидива) без приступов стенокардии или со стенокардией I-II функциональных классов, при недостаточности кровообращения не выше I стадии, при отсутствии прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости.

Больным с кардиосклерозом после перенесенного инфаркта миокарда давностью более 1 года, без приступов стенокардии или со стенокардией I-II функциональных классов, при недостаточности кровообращения не выше I стадии, без нарушений сердечного ритма и проводимости наряду с лечением в местных кардиологических санаториях показано лечение на климатических курортах (кроме горных), приморских и бальнеологических курортах с углекислыми, радоновыми, хлоридно-натриевыми и йодобромными водами.

Больным с теми же состояниями, но при недостаточности кровообращения не выше II стадии и гипертонической болезни показано лечение только в местных кардиологических санаториях.

ПРОГРАММА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- Режим щадящий или щадяще-тренирующий.
- Диетотерапия.
- Климатотерапия.
- Бальнеотерапия.
- Аппаратная физиотерапия.
- Физическая реабилитация (ЛФК в группе, индивидуальные тренирующие нагрузки, прогулки, активный досуг).
- Психотерапия.
- Школы для больных, перенесших инфаркт миокарда.

Таким образом, кардиореабилитация является ключевым этапом лечения больных с тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы. Обучившись упражнениям и основным принципам диеты и правильного питания, пациенты с легкостью смогут придерживаться здорового образа жизни и вне условий клиники.

Елизавета Федорова

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ожирение – чума XXI века

Рост распространенности ожирения принял характер эпидемии как среди взрослых, так и среди детей. Считается, что у взрослого человека имеется избыточный вес, если его индекс массы тела (ИМТ) составляет от 25 до 29,9 кг/м², а ожирение — если ИМТ 30 кг/м² и более.

На протяжении многих лет принято было считать, что массовое ожирение характерно исключительно для Северной Америки. Однако с приходом в нашу страну «западного» образа жизни с изобилием модного фастфуда и значительным снижением двигательной активности процент населения с избыточной массой тела достиг пугающих цифр: доля россиян с диагнозом «ожирение» с 2016 по 2017 г. выросла на 6 % и составила 1,3 % населения (1,9 млн человек). Среди детей и подростков до 18 лет в целом по России рост числа страдающих ожирением составил в конце 2017 г. 5,3 % — это почти 451 тыс. детей. Всего за последние пять лет доля россиян, страдающих ожирением, выросла на 30 %, сообщается на сайте Росздравнадзора.

Чем же чревата избыточная масса тела? С точки зрения эстетики все более-менее ясно, особенно болезненно к лишним килограммам относятся дамы, что, в свою очередь, ведет к целому ряду психологических проблем — от банального недовольства собственной внешностью до довольно опасных, таких как булимия, например. А что же со стороны внутренних органов? Отражается ли на них как-то чрезмерная любовь к высококалорийной пище? Разумеется, да.

Согласно данным, предоставленным ВОЗ, повышенный ИМТ является одним из основных факторов риска таких неинфекционных заболеваний, как:

- сердечно-сосудистые заболевания (главным образом, болезни сердца и инсульт), которые в 2012 г. были главной причиной смерти;
- диабет;
- нарушения опорно-двигательной системы (в особенности остеоартрит — инвалидизирующее дегенеративное заболевание суставов);
- некоторые онкологические заболевания (в том числе рак эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки).

Риск этих неинфекционных заболеваний возрастает по мере увеличения ИМТ.

Детское ожирение повышает вероятность ожирения, преждевременной смерти и инвалидности во взрослом возрасте. Помимо повышенного риска в будущем страдающие ожирением дети также испытывают одышку, подвержены повышенному риску переломов, склонны к гипертонии, раннему проявлению признаков сердечно-сосудистых заболеваний, инсулинорезистентности и могут испытывать психологические проблемы.

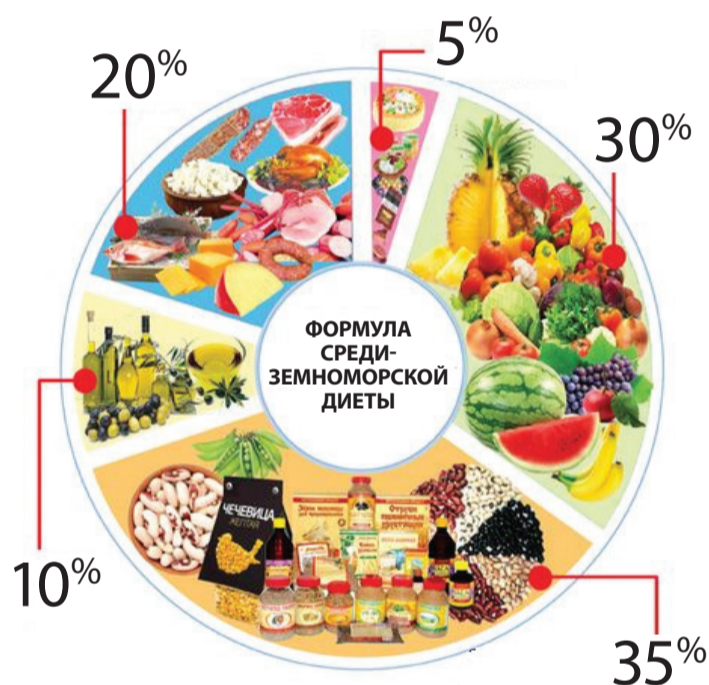
А ТЕПЕРЬ ПО ПОРЯДКУ

Избыточная масса тела пагубно влияет на сердечно-сосудистую систему и является фактором риска таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ишемическая бо-

лезнь сердца, острое нарушение мозгового кровообращения.

В основном эти состояния являются следствием атеросклеротического поражения сосудов, так как ожирение служит одним из основных факторов риска развития дислипидемии (до 30 % лиц с ожирением имеют повышенные показатели общего холестерина и ЛПНП), сахарного диабета 2-го типа (до 80 % больных сахарным диабетом 2-го типа

ственно выше по сравнению с лицами без него. Наличие метаболического синдрома в 3–6 раз повышает риск развития как сахарного диабета 2-го типа, так и артериальной гипертонии. Сочетание сахарного диабета и артериальной гипертонии повышает частоту развития сердечно-сосудистых осложнений, ишемической болезни сердца, церебральных осложнений и заболеваний периферических сосудов. Наличие артери-



имеют избыточную массу тела или ожирение) и артериальной гипертонии (примерно половина лиц с ожирением одновременно имеют артериальную гипертонию), что в совокупности приводит к развитию и прогрессированию атеросклероза. Кроме того, ожирение само по себе является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, что обусловлено его влиянием на функцию и строение миокарда: повышение сердечного выброса, развитие эксцентрической гипертрофии левого желудочка сердца, дистрофических нарушений, появление застойной сердечной недостаточности. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) без обструкции выносящего тракта чаще встречается у тучных людей, чем у худых. Причем несмотря на наличие артериальной гипертонии, что подтверждает независимую роль ожирения в происхождении ГЛЖ, которая, в свою очередь, является фактором риска развития застойной сердечной недостаточности, острого инфаркта миокарда, внезапной смерти и других сердечно-сосудистых осложнений.

Ожирение сопровождается нарушением биологического действия инсулина на уровне периферических тканей — инсулинорезистентностью. Этот патологический процесс принято считать ключевым звеном в развитии каскада грозных нарушений, объединенных термином «метаболический синдром» (МС). Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность у людей с МС суще-

ственно выше по сравнению с лицами без него. Наличие метаболического синдрома в 3–6 раз повышает риск развития как сахарного диабета 2-го типа, так и артериальной гипертонии. Сочетание сахарного диабета и артериальной гипертонии повышает частоту развития сердечно-сосудистых осложнений, ишемической болезни сердца, церебральных осложнений и заболеваний периферических сосудов. Наличие артери-

альной гипертонии ускоряет прогрессирование микрососудистых осложнений сахарного диабета: снижение функции почек, увеличение частоты развития диабетической ретинопатии. Стабильное повышение уровня глюкозы в крови сопровождается гликозилированием белков, входящих в состав сосудистой стенки, что приводит к повреждению их структур и функций.

Крайне важно понимать, что изменения, выявляемые на ранних этапах развития метаболического синдрома, являются обратимыми, то есть при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или по крайней мере уменьшения выраженности основных проявлений МС. В основе выделения МС лежит принцип первичной профилактики сахарного диабета, атеросклероза и его последствий.

Если обратиться к современным рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, то среди модифицируемых факторов риска (то есть тех, на которые па-

циент способен повлиять) неизменно встречаются избыточная масса тела и гиподинамия (а это, согласитесь, понятия взаимосвязанные). Также стоит отметить, что правильное питание (как правило, средиземноморская диета) всегда указывается в разделе «профилактика и лечение».

«Выходит, при здоровом образе жизни, соблюдении не самой строгой диеты и умеренной физической активности риск заболевания сердечно-сосудистой системы снижается?» — спросите вы. Абсолютно точно. Если верить статистике, то при ожирении частота развития гипертонической болезни составляет 75 %, сахарного диабета 2-го типа — 60 %, ишемической болезни сердца — 20 %. Цифры довольно пугающие, тут сложно не согласиться.

А ЕСТЬ ЛИ УНИВЕРСАЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВО ОТ ОЖИРЕНИЯ?

Да, и получить его может каждый. Достаточно отказаться от высококалорийной пищи и сидячего образа жизни. К сожалению, в современном мире, где более 70 % населения весь рабочий день проводит в душном офисе, сидя за монитором компьютера, это довольно не просто, но выход можно найти всегда. Например, можно отказаться от использования лифта и ходить пешком по лестницам, делать небольшие прогулки во время обеденного перерыва. Тем более, с помощью смартфонов и всевозможных «умных» часов и браслетов отслеживать количество пройденных шагов и съеденных калорий не так уж и сложно. К слову, мужчинам рекомендовано проходить около 10 тысяч шагов, для дам эта цифра несколько меньше — 8 тысяч.

Что касается правильного питания, то большинство диетологов и кардиологов рекомендуют своим пациентам средиземноморскую диету.

В средиземноморской диете принято питаться 5 раз в день, с небольшими перерывами. Это позволяет не доводить до чувства острого голода, которое провоцирует переедание. Примерное меню может выглядеть так:

- Завтрак — цельнозерновая каша: рисовая, пшеничная, овсяная и т. д.
- Второй завтрак — фрукты.
- Обед — суп гаспачо, запеченная рыба с овощами.
- Полдник — орехи или сухофрукты.
- Ужин — салат из томатов и чеснока, палезья или ризотто, бокал сухого вина.
- Поздний ужин — йогурт со свежими ягодами или фруктами.

ПРАВИЛА ДИЕТЫ

- Ешьте в одно и то же время.
- Заправляйте салаты оливковым маслом.
- В качестве сладостей — только мед и сухофрукты.
- Хлеб должен быть цельнозерновым или грубого помола.
- Рис лучше нешлифованный, паста из твердых сортов пшеницы.
- Алкоголь — до 150 грамм сухого красного вина за ужином.
- Дневной перекус — свежие фрукты, сухофрукты, ягоды, орехи, несладкие сырники и запеканки, мюсли, натуральные йогурты без добавок.
- Вечерний перекус перед сном — кефиры, йогурты, нежирный творог с ягодами, черносливом, курагой.

СТАТИСТИКА

Разнообразиие дизайнов

В №4 (10) «Современной Кардиологии» мы начали разбираться с различными принципами дизайна клинических исследований и уже поговорили об экспериментах и наблюдениях, проспективном и ретроспективном «направлении» исследования, а также контролируемых исследованиях — с плацебо или стандартной терапией. В этот раз мы продолжим разговор о характеристиках исследований и обсудим, как информация о дизайне исследования может влиять на уверенность читателя в полученных результатах.

Напомним, что в планировании нашего гипотетического исследования, проверяющего эффект статина, мы остановились на контролируемом дизайне, для которого нам потребуются две группы пациентов: получающие непосредственно изучаемое лекарство (экспериментальная группа) и получающие стандартную терапию для сравнения (контрольная группа). Однако тут появляется новая проблема — нужно каким-то образом решать, в какую из этих групп попадет каждый следующий пациент. При этом мы хотим минимизировать влияние на наши результаты всех возможных факторов, кроме изучаемого препарата. Возьмем для примера возраст: если в одну группу мы наберем только молодых пациентов, а во вторую — более взрослых, то сравнивать полученные результаты будет довольно сложно. Ведь весьма проблематично будет отличить эффект лекарства от того, что молодые пациенты лучше отвечают даже на неэффективное лечение.

В качестве решения мы могли бы внимательно оценивать каждого пациента и назначать ему группу таким образом, чтобы не нарушить равенства возрастов в группах, но с увеличением числа факторов и числа пациентов сложность такого распределения возрастает очень быстро, а значит, хорошо было бы придумать какой-то более простой способ.

Для этого нам потребуется рандомизация, то есть случайное распределение пациентов по группам. Принцип рандомизации интуитивно понятен: если мы возьмем однородную, достаточно большую группу пациентов (а выборка пациентов в исследовании должна быть однородной, иначе стоит еще раз задуматься, кого мы исследуем!) и случайным, не связанным с характеристиками пациента, образом разделим ее на две группы, то каждая из групп будет в достаточной степени похожа и на «предшественника», и на вторую группу.

Однако добиться абсолютной случайности может оказаться совсем непросто, а некорректный способ чреват неприятными ошибками. Например, можно попытаться рандомизировать пациентов «по дням», направляя всех пришедших на прием в понедельник в одну группу, а во вторник — в другую. На первый взгляд кажется, что день приема пациента никак не влияет на его состояние. Но после окончания исследования может выясниться, что в понедельник на прием приходили работники соседнего предприятия на профилактический осмотр, и вместо разницы между двумя лекарствами мы изучили разницу между трудоспособным населением и пенсионерами, которые приходили со вторника по пятницу. Совсем не то, что мы хотели!

Чтобы избежать ошибок рандомизации, можно использовать и обычное подбрасывание монетки (орел или решка), но этот метод все-таки «оператор-зависимый» и к тому же не лишен недостатков. Так, на 100 бросков шанс получить ровно 50 «орлов» и 50 «решек» не такой уж и большой (порядка 10 %!), а значит, наши группы будут различаться по числу пациентов, что, конечно, не очень удобно.

пы по исходным параметрам, например сопутствующим заболеваниям или индексу массы тела. Важно также понимать, что рандомизация не спасает, если пациентов слишком мало для нашего исследования — в такой ситуации отдельные «экстремальные» наблюдения будут слишком сильно сдвигать картину относительно общего уровня, как это было в нашей истории про средние зарплату.



РИС. Пирамида доказательности

Чтобы решить эту проблему, можно, например, рандомизировать пациентов в небольшие группы, допустим, 5 — с плацебо и 5 — с препаратом, при этом «заполняя» их полностью и потом «добавляя» к основной группе. То есть, если среди первых 7 пациентов 5 уже попали в группу плацебо, оставшиеся 3 гарантированно получат экспериментальный препарат. В следующей группе методика повторяется, и в итоге мы получим различие в общем числе пациентов между группами не более 5 человек и при этом сохраним достаточный уровень рандомизации, поскольку все еще никак не зависим от характеристик пациента.

Все эти детали делают процесс рандомизации чуть сложнее, чем он кажется на первый взгляд. Поэтому в крупных, а особенно многоцентровых исследованиях, где разные пациенты приходят ко многим исследователям одновременно, обычно используются отдельные компьютерные программы, централизованно создающие «случайность» и определяющие, в какую группу будет распределен конкретный пациент.

Кроме того, с помощью компьютеров можно попытаться реализовать и алгоритмы, «выравнивающие» группы и реализующие то, что мы обсуждали для возраста чуть выше. Впрочем, они все еще достаточно сложны, и классическим вариантом считается именно рандомизация, помогающая получить максимально равномерные груп-

Теперь мы составили две рандомизированные группы, получающие разные препараты. Но все наши усилия по выявлению реального эффекта препарата могут оказаться бессмысленными, если пациент заранее будет знать, в какую группу он попал. Так, у пациента, который знает, что его лечат плацебо, может заметно снизиться комплаентность или он вообще может выйти из исследования. Это уже не говоря о том, что таким образом мы «выключим» эффект плацебо в данной группе, а в экспериментальной он останется, потому что там, с точки зрения пациента, все-таки лечат самым современным препаратом!

Разумеется, это опять повлияет на конечный результат нашей работы. Чтобы избежать этого, в исследованиях используется ослепление. Самый простой вариант — пациента перед включением в исследование предупреждают, что он не будет знать, чем точно он лечится: старым или новым препаратом. Таким образом, мы опять уравновешиваем обе группы, на этот раз в знаниях о своем лечении.

Однако не только знания пациентов могут повлиять на исследование, но и сам исследователь может влиять на результаты лечения умышленно или нет. Поэтому наиболее правильная тактика — «ослепить» и исследователей, которые работают с пациентами, таким образом получается уже «двойное слепое исследование». И даже боль-

ше. Статистик, который будет обрабатывать данные, в идеале тоже не должен знать, какая группа пациентов была экспериментальной, чтобы гарантировать его непредвзятость. И вот мы уже получаем «тройное слепое исследование».

В итоге нашего короткого знакомства с разными деталями дизайна исследований мы наконец можем расшифровать дизайн, с которого и начали — проспективное контролируемое рандомизированное тройное ослепленное. Получается, что в данном исследовании мы будем наблюдать за пациентами в течение некоторого времени, перед этим они будут случайным образом распределены между экспериментальной и контрольной группами, а контрольная группа, скорее всего, будет получать некоторую базовую терапию. При этом ни пациент, ни врач-исследователь, ни биостатистик не будет знать, какой же препарат получал пациент. Такой дизайн считается практически идеальным для подтверждения эффективности новых препаратов и отлично подойдет для нашего исследования со статином.

А теперь поговорим, как же это знание поможет нам грамотнее читать статьи. Как вы могли заметить, все осложнения дизайна вводились с целью уточнить собственные результаты и увеличить свою уверенность в них. А значит, и результатам рандомизированного исследования, которое проводили самостоятельно или о котором узнали из статьи или на конференции, стоит доверять несколько больше, чем ретроспективного наблюдательного исследования. Даже если авторы последнего приложили максимум усилий, шансы на появление в их данных систематической ошибки, к сожалению, заметно выше. Формализуется «качество» результатов разных дизайнов в виде так называемой «пирамиды доказательности».

В основании ее лежат самые простые в «производстве» доказательства — экспертные мнения и разнообразные наблюдательные исследования. Ценность же таких доказательств для принятия клинического решения относительно невелика. А на вершине пирамиды — крайне трудоемкие рандомизированные исследования, с преимуществами которых мы познакомились выше, и метаанализы вместе с систематическими обзорами. Последние являются способом объективной оценки одновременно множества результатов разных исследований и формирования одного ответа на поставленный вопрос. Впрочем, подробнее мы будем рассматривать их в следующих выпусках.

В заключение надо отдельно отметить, что «пирамида» — все же не строгое правило, а, скорее, общее руководство к действию. Конечно, если перед вами ретроспективное исследование с сотнями тысяч включенных пациентов, использовавшее данные тысяч госпиталей в нескольких странах, то вряд ли стоит отказываться от его результатов в пользу рандомизированного исследования, но проведенного всего лишь на нескольких десятках пациентов. Но при прочих равных знание о том, какой дизайн лучше минимизирует ошибки, необходимо для критической оценки любого исследования.

П Р Е П А Р А Т

Синергизм эффектов в одной таблетке – новые акценты в лечении сердечно-сосудистых рисков при гипертензии

Несмотря на то что в отношении понимания механизмов развития артериальной гипертензии (АГ), ассоциированных с ней рисков достигнут серьезный прогресс, контроль артериального давления (АД) в целом в мире признается неадекватным. АГ по-прежнему остается основной причиной сердечно-сосудистой и общей смертности. Одним из наиболее перспективных методов преодоления негативной тенденции в настоящее время признается повышение степени приверженности пациентов к лечению. Реальным механизмом его реализации может стать широкое использование фиксированных комбинаций (ФК) препаратов с доказанной эффективностью.

ЭФФЕКТ «ДОМИНО» – КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСКИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ

В 2015 г. число больных с АГ в мире составляло 1,13 млрд, что соответствует 30–45 % взрослого населения. Установлено, что к 2025 г. эта цифра увеличится на 15–20 %, достигнув почти 1,5 млрд человек. Гипертензия чаще встречается в пожилом возрасте, ее распространенность у лиц старше 60 лет составляет > 60 %. Согласно расчетным статистическим данным, повышенное АД в 2015 г. привело к почти 10 млн смертей в мире.

АГ редко возникает изолированно, она обычно ассоциирована с другими факторами сердечно-сосудистых рисков, такими как дислипидемия и нарушение толерантности к глюкозе. Сочетание АГ и метаболических факторов риска оказывает потенцирующее действие на развитие так называемого «эффекта домино» — каскада кардиоваскулярных заболеваний, таких как инфаркт миокарда, инсульт, ретинопатия, поражение почек, сексуальная дисфункция.

Российские данные (многоцентровое наблюдательное исследование «ЭССЕ-РФ») показывают, что каждый второй житель нашей страны (44 %) в возрасте 25–64 года имеет повышенное АД. При этом только 73 % от общего числа пациентов с АГ знают о наличии у себя такой проблемы, 51 % постоянно принимают антигипертензивные препараты и лишь 23 % поддерживают АД на целевом уровне.

РОЛЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО АД

Одним из значимых факторов неудовлетворительного контроля АД является низкая приверженность пациентов терапии, которая объясняется рядом причин. Наиболее актуальная из них — недостаточное внимание пациентов к своему здоровью и нежелание постоянно принимать большое число лекарственных препаратов.

Так, в исследовании 2014 г. было показано, что с увеличением числа антигипертензивных препаратов в геометрической прогрессии снижается соблюдение режима назначенной терапии: 1 антигипертензивный препарат правильно способны принимать практически все пациенты, 2 препарата — только 84,6 %, 3 — 70,6 %, 4 — 60,9 %, 5 — 58,3 %; 6 — только 44,4 %, и, наконец, при приеме 7 препаратов для снижения АД эта схема четко не соблюдается уже никогда. Между тем назначение 2–4 препаратов одному пациенту — самая распространенная практика лечения АГ во всем мире, особенно в рамках современной концепции «ужесточения» целевых показателей уровня АД и липидов. Американская коллегия кардиологов и Американская ассоциация по проблемам сердца в 2017 г. обновили клинические реко-

КАТЕГОРИИ АД У ВЗРОСЛЫХ

КАТЕГОРИЯ АД	СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (мм рт. ст.)		ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (мм рт. ст.)
Нормальное	< 120	и	< 80
Повышенное	120–129	и	< 80
Гипертензия, степень 1	130–139	или	80–89
Гипертензия, степень 2	> 140	или	> 90
Гипертонический криз	> 180	и/или	> 120

мендации по лечению пациентов с артериальной гипертензией: уровень систолического артериального давления 130–139 мм рт. ст. и/или диастолического 80–89 мм рт. ст. теперь классифицируется как АГ 1 степени.

В обновленных Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ 2018 г. таких кардинальных изменений не произошло, но раздел по улучшению приверженности лечению подвергся существенному редактированию. На международном уровне зафиксировано положение о том, что несоблюдение режима приема препаратов пациентами является одной из самых частых причин недостижения целевых показателей АД. Доказанным фактом признается зависимость между низкой приверженностью антигипертензивной терапии и повышением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Последними Европейскими рекомендациями по диагностике и лечению АГ определены возможности улучшения приверженности принимаемым антигипертензивным препаратам на различных уровнях: уровень врача, уровень пациента, уровень назначаемых лекарств, уровень системы здравоохранения. Упрощение режима терапии с использованием фиксированных комбинаций является одним из стратегических механизмов улучшения приверженности лечению на уровне врача и уровне назначаемой фармакотерапии.

Стремление повысить приверженность лечению легло в основу четко сформулированного алгоритма антигипертензивной терапии у пациентов с неосложненной АГ. Уже на 1-м и 2-м этапах лечения предлагается назначать комбинацию препаратов, включающую ингибитор АПФ (иАПФ)

или блокатор рецепторов к ангиотензину (БРА) II с тиазидным диуретиком или антагонистом кальция (АК). При этом делается акцент на максимальном упрощении режима приема препаратов, что обеспечивается введением в схему лечения фиксированных комбинаций, позволяющих назначить пациенту всего одну таблетку вместо двух-трех.

КОНЦЕПЦИЯ «ПОЛИПИЛЮЛИ»

Подобные комбинированные препараты в последнее время широко обсуждаются и даже получили название «полипилюля» (polypill). В 2003 г. N.J. Wald и M.R. Low провели метаанализ и пришли к выводу, что использование «полипилюли» у всех лиц старше 55 лет способно снизить сердечно-сосудистую заболеваемость на 80 %. Именно с этого метаанализа началось формирование концепции «полипилюли» в первичной профилактике ССЗ. В последующем метаанализе 15 исследований, включавших суммарно более 32 тыс. пациентов, в котором проводилось сравнение применения ФК с комбинацией тех же компонентов в виде отдельных препаратов, была отмечена большая приверженность пациентов к антигипертензивной терапии при использовании ФК-препаратов.

Эффективность одновременного воздействия на уровень АД и дислипидемию была подтверждена в исследовании ASCOT-LLA. Есть данные, что добавление статина в свою очередь усиливает эффективность проводимой антигипертензивной терапии.

Приверженность гипохолестеринемической терапии традиционно считается наиболее проблемной. Так, исследование, проведенное методом телефонного опроса 730 пациентов, которые на протяжении последних 8 лет должны были получать статины, показало, что 61 % из них либо нерегулярно принимали препараты, либо делали перерывы в лечении, либо давно прекратили прием статинов. Среди причин у пациентов, отмечавших периодические пропуски в приеме лекарств, на первом месте (9 %) оказалась забывчивость. Подобные данные легли в основу концепции включения статинов в фиксированные комбинации, которые обеспечивают «автоматический» прием ги-





полипидемического средства наряду с антигипертензивным.

Немаловажное значение имеет и фармакоэкономический аспект применения «полипилюли». Анализ, проведенный на более чем 1500 кардиологических больных г. Москвы, показал, что отсутствие преемственности между назначениями, сделанными кардиологами и терапевтами («разбивка» фиксированных комбинаций на составляющие, отмена «лишних» препаратов после вновь проведенной консультации), приводит к повышению стоимости лечения почти в 2 раза: с 9824 руб. на пациента за полгода при сохранении схемы до 17299 руб. на пациента за полгода при отмене или изменении схемы лечения. Поэтому применение фиксированных комбинаций с их преемственной заменой при недостижении целевых цифр АД является наиболее клинически и экономически обоснованным.

ЭКВАМЕР®: ОДНА ТАБЛЕТКА — ДВЕ ЦЕЛИ

Принцип «полипилюли» реализован в препарате Эквамер®, который является фиксированной комбинацией препаратов лизиноприл, амлодипин и розувастатин с возможностью индивидуального подбора дозы.

Амлодипин — один из наиболее эффективных и хорошо изученных с точки зрения

доказательной медицины дигидропиридиновых антагонистов кальция. Амлодипин относится к АК III поколения, отличается максимальным среди прочих АК периодом полувыведения (35–52 ч), плавным нарастанием и снижением концентрации в плазме, высокой антигипертензивной эффективностью, наличием антиатерогенного действия, доказанным антиишемическим эффектом. В ряде крупнейших исследований (ASCOT, ACCOMPLISH), в которых изучалась эффективность комбинации ингибитора АПФ и АК, использовался амлодипин.

других ингибиторов АПФ. Активность лизиноприла не зависит от функции печени, что делает его препаратом выбора у пациентов с широко распространенной неалкогольной жировой болезнью печени и другими заболеваниями печени. В крупнейшем исследовании ALLHAT (более 42 тыс. пациентов с АГ высокого риска) лизиноприл снижал не только уровень АД, но и риск развития тяжелых осложнений (смерть, мозговой инсульт, инфаркт миокарда), новых случаев сахарного диабета и оказался эффективнее амлодипина в отношении про-

стенки медленно обменивающейся фракции холестерина. Современные исследования с визуализацией морфологических изменений сосудистой стенки с помощью внутрисосудистого ультразвукового сканирования в испытаниях METEOR, ORION и ASTEROID и др. подтверждают реальные возможности регресса атеросклероза в результате использования статинов, в частности розувастатина.

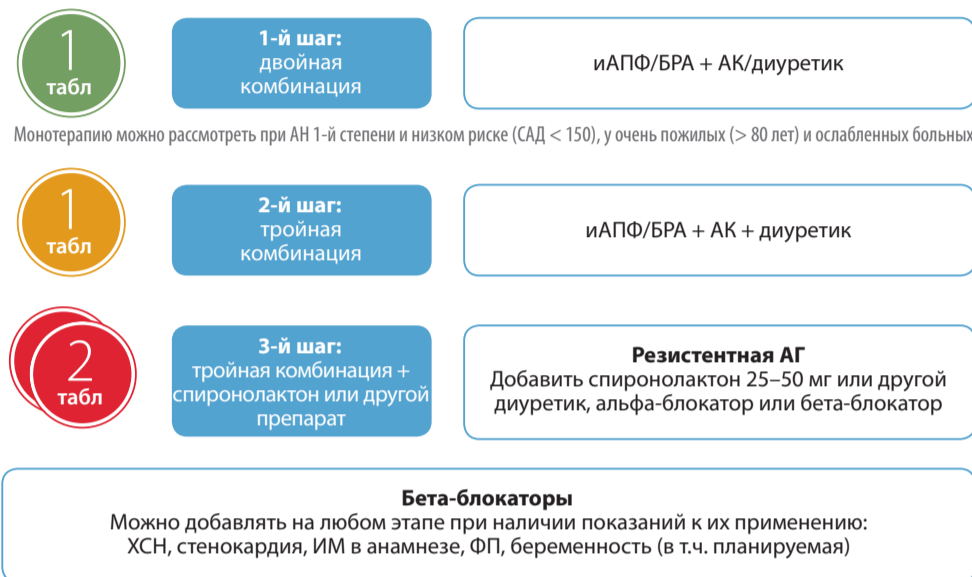
Эффекты применения препарата Эквамер® оценивались в целом ряде клинических исследований, первым из которых было российское исследование ТРИУМВИРАТ в условиях реальной амбулаторной практики в 31 регионе Российской Федерации у 1165 пациентов с АГ и дислипидемией. На фоне смены предшествующей терапии с отдельным назначением препаратов за 3 месяца наблюдения произошло достоверное снижение не только уровня систолического и диастолического АД (на 35 и 17 мм рт. ст. соответственно), но и уровня общего холестерина (на 34 %) и ЛПНП (на 50 %). Был сделан вывод о том, что ФК препарат Эквамер® может эффективно использоваться уже на первом этапе подбора лечения пациентам с АГ, имеющим сопутствующую дислипидемию.

Таким образом, перевод больных с многокомпонентных антигипертензивных и гиполлипидемических схем терапии на фиксированную комбинацию лизиноприл+амлодипин+розувастатин (препарат Эквамер®) позволяет обеспечить более высокую степень приверженности пациентов к лечению и тем самым гарантировать лучший контроль АД и предупреждение развития сердечно-сосудистых рисков.

Проф. Дмитрий Напалков,
Ирина Фомичева

Список литературы находится в редакции

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ АГ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ESC 2018 Г.



Монотерапию можно рассмотреть при АН 1-й степени и низком риске (САД < 150), у очень пожилых (> 80 лет) и ослабленных больных

В качестве ингибитора АПФ в состав препарата Эквамер® входит лизиноприл, который является активным лекарственным веществом, не подвергающимся метаболизму в организме, в отличие от большинства

филактики развития хронической сердечной недостаточности. Есть основания полагать, что введение розувастатина в комбинацию амлодипина с лизиноприлом может ускорить выведение из сосудистой

ЭКВАМЕР®

АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день
УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!

Эквамер® – единственная тройная фиксированная комбинация для комплексной терапии пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией^{1,2}



5 + 10 + 10 мг №30

5 + 10 + 20 мг №30

10 + 20 + 10 мг №30

10 + 20 + 20 мг №30



ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- Суточный контроль артериального давления и холестерина²⁻⁴
- Благоприятный профиль безопасности⁴
- Увеличение приверженности к терапии благодаря однократному приему⁵

1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS>
2. См. инструкцию по медицинскому применению препарата Эквамер®.
3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10–15.
4. Карпов Ю.А. ПМЖ. 2015; 27: 1581–83.
5. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2194.

ГЕДЕОН РИХТЕР

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»

Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д.8
Тел.: +7(495) 987-18-80, e-mail: GRFarma@g-richter.ru

КОСМОС ВНУТРИ НАС

«Человечество не останется вечно на Земле, но в погоне за светом и пространством сначала робко проникнет за пределы атмосферы, а затем завоюет себе все околосолнечное пространство», – сказал К.Э. Циолковский

Да, а человеческий организм – это еще свой космос. И если раньше могли его изучать только на органном уровне, то теперь мы можем изучить все до мельчайших генов

Ребята, смотрите! Падающая звезда с новым интересным клиническим случаем!

Пациент С., 47 лет, поступил в отделение терапии с жалобами на:

- общую слабость;
- головную боль;
- нарушение речи;
- эпизоды головокружения;
- нарушение фокусировки и выпадение боковых полей зрения на левом глазу;
- двустороннее снижение слуха;
- приступы учащенного сердцебиения – до 120/мин при изменении положения тела и физической нагрузке.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в 1971 году. В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Образование: высшее, научный сотрудник института. Вредные привычки: отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Семейный анамнез не отягощен: отец – в анамнезе ГБ, ИМ, ОНМК, протезирование аортального клапана; мать – 80 лет, гонартроз. В течение жизни активные занятия спортом (бег, велосипед, беговые лыжи до 100 км/день).

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

В сознании, ориентирован. Эмоционально лабилен. Дизартрия. Глазные щели, зрачки OD = OS. Нистагма нет. Лицо симметричное. Неустойчивость в позе Ромберга. Мышечный тонус повышен в шейном и грудном отделах позвоночника. Чувствительность сохранена. Патологических рефлексов нет.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние: средней тяжести. Рост: 197 см. Вес: 85 кг. ИМТ: 21,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые: обычного цвета и влажности, чистые, отеков нет. Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД в мин: 16. SpO₂: 99%. Аускультация сердца: тоны ясные, шумы не выслушиваются. ЧСС: 112 уд/мин. АД на правой и левой руке: 150 и 100 мм рт. ст. Печень и селезенка: не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области: отрицательный.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Hb – 153 г/л, RBC – 5,12 10¹²/л, PLT – 279 10⁹/л, WBC – 7,9 10⁹/л, СОЭ – 3 мм/ч.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Общий белок – 69,2 г/л, альбумин – 43,9 г/л, билирубин общий – 13,2 мкмоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, К⁺ – 5,8 ммоль/л, Na⁺ – 145 ммоль/л, мочевая кислота – 258 мкмоль/л, креатинин – 108,2 мкмоль/л, АСТ – 23 ед/л, АЛТ – 23 ед/л, КФК – 51 ед/л, ОХС – 3 ммоль/л, ТГ – 1,31 ммоль/л, ЛПОНП – 0,6 ммоль/л.

КОАГУЛОГРАММА

ПИ – 102%, АЧТВ – 0,93, тромбиновое время – 21,7 с, фибриноген – 2,76 г/л.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

Реакция pH: 6,5, удельный вес: 1014, белка, лейкоцитов, глюкозы, бактерий нет.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

- Исключение сердечно-сосудистых причин инсульта.
- Общий и иммунологический анализы крови.
- Генетическое тестирование.



*Гемипарез справа на лице, лагофтальм справа, легкая дисфагия, правосторонний гемипарез до 4б, легкий статокINETический тремор левой руки. Выписан с частичным регрессом неврологической симптоматики.

ЭКГ

Ритм синусовый, правильный, ЧСС – 58 уд./мин. ЭОС – нормальное положение, PQ – 136 мс, QRS – 98 мс, QT/QTc – 412/408 мс. Признаков гипертрофии и ишемии миокарда не выявлено.

ХМ-ЭКГ

В течение 48 ч регистрировался синусовый ритм со среднесуточной ЧСС 54 уд./мин; максимальная ЧСС – 148 уд./мин, минимальная – 38 уд./мин. Средняя ЧСС днем – 59 уд./мин, ночью – 47 уд./мин. Зарегистрировано 25 ЖЭС, 1 эпизод ЖТ, а также 74 НЖЭС, 1 эпизод НЖТ. Пауз более 2 секунд не зафиксировано. Сегмент ST-T: без динамики.

ЭХО-КГ

КДР – 5,0 см, КДО – 112 мл, МЖП – 1,0 см, ЗС – 1,0 см, в левом желудочке определяются две дополнительные хорды, которые крепятся к Н/З МЖП и на границе СР/З и Н/З МЖП. ФВ = 66%. Е/А – 1,35. ПЖ – 2,3 см, толщина – 0,3 см. ЛП – 56 мл. ПП – 47 мл. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более чем на 30%. МК: не изменен, Рмакс – 2,7 мм рт. ст., МР: нет. АК: не изменен, Рмакс – 9,1 мм рт. ст., АР: нет. Признаков легочной гипертензии и регургитации нет. Диаметр корня аорты – 3,5 см. Стенки аорты умеренно уплотнены. Жидкости в полости перикарда нет.

А продолжение истории с падающей звезды в следующем номере!

Подготовили Анастасия Соколова, Наталья Морина