



Всероссийское научное
общество кардиологов

КАРДИОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

№ 1 (1) 2011 • ИЗДАНИЕ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ ВНОК

Статины в лечении заболеваний печени: возможно ли такое в XXI веке?

«Статины и заболевания печени» – такое сочетание еще несколько лет назад даже не обсуждалось. Статины необоснованно считались крайне гепатотоксичными препаратами. Сегодня утверждается, что статины достаточно безопасны препараты в отношении гепатоцитов. Более того, в научном мире идет активная дискуссия о благотворном влиянии статинов на состояние печени и их возможностях при хронических заболеваниях печени.

В настоящее время отмечается рост числа лиц с хроническими заболеваниями печени, особенно с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) или метаболическими расстройствами на фоне хронического вирусного гепатита С, вынужденных для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) принимать статины.



Первое полноценное Европейское руководство по дислипидемиям

Первое руководство по управлению дислипидемиями, подготовленное Европейским обществом кардиологов и Европейским обществом по атеросклерозу, совершенно отличается от имевшегося до сего времени раздела по дислипидемиям в Европейском руководстве по профилактике ишемической болезни сердца. Строгое учение о дислипидемиях (Европейское общество по атеросклерозу), соединенное с практической направленностью на профилактику (Европейское общество кардиологов, в которое на правах ассоциированного члена входит Европейская ассоциация по кардиологической профилактике и реабилитации), действительно стало основой полноценного и многогранного руководства, скромно названного «Руководством по управлению дислипидемиями» (ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias, 2011).

Отмечая «скромность» названия, скажем, что фактически речь идет о руководстве по дислипидемиям, дающем возможность не только предупреждать атеросклероз, но и эффективно лечить его.

Из 40 страниц издания 25 отведены методам лечения и профилактики, и это вполне объяснимо.



**Анна
Васильевна
Концевая**

Д.м.н., председатель
Рабочей группы
молодых кардиологов
ВНОК
akontseva@gnicpm.ru

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках первый номер газеты «Кардиология сегодня». В настоящее время в нашей стране выпускается множество медицинских изданий различной направленности. Зачем же нужно еще одно?

Наша цель – создание медицинской газеты, в которой в доступной форме будут освещены наиболее актуальные проблемы кардиологии и вопросы, находящиеся на стыке дисциплин. Мы планируем оперативно знакомить наших читателей с последними научными и практическими достижениями

С Л О В О Р Е Д А К Т О Р А

в кардиологии, новостями международных и российских конгрессов, новыми рекомендациями по клинической практике. Эту газету кардиологи и терапевты будут бесплатно получать через свой почтовый ящик. Газета компактна, ее можно взять с собой в дорогу, почитать в транспорте. Также газета будет рассылаться в электронной форме и размещаться на интернет-сайте.

То, что издание организовано Рабочей группой молодых кардиологов, не означает, что газета ориентирована только на начинающих специалистов. Она будет универсальной и, надеемся, полезной для врачей независимо от их стажа работы и степени квалификации. При этом одна из наших целей – создание печатной платформы, на которой молодые кардиологи и терапевты смогут высказать свое мнение, поделиться интересными для широкой медицинской общественности результатами своей научной и практической работы, вступить в дискуссию с ведущими экспертами по наиболее острым вопросам кардиологии.

Первый номер газеты, вышедший к Новому году, мы решили сделать широким

и обозначить «Кардиология: от первичной профилактики до инвазивных вмешательств». В этом номере вы найдете интересный материал об эффектах статинов, об основных постулатах профилактической кардиологии в изложении академика РАМН Р.Г. Оганова, анализ последнего пересмотра рекомендаций по дислипидемии, статьи по другим проблемам кардиологии. Из них часть материалов подготовлена молодыми специалистами.

Мы приглашаем к сотрудничеству всех медиков, интересующихся кардиологией. У вас есть интересная идея или готовая статья, соответствующая формату газеты? Присылайте нам. Вы хотели бы увидеть на страницах газеты публикацию по определенной тематике? Пишите нам. У вас есть предложение открыть новую рубрику в газете? Мы готовы это обсуждать.

Очень надеемся сделать наше издание интересным, разнообразным и полезным для широкого круга читателей. И поэтому обращаемся к вам за помощью: давайте вместе создавать такую газету!

Т Е М А Н О М Е Р А

Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний остановит профилактика

Основным уроком XX века стало понимание того, что эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний в основном обусловлена особенностями образа жизни и связанными с ними факторами риска.



**Рафаэль
Гегамович
Оганов**

Академик РАМН,
засл. деятель науки РФ,
д.м.н., проф., почетный
президент ВНОК
oganov@gnicpm.ru

На основании результатов крупных эпидемиологических исследований была создана концепция факторов риска, ставшая научной основой эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Показано, что эпидемию ССЗ можно не только остановить, но и предупредить. Модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска могут замедлить развитие заболеваний как до, так и после появления клинических симптомов.

Несмотря на общемировые достижения эпидемиологии и профилактической медицины, в начале XXI века глобальная эпидемия ССЗ нарастает. Это преимущественно происхо-

дит за счет развивающихся стран, в то время как в развитых странах распространенность ССЗ снижается, что обусловлено прежде всего различием в образе жизни и динамике факторов риска. Если в развивающихся государствах происходит «вестернизация» образа жизни с нарастанием таких факторов риска, как курение, нерациональное питание, низкая физическая активность и др., то в экономически развитых странах удалось снизить распространенность курения, неконтролируемой артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии. В то же время во всем мире надвигается «эпидемия» факторов риска – избыточной массы тела, ожирения и сахарного диабета (СД).

В России ССЗ являются ведущей причиной смертности населения, в том числе в трудоспособном возрасте. В абсолютных показателях вследствие преждевременной смертности от ССЗ теряется в среднем 8 лет жизни на каждого жителя по сравнению со странами Европы. Кроме того, на протяжении последних 30 лет в России наблюдался рост числа смертей от ССЗ, в то время как в развитых странах оно сокращалось.

Однако с 2003 г. ситуация стала меняться и смертность от ССЗ в России постепенно

снижается. Насколько эта тенденция окажется стойкой, покажет будущее. СМИ до сих пор утверждают о том, что смертность продолжает расти, однако это не так: смертность от ССЗ снизилась на 14,6%. Хотя в абсолютных значениях мы пока далеки от показателей западноевропейских стран, имеется положительная динамика показателей смертности, что может быть отражением улучшения социально-экономического состояния в российской популяции.

Какие факторы риска определяют высокую смертность от ССЗ в России? Анализ вклада факторов риска в общую преждевременную смертность, выполненный ВОЗ, показал: три основных фактора риска – АГ, гиперхолестеринемия и курение – определяют свыше 75% случаев преждевременной смертности от различных заболеваний.

Аналогичные результаты получены в исследовании INTERHEART, в ходе которого установлено, что 9 факторов риска (соотношение аполипопротеинов, СД, курение, АГ, низкое потребление овощей и фруктов, абдоминальное ожирение, гиподинамия, стресс, алкоголь) определяют 90% риска развития инфаркта миокарда. Это же исследование показало, что важным



Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний остановит профилактика

➔ **1** фактором риска инфаркта миокарда оказался семейный анамнез, в частности, риск увеличивается почти в 3 раза при наличии в анамнезе ССЗ у родителей. При этом для выявления этого факта никаких специальных исследований не требуется, но в то же время такая информация позволяет повлиять на терапию, поэтому о данном факторе риска не следует забывать.

Насколько теория факторов риска реализуется на практике? В ГНИЦ профилактической медицины проведен ряд проспективных исследований продолжительностью 10–15 лет, которые позволяют ответить на данный вопрос. Оказалось, что изучаемый в ходе этих исследований риск практически полностью совпадает с прогнозируемым на момент начала исследования, что подтверждает целесообразность использования шкал риска в реальной практике и их учета при определении тактики лечения. Таким образом, факторы риска – это не изобретение ученых, а факторы, оказывающие существенное влияние и на заболеваемость, и на смертность, а также на выбор терапии.

На промежуточной ступени между факторами риска развития заболеваний и клиническими формами ССЗ находятся субклинические маркеры повышенного риска, т. е. по сути бессимптомная форма заболеваний. К таким маркерам относят толщину интимы-медии сонных артерий, индекс кальцификации сонных артерий, гипертрофию левого желудочка, лодыжечно-плечевой индекс, бляшки в сонных и периферических артериях, жесткость сосудистой стенки, скорость клубочковой фильтрации, микроальбуминурию. Перечисленные маркеры прежде всего позволяют выявить бессимптомный атеросклероз.

Атеросклероз – это системный процесс, который проявляется не только в коронарных артериях, поэтому для обнаружения субклинического атеросклероза может быть использована следующая стратегия. На первом этапе выполняется ультразвуковая диагностика сонных артерий и при выявлении бляшек дальнейшие исследования уже не требуются, атеросклероз у пациента диагностирован. Если же изменений в сонных артериях не обнаружено, желательнее провести компьютерную томографию сонных артерий для выявления кальция в коронарных артериях, но необходимо помнить, что в 6–12 % бляшка может быть некальцифицированной. Исследования по выявлению субклинического атеросклероза проводят в случае необходимости уточнения риска ССЗ.

Однако есть и более простые способы выявления субклинического атеросклероза. Это прежде всего лодыжечно-плечевой индекс, который измеряется достаточно просто. Исследования показали его значительную прогностическую способность: частота сердечно-сосудистых событий у лиц с низким индексом оказалась существенно выше по сравнению с таковой у лиц с нормальными значениями.

«Вестернизация» образа жизни во всем мире ведет к надвигающейся «эпидемии» метаболических факторов риска, таких как избыточная масса тела, нарушенная толерантность к глюкозе, СД, метаболический синдром. В настоящее время при оценке риска параметру абдоминального ожирения отдают предпочтение перед традиционным индексом массы тела. Это обусловлено двумя факторами: прежде

всего абдоминальное ожирение оказалось лучшим предиктором риска развития осложнений ССЗ по сравнению с индексом массы тела, кроме того, этот параметр очень легко определить – достаточно сантиметровой ленты и при выявлении объема талии > 88 см у женщин и > 102 см у мужчин можно говорить об абдоминальном ожирении, наличие которого свидетельствует о том, что необходимо увеличить физическую активность или правильно питаться, а оптимально – сделать и то и другое.

Заболеваемость СД растет во всем мире. Так, с 2000 по 2010 г. число пациентов с СД увеличилось на 46 % (со 151 до 221 млн). В 2010 г. в России зарегистрировано 3 млн 121 тыс. случаев с СД, однако эндокринологи считают, что реальное число больных СД приближается к 8 млн. СД – это значимый фактор риска ССЗ: у мужчин с манифестированным СД риск ССЗ увеличивается в 2–3 раза, у женщин – в 3–5 раз.

Однако не все факторы риска оправдали прогноз в их отношении. В ходе крупных экспериментальных и эпидемиологических исследований была выявлена выраженная связь ряда факторов с ССЗ. Ниже перечислены эти факторы и подходы к их коррекции.

- Оксидативный стресс (витамины Е, С, бета-каротин и др.).
- Гипергомоцистеинемия (витамины группы В, фолиевая кислота).
- Воспаление (аспирин для первичной профилактики).
- Инфекции (антибактериальная терапия).
- Дефицит женских половых гормонов (гормонозаместительная терапия – ГЗТ).

В ходе клинических исследований при применении предлагаемых подходов к коррекции этих факторов с целью их снижения не удалось добиться положительной динамики показателей заболеваемости и смертности. Возможно, что эти факторы участвуют в развитии заболевания, однако подходы к их снижению, примененные в клинических исследованиях, оказались не совсем правильными. Пока результаты клинических исследований не подтвердят эффективность этих подходов в снижении заболеваемости и смертности, они не могут применяться широко на практике.

Например, после выявления связи дефицита женских половых гормонов с заболеваемостью и смертностью от ССЗ были проведены клинические исследования, в ходе которых эти гормоны назначали женщинам в менопаузе независимо от возраста и продолжительности менопаузы. Такой недифференцированный подход привел к обратному эффекту: в группе женщин, получавших ГЗТ, вместо ожидаемого снижения заболеваемости и смертности, увеличилась частота развития цереброваскулярных заболеваний, включая фатальные и нефатальные инсульты, а также тромботических событий, в том числе легочной тромбоэмболии. Однако это не означает, что ГЗТ не нужно использовать и она опасна. Последующий тщательный анализ показал, что при планировании исследования не учитывались наличие менопаузальных жалоб, которые служат показанием к применению этих препаратов, и возраст пациенток.

При углубленном изучении этого вопроса в рамках исследования WHI было уста-

Эффективность снижения факторов риска у пациентов с ИБС и в общей популяции (J.A. Iestra et al. A systematic review. Circulation 2005;112: 924–34).

Рекомендация	Снижение смертности, %	
	Пациенты с ИБС	Общая популяция
Прекращение курения	35	50
Физическая активность	25	20–30
Умеренное потребление алкоголя	20	15
Изменения в питании (≥ 2 фактора)	45	15–40

новлено, что если начать ГЗТ в возрасте 50–59 лет, то можно добиться существенного снижения смертности, в то время как при начале терапии в возрасте 60–69 лет смертность увеличивалась. Это еще раз подчеркивает необходимость взвешенного подхода к факторам, в отношении которых клинические исследования не дали результатов.

Существуют ли на сегодняшний день доступные и эффективные методы профилактики? Существуют, но важно понимать, что если мы говорим о профилактике, то это не только коррекция факторов риска, но и использование медикаментозной терапии и реваскуляризации.

Если взять пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), то существует две основные цели лечения. Первая – устранение, уменьшение стенокардии и/или ишемии миокарда, улучшение качества жизни, достигаемые с помощью медикаментозных препаратов определенных групп и реваскуляризацией миокарда. Вторая – улучшение прогноза и увеличение продолжительности жизни. Для достижения указанных целей применяют ряд лекарственных средств: аспирин, клопидогрел; липидснижающие (статины); бета-блокаторы (после инфаркта миокарда); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты.

Очень часто ошибочно считают, что у пациентов с ИБС можно добиться улучшения прогноза только медикаментозным способом. Как показали результаты крупного систематического обзора, эффективность снижения факторов риска у лиц, имеющих клинические формы ИБС, ненамного меньше, а в ряде случаев сопоставима с таковой при коррекции соответствующих факторов риска в общей популяции (см. таблицу).

Так, например, изменение питания может привести к снижению смертности на 40 % как у больных ИБС, так и в популяции в целом.

Показано, что эффект прекращения курения в отношении снижения смертности в 1,5–2 раза выше, чем эффект статинов, аспирина или бета-блокаторов. А методы стимулирования отказа от курения существенно дешевле большинства медикаментозных препаратов. Поэтому немедикаментозная коррекция факторов риска – важный момент стратегии лечения пациентов с ССЗ.

В ряде западных стран, в которых в течение последних десятилетий наблюдали стойкое снижение смертности от ССЗ, в том числе и от ИБС, проведен анализ вклада различных факторов в снижение смертности. Оказалось, что примерно половина достигнутого эффекта сниже-

ния смертности обусловлена изменением факторов риска в популяции, хотя вклад современных методов лечения также оказался значительным и составил в среднем 35–40 %.

Американские исследователи с помощью модели IMPACT провели более детальный анализ вклада факторов риска в динамику смертности от ИБС за 20 лет (с 1980 по 2000 г.). Показано, что за счет положительной динамики четырех факторов риска: снижение общего холестерина, артериального давления (АД), курения и гиподинамии, – смертность удалось снизить на 61 %. Но в то же время наблюдали отрицательную динамику таких факторов риска, как СД и ожирение, за счет чего смертность выросла на 17,4 %. Соответственно в целом факторы риска обусловили снижение смертности от ИБС на 44 %.

К сожалению, отношение к факторам риска у лиц, уже имеющих клинические формы ИБС, остается достаточно пассивным. Исследование EUROSIRE, имевшее три среза: 1995–1996, 2000–2001, 2006–2007 гг., показало, что за этот период распространенность курения практически не изменилась, а распространенность ожирения и абдоминального ожирения выросла, контроль АД не изменился (половина пациентов с АД и ИБС не контролируют уровень АД), число пациентов с СД выросло. Единственное, в чем удалось добиться результатов, – это снижение распространенности гиперхолестеринемии, в основном за счет широкого использования статинов.

Профессор Дэвид Вуд, координатор этой программы, подчеркнул: «Эти данные иллюстрируют острую необходимость в профилактических кардиологических программах. Мы прилагаем огромные усилия для спасения больных с острой ишемией миокарда и должны предпринимать такие же меры в отношении устранения причин, лежащих в основе заболевания».

Что необходимо для того, чтобы снизить факторы риска развития ССЗ у пациентов? Очевидно, что начинать нужно с врачей, которые должны стать примером. Под эгидой ВНОК проведено исследование «Здоровье врачей», которое показало, что распространенность факторов риска (АД, гиперхолестеринемия) среди врачей высокая. Врач, не соблюдающий собственные рекомендации, вряд ли сможет быть убедительным примером для своих пациентов.

В ряде случаев, кроме изменения образа жизни, необходима медикаментозная профилактика факторов риска, прежде всего дислипидемии. Важно отметить, что статины, основной класс гиполипидемических препаратов, обладают целым рядом прейотропных эффектов: антитромботическими свойствами, противовоспалительной активностью,



Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний остановит профилактика

⇒ 2 способностью стабилизировать атеромы, улучшать функции эндотелия. Дискуссию по вопросу, до каких уровней необходимо снижать холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), сейчас можно считать завершенной, так как показано: чем ниже достигаемые уровни холестерина ЛПНП, тем лучше прогноз. Применение статинов не только снижает уровень холестерина, но и приводит к уменьшению размера бляшки и увеличению просвета сосудов. Причем статины эффективны как в отношении вторичной профилактики ИБС, так и в отношении первичной и вторичной профилактики инсультов. Также доказана эффективность статинов в первичной профилактике коронарных событий у пациентов с СД.

Однако необходимо помнить о том, что при терапии статинами включаются механизмы

компенсации, т. е. при снижении синтеза холестерина в печени начинает увеличиваться его всасывание в кишечнике, поэтому разработан препарат эзетимиб, позволяющий блокировать всасывание. Также создан комбинированный препарат статина и эзетимиба, позволяющий добиться существенного снижения уровня холестерина ЛПНП.

К сожалению, отечественная практика назначения статинов пациентам, нуждающимся в этой терапии, является недостаточной. В среднем, по данным исследований, статины получают только 10 % пациентов с ИБС. Каковы же причины столь низкой частоты? Их несколько, и одна из значимых заключается в том, что статины не влияют на субъективное состояние пациентов, поэтому больные прекращают их прием. Это недоработка врачей, которые не объясняют пациентам, зачем нужны статины, их важность для прогноза.

Другая причина низкой приверженности к приему статинов – высокая стоимость препаратов; в настоящее время она практически устранена с помощью дженериков.

Есть ли на сегодняшний день доказательства эффективности профилактических мер в масштабах популяции в России? В качестве положительного примера достижения результата может служить целевая программа по АГ. Благодаря ее реализации удалось добиться повышения эффективности лечения АГ в масштабах всей страны. Считают, что это одна из причин снижения смертности от цереброваскулярных заболеваний, и прежде всего смертности от инсульта, наблюдающегося в последние годы в России.

Обобщая вышеизложенное, выделим положения, послужившие обоснованием необходимости профилактики.

- В основе сердечно-сосудистой патологии обычно лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов.
- Смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна, и поэтому многие лечебные вмешательства неприемлемы.
- Современные методы лечения (медикаментозные, эндоваскулярные, хирургические) не устраняют причину ССЗ, поэтому риск сосудистых катастроф остается высоким.

Мы должны руководствоваться в своей практике, направленной на профилактику ССЗ, призывом ВОЗ: причины известны, что делать дальше – ясно, теперь ваша очередь действовать!

СОБЫТИЯ

Международный научно-образовательный форум молодых кардиологов

«Кардиология: на стыке настоящего и будущего» 1–2 июня 2012 г., г. Самара



Всероссийское научное общество кардиологов



Самарский государственный медицинский университет



МЗ и СР Самарской области



ESC cardiologists of tomorrow

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в Первом международном форуме молодых кардиологов, который состоится в «сердце России» — на берегах Волги, в Самаре.

Форум станет площадкой для обмена научным и клиническим опытом молодых специалистов из России, Европы, стран СНГ, он даст возможность молодым врачам повысить свой профессиональный уровень.

В рамках форума запланированы научные и практические сессии, на которых выступят с докладами молодые специалисты, и мастер-классы ведущих экспертов ВНОК, СНГ и Европейского общества кардиологов по актуальным и сложным вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Регистрационный взнос и публикация тезисов

Для участников моложе 40 лет – бесплатно. Для участников, тезисы которых будут отобраны для устного представления, будет рассматриваться возможность оплаты проживания в г. Самаре.

Научные направления форума

1. Фундаментальные исследования в кардиологии.
2. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторы риска.
3. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
4. Новое в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.
5. Артериальная гипертония.
6. Острый коронарный синдром.
7. Хроническая сердечная недостаточность.
8. Тромбоэмболия легочной артерии.
9. Нарушения ритма и проводимости (медикаментозное и немедикаментозное лечение).
10. Интервенционная кардиология.
11. Хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
12. Детская кардиология и кардиохирургия.
13. Молекулярно-генетические исследования в кардиологии.
14. Взаимодействие кардиологов и врачей других специальностей (неврологи, эндокринологи, пульмонологи и др.).

Язык форума: английский и русский.

При формировании научной программы предпочтение будет отдаваться докладчикам, которые подготовят доклад на английском языке.

Формы участия в форуме:

- научный доклад;
- представление клинического случая;
- участие в дискуссии/«круглом столе»;
- howtodosession.

Формы представления докладов:

- устный доклад;
- модулируемый постер.

Подача заявок на участие/представление тезисов:

Подача заявок на участие/представление тезисов осуществляется через официальный сайт форума www.samaracardio.ru.

Требования к тезисам

Тезисы подаются через официальный сайт форума www.samaracardio.ru.

Объем тезисов: 250 слов. Структура тезисов: введение, цель, материалы и методы, результаты, заключение, ключевые слова. Тезисы должны быть отнесены к одному из научных направлений форума.

Требования к описанию клинических случаев: Описания клинических случаев подаются через официальный сайт форума www.samaracardio.ru.

Объем описания клинического случая: 500 слов. Структура описания: краткое описа-

ние клинической картины, диагностический поиск, назначенное лечение, исход, вывод, сделанный на основе данного клинического случая.

Требования к заявкам на участие в дискуссии/«круглом столе»: указать тему дискуссии, основные спорные моменты в данном вопросе, ваш вклад в обсуждение проблемы, назвать эксперта, мнение которого вы хотели бы услышать.

Для производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования будут организованы: – сателлитные симпозиумы; – выставка лекарственных средств, современных технологий, специализированных изданий, изделий медицинского назначения.

Важные даты

15.11.2010 г. – 01.02.2012 г.

Прием тезисов

01.04.2012 г.

Предварительная программа

Официальный сайт форума:
www.samaracardio.ru

По всем вопросам обращаться по адресу: samaracardio@gmail.com



Всероссийское научное общество кардиологов

КАРДИОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

ИЗДАНИЕ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ ВНОК

2012

Месяц	Даты	Название мероприятия	Место проведения	Ссылка
январь	26-27	7-я Международная конференция по клеточной терапии сердечно-сосудистых заболеваний	НЬЮ-ЙОРК США	http://celltherapy.crf.org/
	31.01-03.02	5-я Всероссийская школа-конференция по физиологии кровообращения (МГУ)	МОСКВА Россия	http://www.fbm.msu.ru/sci/conf/detail.php?ID=5147
февраль	01.02-03.02	Совместная международная конференция по инсульту — 2012 Американской ассоциации сердца (AHA) и Американской ассоциации инсульта (ASA)	НОВЫЙ ОРЛЕАН США	http://my.americanheart.org/professional/Sessions/InternationalStrokeConference/International-Stroke-Conference_UCM_316901_SubHomePage.jsp
	02.02-03.02	31-й ежегодный конгресс Бельгийского общества кардиологов (BSC)	БРЮССЕЛЬ Бельгия	http://www.bsccardio.be/Generic/jsp/index.jsp
	03.02-05.02	6-й Азиатский тихоокеанский конгресс сердечной недостаточности	ЧИАНГМАЙ Таиланд	http://www.apchf2012.com/
	16.02-18.02	10-й юбилейный конгресс «Кардиостим — 2012»	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ Россия	Pwww.tpu.ru/php/download/6220.pdf
	24.02-26.02	Международный конгресс кардиологов (ICC) — 2012	ГОНКОНГ Китай	http://www.icc-hongkong.com/
	26.02-29.02	11-й Международный симпозиум на Мертвом море (IDSS) по вопросам лечения аритмий сердца	ИЕРУСАЛИМ Израиль	http://www.idss-ep.com/
	28.02-01.03	XIII Всероссийский научно-образовательный форум «Кардиология — 2012»	МОСКВА Россия	http://www.cardiology-congress.ru/
	01.03-03.03	Международная конференция по сердцу и мозгу	ПАРИЖ Франция	http://www2.kenes.com/Heart-Brain/Pages/Home.aspx
март	10.03-11.03	23-я международная конференция «Кардиология сегодня» (CSC)	Кипр	http://www.cycardio.org/En/Conference.html
	14.03-18.03	9-е Средиземноморское совещание по гипертонии и атеросклерозу (ESH)	АНТАЛИЯ Турция	http://www.medhyp.org/
	16.03-18.03	76-й ежегодный конгресс Японского общества кровообращения (JCS)	ФУКУОКА Япония	http://www.congre.co.jp/jcs2012/english/
	22.03-25.03	2-й Латиноамериканский конгресс по проблемам диабета, ожирения и гипертонии	РИО-ДЕ-ЖАНЕЙРО Бразилия	http://www.codhy.com/LA/2012/
	22.03-23.03	IV Ежегодная научно-практическая конференция молодых ученых и специалистов	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ Россия	http://www.almazovcentre.ru/node/1305
	24.03-27.03	61-я ежегодная научная сессия Американского колледжа кардиологов (ACC)	ЧИКАГО США	http://accscientificsession.cardiosource.org/ACC12.aspx
	25.03-29.03	16-й Международный симпозиум по атеросклерозу (ISA 2012)	СИДНЕЙ Австралия	http://www.isa2012.com/
	28.03-31.03	Римский кардиологический форум	РИМ Италия	http://www.escardio.org/education/live-events/courses/rome-cardiology-forum/Pages/programme.aspx
	30.03-01.04	«Сердечно-сосудистая биология — 2012» 2-е заседание Совета ESC в области базовых сердечно-сосудистых исследований	ЛОНДОН Великобритания	http://www.escardio.org/congresses/cardiovascular-biology-2012/Pages/welcome.aspx
	апрель	12.04-14.04	Снижение сердечно-сосудистого риска: курс на профилактику. 2012 (PCNA — 2012)	ВАШИНГТОН США
12.04-21.04		Всемирный конгресс кардиологов (WHF)	ДУБАИ ОАЭ	www.worldcardiocongress.org
16.04-17.04		59-я ежегодная конференция Израильского общества кардиологов (IHS)	ТЕЛЬ-АВИВ Израиль	http://www.israelheart.com/en/
25.04-28.04		61-й международный конгресс Европейского общества сердечно-сосудистой хирургии (ESCVS)	ДУБРОВНИК Хорватия	http://www.escvs2012.org/
26.04-27.04		Симпозиум по проблемам аорты — 2012	НЬЮ-ЙОРК США	http://www.researchgate.net/conference/Aortic_Symposium_2012/
26.04-29.04		22-я конференция по гипертонии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ESH)	ЛОНДОН Великобритания	http://www.esh2012.org/

Я Н В А Р Ь							Ф Е В Р А Л Ь							М А Р Т						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1			1	2	3	4	5				1	2	3	4
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	5	6	7	8	9	10	11
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	12	13	14	15	16	17	18
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	19	20	21	22	23	24	25
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29					26	27	28	29	30	31	
30	31																			

И Ю Л Ь							А В Г У С Т							С Е Н Т Я Б Р Ь						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1			1	2	3	4	5						1	2
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30
30	31																			

КАЛЕНДАРЬ МЕРОПРИЯТИЙ



Издательский дом «АВВ-пресс»

Месяц	Период	Название мероприятия	Место проведения	Ссылка
май	03.05–05.05	EuroPrevent 2012 (ESC)	ДУБЛИН Ирландия	http://www.escardio.org/congresses/europrevent-2012/Pages/welcome.aspx
	09.05–12.05	Heart Rythm 2012 (HRC)	БОСТОН США	http://www.hrsonline.org/sessions/futscisessions/
	13.05–16.05	Ежегодный конгресс Чешского общества кардиологии – 2012 (CSN)	БРНО Чехия	www.kardio-cz.cz
	14.05–23.05	11-я школа кардиологов	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ Россия	http://www.vestaru/text.jsp?id=1
	16.05–18.05	III Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук»	ТЮМЕНЬ Россия	http://www.infarkta.net/16323/30/
	17.05–20.05	2-е международное совещание по проблемам кардиологии во время беременности (CPP – 2012)	БЕРЛИН Германия	http://www.cppcongress.com/
	19.05–22.05	Heart Failure – 2012 (ESC)	БЕЛГРАД Сербия	http://www.escardio.org/congresses/hf2012/Pages/welcome.aspx
	24.05–26.05	Сателлитный симпозиум Европейского общества по артериальной гипертензии (ESH) «Резистентная гипертензия»	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ Россия	http://www.almazovcentre.ru/node/1673
	24.05–26.05	10-й съезд кардиологов Юга России «Приоритетные задачи современной кардиологии и пути их решения»	РОСТОВ-НА-ДОНУ Россия	http://www.scardio.ru/congresses/russian0033C/default.asp
	25.05–28.05	80-й конгресс Европейского общества атеросклероза (EAS)	МИЛАН Италия	http://www2.kenes.com/eas/pages/home.aspx
июнь	31.05–01.06	VIII региональная научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая электрофизиология и интервенционная аритмология»	ТОМСК Россия	http://cardio-tomsk.ru/nauchnaja-dejatelnost/konferentsii/383-viii-regionalnaja-nauchno-prakticheskaja-konferentsija.html
	01.06–02.06	Конференция Российского общества онкоурологов (РООУ) в Южном федеральном округе	САМАРА Россия	www.samaracardio.ru
	11.06–12.06	Case-based Arrhythmia and Device Practice (ESC)	НИЦЦА Франция	http://www.escardio.org/communities/EHRA/education/courses/Pages/case-based-arrhythmia-and-device-practice.aspx
	13.06–16.06	18-й мировой конгресс «Cardiostim – 2012»	НИЦЦА Франция	http://www.cardiostim.com/
июль	22.06–24.06	10-я международная конференция и научная сессия легочной гипертензии (РНА)	ОРЛАНДО США	http://www.phassociation.org/page.aspx?pid=1016
	09.07–12.07	18-й всемирный конгресс Международного общества изучения гипертензии у беременных – 2012 (ISSHP – 2012)	ЖЕНЕВА Швейцария	http://www.isshp2012.com/
	13.07–15.07	19-й конгресс Азиатской федерации кардиологов–2012 (AFC)	СИНГАПУР Республика Сингапур	http://www.afcc2012.com/
август	27.07–30.07	17-й Всемирный конгресс заболеваний сердца (WCHD)	ТОРОНТО Канада	www.cardiologyonline.com
	25.08–29.08	Конгресс Европейского общества кардиологов (ESC) – 2012	МИЮНХЕН Германия	www.escardio.org
октябрь	29.09–04.10	24-я конференция Международного общества гипертензии (ISH) «Hypertension Sydney – 2012»	СИДНЕЙ Австралия	http://www.ish2012.org/
	20.10–22.10	Acute Cardiac Care – 2012 (ESC)	СТАМБУЛ Турция	http://www.escardio.org/congresses/acute-cardiac-care-2012/Pages/welcome.aspx
	20.10–22.10	8-я конференция Азиатского тихоокеанского общества атеросклероза и сосудистых заболеваний (APSAVD)	ПХУКЕТ Таиланд	http://www.apsavd2012.com/
декабрь	11.11–15.11	31-й международный конгресс терапевтов	САНТЬЯГО Чили	http://www2.kenes.com/wcim/pages/home.aspx

А П Р Е Л Ь							М А Й							И Ю Н Ь						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1		1	2	3	4	5	6					1	2	3
2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
9	10	11	12	13	14	15	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
23	24	25	26	27	28	29	28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	
30																				
О К Т Я Б Р Ь							Н О Я Б Р Ь							Д Е К А Б Р Ь						
пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4						1	2
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23
29	30	31					26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30
														31						

Лечение табачной зависимости: что может первичное звено?



Маринэ Генриевна Гамбарян
К.м.н., ведущий научный сотрудник
ГНИЦ профилактической медицины
Минздравоохранения России
MGambaryan@gnicpm.ru

Курение — одна из причин высокого уровня смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы, и низкой продолжительности жизни, самой низкой среди 53 стран Европейского региона ВОЗ. В России ежегодно умирают более 300 тыс. человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35–69 лет.

Риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца среди курящих мужчин в возрасте 40–59 лет и женщин в возрасте 30–69 лет в 3 раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения.

В реализации основных положений Рамочной конвенции ВОЗ и государственной политики против потребления табака на 2010–2015 гг. особая роль отведена врачам, а именно в информировании населения о вреде табака и оказании помощи в предупреждении курения, тем более что табачная зависимость официально признана нозологической формой в МКБ–10. При этом первичное звено — это тот нереализованный ресурс, где должна начинаться работа по профилактике курения и профилактике болезней, связанных с курением.

Современный арсенал средств предлагает выбор поведенческих, фармакологических и немедикаментозных методов лечения табачной зависимости, направленных на закрепление установки пациента на полный отказ от курения, устранение или существенное снижение табачной зависимости, профилактику и коррекцию симптомов отмены, эффективную профилактику рецидивов курения.

Мы изучали особенности лечения табачной зависимости в практике специалиста поликлиники: профиль пациентов, возрастной состав, частоту встречаемости и специфику факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у них, а также клиническую эффективность поведенческих и фармакологических методов помощи желающим отказаться от потребления табака.

Проведено рандомизированное контролируемое исследование на базе одной из

Курение табака — серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидизации во всем мире. Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире, распространенность регулярного курения в стране среди мужчин достигла 39,4–60,7 % и 21,7 % среди женщин.

муниципальных поликлиник Москвы с включением 60 регулярных курящих лиц (34 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 18 до 75 лет. Группу вмешательства составили 30 курильщиков, у которых лечение проводили методом поведенческого консультирования в сочетании с никотинзаместительной терапией (НЗТ), группу сравнения — 30 курильщиков, получивших только поведенческое консультирование. Лечение и наблюдение в обеих группах проводили по стандартной схеме — в течение 10 нед с контрольным наблюдением на 4-й неделе.

Средний возраст пациентов составил $49,02 \pm 11,49$ года, группы вмешательства и сравнения были схожи по полу, возрасту, уровню образования и семейному положению. Большинство пациентов были интенсивными курильщиками, характеризовались индексом > 10 пачек/лет и высокой степенью никотиновой зависимости. Достоверных различий по количеству, типу выкуриваемых сигарет и по степени никотиновой зависимости между группами не отмечено.

Кто они — пациенты специалиста поликлиники?

Анализировали данные относительно наличия факторов риска и симптомов хронических неспецифических заболеваний.

У 75,9 % пациентов в анамнезе указана артериальная гипертония, у 27,6 % — инфаркт миокарда, 31 % страдали стенокардией, 45 % имели повышенное содержание холестерина и у 45 % в анамнезе значились хронический бронхит (ХБ), бронхиальная астма или хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

При первом осмотре у 77,6 % пациентов обнаружили высокий уровень холестерина; у 51 % гиперхолестеринемия была выявлена впервые; у 94,8 % пациентов диагностирована ХОБЛ II и III степени, при этом у 58,2 % впервые ($p < 0,05$). Только 44,8 % пациентов имели диагноз ХБ и/или ХОБЛ в анамнезе, в 89,66 % наблюдений эти заболевания были впервые диагностированы при наличии хронического кашля с мокротой на первом приеме, а у 94,83 % всех пациентов были выявлены обструктивные нарушения по критериям GOLD.

Таким образом, у 51 % пациентов повышенный уровень общего холестерина был выявлен впервые; 53,85 % пациентов, предъявляющих жалобы на хронический кашель,

и 58,18 % пациентов с выявленными на приеме обструктивными нарушениями согласно критериям GOLD не имели ранее диагноз хронического бронхита или ХОБЛ.

Прекращение курения

Отказ от курения оценивался на основе слов пациентов и показателей СО в выдыхаемом воздухе.

В группе лиц, получавших курс НЗТ в дополнение к поведенческому консультированию, доля прекративших полностью курение составила 46,4 % к концу лечения. Столько же составила доля сменивших свой статус на «нерегулярное курение», в группе сравнения таких оказалось 26,7 %. По окончании лечения продолжали курить в группе вмешательства только 7,1 % пациентов, в группе сравнения — 70 %, а отказались полностью от курения только 3,3 %. Различия между группами статистически высоко достоверны (рис. 1).

Кто бросает курить?

Мы не выявили статистически достоверной связи уровня отказа от курения с исходными уровнями образования, семейным статусом, степенью никотиновой зависимости, стажем и интенсивностью курения, а также с предыдущими попытками бросить курить. Однако выявлена статистически достоверная связь со степенью готовности бросить курить.

Динамика показателей

В ходе исследования анализировали динамику показателей массы тела, окружности талии, артериального давления (АД), уровня общего холестерина, триглицеридов и глюкозы, а также показателей функции внешнего дыхания (ФВД). По окончании курса лечения статистически достоверных изменений массы тела, окружности талии, АД, уровня общего холестерина, триглицеридов и глюкозы в крови не выявлено.

Выявлено достоверное улучшение показателей ФВД как в группе лечившихся с помощью никотинодерживающих препаратов и поведенческого консультирования, так и в группе получивших только поведенческое консультирование. Такую динамику можно объяснить тем, что пациенты, никогда не знавшие ранее о наличии обструктивных нарушений, начинали принимать бронхолитическую терапию, у остальных в ходе лечения от табачной за-

висимости и наблюдения у специалиста повысилась приверженность к применяемым препаратам. Достоверное улучшение показателей ФВД наблюдалось не только внутри групп — статистически достоверные различия наблюдались и между группами. Так, за небольшим исключением, улучшение всех показателей функции поток–объем было достоверно более выражено в группе вмешательства нежели в группе сравнения. Это свидетельствует о том, что эффективность бронхолитической терапии выше, когда она сочетается с прекращением курения.

Не так страшно, как кажется

Известно, что часто курящие лица не желают отказаться от курения из-за страха стресса как неизбежного результата прекращения курения. В ходе исследования мы анализировали уровень стресса и состояния тревоги и депрессии, исходно и в динамике, через 4 нед с начала лечения и по окончании терапии.

По окончании лечения уровень стресса снизился у 32 % пациентов в группе вмешательства и у 20 % в группе сравнения. Еще у 54 % в группе вмешательства уровень стресса не изменился. Среди тех, кто отказался от курения, у половины уровень стресса не изменился, а у 35,7 % бросивших курить даже снизился к концу лечения (рис. 2).

За время лечения достоверных изменений уровня тревоги и депрессии не отмечено. Примечательно, что 58 % пациентов с исходными признаками клинической тревоги и депрессии продолжали курить с прежней интенсивностью по окончании лечения. Лица этой категории реже бросают курить.

Заключение

Большинство пациентов поликлиники — курильщики со сформировавшимися болезнями, в основном не диагностированными ранее. Поэтому активное выявление и лечение табакокурения у лиц с заболеваниями на ранней стадии, а также профилактика патологий, связанных с курением, важнейшие задачи первичного звена.

НЗТ в сочетании с поведенческим консультированием — эффективный метод лечения табакокурения и профилактики нарушений, связанных с курением, и лучший результат достигается у лиц, желающих и готовых отказаться от курения.

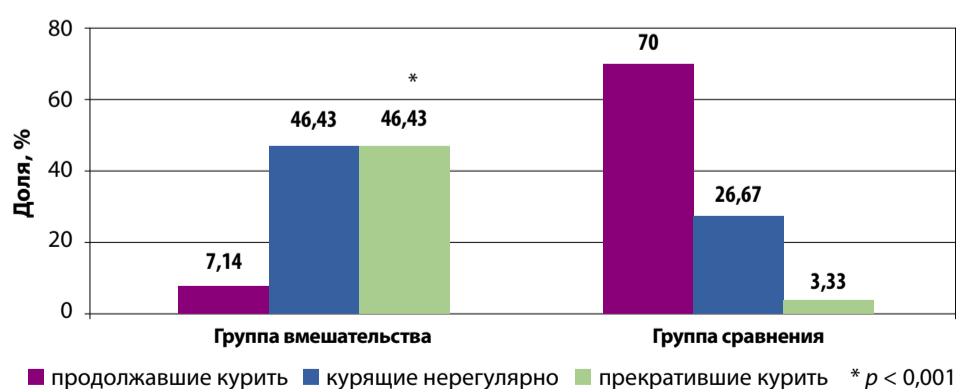


Рис. 1. Динамика показателей отказа от курения в группах вмешательства и сравнения

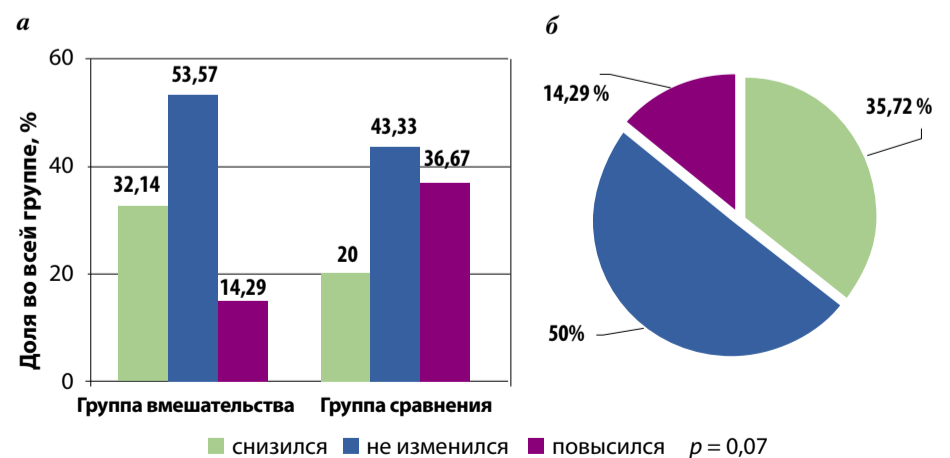


Рис. 2. Динамика уровня стресса у пациентов в группах вмешательства и сравнения (а) и у лиц, бросивших курить (б)

Статины в лечении заболеваний печени: возможно ли такое в XXI веке?



Ольга Николаевна Корнеева
К.м.н., врач-кардиолог, координатор образовательных проектов Рабочей секции молодых кардиологов ВНОК
doctorok@land.ru



Оксана Михайловна Драпкина
Д.м.н., проф. кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
drapkina@bk.ru

➔ 1 Клиницистам следует учитывать сложные механизмы взаимодействия статинов с метаболизмом печени в данных условиях.

Статины и неалкогольная жировая болезнь печени

НАЖБП и гиперлипидемия часто сосуществуют у одного пациента, так как оба эти состояния связаны с наличием МС. Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия — независимые предвестники стеатоза. Согласно данным литературы (Корнеева, Драпкина, Ивашкин, 2008) НАЖБП встречается у 100 % лиц с МС, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) — у 42 %, причем 52 % страдают атерогенной дислипидемией.

Более высокая смертность пациентов с НАЖБП обусловлена главным образом ССЗ. НАЖБП часто связана с целым спектром заболеваний сосудов, включая эндотелиальную дисфункцию, истончение комплекса интима-медиа, формированием атеросклеротической бляшки. По данным S. Ramilli (2009), НАЖБП в 1,85 раза повышает риск каротидного атеросклероза. НАЖБП позиционируется как новый предиктор ССЗ независимо от других факторов риска. Согласно данным M. Nagauchi (2007) риск ССЗ повышен в 4,12 раза (95 % ДИ 1,58–10,75, $p = 0,004$) у пациентов с НАЖБП по сравнению с лицами без таковой.

Это определяет возрастающее значение статинов в дополнительном лечении пациентов с НАЖБП не только ввиду их гиполипидемического действия; таким образом, их терапевтический потенциал увеличивается.

Действие статинов основано на ингибировании гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы (ГМК-КоА-редуктазы). Ингибирование ГМК-КоА-редуктазы ведет к уменьшению синтеза мевалоната. Это приводит к снижению содержания в печени внутриклеточного холестерина, что обеспечивает липидснижающее действие статинов, а также к уменьшению синтеза промежуточных продуктов обмена мевалоната (изоприноидного фарнезил-пирофосфата и геранилгеранил-пирофосфата). Именно блокадой изоприноидного пути объясняются плейотропные свойства статинов. Плейотропное действие заключается во влиянии на процессы сосудистого воспаления, пролиферации, оксидативный стресс, адгезию клеток крови к эндотелию, тромбо- и фибриногенез, противоопухолевую активность.

Механизм благоприятного действия статинов на течение НАСГ заключается в снижении уровня фактора некроза опухоли α , концентрации интерлейкина-6, С-реактивного белка, так как повышение показателей этих маркеров ассоциируется с прогрессированием гистологических изменений печени при НАЖБП.

Статины также могут оказаться эффективными при стеатозе благодаря способности уменьшать доставку свободных жирных кислот в печень или воздействию на сигнальную систему инсулина через изменение обмена адипонектина.

Статины — группа препаратов, обладающая множеством различных механизмов действия на биохимические процессы в организме. Благодаря плейотропным эффектам их применение возможно при многих патологических состояниях.

Действие статинов на клетку при НАЖБП до конца не изучено. Существует вероятность взаимодействия статинов с факторами, включенными в метаболизм жиров, такими как рецепторы, активируемые пероксисомальным пролифератором (PPAR). В культуре клеток многие статины индуцировали активацию PPAR в макрофагах и моноцитах. У крыс статины влияют на активацию гена PPAR и таким образом, вероятно, играют роль в активации перикисного окисления жиров. В исследовании на первичных гепатоцитах крыс выявлено, что симвастатин оказывает защитное действие на клетки печени, увеличивая активность фактора транскрипции Nrf2, контролирующего экспрессию множества протективных генов в ответ на оксидативный стресс. Данное антиоксидантное действие является одним из плейотропных эффектов статинов.

Несколько исследований на животных продемонстрировали влияние статинов на апоптоз. В культуре гепатоцитов крыс пра-

вастатин запускал апоптоз большего числа клеток, по-видимому, за счет изменения митохондриальной проницаемости. Однако симвастатин и ловастатин приводили к торможению апоптоза, ослабляя ответ гена-супрессора опухоли $p53$ в ответ на повреждение ДНК в гепатоцитах крыс.

Несмотря на положительный и отрицательный опыт использования статинов при НАЖБП, только в шести пилотных исследованиях проведена оценка терапевтического действия статинов у ограниченного числа пациентов, а изучение гистологической картины проведено только в трех из них.

Промежуточные результаты обнадеживают. Некоторые работы показали улучшение гистологической картины в отношении воспаления без изменений при наличии фиброза. Также показано отсутствие специфического маркера повреждения. Недавно проведенные клинические исследования внесли дополнительный вклад в поддержку безопасности применения статинов у пациентов с НАЖБП. По данным M. Ekstedt (2007), у пациентов с НАЖБП, принимавших статины, отмечалось достоверно более выраженное снижение стеатоза печени, подтвержденное гистологически, по сравнению с большими НАЖБП, не получавшими статины.

В работах Gomez-Dominguez (2006) и Kiyici (2003) аторвастатин в высокой дозе (80 мг) у больных НАСГ снижал уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы и уменьшал стеатоз. В работах Lewis (2007) продемонстрировано снижение уровня АЛТ на фоне 80 мг правастатина.

Кроме того, большое значение для пациентов с хроническими заболеваниями печени, такими как НАЖБП, приобретают новые молекулярные механизмы действия статинов, которые могут объяснять их потенциальный антифибротический эффект. По данным С.К. Argo (2008), статины влияют на метаболизм гена *sonic hedgehog* (*sHh*, «звучковой ежик»), который, в свою очередь, влияет на строение тела, прогрессирование фиброза и репаративные механизмы. Результаты исследований на грызунах показали, что прямое ингибирование белков гена *sHh* снижает прирост массы тела, обусловленный диетическими привычками. Продемонстрирована роль *sHh* как жизнеобеспечивающего аутокриноного фактора для звездчатых клеток печени, а фактора его возможное участие в патогенезе цирроза печени.

Компоненты метаболического синдрома усугубляют течение НАЖБП и служат факторами риска развития цирроза печени и возможного развития гепатоцеллюлярной карциномы. Данные литературы показывают возможную способность статинов предотвращать развитие опухолей, в том числе гепатоцеллюлярной карциномы.

Считают, что статины могут влиять на ангиогенез, рост опухолевых клеток, апоптоз, метастатическую активность ряда опухолей. Хотя существует и противоположное мнение о том, что антиангиогенная активность варьирует в зависимости от действующего вещества и дозы. Статины в низких дозах в основном имеют склонность повышать проангиогенное действие сосудистого эндотелиального фактора роста, в то время как высокие дозы ингибируют активируемый им ангиогенез. Статины влияют на ангиогенез путем воздействия на продукцию белка Akt и В-киназа, Ras, Ras-гомолога, интерлейкина-18. Статины также снижают продукцию геранилгеранил-пирофосфата, которая ведет к снижению гибели клеток и замедляет ангиогенез. И напротив, статины могут обладать проангиогенным свойством, воздействуя на эндотелиальную синтазу оксида азота, продукцию оксида азота, стимуляцию эндотелий-релаксирующего фактора, снижение активности эндотелиального оксида азота. Убедительных данных, подтверждающих наличие связи между повышением уровня аминотрансфераз и подтвержденным гистологически повреждением печени у пациентов, принимающих статины, нет. Частота развития нежелательных явлений на фоне приема статинов у лиц с хроническими заболеваниями печени или исходно повышенным уровнем печеночных аминотрансфераз не превышает таковую в популяции.

Статины — группа препаратов, обладающих множеством различных механизмов действия на биохимические процессы в организме. Благодаря плейотропным эффектам их применение возможно при многих патологических состояниях. Во многих работах доказана эффективность и безопасность терапии статинами при НАЖБП. Обнадеживающие результаты последних исследований указывают на большие потенциальные возможности статинов в предотвращении прогрессирования фиброза печени и замедлении роста опухолей. Однако для подтверждения этого необходимы дальнейшие проспективные исследования.

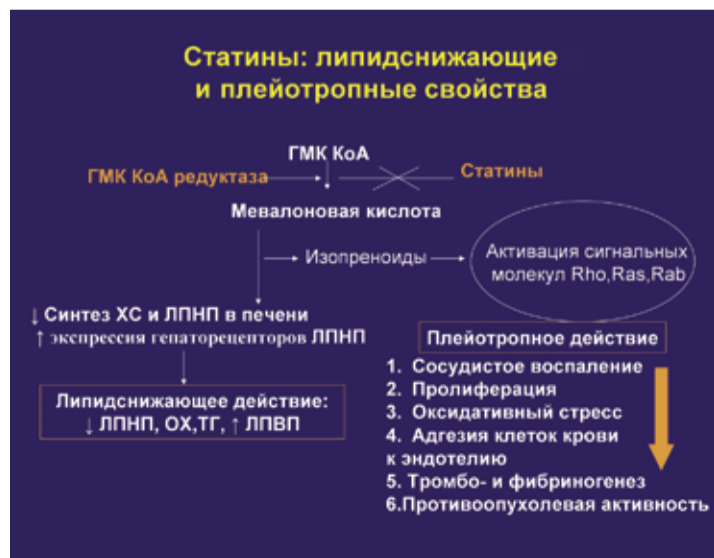


Рис. 1. Механизм действия статинов. Ингибирование статинами ГМК-КоА-редуктазы приводит к прямому липидснижающему эффектам. Блокадой изоприноидного пути объясняют плейотропные эффекты статинов

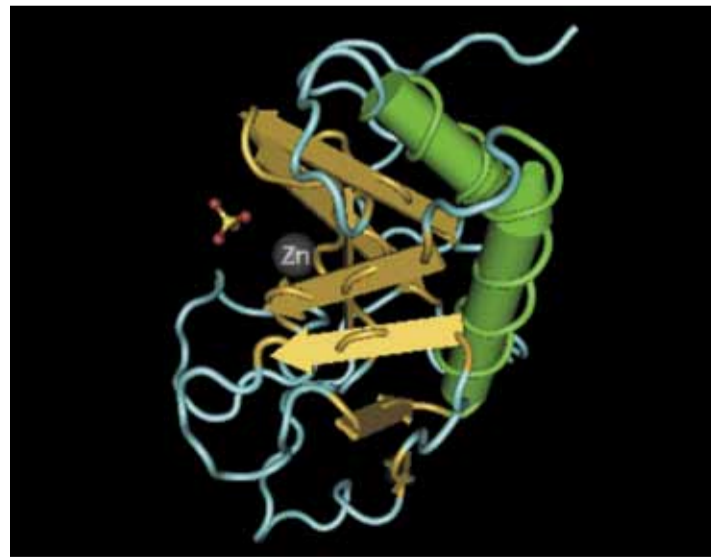


Рис. 2. Структура гена *sonic hedgehog* («звучковой ежик»). Потенциальное антифибротическое действие статинов связывают с их влиянием на метаболизм данного гена

Первое полноценное Европейское руководство по дислипидемиям



**Давид
Меерович
Аронов**

Д.м.н., проф., руководи-
тель лаборатории кардио-
логической реабилитации
ГНИЦ профилактической
медицины Минздравсоц-
развития России
DAronov@gnicpm.ru

➔ 1 Остальные 15 страниц посвяще-
ны описанию дислипидемий, их
лабораторной диагностике, применению
системы SCORE для определения коро-
нарного риска.

Акцент на вопросы профилактики и ле-
чения атеросклероза, безусловно, важ-
нее теоретизирования по поводу форм
и «деталей» дислипидемий. Этот подход
особенно важен для России, где в те-
чение более 30 лет атеросклероз полностью
игнорировался: он не фигурировал в диа-
гнозах, врачи не имели представления
о возможности его лечения. Только в по-
следнее десятилетие благодаря широкой
пропаганде учения об атеросклерозе и его
лечении (через «школы по атеросклеро-
зу», лекции для врачей, многочисленные
статьи в научно-практических журналах)
врачи робко и осторожно становятся на
путь лечения атеросклероза.

Поэтому значимость для нас нового Евро-
пейского руководства (Guidelines) не вы-
зывает сомнений.

Забегая вперед, отметим, что к чести авто-
ров Российского руководства «Диагностика
и коррекция нарушений липидного обмена
с целью профилактики и лечения атероскле-
роза» его структура, содержание разделов
и отдельных глав весьма близки к Guidelines.
А слова «... с целью профилактики и лечения
атеросклероза» опережают рецензируемые
Европейские рекомендации.

Каковы новые подходы к диагностике и ле-
чению дислипидемий в рассматриваемом
руководстве?

Произошли значительные изменения
в определении коронарного риска. Если
откровенно, таблицы SCORE уступали
по своим возможностям Фремингемской
шкале риска и системе PROCAM, в кото-
рых учитывался как предиктор риска уро-
вень холестерина липопротеинов высокой
плотности (ЛПВП) (а в PROCAMе еще и
уровень глюкозы и отягощенный семейный
анамнез). С этой целью авторы Guidelines
внесли в систему SCORE две новые табли-
цы с указанием уровня холестерина ЛПВП
(с градуировкой от 0,8 до 1,8 ммоль/л с ша-
гом в 0,02 ммоль/л).

В Guidelines указывается, что они адре-
суются лечебным учреждениям, которые
имеют биохимические лаборатории, вы-
полняющие анализы на липиды и липо-
протеины, а также имеющие возможность
проводить гиполипидемическую, гипо-
триглицеридемическую терапию и тера-
пию, направленную на повышение уровня
холестерина ЛПВП. С учетом указанных
изменений в определении коронарного
риска становится понятным, почему упо-
минается возможность коррекции пато-
логически низкого уровня концентрации
холестерина ЛПВП.

Добавление этого параметра в таблицы
SCORE достаточно важно. К примеру, если
взять некурящего мужчину 55 лет с систоли-
ческим артериальным давлением 120 мм рт.
ст. и уровнем холестерина липопротеинов
низкой плотности (ЛПНП) 5,0 ммоль/л,
его риск по оценке прежнего SCORE равен
1 %. Прекрасные перспективы для даль-
нейшей здоровой жизни! Но, оказывается,
если к указанным данным добавить, что
у него уровень холестерина ЛПВП равен
0,8 ммоль/л (сплошь и рядом отмечаемый
у наших мужчин), его риск возрастает до
6 %! Он уже относится к группе высокого
риска, и рекомендуемые ему методы и сред-
ства существенно будут отличаться от на-
значаемых лицам с риском 1 %.

К этому надо добавить, что в использу-
емых авторами «рамках» дополнительно
вводятся абзацы с перечислением состо-
яний, наличие которых увеличивает риск
развития фатальных событий. К ним от-
носятся: социально незащищенные лица,
а также ведущие сидячий образ жизни,
имеющие центральный тип ожирения,
сахарный диабет, бессимптомный атеро-
склероз с наличием бляшек и утолщением
интимы-медии сонных артерий, с липо-
идной дугой роговицы, преждевременную
коронарную болезнь сердца. В отличие от
перечисленных выше лиц с отягощенным
прогнозом авторы выделяют факторы,
благоприятствующие хорошему прогнозу.
Это высокий уровень холестерина ЛПВП
и долгожители в семейном анамнезе. По-
прежнему указывается на отрицательную
роль проживания в странах высокого ри-
ска и положительную – в странах с низким
риском.

Переходя к вмешательствам для моди-
фикации факторов риска, авторы пред-
ставляют новую таблицу, объединяющую
стратегию вмешательства с общим сердечно-
сосудистым (СС) риском и уровнем холесте-
рина ЛПНП. Ее особенность заключается
в том, что различные методы вмешательств
у лиц с разным СС-риском характеризуются
согласно принципам доказательной
медицины с уточнением класса и уровня
доказательности. К сожалению, редко кто
может попасть в число счастливых,

которым не требуются вмешательства. Это
лица с СС-риском < 1 % и уровнем холе-
стерина ЛПНП < 2,5 ммоль/л. Можно
ограничиться только модификацией обра-
за жизни в двух случаях: 1) если СС-риск
< 1 %, а уровень холестерина ЛПНП нахо-
дится в пределах 2,5–4,0 ммоль/л; 2) при
СС-риске в пределах от 1 до 5 % и уровне
холестерина ЛПНП < 2,5 ммоль/л. Во всех
остальных случаях рекомендуется, кроме
модификации факторов риска, и диффе-
ренцированная лекарственная терапия.

В связи с возросшим интересом к значи-
мости высокого уровня липопротеина в фор-
мировании атеросклероза и его осложне-
ний рекомендуется определять его уровень
у лиц группы высокого риска с семейной
гиперхолестеринемией и у членов семей
с отягощенной наследственностью (пре-
ждевременный инфаркт, инсульт, внезап-
ная смерть). Не рекомендуется применять
этот метод для скрининга.

Целевым уровнем липидов признается
уровень холестерина ЛПНП < 1,8 ммоль/л
у лиц группы высокого риска, с ишемиче-
ской болезнью сердца и сахарным диабе-
том 1-го и 2-го типа с поражением органов-
мишеней, а также у лиц с умеренным до
тяжелого СС-риском (до 10 %). При невоз-
можности достижения этого уровня следует
добиться снижения его на 50 % от исходного.

Целевой уровень ЛПНП < 2,5 ммоль/л не-
обходим для лиц с СС-риском по SCORE
в пределах 5–10 % (выраженный, но еди-
ничный фактор риска).

Целевой уровень холестерина ЛПНП
< 3 ммоль/л рекомендуется при СС-риске
≥ 1 % и ≤ 5 %. Класс данного утвержде-
ния и уровень доказательности III–C. Это
указывает на необходимость дальнейшего
наблюдения для подтверждения или изме-
нения уровня доказательности.

В Рекомендациях представлена сравни-
тельная оценка вмешательств в образ
жизни и факторы риска пациента с целью:
1) снижения уровня общего и холестерина
ЛПНП, 2) снижения уровня триглицеридов
и 3) повышения уровня холестерина ЛПВП.

Интересно отметить, что для достиже-
ния всех трех указанных целей с высо-
кой степенью доказательности (класс I,
уровень A) необходимы уменьшение по-
требления трансжирных кислот, снижение
избыточной массы тела, увеличение по-
вседневной физической активности. Толь-
ко эти три вида вмешательств благоприятно
влияют на уровни всех липидов.

Впервые вводится в качестве средства для
повышения уровня холестерина ЛПВП но-
вый препарат ларопипрант.

Наиболее доказательными (класс 1, уро-
вень A) считаются: ограничение употребле-
ния насыщенных и трансжирных кислот,
увеличение потребления пищевых во-
лок, употребление пищи, обогащенной
фитостеролами (упоминается впервые),
повышение физической активности, сни-
жение избыточной массы тела, снижение
количества потребляемого алкоголя, пре-
кращение курения и др.

Большим и очень серьезным представ-
ляется раздел, посвященный медикамен-
тозному лечению атеросклероза. Он за-
служивает особого внимания. В рамках
данной статьи мы ограничимся лишь по-
ложительной его оценкой.

Значительное место в Рекомендациях уде-
ляется снижению СС-риска у пациентов
особых групп. Уточняются рекомендации
по модификации факторов риска в от-
дельных группах больных: при семейной
гиперхолестеринемии, у женщин, у пожи-
лых, у лиц с метаболическим синдромом,
при сахарном диабете, при сердечной не-
достаточности и клапанных пороках, при
аутоиммунных заболеваниях, поражении
почек, у больных после трансплантации
органов, при инсульте, периферическом
атеросклерозе, у ВИЧ-инфицированных
больных.

В рамках данной статьи нет возможности
более или менее подробно остановиться на
изложении этого материала. Можно лишь
констатировать, что каждый раздел пред-
ставлен хоть и компактно, но достаточно
полно и что целый ряд разделов является
новым. Отдельный раздел посвящен ме-
тодам повышения приверженности боль-
ных лечению. Рекомендуется иметь более
тесный контакт с проблемными больны-
ми, добиться взаимопонимания, выявить
и по возможности устранить барьеры, ме-
шающие приверженности лечению.

В подготовленном и изданном Европей-
ским обществом кардиологов и Европей-
ским обществом атеросклероза Guidelines,
кроме специалистов по дислипидемиям
и атеросклерозу, принимали участие эпи-
демиологи, специалисты по общественно-
му здоровью, профилактике, а также ге-
нетики, диетологи и клиницисты разных
профилей. Главная идея Рекомендаций –
включение дислипидемий в круг вопросов
о важнейших факторах риска, влияющих
на СС-риск.

Настала пора говорить не просто о кор-
рекции дислипидемий, а о лечении и про-
филактике атеросклероза различных орга-
нов с помощью воздействия на комплекс
патологических факторов и взаимосвя-
занных синдромов, ведущих к инициации
и прогрессированию атеросклеротических
заболеваний жизненно важных органов.

Кардиология сегодня № 1 (1) 2011

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Руководитель проекта

Бердникова Татьяна Владимировна
tatyana@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор

Концевая Анна Васильевна

Верстка

Степанова Елена Васильевна

Адрес редакции и учредителя

115478, Москва, Каширское шоссе, д.24, стр. 15,
тел.: + 7 (499) 929-96-19, e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ

ООО «Графика»

Заказ № 334

Тираж 4000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-46367
от 26.08.2011

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов
без официального согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность
за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

Читайте в следующем номере:

- **Роботохирургия**
- **Практические подходы к изменению образа жизни пациента**
- **Новые рекомендации ВНОК по фибрилляции предсердий**