

ЛИДЕР МНЕНИЯ



А.Н. Пархоменко

О наиболее актуальных вопросах в области ведения пациентов с острыми сердечно-сосудистыми событиями наш корреспондент беседовала с членом-корреспондентом НАМН Украины, научным руководителем отдела реанимации и интенсивной терапии Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктором медицинских наук, профессором Александром Николаевичем Пархоменко.



Насколько изменилась за последние годы тактика оказания неотложной кардиологической помощи и какие вопросы в этой области обсуждаются международной кардиологической общественностью как наиболее актуальные?

— Если говорить о синдроме острой сердечной недостаточности, то тактика оказания помощи таким пациентам за последнее десятилетие практически не претерпела изменений. Совершенно иная ситуация наблюдается в области лечения острого коронарного синдрома (ОКС), где на протяжении относительно короткого промежутка времени в нескольких исследованиях с использованием современных препаратов различных групп были получены революционные результаты в отношении улучшения прогноза больных и повышения безопасности лечения. Речь идет не только о тромболитических и антиагрегационных препаратах, но и об ингибиторах ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) / сартанах, β-адреноблокаторах, антагонистах альдостерона, статинах, применение которых на ранних этапах развития ОКС способствует предотвращению осложнений и улучшению не только ближайших, но и отдаленных исходов заболевания. Результаты этих исследований способствовали значительному усовершенствованию оказания помощи при ОКС, определению оптимальных доз и сроков применения вышеперечисленных лекарственных средств.

В целом тактика оказания ургентной медицинской помощи при ОКС приобрела более агрессивный характер на всех этапах лечения и в настоящее время направлена на максимальное сокращение длительности и объема ишемического повреждения миокарда. Так, на ранней стадии развития ОКС на сегодня оптимальной стратегией лечения считается как можно более быстрое открытие инфарктзависимой артерии любым доступным способом — с помощью тромболитической терапии или чрескожного коронарного вмешательства. Ярким примером повышения агрессивности лечения пациентов с ОКС является введение в качестве стандарта лечения двойной антиагрегационной терапии с использованием низких доз ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля. Разработка низкомолекулярных

Неотложная кардиология в Украине сегодня: главное — не упустить время

Неотложная кардиология — одна из наиболее сложных сфер медицины. Жизнь пациента с обострением сердечно-сосудистого заболевания, нуждающегося в ургентной кардиологической помощи, напрямую зависит от уровня знаний и квалификации специалистов, которые будут вести его на первых этапах развития события.

гепаринов и пентасакарида фондапаринукса позволила увеличить сроки проведения антикоагулянтной терапии при ОКС, не снижая безопасности лечения. При этом осуществление стентирования или аортокоронарного шунтирования не означает отсутствия необходимости в интенсивной медикаментозной терапии как на этапе выполнения вмешательства, так и на протяжении многих лет после его проведения.

Актуальными вопросами в области лечения ОКС являются, в частности, организация максимально быстрого оказания помощи пациенту, повышение безопасности антикоагулянтной терапии, использование эффективных маркеров повреждения миокарда при ОКС без подъема сегмента ST для оценки прогноза и определения дальнейшей тактики ведения. Так, на последнем конгрессе Европейского общества кардиологов, который состоялся в г. Париже (Франция) в 2011 г., были приняты рекомендации по ведению пациентов с ОКС без подъема ST, согласно которым важным критерием целесообразности направления больного в катетеризационную лабораторию является регистрация повышения уровня сердечного тропонина.

Сегодня вновь обсуждается вопрос о предпочтительной тактике при установке стентов у пациентов с ОКС. Согласно современным рекомендациям таким пациентам следует осуществлять целевое стентирование инфарктзависимой артерии, однако недавно в журнале JAMA были опубликованы результаты исследования, которые продемонстрировали четкую зависимость 5-летней выживаемости таких больных от количества остаточных стенозов.



Чем обусловлена необходимость интенсивного медикаментозного лечения ОКС, в том числе у пациентов, которым проведено стентирование?

— Для того чтобы ответить на этот вопрос, необходимо понимать, что обострение ишемической болезни сердца и дестабилизация атеросклеротической бляшки, ставшая причиной окклюзии коронарной артерии, — системный, а не локальный процесс. Яркой иллюстрацией этого утверждения являются результаты программы PROSPECT, в ходе которой на протяжении 3 лет оценивали состояние атеросклеротических бляшек различными методами у пациентов, перенесших ОКС. За данный период времени частота дестабилизации бляшек в зоне инфаркта миокарда (ИМ) и других зонах оказалась сопоставимой — 12%. При развитии сердечно-сосудистого события, как правило, дестабилизируется не одна бляшка, а несколько, в том числе те, которые не визуализируются при проведении коронарографии. Последние работы с использованием внутрисосудистого ультразвукового исследования показали, что эксцентрические бляшки, которые визуально не суживают просвет сосуда, являются причиной перекрытия артерии во время спазма, обусловленного резкой активацией нейрогуморальных вазоконстрикторных

систем на самом раннем этапе развития события, и поэтому они не менее опасны в отношении развития атеротромботических осложнений и внезапной смерти.

Безусловно, использование маркеров уязвимости атеросклеротических бляшек (склонность к разрыву, процентное содержание некротизирующего липидного ядра) может играть важную роль в определении степени риска ретромбозов коронарных артерий или тромбозов стентов и дальнейшей тактики ведения пациентов; однако технологии, позволяющие оценивать такие маркеры, являются слишком дорогостоящими даже для развитых европейских стран и США и не входят в современные стандарты обследования пациентов с ОКС.

Таким образом, сегодня мы оправданно руководствуемся установкой, согласно которой все пациенты с ОКС относятся к группе высокого риска повторных атеротромботических осложнений, что подразумевает необходимость применения агрессивной терапии на госпитальном этапе. Подобная тактика полностью оправдала себя как в крупных клинических исследованиях, так и в реальной клинической практике.

Анализ результатов лечения пациентов с ИМ, проведенный в нашем отделе, показал, что начиная с 2007 г. отдаленные исходы у таких больных значительно улучшились; это безусловно связано с применением на госпитальном этапе современных технологий, направленных на раннюю реваскуляризацию миокарда, его защиту от ишемического повреждения, более активное внедрение ранней гиполипидемической терапии. Известно, что большинство пациентов склонны к самостоятельной отмене препаратов уже через месяц после выписки из стационара, поэтому, не умаляя роли длительной терапии, включающей ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы, β-блокаторы, антиагрегационные препараты и статины, следует отметить важнейшее значение как можно более раннего интенсивного лечения ОКС в улучшении отдаленного прогноза.

Целесообразность применения агрессивной тактики лечения ОКС не означает отсутствия необходимости соблюдать осторожность и тщательно оценивать риск, сопряженный с использованием вышеперечисленных препаратов. Сказанное относится не только к тромболитикам и антикоагулянтам, но и к ингибиторам АПФ / блокаторам рецепторов ангиотензина II, которые назначаются при ОКС с целью снижения выраженности процесса постинфарктного ремоделирования сердца только после стабилизации гемодинамики. Это же относится и к β-блокаторам, которые в небольших дозах достаточно хорошо переносятся больными даже в 1-е сутки ИМ.

В соответствии с современными рекомендациями статины следует применять в 1-е сутки развития ОКС, быстро наращивая дозу (или без ее титрования) для достижения максимально быстрого и выраженного гиполипидемического эффекта (целевой уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП)

составляет <1,8 ммоль/л). При этом статины показаны также пациентам с ОКС с исходно нормальными значениями холестерина ЛПНП, которые достаточно часто встречаются в клинической практике и имеют не менее высокий риск атеротромботических осложнений по сравнению с таковым у пациентов с гиперхолестеринемией, поскольку сочетание различных факторов риска имеет гораздо большее значение, чем наличие одного из них.

Отмечу, что мнение о важном значении использования статинов на ранних этапах развития ОКС исключительно для отдаленного прогноза является ошибочным. Согласно современным рекомендациям всем пациентам с ОКС независимо от исходных уровней липидов крови показано назначение статинов для предупреждения ранних ишемических осложнений и улучшения отдаленного прогноза. Важная роль интенсивной статинотерапии в улучшении ближайших исходов подтверждается и повседневной практикой: по нашим наблюдениям, у пациентов с ИМ, получавших статины, в более короткие сроки устраняются симптомы сердечной недостаточности, реже возникают тяжелые осложнения в период госпитализации, а в дальнейшем — рецидивы ИМ и стенокардия.

В настоящее время доказанным является тот факт, что даже при проведении адекватного лечения ОКС на госпитальном этапе с соблюдением современных международных стандартов у таких пациентов отмечается высокий резидуальный риск; поэтому многое зависит от того, насколько профессиональным и убедительным в своих рекомендациях будет специалист, осуществляющий ведение пациента после выписки из стационара.



Насколько агрессивной должна быть профилактика ИМ у пациентов со стенокардией?

— Важно рассматривать проблему и оценивать риск с точки зрения совокупности всех факторов риска и, кроме того, тщательно наблюдать за изменениями в состоянии пациента, проявляя настороженность при любых ухудшениях. Приблизительно у 70% пациентов, перенесших ИМ в возрасте до 53 лет, симптомы стенокардии появились незадолго до развития события. В то же время большое количество пациентов со стенокардией на протяжении многих лет сохраняют стабильное состояние. В большинстве таких случаев симптомы стенокардии на протяжении обусловлены недостаточным вазодилатирующим резервом и нарушениями микроциркуляции в миокарде (например, при метаболическом синдроме) или наличием стабильной бляшки, суживающей просвет сосуда. У таких пациентов появление стенокардии в покое свидетельствует о дестабилизации бляшки и повышении риска развития ИМИ, соответственно, является поводом для усиления агрессивности терапии и добавления к обычной схеме лечения дополнительных препаратов, например

антикоагулянтів, двойной антитромботической терапии. В реальной же практике таким пациентам часто увеличивают дозу нитратов или назначают дополнительно метаболические препараты, что не может отсрочить развития атеротромботических осложнений. Действенная профилактика ИМ у пациентов со стенокардией возможна и без широкого использования дорогостоящих диагностических методик — важно лишь тщательно анализировать и оценивать все факторы риска и причины стенокардии, а также проявлять осторожность, прилагая усилия к тому, чтобы больной осознавал серьезность ситуации и тот факт, что не только его самочувствие, но и жизнь напрямую зависят от добросовестного выполнения врачебных назначений.



Какие задачи, на Ваш взгляд, являются главными для усовершенствования неотложной кардиологической службы в Украине?

— Одной из главных задач является сохранение службы как таковой. Ликвидация специализированных кардиологических бригад службы скорой помощи в рамках реформирования системы экстренной медицинской помощи населению вряд ли будет способствовать повышению в ближайшие годы эффективности ургентного лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией, поскольку сегодняшний уровень знаний и навыков среднего медицинского персонала не позволяет фельдшерам осуществлять такую процедуру, как тромболизис, и для изменения ситуации потребуется много времени. В этой ситуации главной задачей унифицированной бригады скорой помощи при выезде к пациентам с ОКС станет их транспортирование в специализированные центры, что в наших реалиях представляет угрозу для жизни больных.

Другая не менее важная задача — создание и сохранение соответствующей специальности, ведь сегодня врачей-кардиореаниматологов в Украине официально не существует, как не существует и кардиореанимационных бригад, которые впервые были сформированы в СССР в 1961 г., опередив на 2 года появление подобных мобильных единиц в европейских государствах. При создании службы кардиологической реанимации в Европе были использованы наработки советской профильной службы. В сложившихся условиях мы не только теряем ценный опыт, который приобретался десятилетиями, но и упускаем возможность иметь собственных высококвалифицированных специалистов, обученных в соответствии с мировыми стандартами, поскольку с каждым днем требования к врачам неотложной кардиологической помощи возрастают. Такой специалист должен владеть знаниями не только в области лечения острых сердечно-сосудистых состояний, но и смежных дисциплин (реаниматологии, пульмонологии, нефрологии, эндокринологии и т. д.), навыками проведения инструментальной диагностики, что возможно только при наличии мощной учебной базы.

Развитие и укрепление технической базы службы экстренной кардиологической помощи — важнейшее условие для того, чтобы специалисты, работающие в этой службе, могли реализовать свои возможности и спасти тысячи жизней. Безусловно, для закупки жизненно важных препаратов и оборудования необходимы огромные финансовые средства, однако государство несет гораздо большие потери в случае инвалидизации и смерти граждан трудоспособного возраста. Таким образом, главное сегодня — не упустить время, которое с каждым днем ужесточает требования к системе организации ургентной кардиологической помощи, врачам, которые ее оказывают, и специализированным центрам.

Подготовила **Наталья Очеретяна**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Использование препарата Lantus® после лечения метформином обеспечивает лучший гликемический контроль по сравнению с ситаглиптином при сахарном диабете 2 типа



По данным исследования EASIE, опубликованном в The Lancet, при конечной оценке примерно на 50% больше пациентов, принимавших Lantus®, достигли целевого значения HbA_{1c} по сравнению с больными, которые получали ситаглиптин.

9 июня, г. Париж (Франция). Компания Санофи (EURONEXT: SAN и NYSE: SNY) сообщила, что у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, который не контролируется метформином, продемонстрированы лучшие показатели снижения уровней гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) при использовании препарата Lantus® (инъекционного инсулина гларгин, полученного методом рекомбинации ДНК) по сравнению с таковыми при приеме ситаглиптина.

Данные исследования EASIE (Evaluation of Insulin Glargine Versus Sitagliptin in Insulin-Naive Patients — Оценка эффективности инсулина гларгин по сравнению с таковой ситаглиптина у пациентов, не получавших ранее инсулин) были представлены на 72-м научном заседании Американской диабетической ассоциации и опубликованы в онлайн-версии The Lancet.

«Результаты этого исследования, в котором сравнивались инсулин гларгин и ситаглиптин, свидетельствуют в пользу недавнего предположения Американской ассоциации диабета (ADA) и Европейской ассоциации исследования диабета (EASD), что раннее начало терапии базальным инсулином как дополнение к метформину помогает пациентам с СД 2 типа достичь гликемического контроля», — заявил главный исследователь Пабло Ашнер (Понтифический университет Джавериана, Университетский госпиталь Сан-Игнасио, Колумбия).

У больных СД 2 типа, не получавших ранее инсулин, у которых прием метформина 1 р/сут не позволяет достичь контроля заболевания, эффективность инсулина гларгин превышала таковую ситаглиптина при использовании 1 р/сут (-1,1%; p<0,001) в отношении снижения уровня HbA_{1c} (-1,7%). Следует отметить, что количество пациентов, достигших уровня HbA_{1c} <7 и <6,5%, среди принимавших инсулин гларгин почти на 50% превышало таковое в группе лечения ситаглиптином и составило 68 против 42% и 40 против 17% соответственно (p<0,001 для обоих показателей). Кроме того, у пациентов, принимавших инсулин гларгин, наблюдалось статистически более значимое улучшение уровня глюкозы в плазме натощак (ГПН) — показателя, который является основным при контроле уровня глюкозы в крови. Средняя разница самостоятельно измеряемого уровня ГПН составляла -41,4 мг/дл (95% ДИ: с -46,8 до -36,0 мг/дл) для инсулина гларгин по сравнению с ситаглиптином (p<0,0001).

Осложнения, связанные с проводимым лечением, были менее частыми у больных, получающих инсулин гларгин (108 пациентов, 46%), по сравнению с группой лиц, получавших ситаглиптин (143 пациента, 54%). Частота гипогликемии среди принимавших инсулин гларгин и ситаглиптин составила 4,21 и 0,50 случая в год соответственно (p<0,001). Количество больных с общей симптоматической гипогликемией, показателем глюкозы в плазме (ГП) <56 мг/дл составляло 56 человек в группе инсулина гларгин по сравнению с 12 пациентами в группе ситаглиптина и, соответственно, 20 против 2 пациентов с ночной симптоматической гипогликемией. О наличии тяжелой симптоматической гипогликемии сообщалось у 3 пациентов, получавших инсулин гларгин, и у 1 пациента, принимавшего ситаглиптин. В каждой группе пациентов было зафиксировано по 1 случаю тяжелой ночной симптоматической гипогликемии. Средняя масса тела незначительно увеличилась при приеме инсулина гларгин (+0,4 кг) и снижалась при приеме ситаглиптина (-1,1 кг).

«Исследование EASIE предоставляет ценные данные для дальнейшей оптимизации терапии СД 2 типа, в частности относительно назначения инсулина Lantus® после использования метформина, — заявил Пьер Шансель, старший вице-президент подразделения «Диабет» компании Санофи. — EASIE — это демонстрация преданности Санофи делу помощи людям, страдающим СД 2 типа, в достижении гликемических целей».

Результаты исследования были представлены на научном заседании Американской диабетической ассоциации в тезисах под названием: Evaluation of Insulin Glargine Versus Sitagliptin in Insulin-Naive Patients (EASIE) With Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) Uncontrolled in Metformin (Aschner et al.) [CT-SY22].

О EASIE

EASIE — это многоцентровое международное рандомизированное открытое 6-месячное исследование, в котором оценивали эффективность однократного приема инсулина гларгин по сравнению с таковой ситаглиптина в дозе 100 мг 1 р/день в качестве дополнения к терапии метформином у пациентов с СД 2 типа на ранней стадии, которые ранее не получали инсулин (средняя продолжительность заболевания — 4,5 года). Препарат Lantus® (n=227 на момент окончания исследования) продемонстрировал преимущества перед ситаглиптином (n=253 на момент окончания исследования) в отношении изменения уровня HbA_{1c} за изучаемый период (исходные показатели были сопоставимы).

О сахарном диабете

СД — заболевание, возникающее в случае недостаточной выработки инсулина (гормона, который регулирует концентрацию глюкозы в крови) поджелудочной железой и/или неэффективного использования организмом синтезируемого инсулина и характеризующееся повышением концентрации глюкозы в крови (гипергликемией). В дальнейшем неконтролируемая гипергликемия может обусловить возникновение макро- и микрососудистых осложнений СД¹. Макрососудистые осложнения включают инфаркт, инсульт и заболевания периферических сосудов; к микрососудистым относятся ретинопатия, нефропатия, нейропатия. Уровень заболеваемости СД 2 типа возрастает с угрожающей скоростью. В настоящее время заболевание диагностировано приблизительно у 310 млн человек во всем мире².

О подразделении «Диабет» компании Санофи

Компания Санофи стремится помочь людям с СД преодолеть трудности, предоставляя инновационные, интегрированные и персонализированные медицинские решения. Руководствуясь результатами ценных наблюдений, полученных в результате общения с больными СД, компания формирует партнерские отношения для оптимизации диагностики, лечения, предоставления услуг и устройств, включая инновационные системы мониторинга уровня глюкозы в крови. Компания Санофи представляет на фармацевтическом рынке как инъекционные, так и пероральные лекарственные средства для лечения пациентов с СД 1 или 2 типа. Инновационные молекулы, находящиеся на стадии разработки, включают инъекционный агонист GLP-1, изучаемый как отдельный агент, в сочетании с базальным инсулином и/или в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами.

О Санофи

Компания Санофи — глобальный и диверсифицированный лидер в области здравоохранения — открывает, разрабатывает и предоставляет терапевтические решения, ориентированные на удовлетворение потребностей пациентов. В сфере здравоохранения Санофи специализируется на семи платформах роста: решения для лечения СД, вакцины, инновационные препараты, забота о здоровье потребителя, развивающиеся рынки, ветеринария и средства для лечения редких заболеваний. Компания Санофи зарегистрирована на Парижской (EURONEXT: SAN) и Нью-Йоркской (NYSE: SNY) фондовых биржах.

Пресс-релиз предоставлен компанией Санофи.

¹ Информационный бюллетень о лечении сахарного диабета ВОЗ, август 2011 г. (World Health Organisation Diabetes Fact Sheet, August 2011).

² Группа исследований потенциального развития сахарного диабета (UKPDS) в Великобритании, усиленный контроль уровня глюкозы в крови при помощи сульфонилмочевины или инсулина по сравнению с традиционными методами лечения, а также риск осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, Intensive Blood-Glucose Control with Sulphonylureas or Insulin Compared with Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients with Type 2 Diabetes (UKPDS 33), Lancet 1998; 352 (9131): 837-853).



Новости 22-го Европейского конгресса протекции Европейского общества

26-29 апреля, г. Лондон,

по а
зипе
Вели

Идеальные уровни артериального давления не известны

На специальной сессии ESH-2012, посвященной будущим руководствам по лечению артериальной гипертензии (АГ), многие эксперты прямо заявляли, что идеальные уровни артериального давления (АД) им не известны.

Профессор Джузепе Мансия (Университет Милана-Бикокка, г. Монца, Италия) отметил, что в настоящее время ведется работа над обновлением руководства по лечению АГ Европейского общества гипертензии / Европейского общества кардиологов (ESH/ESC), которое планируется завершить летом следующего года. Нерешенными вопросами остаются целесообразность рутинного амбулаторного мониторинга артериального давления (АМАД) и значимость новых факторов риска. Эксперты пока не могут прийти к единому мнению относительно того, каким антигипертензивным препаратом и их комбинациям следует отдать предпочтение. Большое внимание при разработке новых рекомендаций уделяется ведению резистентной АГ и феномену J-образной зависимости между уровнем АД и риском смерти.

Тем не менее основной проблемой в лечении АГ, по словам Дж. Мансии, являются целевые уровни АД, на которые ссылаются все научные сообщества. Несмотря на огромное количество исследований, проведенных за несколько десятилетий, до сих пор не известно, до какого уровня следует снижать АД для достижения максимальной кардиоваскулярной протекции. А информация о том, к каким цифрам АД необходимо стремиться при использовании АМАД или домашнего измерения АД, вообще отсутствует.

Профессор Брайан Вильямс (Лестерский университет, Великобритания), посвятивший свое выступление последней редакции руководства по АГ Национального института клинического мастерства (NICE), согласился с тем, что идеальные уровни АД на сегодня не установлены. «Однако подчеркивая этот факт, мы не улучшим качество контроля АГ, поэтому пока должны использовать консервативные цифры 140/90 мм рт. ст.», — отметил Б. Вильямс.

Профессор Сюзанна Опарил (Университет Алабамы, г. Бирмингем, США) напомнила, что в настоящее время ведется активная работа над созданием нового американского руководства по АГ — JNC-8. По ее словам, это будет первое обновление в данной области за последние 10 лет. Предварительная дата публикации рекомендаций заявлена на конец 2012 г.

По мнению **профессора Альберто Занчетти (Миланский университет, Италия)**, ESH должно инициировать ряд простых по дизайну исследований с целью получения ответов на следующие актуальные вопросы ведения АГ.

- Следует ли назначать антигипертензивные препараты всем пациентам в возрасте до 65 лет с АГ I степени даже при относительно низком суммарном кардиоваскулярном риске? И как поступать при ведении таких же больных в возрасте 65 лет и старше?
- Показаны ли антигипертензивные препараты лицам с диабетом (предиабетом), кардиоваскулярными и/или почечными заболеваниями в анамнезе, имеющим так называемое высокое нормальное АД (систолическое АД <140 мм рт. ст.)?
- До какого граничного уровня действует правило «чем ниже, тем лучше» (т. е. какая точка J-кривой является самой низкой)?
- Какие целевые уровни АД являются безопасными в различных группах больных? Например, следует ли снижать систолическое АД <130 мм рт. ст. у пациентов с диабетом или хронической болезнью почек?

Доктор Занчетти подчеркнул, что вышеуказанные вопросы должны изучаться в отдельных исследованиях с участием различных популяций, так как пациенты с инсультом, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом и хронической болезнью почек могут неодинаково отвечать на снижение АД. Чтобы лучше изучить феномен J-кривой, необходимы исследования с использованием минимум трех целевых уровней АД. В качестве примера А. Занчетти привел недавно инициированное исследование ESH-CHL SHOT, в котором больных с АГ и инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе рандомизируют для достижения трех целевых уровней систолического АД: 135-145, 125-135 или <125 мм рт. ст.

На сессии, посвященной методам контроля АД, профессор Дж. Мансия отметил, что европейские общества могут не разделять оптимизма в отношении АМАД, наблюдающегося в Великобритании, которая в прошлом году стала первой в мире страной, официально рекомендующей АМАД в качестве предпочтительного метода диагностики АГ. По словам профессора Б. Вильямса, британская позиция относительно АМАД обоснована прежде всего экономическими преимуществами этого метода, так как он позволяет улучшить выявление больных, нуждающихся в антигипертензивной терапии, и на 25% снизить частоту необоснованного назначения такого лечения пациентам, которым оно не требуется (в частности, имеющим «гипертензию белого халата»). Однако, по мнению Дж. Мансии, преимущества рутинного применения АМАД нельзя считать убедительными, и предиктивная ценность офисного АД в целом соответствует таковой амбулаторного АД. С доктором Дж. Мансией согласился президент ESH, профессор Йосеп Редон (Университет Валенсии, Испания), отметивший, что необходимо больше узнать об АМАД.

Важной проблемой, которая активно обсуждалась на ESH-2012, была значимость новых факторов рисков. «Почти каждый день в том или ином журнале публикуются исследования, указывающие на новые факторы риска: маркеры воспаления, новые признаки повреждения органов и т. д.», — отметил доктор Дж. Мансия. — Тем не менее сегодня не известно, как включение этих факторов в общую оценку кардиоваскулярного риска повлияет на прогноз пациентов». Кроме того, достоверно не установлена степень протекции, достигаемая при модификации факторов риска. Не во всех исследованиях, изучавших этот вопрос, были получены однозначные результаты. Например, в исследованиях ACCORD и ALTITUDE снижение экскреции белка с мочой не сопровождалось параллельным снижением частоты почечных и кардиоваскулярных событий.

Бурную дискуссию вызвал вопрос выбора отдельных антигипертензивных препаратов. В последней редакции руководства ESH была упразднена старая классификация, разделявшая препараты на средства первого, второго, третьего выбора и т. д., — вместо этого указаны пять классов антигипертензивных препаратов, обладающих доказанной эффективностью и безопасностью. Профессор Дж. Мансия отметил, что, возможно, пришло

время пересмотреть эту формальную классификацию, созданную для некоего среднего пациента, не существующего в реальной клинической практике, и вместо этого рекомендовать конкретный препарат, отвечающий конкретной клинической и демографической ситуации.

Обсуждение данного вопроса продолжилось во время сессии вопросов и ответов относительно того, назначение какого диуретика является более предпочтительным. Один из участников выразил удивление по поводу наблюдающегося сегодня «возрождения» хлорталидона в США, «так как этот препарат вызывает наиболее выраженное снижение уровня калия из всех доступных диуретиков, а в исследовании SHEP было четко продемонстрировано, что гипокалиемия может повышать частоту инсультов».

Однако профессор С. Опарил напомнила, что во всех клинических исследованиях Национального института сердца, легких и крови (NHLI), посвященных диуретикам, изучался хлорталидон, и в большинстве из них было показано его преимущество перед препаратами сравнения. Риски, связанные с гипокалиемией, хорошо известны, однако восполнить запасы калия в организме относительно легко — с помощью препаратов калия либо калийсберегающих средств. Хлорталидон является длительно действующим препаратом, эффективно снижает АД и доказанно предотвращает неблагоприятные события.

Доктор Дж. Мансия считает, что убедительные доказательства имеются для трех диуретиков: хлорталидона, гидрохлортиазида и индапамида. По его мнению, клинические руководства должны не диктовать выбор конкретного препарата, а задавать ориентиры, помогающие практическому врачу сделать такой выбор. С этим согласился профессор Б. Вильямс: «Причина того, что врачи имеют значительно более высокую зарплату, чем представители многих других профессий, состоит в том, что мы принимаем решения, влияющие на жизнь и здоровье людей. Клинические руководства нельзя делать слишком прямолинейными, но они должны содержать только те рекомендации, для которых накоплена убедительная доказательная база».

Отвечая на вопрос о выборе диуретика, доктор Б. Вильямс отметил, что в Великобритании чаще всего назначается бендрофлуметиазид, несмотря на отсутствие для этого каких-либо оснований.

Относительно комбинированной антигипертензивной терапии профессор С. Опарил отметила, что исследование ACCOMPLISH, которое наравне с испытанием ASCOT-BPLA чаще всего используется для обоснования комбинированного лечения, не позволяет делать рекомендации, подкрепленные доказательствами высокого качества.

Профессор Дж. Мансия отметил, что указания на целесообразность назначения комбинированной терапии уже на старте лечения АГ были получены только в одном исследовании — VALUE. Таким образом, необходимо провести новые клинические испытания, специально спланированные для подтверждения результатов ACCOMPLISH и VALUE.

Обсуждая возможность применения фиксированных комбинаций трех антигипертензивных препаратов, профессор Дж. Мансия отметил, что при таком подходе упрощение лечения достигается ценой потери его гибкости. В предыдущих европейских рекомендациях позиция относительно применения «политаблетки» была негативной.

Умеренное потребление кофе защищает от инсульта

Профессор Ланфранко Д'Элия (Университет им. Федерико II, г. Неаполь, Италия) представил результаты нового метаанализа, включившего все последние исследования, посвященные изучению влияния потребления кофе на риск кардиоваскулярных событий в общей популяции.

В метаанализ вошли 8 проспективных испытаний, проводившихся в период 1966-2011 гг. Потребление кофе определяли как умеренное (1-3 чашки в день), высокое (3-6) и очень высокое (6 и более) по сравнению с референсным значением (0-1).

На протяжении наблюдения от 2 до 24 лет у 484 757 участников было зарегистрировано 7272 случая инсульта.

Объединенный статистический анализ показал, что умеренное и высокое потребление кофе ассоциировалось со снижением риска инсульта (относительный риск — ОР — 0,86 и 0,87 соответственно; в обоих случаях $p < 0,02$). В то же время привычка употреблять кофе в очень высоких количествах на риск инсульта не влияла (ОР 1,05; $p = 0,71$).

По словам доктора Л. Д'Элии, протекторный эффект кофе на зависел от продолжительности исследования, года публикации, страны проведения, пола участников и других факторов. Тем не менее недостатком метаанализа является отсутствие стандартизации приготовления кофе и различных видов кофе, что следует учесть в будущих исследованиях.

Измерение артериального давления и липидов крови в аптеках может улучшить контроль факторов риска

Одним из наиболее интересных постерных докладов, представленных на ESH-2012, стала работа **профессора Кристины Сантос (Национальная ассоциация аптек, г. Лиссабон, Португалия)**, посвященная результатам кампании по улучшению контроля факторов кардиоваскулярного риска.

Кампания, охватившая почти 1400 аптек, была инициирована Португальским национальным институтом профилактической кардиологии и факультетом кинетики человека Технического университета г. Лиссабона.

На протяжении одной недели в мае 2010 г. посетителям аптек измеряли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, АД и общий холестерин, после чего им сообщали 10-летний риск фатального кардиоваскулярного события, определенный по методу SCORE.

По словам доктора К. Сантос, в большинстве аптек Португалии измерение АД проводится бесплатно, а определение уровня холестерина в разных регионах стоит от 3 до 5 евро.

Средний возраст 12 930 португальцев, прошедших обследование, составил 58 лет, женщин было 71%. Средний ИМТ составил 27,7 кг/м², при этом избыточной массой тела или ожирением страдали 71,8%. Средняя окружность талии составила 91,6 см у женщин

Ессенс тв ндон, по гипертензии и кардиоваскулярной гипертензии (ESH)

Великобритания

и 98,9 см у мужчин. Средний уровень АД был равен 131,6/77,3 мм рт. ст. У трети пациентов значения АД превышали 140/90 мм рт. ст., из них 37,7% не получали антигипертензивной терапии; 26,8% таких больных были направлены к специалисту.

Высокий риск смерти ($\geq 5\%$ по методу SCORE) был выявлен у 44,9% пациентов, из них 20,1% были направлены к врачу для дальнейшего обследования.

«Наше исследование показало, что аптеки могут играть позитивную роль в раннем выявлении лиц с высокими значениями АД и другими факторами риска, — считает профессор К. Сантос. — Таких пациентов фармацевты должны направлять к врачу для более детального обследования и назначения соответствующего лечения».

Энергетические напитки повышают артериальное давление и частоту сердечных сокращений

Польский нефролог **Магдалена Зотовская (Медицинский университет Силезии, г. Катовице)** представила результаты небольшого исследования, указывающие на необходимость ограничения продаж энергетических напитков.

В ходе исследования, имевшего двойной слепой дизайн, 18 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 35 лет рандомизировали для употребления одного из двух энергетических напитков с разным содержанием кофеина (120 или 360 мг) либо плацебо. До и после употребления напитков измеряли АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Напиток с содержанием 120 мг кофеина эквивалентен 1 большой банке напитка Red Bull или 1 маленькой банке концентрированного Red Bull. Напиток с содержанием кофеина 360 мг был выбран потому, что это максимальная доза, содержащаяся в самой большой бутылке энергетического напитка в Польше.

Употребление более слабого напитка (120 мг кофеина) не оказало существенного влияния на АД и ЧСС по сравнению с плацебо. Однако напиток с содержанием кофеина 360 мг вызывал значительное повышение среднего систолического (+9,0 мм рт. ст., $p=0,033$) и диастолического (+9,4 мм рт. ст., $p=0,028$) АД и увеличение средней ЧСС (+5 уд/мин, $p=0,042$) по сравнению с плацебо. Кроме того, у всех участников, употребивших напиток с содержанием кофеина 360 мг, развились сердечные аритмии с тахикардией, повышенной тревожностью и бессонницей.

Как отметила М. Зотовская, повышение систолического АД обязательно является эффектом напитка, так как оно наблюдалось уже через 15 мин после употребления, однако пиковое повышение диастолического АД и тахикардия, которые регистрировались через 30 мин после употребления, вероятнее всего, связаны с напитком.

По мнению М. Зотовской, негативные эффекты энергетических напитков обусловлены не кофеином как таковым, а комбинацией кофеина и содержащихся в них веществ, таких как сахароза (среднее содержание 10%), таурин, инозитол и др. Она отметила, что в Польше в средствах массовой информации есть много сообщений об автокатастрофах и так называемых приступах дорожного гнева, предположительно связанных с употреблением таких напитков.

Комментируя вышеуказанные результаты, **спикер по АД, профессор Адриан Брэйдли (Университет Глазго, Шотландия)** отметил, что говорить о вреде для здоровья энергетических напитков типа Red Bull легко, однако миллионы людей во всем мире употребляют их в умеренных количествах ежедневно. Физические нагрузки повышают систолическое АД и ЧСС гораздо сильнее, чем это делал кофеин в данном исследовании, притом что физическая активность настоятельно рекомендуется для снижения кардиоваскулярного риска.

Тем не менее М. Зотовская считает, что врачи, занимающиеся ведением пациентов с АД, заболеваниями сердца и сахарным диабетом, должны рекомендовать им не употреблять энергетические напитки.

Друг или враг? Мочевая кислота как возможная причина кардиоваскулярных заболеваний

В нескольких исследованиях, представленных на ESH-2012, были получены указания, что уровни мочевой кислоты (МК) ассоциируются с АД, сахарным диабетом и рядом других факторов кардиоваскулярного риска.

Профессор **Ади Лейба (Медицинский центр им. Хаима Шибя, Тель-ха-Шомер (г. Рамат-Гане, Израиль))** представил данные более чем по 1 млн здоровых взрослых (40-70 лет) граждан Израиля, у которых был определен уровень МК в крови. Оказалось, что у людей с нормальными уровнями МК (3,1-6,8 мг/дл) риск развития АД за 10-летний период был на 50% выше ($p<0,001$), а риск развития сахарного диабета за этот же период — в 2 раза выше ($p=0,055$) по сравнению с обследованными с естественно низкими уровнями МК (≤ 3 мг/дл; этот феномен встречается в некоторых еврейских семьях). По мнению А. Лейбы, уровни МК, считающиеся нормальными, могут быть такими в отношении риска развития подагры или мочекаменной болезни, но не кардиоваскулярных заболеваний. Остается ответить на вопрос, чем являются повышенные уровни МК при кардиоваскулярных заболеваниях: фактором или маркером риска.

Японские ученые под руководством **профессора Айако Йошимура (Курумский медицинский университет)** представили результаты масштабного эпидемиологического исследования, проведенного в общей популяции г. Курума в 2009 г. Участниками исследования стали 1169 женщин и 774 мужчины в возрасте старше 40 лет, у которых определяли уровни МК, креатинина, а также проводили эхокардиографию с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Результаты показали, что ИММЛЖ сильно и статистически значимо коррелировал с возрастом, мужским полом, окружностью талии, ИМТ, систолическим и диастолическим АД, креатинином и уровнем МК в крови ($p<0,001$). После поправки на другие факторы уровни МК ≥ 8 мг/дл ассоциировались с повышением риска гипертрофии левого желудочка почти в 3 раза. Доктор А. Йошимура отметила, что данное исследование предоставило первые доказательства прямой корреляции между ИММЛЖ и МК в общей популяции.

В исследовании, представленном в виде постерного доклада **Мариной Папавасилеу (Больница общего профиля «Сисманогли», г. Афины, Греция)**, у 874 пациентов с АД

уровни МК в крови статистически значимо коррелировали со всеми компонентами метаболического синдрома.

На конгрессе ESH-2012 также были представлены абстракты, описывающие связь между высокими уровнями МК и другими факторами кардиоваскулярного риска у пациентов с АД, в частности с жесткостью артерий, микроальбуминурией, эндотелиальной дисфункцией, атероматозом сонных артерий и пр.

Влияние нефармакологических мероприятий на артериальное давление

Согласно обзору метаанализов рандомизированных контролируемых исследований, проведенному бельгийскими учеными, с помощью нефармакологических подходов можно эффективно снижать АД.

Исследователи под руководством **профессора Роберта Фагарда (Католический университет г. Левена, Бельгия)** оценивали влияние на АД таких мероприятий, как снижение веса, аэробные и резистивные физические нагрузки, ограничение потребления соли, дополнительное потребление кальция/магния/рыбьего жира/пищевых волокон, а также изменение образа жизни и диеты.

В метаанализе Netet и соавт. (2003) было установлено, что снижение массы тела на 5,1 кг, достигаемое путем ограничения калорийности рациона и/или повышения физической активности, сопровождается снижением систолического и диастолического АД (-4,44 и -3,57 мм рт. ст. соответственно). Последующие метаанализы подтвердили выраженный антигипертензивный эффект снижения веса (К. Horvath et al., 2008; А. Siebenhofer et al., 2011).

Динамические аэробные нагрузки также помогают нормализовать АД. Метаанализ 72 рандомизированных контролируемых исследований, включивший 105 исследований групп и 3936 участников (V.A. Cornelissen, R.H. Fagard, 2005), показал, что аэробные тренировки значительно снижают АД в покое и дневное амбулаторное АД на 3,0/2,4 мм рт. ст. ($p<0,001$) и 3,3/3,5 мм рт. ст. ($p<0,01$) соответственно. Антигипертензивный эффект был более выражен у пациентов с АД (-6,9/-4,9 vs -1,9/1,6 у участников без АД; $p<0,001$). По мнению профессора Р. Фагарда, аэробные нагрузки влияют на АД путем снижения системного сосудистого сопротивления, обусловленного изменениями работы симпатической нервной и ренин-ангиотензиновой систем.

Метаанализ динамических резистивных тренировок (V.A. Cornelissen et al., 2011), охвативший 28 исследований и 1112 участников, позволяет говорить о том, что этот вид физических нагрузок не только снижает АД, но и оказывает благоприятное влияние на ряд других факторов кардиоваскулярного риска.

В других исследованиях был установлен статистически значимый антигипертензивный эффект коррекции диеты, умеренного потребления алкоголя и ограничения потребления соли и дополнительного приема рыбьего жира. Увеличение содержания в рационе калия, кальция или магния значимого влияния на АД не оказывало (Н.О. Dickenson et al., 2006).

Суммируя имеющиеся на сегодня данные, профессор Р. Фагард отметил, что эффективно снизить АД и, следовательно, кардиоваскулярный риск можно с помощью уменьшения (и последующей стабилизации) веса, умеренного потребления алкоголя (20-30 г/сут этанола для мужчин и 10-20 г/сут для женщин), умеренно интенсивных физических нагрузок (30-45 мин/день, преимущественно аэробных), ограничения потребления соли (<5 г/сут), увеличения содержания фруктов и овощей в рационе, снижения потребления насыщенных жиров и жиров в целом, а также отказа от курения.

Вариабельность артериального давления как важный фактор риска инсульта

Британские ученые представили накопленные к настоящему времени данные относительно влияния вариабельности артериального давления (ВАД) на риск инсульта.

В многочисленных эпидемиологических исследованиях было убедительно продемонстрировано, что степень АД является значимым фактором, связанным с риском инсульта. Однако с возрастом ассоциация между средним АД и частотой инсульта уменьшается, а у пациентов старческого возраста практически исчезает. Как отметил **профессор Питер М. Росвелл (Оксфордский университет, Великобритания)**, представлявший результаты анализа, многие пациенты с высокой ВАД не получают необходимого лечения, так как АД диагностируется по среднему АД.

Указания на предиктивную ценность ВАД в отношении инсульта были получены в ряде клинических испытаний. В исследовании UK-TIA было установлено, что ВАД является независимым фактором риска инсульта, при этом чем больше было измерений АД с высокой ВАД, тем выше был риск (P.M. Rothwell, 2010). Аналогичные результаты представило исследование MRC-1, в котором участвовали более молодые пациенты без повреждений органов-мишеней. В исследовании ASCOT-BPLA (2010) у больных, получавших амлодипин, большие пики ВАД регистрировали в 10 раз реже, чем у пациентов, которым был назначен атенолол.

Влияние антигипертензивных препаратов на ВАД можно оценивать по стандартному отклонению (SD) распределения показателей АД. В исследовании ALLHAT наблюдались статистически значимые различия между группами терапии по SD АД: лизиноприл повышал данный показатель, а амлодипин — снижал, что коррелировало с влиянием этих препаратов на риск инсульта. Во всех крупных сравнительных исследованиях блокаторов кальциевых каналов (БКК) и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента риск инсульта был ниже при лечении БКК, несмотря на отсутствие различий в среднем АД. На сегодня установлено, что БКК снижают ВАД, максимальное АД и количество пиков АД.

В заключение профессор П. Росвелл отметил, что риск инсульта зависит не только от среднего уровня АД на протяжении десятилетий жизни, но и от АД непосредственно в момент инсульта, что определяется, в частности, ВАД.

Официальный сайт конгресса: <http://www.infomedica.com/webcasts/2012/ESH/>

Подготовил **Алексей Терещенко**