



Ассоциированные кардиологические состояния

24-25 июня в г. Полтаве, при поддержке национальной фармацевтической компании «Фармак» проходил украинско-российско-шведский научно-практический симпозиум «Ассоциированные кардиологические состояния». Именитых гостей, приглашенных для участия в мероприятии, гостеприимно принимала Украинская медицинская стоматологическая академия. Символично, что событие состоялось накануне 300-летия со дня Полтавской битвы. В ходе нынешней трехсторонней встречи гости не раз с интересом обращались к общим страницам истории, но оказались единодушны во мнении, что в медицине нет границ, а борьба ведется на благо достижения общей цели – здоровья пациентов.

В этом году в работе международного симпозиума приняли участие более 300 кардиологов и терапевтов. В ходе мероприятия были представлены последние достижения в области кардиологии и терапии, а также поднимались актуальные вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.



Специально для участия в симпозиуме был приглашен профессор **Питер Нильсон (г. Мальме, Швеция)**. Он представил подходы к лечению артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

– На сегодня существует несколько определений МС, однако ни одно из них в полной мере не отражает четких дифференциальных критериев этого многофакторного симптомокомплекса. Иногда возникает сомнение в том, что этой патологии можно дать точное определение. По мнению экспертов IDF, главным патогенетическим фактором формирования МС является абдоминальное ожирение. Эта точка зрения вызвала немало дискуссий со стороны группы ученых, считающих главной причиной МС инсулинорезистентность (ИР). В то же время важно учитывать, что ожирение само по себе может обуславливать развитие ИР.

Считается, что ИР, хроническое системное воспаление, эндотелиальная дисфункция и, наконец, повышение уровня пульсового давления в конечном итоге приводят к довольно раннему «старению» сосудов (EVA-syndrome – Early Vascular Ageing) и атеросклеротическим изменениям в них. В таких условиях риск развития острых коронарных синдромов, инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и деменции, поражения других органов-мишеней возрастает в несколько раз. Наконец, при МС в 3,77 раза увеличивается риск смерти от коронарного атеросклероза, в 3,55 раза – риск кардиоваскулярной смерти, в 2,45 раза повышается общая смертность (Н.-М. Lakka et al., 2002). Пациенты с МС нуждаются в интенсивной терапии, направленной на устранение модифицируемых факторов риска. Среди основных подходов к лечению пациентов с МС выделяют:

- коррекцию пищевого рациона и изменение образа жизни, повышение уровня двигательной активности (DPS, 2002; DPP, 2002);

- прием метформина с целью профилактики возникновения новых случаев сахарного диабета (СД) 2 типа (DPP, 2002), предупреждения осложнений уже развившегося заболевания у лиц

с избыточной массой тела и ожирением (UKPDS, 1998);

- проведение антигипертензивной терапии.

Многолетние наблюдения позволили установить патогенетическую связь между ИР и возникновением АГ и объединить эти состояния под общим понятием МС. При ведении пациентов с АГ и МС необходимо учитывать такую особенность: назначая средства антигипертензивной терапии, следует выбирать метаболически нейтральные препараты. Так, в работе G. Mancía и соавт. (2006) было показано, что применение классических β-блокаторов, высоких доз тиазидных и тиазидоподобных диуретиков как в режиме монотерапии, так и в комбинации существенно повышает риск развития новых случаев СД. В то же время следует не забывать, что β-блокаторы – весьма

считают снижение уровня АД. При этом согласно рекомендациям ESH-ESC по лечению АГ (2007) необходимо достигать целевых его значений.

Между уровнем смертности и величиной АД существует прямая зависимость: начиная со 115 мм рт. ст. увеличение систолического АД на каждые 20 мм рт. ст. сопровождается ростом риска фатальных кардио- и цереброваскулярных осложнений почти в 2 раза. Подобная зависимость была отмечена и для уровня диастолического АД: начиная с 75 мм рт. ст. увеличение диастолического АД на 10 мм рт. ст. сопровождается повышением в 2 раза риска фатальных кардио- и цереброваскулярных осложнений. В исследованиях HOPE, PROGRESS целевых значений АД удалось достичь благодаря применению у пациентов ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Тем не менее невозможно однозначно определить, за счет чего улучшалась выживаемость – благодаря использованию препаратов этого класса или в результате снижения уровня АД до целевых значений.

Результаты сравнительных исследований эффективности антигипертензивных



разнородный класс препаратов и некоторые из них, например, могут эффективно и безопасно применяться у больных с МС.

В настоящее время принято считать, что использование фиксированных комбинаций позволяет достичь лучшего антигипертензивного эффекта, в связи с чем является более предпочтительным.



Современным представлением о лечении АГ у пациентов высокого риска также было посвящено выступление **заведующего отделом симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко.**

– Реализуя ту или иную терапевтическую стратегию, всегда следует помнить, что конечной целью лечения больных АГ, к достижению которой необходимо стремиться, является максимально возможное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

На практике основной и, как правило, единственной задачей клиницисты



препаратов первого ряда позволяют заключить, что представители всех классов в целом в равной степени снижают уровень АД при использовании их в эквивалентных дозах. С другой стороны, каждый класс препаратов имеет некоторые особенности во влиянии на различные конечные точки. Так, на фоне терапии антагонистами кальция (АК) риск развития сердечной недостаточности (СН) и ИМ несколько выше, чем на фоне лечения другими антигипертензивными средствами. Вместе с тем эти препараты в несколько большей степени по сравнению с остальными уменьшают риск мозгового инсульта, что было подтверждено в ряде метаанализов (L. Opie et al., 2002; J. Staesssen, Wang Ji-Guang et al., 2002).

В метаанализе W.J. Elliot и соавт. (2009) было показано, что диуретики в снижении риска инсульта являются наиболее эффективными средствами, а в уменьшении частоты кардиоваскулярных катастроф уступают только ИАПФ. В большом числе случаев достичь целевого уровня АД без применения препаратов этого класса – достаточно непростая задача.

При проведении антигипертензивной терапии важное значение имеет как можно более раннее получение ответа и достижение целевых значений АД. Результаты исследования VALUE продемонстрировали, что только при быстром ответе на терапию отмечается достоверное снижение частоты фатальных и нефатальных кардиальных осложнений, ИМ, инсультов, госпитализаций по поводу прогрессирования СН, уменьшение показателя общей смертности (M.A. Weber et al., 2004).

По данным Фремингемского исследования, АГ в большинстве случаев ассоциируется с другими факторами риска. В связи с этим всем пациентам высокого риска необходимо параллельно с назначением антигипертензивной терапии проводить профилактику атеротромботических осложнений антиагрегантами и статинами.



О том, насколько важно подобрать адекватный режим диуретической терапии при лечении ХСН, рассказал доцент кафедры госпитальной терапии № 1 Московского государственного медико-стоматологического университета, кандидат медицинских наук **Виталий Лукич Хоменко (Россия).**

– ХСН страдает 1% населения земного шара. Смертность больных с ХСН в 4-8 раз выше, чем в общей популяции. 60% мужчин и 45% женщин с этой патологией умирают в течение 5 лет после ее возникновения. Затраты на лечение ХСН составляют приблизительно 2% всех затрат на здравоохранение.

Дегидратационная терапия представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных с ХСН. Лечение диуретиками следует начинать лишь

при клинических признаках отеочного синдрома (IIA стадия, II ФК по NYHA). Необходимо помнить, что в появлении отеков задействованы сложные нейрогормональные механизмы, и нерациональная дегидратация вызывает лишь побочные эффекты и «рикошетную» задержку жидкости. Применение диуретических препаратов должно быть обоснованным; эти средства необходимо обязательно сочетать с нейрогормональными модуляторами, такими как ИАПФ и антагонисты альдостерона. При правильном использовании диуретики позволяют уменьшить частоту госпитализаций, однако они не замедляют прогрессирование ХСН и не улучшают прогноз пациентов. Нерациональная терапия диуретиками

(например, в режиме «ударных» доз 1 раз в 3-7 дней) может впоследствии усугубить состояние пациентов. Лечение следует начинать с применения слабых диуретиков (гидрохлортиазид) с последующим переходом в случае необходимости на более сильные (торасемид).

Потребность в назначении диуретиков определяется функциональным классом ХСН:

I ФК и II ФК (без отеков) – не требуются назначения диуретика;

II ФК (с явлениями отечного синдрома) – тиазидные диуретики;

III ФК (декомпенсация) – петлевые (тиазидные) диуретики и антагонисты альдостерона;

III ФК (поддерживающая терапия) – тиазидные (петлевые) диуретики и антагонисты альдостерона (низкие дозы);

IV ФК – петлевые, тиазидные диуретики, антагонисты альдостерона, ингибиторы карбоангидразы в комбинациях.

В настоящее время наиболее эффективным из современных петлевых диуретиков является торасемид. В отличие от фуросемида он в меньшей степени вызывает гипокалиемию. При этом препарат проявляет большую активность и обладает более продолжительным действием. По данным D. Brater (2000), торасемид достоверно снижает сердечно-сосудистую и общую смертность на 53% ($p < 0,013$) и на 41% ($p < 0,053$) соответственно. Недавно на фармацевтическом рынке Украины появился отечественный торасемид – Торсид (ОАО «Фармак»).



Тему комбинированной антигипертензивной терапии ассоциированных кардиологических состояний затронул академик АМН Украины, ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Георгий Дмитриевич Дзяк**.

– Результаты завершившихся в последние годы исследований продемонстрировали, что только жесткий контроль АД способствует снижению частоты сердечно-сосудистых осложнений – ИМ, СН и мозгового инсульта – у пациентов с АГ. Однако чтобы повлиять на частоту кардиоваскулярных осложнений и кардиальной смерти, недостаточно просто снизить уровень АД – необходимо достигнуть его целевых значений, что в реальной клинической практике не всегда возможно. Целевым для всех пациентов высокого риска является диапазон от 120/80 до 130/80 мм рт. ст., у больных с поражением органов-мишеней следует стремиться к снижению АД < 130/80 мм рт. ст. адекватными темпами при условии хорошей переносимости.

В последнее время появились сообщения о том, что монотерапия эффективна только у 30-50% пациентов с АГ I и II степени, а при поражении органов-мишеней и СД – только в единичных случаях. По данным Ю.Б. Белоусова (2004), лишь 33% больных с АГ отвечают на лечение в режиме монотерапии, 55% для достижения целевого уровня давления требуется назначение комбинации препаратов. По мнению В. Dahlov (2007), назначение комбинации препаратов следует рассматривать в качестве терапии первой линии, поскольку в большинстве случаев лечение заканчивается именно комбинированной терапией.

Опыт проведения тромболитической терапии пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) поделился **заместитель главного врача по кардиологии Одесской городской клинической больницы № 3, член Европейского общества**



кардиологов, кандидат медицинских наук Борис Иванович Голобородко.

– Основной задачей лечения больного с острым инфарктом миокарда (ОИМ) является немедленное проведение реперфузионной терапии. На сегодняшний день есть два метода восстановления коронарного кровообращения у больных с ОИМ: фармакологический (тромболитическая терапия) и механический (чрескожное коронарное вмешательство – ЧКВ). Показания и выбор метода реваскуляризации определяются возможностями клиники и характером поражения коронарных артерий по данным коронароангиографии.

Пути сокращения времени от начала ИМ до проведения ТЛТ или коронарной интервенции прежде всего носят организационный характер: широкое медицинское просвещение населения с целью уменьшения времени до обращения за помощью; использование догоспитального тромболитика, незамедлительное проведение ТЛТ сразу после госпитализации и подтверждения диагноза; использование чрескожной коронарной ангиопластики и др. Своевременность обращения и госпитализации пациента является важнейшим фактором, определяющим успех тромболитической терапии. Количество спасенных жизней уменьшается прямо пропорционально увеличению показателя времени доставки пациента в специализированный стационар. И не имеет значения, какой именно тромболитик будет введен пациенту, главное – суметь максимально сократить время и благодаря этому спасти жизнь больного.



О роли статинов в профилактике и лечении атеротромбоза рассказал заведующий отделом клинической фармакологии Института терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Юрий Степанович Рудык.

– По статистическим подсчетам ВОЗ, атеротромбоз является ведущей причиной смерти во всем мире. Результаты эпидемиологического исследования REACH показали, что наиболее распространенными факторами риска его возникновения являются АГ, гиперхолестеринемия, СД.

В этом исследовании приняли участие более чем 70 тыс. пациентов из разных стран и континентов, в том числе представители восточноевропейской популяции. Как ни печально, именно в восточноевропейском регионе количество пациентов, не достигших целевых уровней АД и холестерина, было самым значительным, что может свидетельствовать о неадекватности проводимой антигипертензивной и гиполипидемической терапии. Распространенность сердечно-сосудистых осложнений и кардиоваскулярной смертности оказалась самой высокой также в этой популяции.

По данным 2007 г., количество пациентов с АГ в Украине составило 11 млн, больных ИБС – 8 млн (Ю.Н. Сиренко, 2009). Действенным подходом к предупреждению прогрессирования атеросклероза и развития его осложнений является статинотерапия.


Результаты исследования рынка, проведенного компанией «Фармстандарт», показали, что абсолютное количество

НАША СПРАВКА

Полтавская битва – крупнейшее сражение Северной войны между войсками русской армии под командованием Петра I и шведской армией Карла XII – состоялась 27 июня 1709 г. Решающая победа русских войск привела к перелому в Северной войне в пользу России и положила конец господству Швеции как главной военной силы в Европе.

Полтавская битва оказала огромное влияние и на международные дела. Она в корне изменила расстановку сил в Северной войне, что позволило Петру I восстановить (а затем и расширить) Северный союз.

В историческом аспекте Полтавскую битву и по сегодняшний день окружает множество легенд и загадок. До сих пор нет однозначной оценки действий основных украинских политических фигур того времени.



проданных в 2008 г. в Украине упаковок статинов – чуть более 1 млн. Не нужно проводить сложных арифметических подсчетов, чтобы представить, насколько охвачены статинотерапией те кардиологические больные, которым она показана. Их – не более 1% от общего числа. Очевидно, частота назначений этой группы препаратов целевым группам пациентов в Украине остается крайне низкой. И это несмотря на обширную доказательную базу, подтверждающую эффективность статинов во вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Каким образом на сегодняшний день в Украине можно повысить уровень назначения этих препаратов и способствовать приверженности к статинотерапии? На мой взгляд, оптимальным по фармакоэкономическим соображениям представляется применение статинов отечественного производства, одним из которых является Аторвакор.



Профессор Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук Иван Петрович Катеренчук посвятил свой доклад значению β-адреноблокаторов в терапии паци-

ентов с ассоциированными кардиологическими состояниями и как один из организаторов мероприятия выразил свое отношение к проводимому международному научно-практическому симпозиуму.

– В настоящее время установлено, что у 50% пациентов с АГ обнаруживаются различные формы ИБС, а в 70% случаев течение этого заболевания осложняется СН. У таких больных β-блокада имеет первостепенное значение. Результаты метаанализа свидетельствуют о том, что ранняя терапия β-адреноблокаторами больных, перенесших ИМ, позволяет снизить общую 7-дневную смертность на 14%, частоту реинфарктов – на 18%, частоту асистолии и фибрилляции желудочков – на 15%.

У пациентов с признаками ХСН β-блокада обеспечивает снижение кальциевой перегрузки кардиомиоцитов, нормализацию

нейрогуморального профиля, антиангинальное, антиаритмическое и антиагрегационное действие, а также способствует уменьшению гипертрофии миокарда. β-Адреноблокаторы следует применять в терапии больных ХСН с преобладанием симпатoadrenalной активности до начала лечения, при нормальных или повышенных показателях АД, ЧСС. Стоит учитывать, что эти препараты показаны для длительной терапии ХСН.

Доказанной в крупнейших мировых исследованиях эффективностью характеризуется бисопролол. Это высокоселективный β-адреноблокатор с уникальными липо- и гидрофильными свойствами, длительным периодом полувыведения и хорошей переносимостью.

Масштабные форумы с международным участием, в рамках которых выступают ведущие специалисты из Украины, России и дальнего зарубежья, всегда вызывают значительный интерес со стороны практикующих врачей. В этой связи приятно отметить, что в украинско-российско-шведском научно-практическом симпозиуме смогли принять участие большое количество практикующих кардиологов и терапевтов. Это стало возможным благодаря поддержке компании «Фармак», которая выделяется своим особым подходом к организации работы с врачами: наиболее пристальное внимание уделяется именно обеспечению возможности специалистов ознакомиться с последними научными достижениями в своей профильной области посредством участия в авторитетных научно-практических мероприятиях. Все участники данного симпозиума – практикующие врачи, ученые, гости из ближнего и дальнего зарубежья – увезли с собой не только новые знания, но и множество приятных впечатлений от общения с коллегами. И, конечно же, всем им запомнилась возможность прикоснуться к частичке нашей общей истории.

Подготовили **Оксана Спивак, Алена Бугаева**



Фармак®

www.farmak.ua