

Современный профиль кардиометаболического риска в Украине: от диагностики к лечению

6 апреля в г. Днепропетровске при поддержке Ассоциации кардиологов Украины, ГУ «Днепропетровская медицинская академия» и благотворительной организации «Благодійний фонд розвитку інновацій медицини «РІМОН» состоялась научно-практическая конференция «Современный профиль кардиометаболического риска в Украине: от диагностики до лечения». В конференции приняли участие более 500 врачей: терапевтов, кардиологов, гинекологов, эндокринологов. В ходе мероприятия прозвучали доклады, посвященные воздействию факторов сердечно-сосудистого риска на здоровье популяции, связи гормонального гомеостаза и сердечно-сосудистого здоровья женщины, нейрогормональным последствиям естественной и хирургической менопаузы, особенностям применения гормональной терапии в перименопаузе, а также влиянию нарушений функции щитовидной железы на сердечно-сосудистую систему. Формат конференции в очередной раз подчеркнул важность междисциплинарного подхода в обсуждении вопросов здоровья мужчин и женщин.

Руководитель отдела дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Елена Ивановна Митченко открыла конференцию выступлением, которое было посвящено проблемам, связанным с распространенностью факторов кардиоваскулярного риска в украинской популяции.



Профессор Е.И. Митченко рассказала о результатах украинского популяционного исследования, в котором на протяжении трех лет изучались распространенность и влияние 20 факторов риска на развитие кардиоваскулярной патологии. В исследование были включены 1 тыс. жителей г. Днепропетровска в возрасте 30-69 лет. Данное исследование отличалось от предыдущих, проводившихся на модели Соломенского района г. Киева, более широким возрастным диапазоном популяции (ранее в исследовании включались лица в возрасте до 64 лет) и включением в анализ современных кардиометаболических параметров (абдоминальное ожирение, сахарный диабет – СД, гиперурикемия, влияние менопаузы и другие). Ценность результатов этого исследования состоит в том, что они отражают реальную ситуацию в области распространенности и соотношения факторов кардиоваскулярного риска в городской украинской популяции. Согласно полученным данным распространенность гиперхолестеринемии в Украине составляет в среднем 69,4%. Интересно, что распространенность гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии у женщин молодого и среднего возраста (30-39 лет) существенно ниже таковой в аналогичной возрастной подгруппе мужской популяции, однако после 40-летнего рубежа распространенность этих дислипидемий среди женщин резко возрастает и после 60 лет значительно превышает показатели у мужчин (рис. 1, 2).

Несколько иная ситуация наблюдается в отношении низкого уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП): высокая распространенность этого фактора риска в женской популяции отмечается во всех возрастных подгруппах (от 22 до 24%), в мужской популяции этот показатель остается на уровне 10,7-11,9%.

Нарушения углеводного обмена (инсулинорезистентность – ИР, нарушение толерантности к глюкозе – НТГ, СД) также находятся в числе лидеров среди факторов риска: суммарная их распространенность в среднем достигает 77,2% (рис. 3).

Обращает на себя внимание и высокая распространенность абдоминального ожирения в популяции: в среднем – 72%, если оценивать по критериям Международной

диабетической федерации (International Diabetes Federation – IDF), Американской ассоциации сердца (AHA) и Национального института сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute – NHLBI), принятым в 2009 г. В соответствии с критериями АТР III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) 2002 г. этот показатель оказался ниже (рис. 4), однако и этот фактор риска присутствовал почти у половины респондентов – в 46,8%.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в городской популяции составляет 46%, курения – 24%, гиперурикемии – 17%, патологии щитовидной железы – 8,9%.

Перечисленные факторы формируют глобальный кардиометаболический риск, увеличивая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в несколько раз. Очень высокий кардиоваскулярный риск имели 30% участников исследования, при этом подавляющее большинство из них (93%) относились к старшим возрастным группам: 50-59 лет (41%) и 60-69 лет (52%).

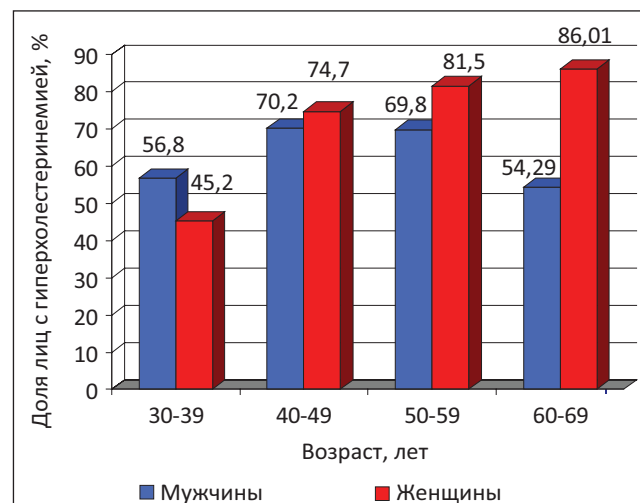


Рис. 1. Распространенность гиперхолестеринемии среди мужчин и женщин в разных возрастных подгруппах

Следует отметить, что распространенность всех этих факторов, так же, как и нарушений липидного обмена, резко увеличивается среди женщин менопаузального возраста. У таких пациенток, помимо основных мер первичной кардиоваскулярной профилактики, включающих рациональное питание, отказ от курения, регулярные физические упражнения, снижение массы тела и артериального давления (АД), контроль уровня липидов и гликемии, следует рассмотреть возможность назначения менопаузальной гормональной терапии (МГТ) для устранения климактерических расстройств, особенно

у молодых женщин, перенесших гистерэктомию. Важным моментом является время назначения МГТ: следует помнить о современной концепции «терапевтического окна», в соответствии с которой МГТ целесообразно назначать до 60 лет или не позже 10 лет после наступления менопаузы. Инициация МГТ после указанного периода может обуславливать повышение риска развития коронарных событий, инсульта и тромбозомболических расстройств.

Академик НАМН Украины, ректор ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Георгий Викторович Дзюк представил доклад «Ожирение и сердечно-сосудистые осложнения».



– В наше время темп роста распространенности ожирения в популяции достиг масштабов эпидемии. По данным Международной ассоциации по изучению ожирения, мировым лидером по распространенности этого состояния являются страны Западной Европы и США. На связь ожирения с ССЗ ученые обратили внимание почти 100 лет назад. Георгий Федорович Ланг в 1922 г. в одной из своих работ писал

о связи АГ с ожирением, нарушением углеводного обмена и подагрой: «Гипертония наблюдается часто у лиц, которые в силу социального и экономического положения и связанных с ними привычек едят много, злоупотребляют алкоголем, много курят и ведут сидячий образ жизни. Необходимо подчеркнуть, что в большинстве случаев эти факторы действуют не в отдельности, а совместно».

Через несколько десятилетий – в 1988 г. – G. Reaven в своей Бантинговской лекции выдвинул концепцию, в которой указал, что ИР, абдоминальное ожирение, АГ и дислипидемия – это проявление единого патологического состояния, обозначенного им как «синдром Х». В последние годы сочетание этих факторов обозначается термином «метаболический синдром» (МС).

Очевидный признак, указывающий на высокую вероятность наличия МС, – ожирение. В настоящее время ожирение рассматривается как многофакторное заболевание, связанное с избыточным отложением жировой ткани, сопровождающееся многочисленными метаболическими и нейрогуморальными нарушениями, изменениями функции органов и систем.

Помимо генетических и демографических факторов, развитию ожирения способствуют социально-экономические, психологические и поведенческие факторы (питание,

Продолжение на стр. 26.

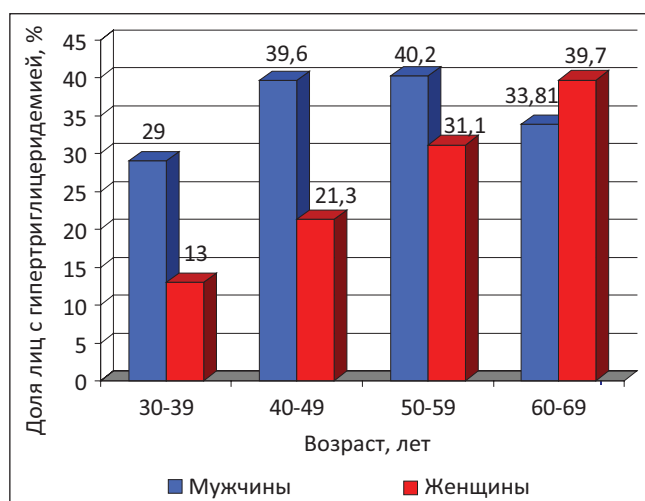


Рис. 2. Распространенность гипертриглицеридемии среди мужчин и женщин в разных возрастных подгруппах

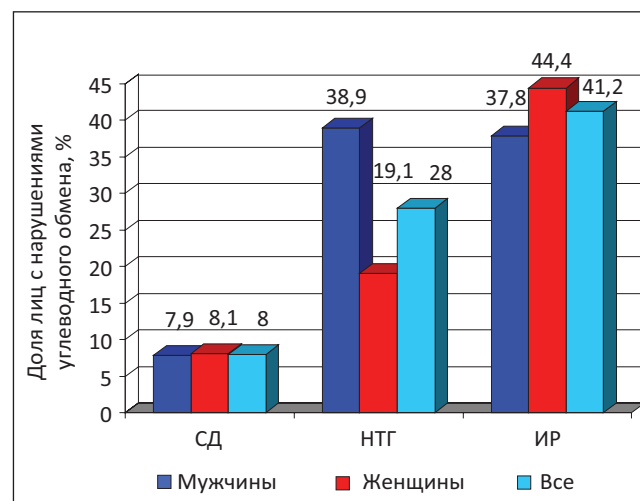


Рис. 3. Распространенность нарушений углеводного обмена (СД, НТГ, ИР)

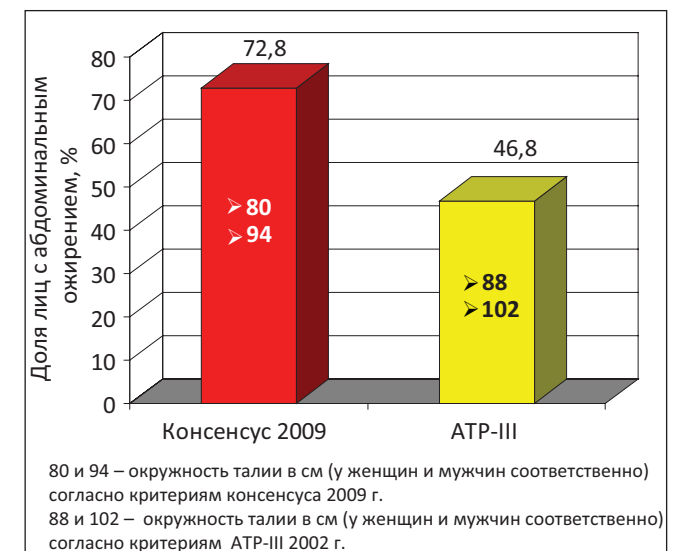


Рис. 4. Распространенность абдоминального ожирения



Хартил® АМ

РАМІПРИЛ+АМЛОДИПІН

БІЛЬШЕ, НІЖ ПРОСТЕ ПОЄДНАННЯ



- Антигіпертензивна ефективність меншими дозами
- Взаємодоповнюваність механізмів дії на серце та судини
- Менше побічних ефектів у порівнянні з монотерапією
- Значне зменшення ризику інфаркту міокарда, інсульту, загальної смертності

Показання: Лікування артеріальної гіпертензії. Протипоказання, пов'язані із застосуванням раміприлу та амлодипіну: ангіоневротичний набряк, виражений двобічний стеноз ниркових артерій, артеріальна гіпотензія, підвищена чутливість до діючої речовини, стеноз устя аорти, нестабільний гемодинамічний стан після гострого інфаркту міокарда. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Виробник EGIS Pharmaceuticals PLC., Угорщина. Категорія відпуску: За рецептом. Р.П. UA/13634/01/02; UA/13636/01/01; UA/13635/01/01 від 08.05.2014

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТІКАЛС ПЛС.»
в Україні: 04113, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Современный профиль кардиометаболического риска в Украине: от диагностики к лечению

Продолжение. Начало на стр. 24.

физическая активность, употребление алкоголя, курение, стрессы). Известно, что при ожирении риск развития АГ, значительно повышающей вероятность возникновения кардиоваскулярных осложнений, увеличен втрое по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела.

На сегодня существуют четкие критерии ожирения, которые в 1998 г. были пересмотрены в сторону ужесточения (табл. 1). При этом величина окружности талии прямо коррелирует со степенью риска метаболических нарушений (табл. 2).

Таблица 1. Критерии ожирения до и после 1998 г. (NHLBI; ВОЗ)

Индекс массы тела (кг/м ²)			
		До 1998 г.	После 1998 г.
Мужчины	Избыточная масса тела	≥27,8	≥25
	Ожирение	≥31,1	≥30
Женщины	Избыточная масса тела	≥27,3	≥25
	Ожирение	≥32,3	≥30

Таблица 2. Окружность талии и риск метаболических осложнений

Риск метаболических осложнений	Окружность талии (см)	
	Мужчины	Женщины
Нормальный	<94	<80
Повышенный	≥94	≥80
Существенно повышенный	≥102	≥88

WHO, Obesity preventing and management of global epidemic. Technical report Series 894, 2000, Geneva

Ожирение как фактор кардиоваскулярного риска

Висцеральная жировая ткань является активным метаболическим и эндокринным органом, играющим ключевую роль в развитии ожирения, МС, СД 2 типа. В настоящее время изучение эндокринологии жировой ткани, ее метаболических и кардиоваскулярных эффектов – область пристального исследования и новых открытий, позволивших рассматривать адипоциты как высокоактивные эндокринные клетки. Адипоциты продуцируют широкий спектр гормонов и цитокинов, участвующих в метаболизме глюкозы, липидов, воспалении, коагуляции, регуляции давления крови, пищевом поведении, а также влияющих на метаболизм и функциональную активность различных органов и тканей.

Ожирение и фибрилляция предсердий

Установлено, что эпикардиальный жир оказывает прямое влияние на сердце и коронарные артерии через паракринные и вазокринные механизмы.

Одним из многочисленных подтверждений этого служит доказанная взаимосвязь между перикардиальным ожирением и возникновением/выраженностью фибрилляции предсердий – ФП (рис. 5). Сочетание ожирения и ФП приводит к диастолической дисфункции сердца, тогда как снижение веса ассоциируется с уменьшением риска рецидива ФП и снижением уровня маркеров воспаления.

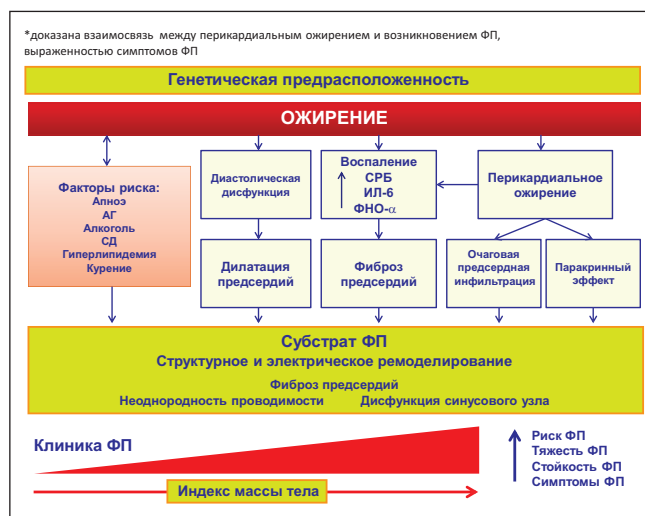


Рис. 5. Патогенетическая взаимосвязь ожирения и ФП

Ожирение и артериальная гипертензия

Если суммировать имеющиеся на сегодня данные, можно констатировать, что при ожирении происходит повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), что находит свое отражение в следующих фактах:

- адипоциты продуцируют значительное количество ангиотензиногена;
- в адипоцитах повышено содержание ренина, а также белка, связывающего ренин;
- в адипоцитах повышена активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ);
- в жировой ткани человека и культуре адипоцитов человека *in vitro* значительно увеличено содержание ангиотензина II (АТ II);
- в жировой ткани человека имеются рецепторы для ренина, которые опосредованно участвуют в локальном синтезе АТ I из ангиотензиногена;
- в адипоцитах повышена экспрессия АТ-рецепторов I типа.

Вклад различных патогенетических механизмов в поддержание высокого АД при ожирении может быть различным. Следовательно, в этой ситуации целесообразным является использование комбинаций антигипертензивных препаратов с разными механизмами действия. Для пациентов с ожирением в качестве основных компонентов антигипертензивной комбинации должны использоваться препараты, снижающие активность РААС (ингибиторы АПФ – ИАПФ и блокаторы рецепторов АТ II), и средства, снижающие активность симпатической нервной системы. При этом следует отдавать предпочтение препаратам, обладающим благоприятными метаболическими эффектами (табл. 3), учитывая, что у пациентов с ожирением, как правило, имеются нарушения углеводного и липидного обмена. Высокая эффективность использования препаратов, блокирующих РААС, при ожирении показана во многих исследованиях.

Таблица 3. Метаболические эффекты антигипертензивных препаратов

Препараты	Общий ХС	Триглицериды	Глюкоза	ХС ЛПВП	ИР
ИАПФ	0	0	0	0	0/↓
Диуретики	↑	↑	↑	↓	↑
β-Блокаторы	↑	↑	↑	↓	↑
α-Блокаторы	0/↓	↓	↓	↑	↓
Антагонисты кальция	0	0	0	0	0
БРА II	0	0	0	0	0/↓
Агонисты имидазолиновых рецепторов	0	0	0/↓	0	↓

При ведении пациента с ССЗ и ожирением врач должен приложить все усилия для того, чтобы убедить его снизить массу тела. Ожирение – в большинстве случаев модифицируемый фактор риска, и влияние на него доступными способами (увеличение физических нагрузок, изменение пищевых привычек, соблюдение правильного питьевого режима) (рис. 6) будет способствовать повышению качества жизни, продлению ее активного периода и увеличению продолжительности в целом.

В современном обществе необходимо особое внимание обращать на детей с избыточной массой тела и отягощенным семейным анамнезом развития атеросклероза. Совершенно очевидно, что современные дети обладают недостаточными знаниями о последствиях нездорового образа жизни и неправильного питания, а большинство родителей не считают признаки ожирения поводом для беспокойства и консультации с врачом. Это одна из многочисленных причин «омоложения» кардиоваскулярной патологии и поддержания высокого уровня смертности от ССЗ во всем мире. Между тем, учить бережно относиться к собственному здоровью следует

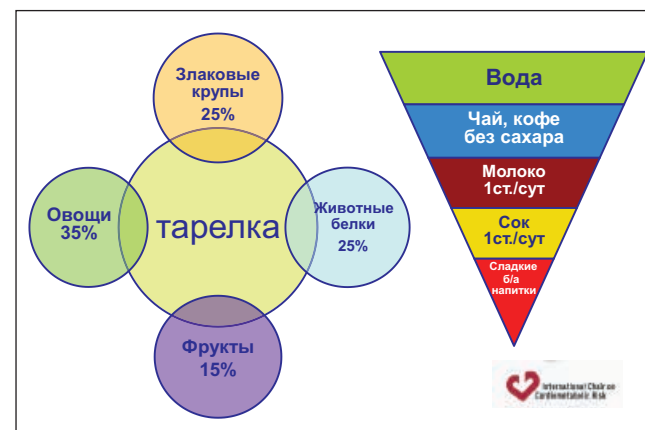


Рис. 6. Общие принципы здорового питания

уже в детском возрасте, и в процесс обучения должны быть вовлечены как родители, так и государство, благосостояние которого зависит от здоровья его граждан.

Доктор медицинских наук, профессор Татьяна Владимировна Колесник (ГУ «Днепропетровская медицинская академия») посвятила одно из своих выступлений проблеме преждевременного старения сосудов.



– Термин «сердечно-сосудистый возраст» становится для нас привычным, и в настоящее время это понятие рассматривается как новый критерий кардиоваскулярного риска. Общепринятые критерии и способы подсчета сосудистого возраста пока что не разработаны, однако о нем можно судить по совокупности данных, полученных при оценке риска у пациента по шкале SCORE, Фрамингемской шкале,

исследовании тканевых маркеров сосудистого возраста. К тканевым маркерам сосудистого возраста относятся: скорость распространения пульсовой волны – СРПВ, уровень центрального аортального давления – ЦАД, толщина комплекса интима-медиа, состояние функции эндотелия.

СРПВ и ЦАД позволяют оценить эластические свойства крупных артерий и степень артериальной ригидности, которая отражает степень суммарного повреждающего воздействия факторов кардиоваскулярного риска на сосудистую стенку с возрастом. Таким образом, жесткость артерий сегодня служит интегральным маркером повышенного кардиоваскулярного риска, и главными терапевтическими целями при необходимости влияния на этот маркер являются повышенное АД, дислипидемия и эндотелиальная дисфункция.

Если по поводу первых двух целей – повышенного АД и дислипидемии – трудностей не возникает, то в отношении влияния на эндотелиальную функцию врачи чаще всего задаются вопросом: какие лекарственные средства эффективно воздействуют на этот параметр? Одним из путей влияния на функцию эндотелия является правильный подбор препаратов для снижения АД. Среди антигипертензивных средств такой способностью обладают ИАПФ, БРА, антагонисты кальция, диуретики, β-блокаторы с вазодилатирующей способностью. Следует отметить, что антигипертензивная терапия, помимо снижения АД и улучшения функции эндотелия, обеспечивает ряд других важных эффектов, способствующих снижению жесткости сосудистой стенки, а именно – уменьшение образования фибрина и коллагена и, как следствие, – замедление процесса ремоделирования сосудов. Такой эффект характерен, например, для блокаторов РААС (особенно в сочетании с антагонистами кальция) и антагонистов альдостерона.

Еще одна возможность влияния на эндотелиальную функцию связана с использованием статинов – это один из важных плейотропных эффектов препаратов данной группы.

Сочетание комплексной медикаментозной терапии с нефармакологическими методами (диета, физические нагрузки, отказ от курения) обеспечит максимальную эффективность лечения, более быстрое восстановление функции эндотелия, улучшение эластических свойств крупных артерий и снизит риск развития серьезных кардиоваскулярных осложнений.

Продолжение обзора конференции читайте в следующем номере.

Подготовила Наталья Очеретяная

В тематическом выпуске «Кардиология. Ревматология. Кардиохирургия» № 1 на стр. 39 в статье «Семейные гиперхолестеринемии: современное состояние проблемы и новые подходы к лечению» была допущена опечатка.

Фразу «По данным европейских эпидемиологических исследований, частота встречаемости гетерозиготной СГ составляет 1 случай на 500 тыс. человек» следует читать: «По данным европейских эпидемиологических исследований, частота встречаемости гетерозиготной СГ составляет 1 случай на 500 человек».

Приносим извинения нашим читателям за ошибку.