Без холестерина нет эпидемии атеросклероза 5
Филип Бартер о меморандуме Международного общества по атеросклерозу по борьбе с дислипидемией 7
Программа первичной профилактики атеросклероза: новые возможности и инновации 12
Новые медикаментозные возможности профилактики атеросклероза и его осложнений. Исследование ЭФФЕС 14

Фонд содействия развитию кардиологии

КАРДИОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

№ 4 (6) 2013 • ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

ФАРМАПРЕН

Пять эффектов СитоПрена против атеросклероза

Компания ФАРМАПРЕН, недавно появившаяся на российском фармацевтическом рынке, ведет активные исследования по разработке оригинальных препаратов на основе инновационных молекул в разных направлениях медицины – кардиологическом, дерматовенерологическом и других.

Сегодня на фармрынке представлена первая оригинальная разработка – комбинированный препарат СитоПрен, содержащий полипренолы и бета-ситостерин с доказанной эффективностью его применения для профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза.

СитоПрен® представляет собой новую комбинацию бета-ситостерина, полипренолов и их фосфатов, сочетающую свойства подавления синтеза эндогенного холестерина и ингибирования его кишечной абсорбции с антивоспалительным и гепатопротекторным эффектами.

СитоПрен способствует снижению всасывания холестерина (ХС) в кишечнике, подавляет синтез эндогенного ХС в организме и одновременно обладает противовоспалительным, гепатопротекторным и иммуномодулирующим свойствами. Первые клинические исследования этого нового препарата дают основания предполагать, что он найдет свое место в коррекции умеренной гиперхолестеринемии; также его можно использовать в комбинации со статинами.

Механизм действия

Свойства СитоПрена® обусловлены входящими в его состав компонентами. Полипренолы оказывают выраженную противовоспалительную активность, вызывая дозозависимое ингибирующее воздействие на активность 5- и 15-липоксигеназ. Липоксигеназы стимулируют сужение коронарных артерий, способствующее развитию ишемии миокарда даже в отсутствие атеросклеротического поражения венечных сосудов, а также обладают выраженным тромбогенным потенциалом. Вызывая вторичное повреждение клеток и межклеточных структур, лейкотриены и липоксины являются мощным фактором хронизации воспалительного ответа.

2

СЛОВО РЕДАКТОРА

Рафаэль Гегамович Оганов
Главный редактор газеты «Кардиология сегодня», академик РАМН, засл. деятель науки РФ, почетный президент РКО, президент фонда «Кардиопрогресс»
roganov@gnicpm.ru

Дорогие коллеги!

В канун Нового года мы подводим итоги и уходящего кардиологического года. 2013 год был насыщен событиями, важными для отечественной и мировой кардиологии, включая продуктивные встречи и появление новых руководств. Среди интересных мероприятий следует выделить Первый всемирный образовательный форум «Российские дни сердца», Московский международный форум кардиологов, «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы», «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация», съезды кардиологов и кардиохирургов различных федеральных округов, конференции молодых ученых и ряд других.

Несомненно, важнейшим событием года стал Российский национальный конгресс «Кардиология: от науки – к практике», в котором приняли участие крупнейшие ученые из 34 стран. На нем были приняты «Национальные рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности», «Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012)», «Стресс-эхокардиография: согласованное мнение экспертов Европейской эхокардиографической ассоциации», «Рекомендации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов». Это мероприятие стало важнейшим источником актуальной информации для данного выпуска нашей газеты. Ведущая тема номера – атеросклероз, в первую очередь это материалы одного из симпозиумов Конгресса – «Стратегия профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза. Новые возможности». Помимо этого, мы публикуем доклады двух ведущих зарубежных специалистов: президента Международного общества по атеросклерозу (IAS) Филипа Бартера и президента Американского колледжа кардиологии Гарольда Дж. Гордона.

Приятно упомянуть успехи коллег, удостоившихся отдельного признания в 2013 г. Так, лауреатами премий РКО стали проф. Д.М. Аронов, проф. Р.С. Карпов, проф. С.Н. Покровский, проф. О.П. Шевченко. Проф. В.А. Кузнецов был избран почетным членом Американского колледжа кардиологии.

Сотрудники редакции газеты «Кардиология сегодня» поздравляют вас с наступающим Новым годом! Мы благодарим всех, кто участвовал в работе над нашим изданием в 2013 г., и приглашаем к дальнейшему сотрудничеству. Желаем здоровья вам и вашим пациентам, успехов в профессиональной деятельности и вдохновения.

ТЕМА НОМЕРА

Атеросклероз в истории человечества: HORUS-исследование четырех древних популяций

Гарольд Джон Гордон
Доктор медицинских наук, президент Американского колледжа кардиологии
administrator@caacc.org

Традиционно атеросклероз считается заболеванием современного человека, что обусловлено комплексным воздействием на организм множества негативных факторов урбанистической среды обитания. Тем не менее, как показывает исследование американских ученых на четырех древних популяциях различного географического положения и образа жизни, распространенность атеросклероза у наших предков также была весьма велика.

Когда человечество впервые столкнулось с атеросклерозом в многовековой истории своего развития? Обусловлено ли это заболевание образом жизни, старением организма или какой-либо иной причиной? Эти и другие вопросы вот уже многие годы интересуют не только кардиологов, но и других специалистов. На фоне удвоения продолжительности жизни в развитых странах в период с VIII по XX в. атеросклеротическое поражение сосудов вытеснило инфекционные заболевания как ведущую причину смертности населения. В связи с этим долгое время в научных кругах бытовало мнение, согласно которому возникновение атеросклероза связано в первую очередь с воздействием факторов окружающей среды. Следовательно, имитация доиндустриального и даже доземледельческого образа жизни позволит современному человечеству избежать если не самого атеросклероза, то его клинических проявлений.

Современная диагностика древних людей

В древних человеческих обществах, проживавших в очень сухом, горячем или, наоборот, холодном климате, независимо друг от друга появилась традиция мумификации умерших. Таким образом, различные доиндустриальные культуры создали современным ученым все условия для проведения естественного эксперимента, который заключался в изучении хорошо сохранившихся мумий с помощью компьютерной томографии (КТ) на предмет наличия атеросклеротических поражений в сосудистой системе. Такие поражения в виде отложения солей кальция являются типичным признаком зрелых атеросклеротических бляшек и прекрасно видны при КТ.

О ярко выраженных признаках атеросклероза, обнаруженных при аутопсии нескольких египетских мумий 18 династий (1550–1292 гг. до н. э.), еще в 1911 г. говорил Марк Арман Руффер (Marc Armand Ruffer), основоположник палеопатологии Египта. Результаты работ ученого, опубликованные в журнале «Патология и бактериология», свидетельствуют о наличии очагов кальцификации в аорте, которые были выявлены при непосредственном обследовании мумий.

Древним египтянам о заболеваниях сердца и сосудов было известно довольно много. В папирусе Эберса (1555 г. до н. э.), который является своеобразной древнеегипетской медицинской энциклопедией, приводится, пожалуй, самое первое в истории кардиологии и человечества в целом описание инфаркта миокарда:

3

Пять эффектов СитоПрена против атеросклероза

1 Большое значение имеет способность полипренолов выступать в качестве физиологического контррегулятора фактора ингибирования миграции макрофагов – важнейшего провоспалительного цитокина. Он играет ведущую роль в патогенезе системного воспалительного ответа, блокада которого приводит к уменьшению выраженности воспалительного ответа и прогрессирования атеросклероза.

Полипренолы также оказывают воздействие на синтез эндогенного ХС путем подавления белка SREBP2 – основного регулятора цикла мевалоновой кислоты, приводящего к продукции ранних предшественников полипренолов и сквалена как основного предшественника ХС, что, в свою очередь, является важным свойством для коррекции гиперхолестеринемии.

Вторым важнейшим составляющим СитоПрена является бета-ситостерин, принадлежащий к группе фитостеринов. Он отвечает за снижение количества всасываемого в кишечнике ХС. Примечательно, что в 2011 г. Европейскими обществом кардиологов (ESC) и обществом по атеросклерозу (EAS) было рекомендовано назначение фитостеринов пациентам с повышенным уровнем общего ХС и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) однако без риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и, следовательно, у которых не предполагается использование специфических лекарственных препаратов для снижения уровня ХС крови. Бета-ситостерин эффективен в терапии дислипидемий у пациентов группы высокого и очень высокого риска, которым необходимо использование комбинации липидснижающих препаратов. В Российских рекомендациях по коррекции дислипидемий 2012 г. фитостерины рекомендованы как фактор изменения образа жизни с высокой степенью выраженности эффекта и уровнем доказательности А.

Доказанная эффективность

К настоящему времени закончено несколько клинических исследований по изучению эффективности и безопасности применения СитоПрена® у больных с нарушениями липидного обмена. На фоне непрерывной монотерапии СитоПреном® в дозе 260 мг (2 таблетки в сутки) у более чем 100 пациентов к 12-й неделе произошло достоверное снижение уровня общего ХС в среднем на 11,4 %, триглицеридов – на 10,9 % и ЛПНП – на 10,6 % ($p < 0{,}001$). Количество липопротеидов высокой плотности повысилось на 6,2 %. Коэффициент атерогенности снизился на 9,7 %. Содержание провоспалительных цитокинов интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли α (ФНО-α) достоверно уменьшилось к 12-й неделе терапии на 18,8; 16,2 и 23,8 % соответственно ($p < 0{,}001$). Нежелательных побочных явлений в ходе проводимых исследований не выявлено.

В ходе исследования была установлена корреляционная зависимость между уровнем провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α), липидными показателями и количественными характеристиками атеросклеротического поражения (общего ХС, ХС ЛПНП и КА), что определяет наличие взаимосвязи между этими процессами. Пациентам с гиперхолестеринемией, имеющим повышенное содержание провоспалительных цитокинов, при наличии даже гемодинамически незначимых форм каротидного атеросклероза требуются препараты с противовоспалительным и иммуномодулирующим действием.

Результаты уже проведенных исследований применения препарата СитоПрен® у больных с гиперхолестеринемией с умеренным кардиоваскулярным риском показали, что препарат оказывает отчетливое влияние на показатели липидного спектра, а достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов свидетельствует о противовоспалительном и иммуномодулирующем эффекте СитоПрена®.

В 2013 г. стартовало Всероссийское многоцентровое исследование СитоПрена® ЭФФЕС в рамках наблюдательной программы первичной профилактики атеросклероза PREVENTAR, организованной при поддержке компании ФАРМАПРЕН.

Целью данного исследования является раннее выявление пациентов с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском с целью коррекции факторов риска для снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Всероссийское многоцентровое исследование ЭФФЕС имеет целью изучение эффективности и переносимости комбинации бета-ситостерина и полипренолов и их фосфатов в составе СитоПрена у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в монотерапии и комбинации со специфической гиполипидемической терапией.

Оценка эффективности СитоПрена будет проводиться по уже привычным критериям, также планируется обратить внимание на противовоспалительные цитокины и снижение уровня липидов.

Материал подготовила
Олеся БУТУЗОВА

Показания к применению СитоПрена

- Профилактика, ранняя и комплексная терапия атеросклероза
- Повышенный уровень холестерина и липидов крови, при котором риск развития сердечно-сосудистых заболеваний не предполагает использования гиполипидемических препаратов
- Умеренно повышенный суммарный сосудисто-сердечный риск, в том числе при нормальном уровне липидов крови, при котором не предполагается использование гиполипидемических препаратов
- В комбинации с другими гиполипидемическими средствами с целью дополнительного снижения липидных показателей (ХС ЛПНП, холестерина)

Преимущества препарата СитоПрен

- Высокая безопасность и отсутствие побочных эффектов
- Гепатопротекторные эффекты
- Эффективность малых доз за счет взаимоусиливающего действия бета-ситостерина и полипренилфосфатов
- Возможность длительного приема, а также использования препарата у пожилых лиц
- Отсутствие вредных взаимодействий с другими лекарственными средствами. СитоПрен может приниматься также в комбинации с другими гиполипидемическими препаратами у пациентов с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском, данная комбинация возможна, так как монотерапия статинами (согласно результатам исследования DYSIS, российская часть) приводит к достижению целевых уровней ЛПНП при очень высоком риске лишь в 12 % случаев

НОВОСТИ

Желудочно-кишечные кровотечения на фоне применения дабигатрана: абсолютно противоположные результаты

По данным нового метаанализа применение дабигатрана этексилата по сравнению с варфарином повышает риск желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Эти результаты прямо противоположны результатам, полученным FDA на основании анализа базы данных Mini-Sentinel.

В новом метаанализе 4 исследований дабигатрана риск ЖКК при применении нового орального прямого ингибитора тромбина был на 41 % выше ($p < 0{,}001$), чем при применении антагониста витамина К варфарина. Риск оставался повышенным даже после исключения данных одного из 4 исследований, включая исследование RE-LY, которое составляло наибольшую часть пациентов и событий метаанализа.

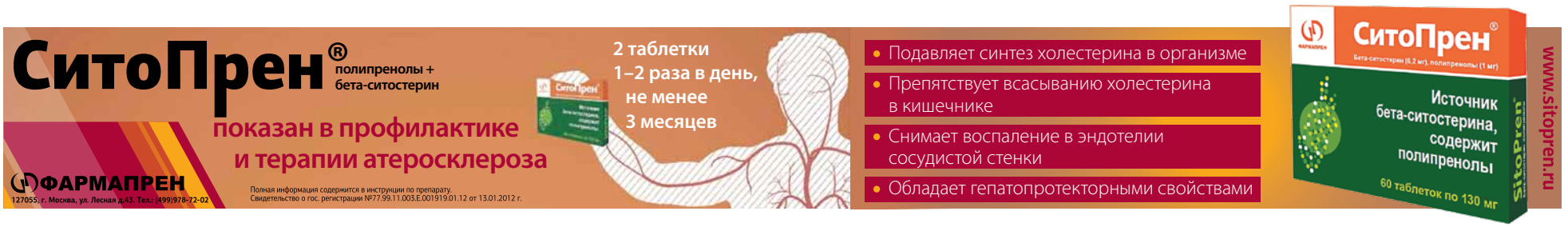
Как известно, исследование RE-LY показало, что при применении дабигатрана отмечается большее количество ЖКК, в то время как при применении варфарина – больший риск внутричерепных кровотечений ($p < 0{,}001$ для обоих сравнений).

Повышенный риск ЖКК в метаанализе контрастирует с 54 % снижением риска при применении дабигатрана по сравнению с варфарином, которое отмечалось в базе Mini-Sentinel, составленной на основании электронных записей данных пациентов и мониторируемой FDA.

По словам автора исследования, полученные результаты не могут не беспокоить. FDA знает о том, что обсервационные исследования ненадежны. Но в данном случае агентство обращается к обсервационным данным с целью оценки безопасности препарата, а данные свидетельствуют о меньшем количестве ЖКК, в то время как это противоречит результатам очень крупных рандомизированных исследований ЖКК при применении дабигатрана.

В обсуждении было высказано мнение, согласно которому, возможно, меньшее количество ЖКК, наблюдаемое при применении дабигатрана, которое наблюдалось при анализе данных базы Mini-Sentinel, может быть вызвано тем, что в базу были включены пациенты группы низкого риска с низким уровнем риска кровотечений.

Материал подготовлен по информации сайта:
http://theheart.org и www.webcardio.org



Атеросклероз в истории человечества: HORUS-исследование четырех древних популяций

1 «Ежели вы видите человека с сердечным заболеванием, который жалуется на боли в груди, руках и левой стороне сердца, то сама смерть уже стоит рядом с ним...».

Считается, однако, что особую роль в предрасположенности к развитию атеросклероза в Древнем Египте играли особенности культуры и образа жизни. Кроме этого, мумификация была распространена преимущественно среди лиц высокого социально-экономического статуса, что также не могло не отражаться на их жизненном укладе и факторах риска.

В связи с этим группа американских специалистов под руководством проф. Рэнделла Томпсона (Randall C. Thompson) и проф. Грегори Томаса (Gregory S. Thomas) провела исследование 4 древних популяций, обитавших в различных климатогеографических зонах на временном интервале 4000 лет. Результаты работы, которая получила название HORUS (по имени древнеегипетского бога Гора), были опубликованы в журнале The Lancet в марте 2013 г. (vol. 381, issue 9873, pp. 1211–1222). Цель исследования состояла в изучении распространенности атеросклероза среди древних культур разного географического и временного проживания.

С помощью КТ всего тела специалисты изучили 137 мумий из совершенно разных географических регионов. Для исследования отбирались мумии только в хорошем состоянии и принадлежавшие предположительно взрослым лицам. Семьдесят шесть египетских мумий (додинастическая эра, около 3100 г. до н. э.) получены для исследования из Национального египетского музея в Каире, Калифорнийского музея Боуэрса и Художественного музея Нельсона-Аткинса (Миссури, США). Мумии древних перуанцев (51 тело), проживавших на территории современной Южной Америки, предоставили Археологический музей и памятник Пуручуко (Лима, Перу), который находится очень высоко в горах, что способствует естественной консервации тел.

Рис. 1. *Традиционная перуанская особенность захоронения умерших в сидячем положении в мешках*

Как болели древние

Традиционная перуанская особенность захоронения умерших в сидячем положении в мешках (рис. 1), а также местный климат способствуют великолепному сохранению тканей. Пять мумий унанганов (самоназвание алеутов, обитавших на вулканическом острове Кагамил, который расположен в Беринговом море, недалеко от современной Сибири) получены из Национального музея естественной истории (Вашингтон, США). Мумии индейцев племени пуэбло (5 мумий) были выкопаны из пещер на территории преимущественно современного штата Юта (юго-запад Северной Америки) и предоставлены исследователям Музеем археологии и антропологии Университета Пенсильвании (Филадельфия, США).

Таким образом, все исследованные мумии принадлежали людям совершенно разного ареала обитания, образа жизни, питания, физических нагрузок и социального положения. В отличие от египтян, где среди мумифицированных лиц превалировало высшее сословие, представители других народов относились к фермерам и охотникам-собирателям.

В интерпретации полученных в ходе КТ снимков принимали участие 7 высококвалифицированных специалистов: 5 кардиологов и 2 радиолога. В их задачу входило, во-первых, обнаружение самой сердечно-сосудистой ткани и, во-вторых, определение наличия или отсутствия кальцификатов в стенке сосудов и сердца. Диагноз атеросклероза считался достоверным в том случае, если очаги кальцификации обнаруживались в стенке точно определяемой по результатам КТ артерии. Когда участки обызвествления находились по предполагаемому ходу артерии (которая сама по себе отсутствовала), диагноз атеросклероза расценивался как возможный.

Именно неоваскуляризация (т. е. формирование новых кровеносных сосудов) в атеросклеротической бляшке считается одним из важнейших факторов, которые определяют увеличение ее размеров и, соответственно, риск последующего разрыва.

Наиболее изученной мумией оказалось тело египетской принцессы Яхмес Меритамон, которая жила в Фивах в период 18-й династии (1580–1550 гг. до н. э.) и умерла в возрасте 40 лет (см. рис. 8). Ее имя в переводе с древнеегипетского означает «дитя Луны, возлюбленная бога Амона». Доскональное исследование ее мумии с реконструкцией компьютерных томограмм показало распространенный атеросклероз с поражением основных крупных артерий, что в современном мире обязательно потребовало бы хирургического вмешательства.

Результаты исследования HORUS

У 47 (34 %) мумий из 137 обследованных выявлены признаки явного или возможного атеросклероза (рис. 2–7): у 17 (39 %) мумий из 44 женского пола и у 30 (39 %) мумий из 77 мужского пола. Данное заболевание обнаружено во всех 4 исследованных популяциях, причем различия между ними оказались несущественными: распространенность атеросклероза варьировалась от 38 % в древнеегипетской популяции до 60 % в популяции унанганов. Как и ожидалось, частота встречаемости атеросклероза и тяжесть его проявлений увеличивались с возрастом.

Поскольку у многих мумий (61 %) ткани сердца отсутствовали, оценить истинную распространенность атеросклеротического поражения сердца и коронарных артерий не представлялось возможным.

В чем же причина столь высокой встречаемости атеросклероза среди древнего населения? Следует сразу же исключить табакокурение, поскольку в древнем мире оно не было распространено, а поэтому не могло служить фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Что касается образа жизни, то древние египтяне и жители Перу были фермерами, которые разводили одомашненный скот, индейцы пуэбло занимались фермерством и собирательством, а унанганы – собирательством и охотой, причем сельское хозяйство им не было известно. Вегетарианство для представителей всех 4 культур не свойственно. Физическая активность в силу отсутствия транспортных средств была весьма высокой (за исключением высшего сословия Древнего Египта).

Питание, как и климатические условия, для всех 4 популяций сильно различалось. Доступность рыбы и дичи везде была высокой, однако если для древних египтян основным источником белка служил круп-

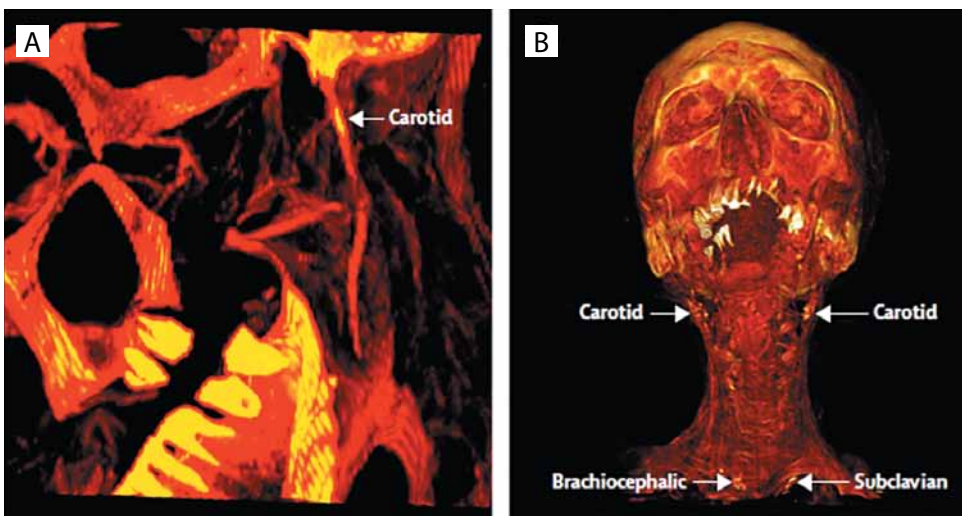


Рис. 2. *Примеры атеросклеротических поражений различных локализаций, выявленные в ходе КТ мумий: А – кальцификация в области сонной артерии: женщина из племени унанганов, возраст 25–29 лет, умершая в конце 19 века н. э. на территории острова Кагамил; В – двустороннее поражение сонных и подключичных артерий, плечеголовного ствола справа: мумия египетского писца (возраст 40–50 лет), жившего во времена Нового царства (15–12 вв. до н. э.); обнаружена на территории современного Луксора*

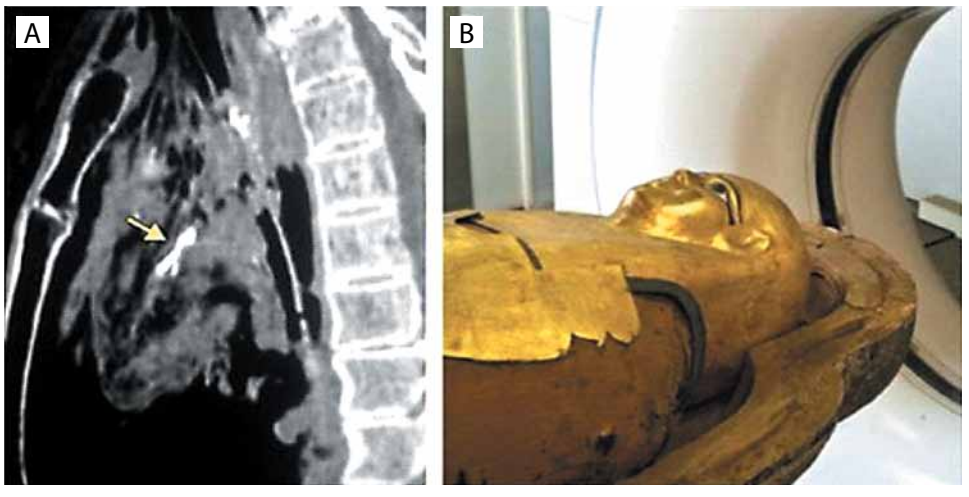
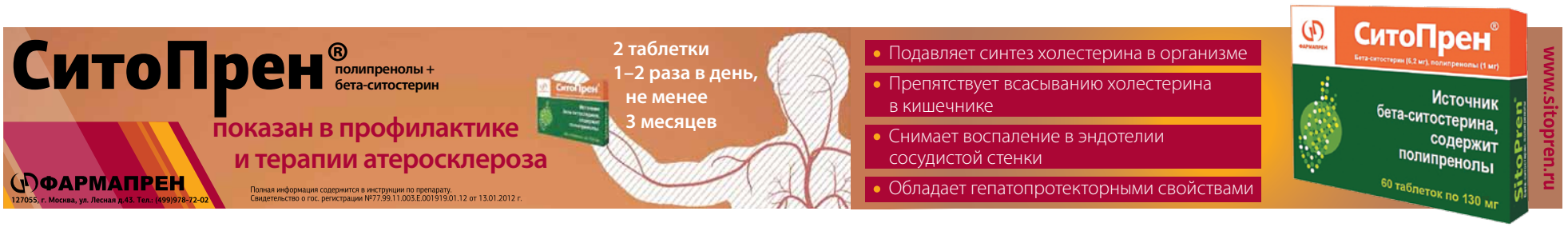


Рис. 3. *А – стрелочкой показан участок выраженной кальцификации в области левой коронарной артерии; В – антропоидная маска той же мумии (период Птолемеев, 4–1 вв. до н. э.)*

4



Атеросклероз в истории человечества:
HORUS-исследование четырех древних популяций

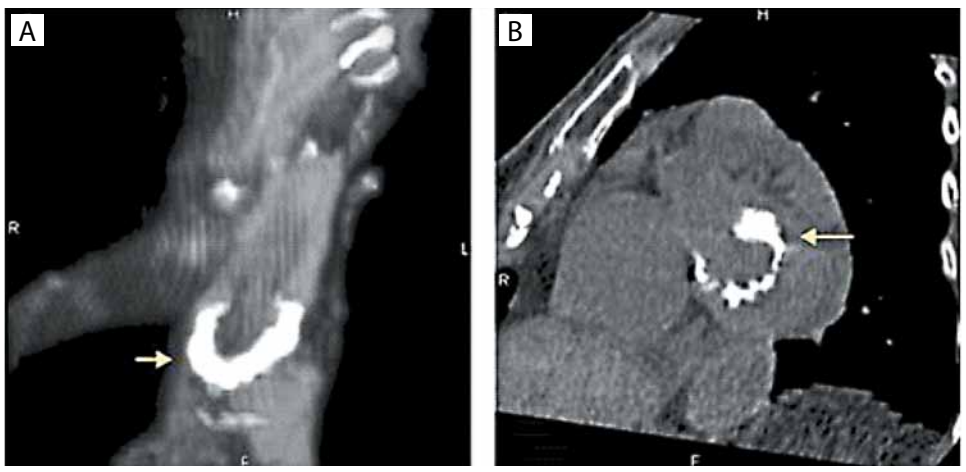
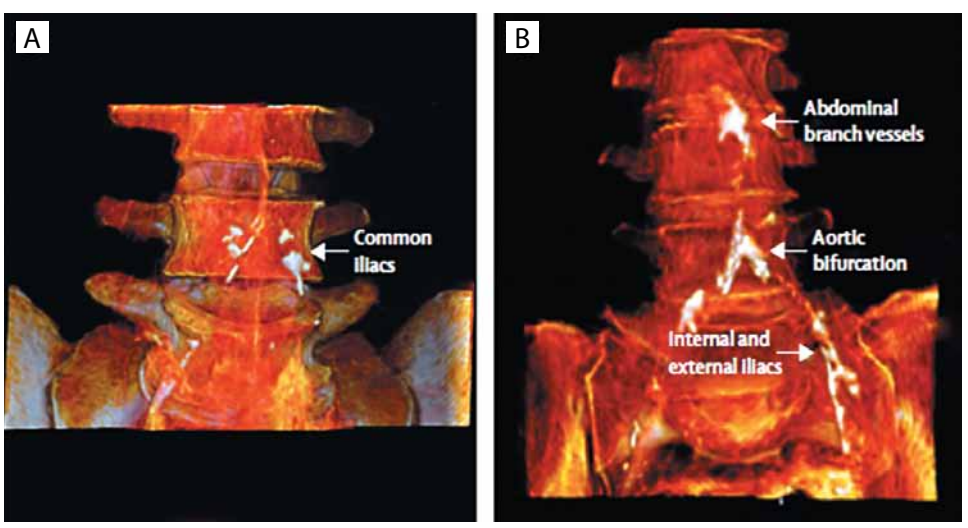


Рис. 4. *А – тяжелая форма обызвествления митрального клапана сердца у женщины, жившей в Древнем Египте; В – схожие проявления тяжелой формы кальцификации кольца митрального клапана у современного пациента (КТ без контрастирования)*

1 ный рогатый скот, то унанганы придерживались практически исключительно рыбной диеты. Таким образом, в питании египтян, занимавших при жизни высокое социально-экономическое положение, присутствовали в основном насыщенные жиры, что служит фактором риска развития атеросклероза. Параллельно с этим для всех 4 популяций было свойственно значительное потребление самой разнообразной растительной пищи.

Все древние народы, включенные в исследование, объединяло использование огня для приготовления пищи и обогрева жилищ. Однако в то время как древние египтяне и перуанцы готовили на свежем воздухе, индейцы пуэбло и унанганы предпочитали закрытые очаги, поскольку проживали под землей или в полуземлянках. А это, в свою очередь, способствовало постоянному вдыханию дыма и продуктов горения, что могло играть некоторую роль в развитии атеросклероза.



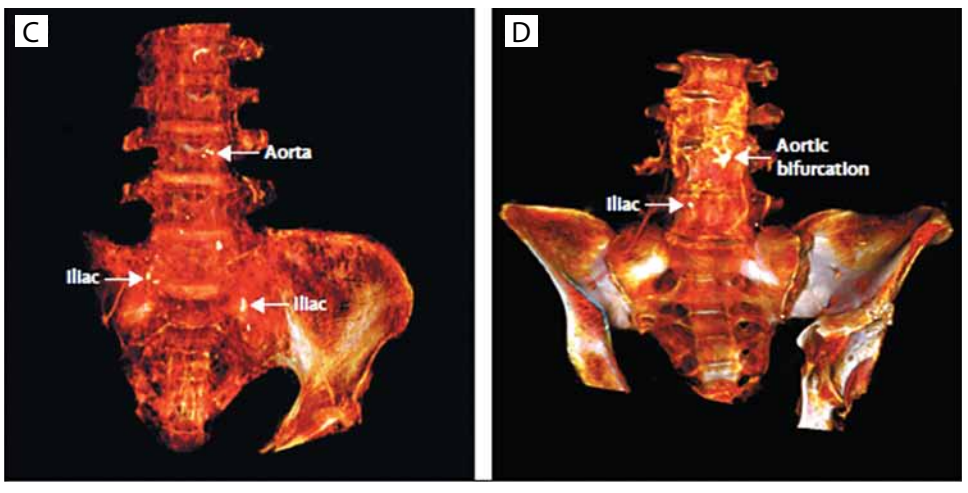


Рис. 5. *Признаки кальцификации в дистальных отделах аорты и подвздошных артериях. А – мумия унанганской женщины (19 век н. э.); В – мумия египетской женщины (Древний Египет); С – мумия женщины племени пуэбло (1500 г. до н. э. – 500 г. н. э.); D – мумия перуанской женщины (200–900 гг. н. э.)*

Рис. 6. *Атеросклеротическое поражение по ходу всей поверхностной бедренной артерии справа и слева: мумия египетского писца (возраст 40–50 лет), жившего во времена Нового царства (15–12 вв. до н. э.)*

Как показывают результаты американского исследования HORUS, опубликованные в марте 2013 г. в журнале The Lancet, наши предки также страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, причем весьма часто.

Определенное значение в атерогенезе исследователи отводят инфекциям, которые являлись неотъемлемым аспектом повседневной жизни древнего человека и основной причиной летальности. Высокая распространенность хронических инфекций и воспаления в прежние времена могла провоцировать воспалительные механизмы атеросклероза. Это вполне соответствует более быстрому возникновению атеросклеротических поражений у современных людей, страдающих системными заболеваниями соединительной ткани. В связи с этим исследователи планируют в будущем провести ДНК-исследование и биопсию тканей у всех мумий с целью оценки состояния иммунитета и других генетических факторов риска развития атеросклероза.

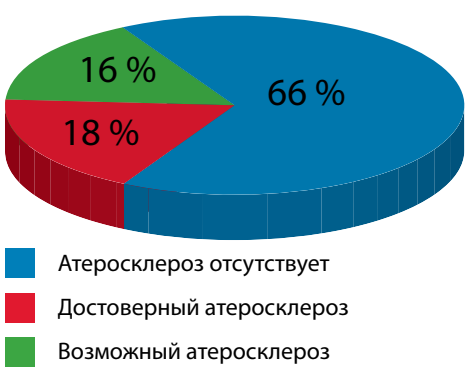


Рис. 7. *Распределение достоверного или возможного атеросклероза у 47 (34 %) из 137 мумий*

Атеросклероз как признак старения организма

В ходе исследования HORUS специалисты выявили наличие атеросклероза в различных культурах весьма широкого географического распространения на большом историческом промежутке времени – около 4000 лет. Атеросклероз, в том числе поражение коронарных артерий, был обнаружен даже в тех древних популяциях, где о таком заболевании и не предполагалось, а именно у охотников-собирателей, ведущих очень активную жизнь.

Результаты исследования позволили специалистам сделать вывод о том, что атеросклеротическое заболевание у древних народов встречалось весьма часто, причем в культурах, различных не только географически и генетически, но и по образу жизни, питания, ведения хозяйства и др.

Наличие атеросклероза (в некоторых случаях весьма выраженного) у живших задолго до современного человека народов позволяет предположить, что это заболевание может являться естественным компонентом процесса старения, а не только характеристикой того или иного образа жизни или питания.

Материал подготовила
Наталья КУРБАТОВА

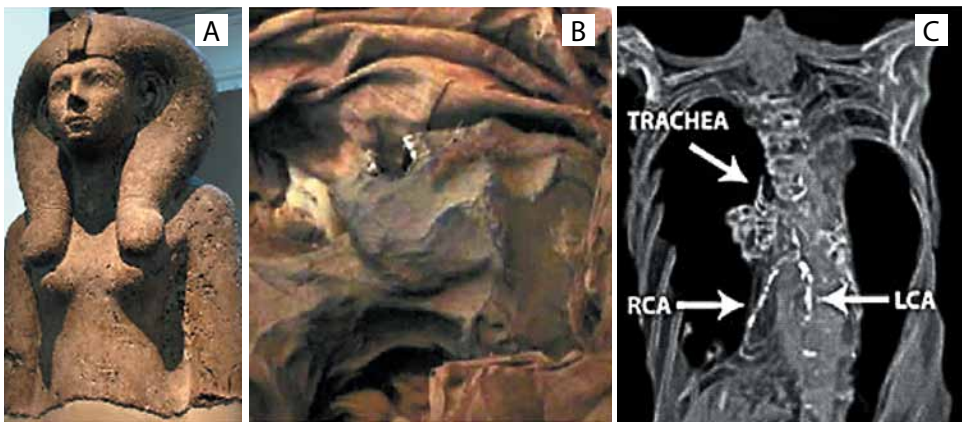
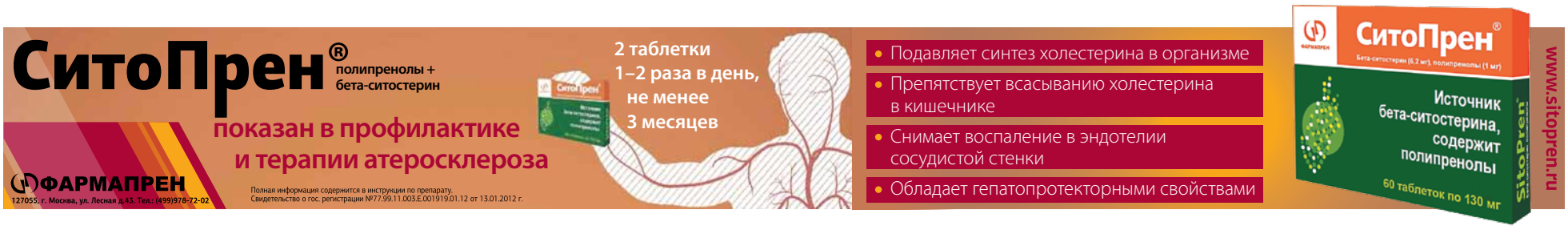


Рис. 8. *Скульптурное изображение (А), мумия (В) и компьютерная реконструкция тела (С) принцессы Яхмес Меритамон*



Без холестерина нет эпидемии атеросклероза

Рафаэль Гегамович Оганов
Главный редактор газеты «Кардиология сегодня», академик РАМН, засл. деятель науки РФ, почетный президент РКО, президент фонда «Кардиопрогресс»
roganov@gnicpm.ru

В XX в. благодаря фундаментальной работе ученых Н.Н. Аничкова и С.С. Халатова было сформировано утверждение: «без холестерина нет атеросклероза». В XXI в., после обширных эпидемиологических исследований, оно трансформировалось в более полную концепцию: «без холестерина нет эпидемии атеросклероза».

В настоящее время мы знаем, что существует ряд стран, например Китай, Индия, Япония, где, несмотря на наличие артериальной гипертензии, курения и прочих факторов риска, не наблюдается высокого распространения атеросклероза. Это, безусловно, связано с отсутствием гиперхолестеринемии.

Еще в XIX в. известный ученый и политический деятель Рудольф Верхов рассуждал на тему эпидемиологичности заболеваний: «Не указывают ли массовые заболевания всегда на недостатки общества? Можно ли ссылаться на атмосферные и космические условия или подобные факторы? Но ведь они одни сами по себе никогда не приводят к эпидемиям. Они вызывают их только там, где люди, из-за плохих социальных условий, жили в течение некоторого времени в ненормальной обстановке».

Эпидемия атеросклероза

Для того, чтобы предупредить эпидемию, необходимо знать причины ее возникновения или хотя бы предрасполагающие факторы, которые способствуют ее развитию. В этом большую помощь оказывает появление нового направления в эпидемиологии – эпидемиологии неинфекционных заболеваний.

Эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний в основном обусловлена особенностями образа жизни и связанных с ними факторов риска. Поэтому модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска могут замедлить развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов.

В наше время была разработана концепция факторов риска, ставшая научной основой всех профилактических программ сердечно-сосудистых заболеваний, благодаря которым эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно не только остановить, но и предупредить.

Влияние генетики

Немалую роль в развитии атеросклероза играет генетика, однако она больше отвечает за предрасположенность, чем за неизбежность, что подтверждается следующими научными фактами.

Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний может значительно различаться даже в ближайших странах и способна за сравнительно короткое время заметно измениться в том же регионе. Примечательно, что частота атеросклероза среди мигрантов приобретает характер той страны, куда они переехали. Простым примером могут служить японцы. Переезжая из своей страны, где регистрируется низкий уровень атеросклероза, в США, они через некоторое время начинают страдать от данного заболевания и погибать от связанных с ним осложнений в виде инфаркта миокарда и инсульта.

Необходимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Необходимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний невозможно переоценить, ведь, как известно, в основе патологии лежит обычно атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов. К сожалению, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна и поэтому многие лечебные вмешательства не применимы, а современные методы лечения (медикаментозные, эндоваскулярные, хирургические) не устраняют причину сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем риск сосудистых катастроф остается высоким. Поэтому единственным вариантом действенной помощи является профилактика!

К началу XXI в. мы отмечаем снижение эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний в экономически развитых государствах и ее нарастание в развивающихся странах, что прогностически очень неблагоприятно, потому что большая часть населения земного шара живет именно в таких «опасных» с точки зрения риска странах.

Факторы риска

Мы констатируем приближение эпидемии неблагоприятных факторов: избыточной массы тела и ожирения, сахарного диабета и метаболического синдрома. Все эти заболевания связаны с нарушениями липидного обмена, вследствие чего мы можем предположить, что распространенность и тяжесть липидемий в ближайшее время будет нарастать. Поэтому именно концепция факторов риска стала научной основой для разработки методов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, когда первопричины этих заболеваний неизвестны, однако выявлены неблагоприятные моменты, способствующие их развитию и прогрессированию.

Д́октора в первую очередь интересуют модифицируемые факторы риска, которые он может изменить, повлияв тем самым на ситуацию.

Рекомендации по лечению, касающиеся целевых значений уровня ХС ЛПНП

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов группы ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО сердечно-сосудистого риска (наличие сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа или 1-го типа с поражением органов-мишений, умеренных и выраженных хронических заболеваний почек или оценки по шкале SCORE ≥ 10 %) целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) и/или снижение исходного уровня ХС ЛПНП на ≥ 50 % при невозможности достижения целевого значения	I	A
У пациентов группы ВЫСОКОГО риска (выраженное проявление одного из факторов риска, оценка по шкале SCORE от ≥ 5 до < 10 %) целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 2,5 ммоль/л (< 100 мг/дл)	II a	A
У пациентов группы УМЕРЕННОГО сердечно-сосудистого риска (оценка по шкале SCORE от ≥ 1 до < 5 %) целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 3 ммоль/л (< 115 мг/дл)	II a	C

К ним относятся:

- поведенческие и социальные моменты (нездоровое питание, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, низкий социальный и образовательный статус);
- биологические факторы (гипертония, дислипидемия, гиперинсулинемия, гипергликемия, гиперурикемия, тромбогенные факторы и факторы воспаления);
- окружающая среда (загрязнение воздуха, воды и почвы).

Совокупное воздействие данных факторов приводит к развитию ишемической болезни сердца, инсульту, раку, хронических заболеваний легких, остеопорозу, ожирению, отравлениям и травмам.

Немодифицированные факторы риска, такие как, например, половая принадлежность и возраст, позволяют предположить прогноз развития и исхода заболевания.

Факторы риска острого инфаркта миокарда

Уже в XXI в. было проведено серьезное исследование, в котором анализировалось воздействие 9 факторов риска развития острого инфаркта миокарда (apoA/apoB, курение, сахарный диабет, артериальная гипертония, недостаточное потребление фруктов и овощей, абдоминальное ожирение, гиподинамия, стресс, алкоголь) в 52 странах мира, в ходе которого было установлено, что эти факторы играют примерно одинаковую роль повсеместно. При их устранении можно добиться снижения смертности от инфаркта на 90 %.

Эффективность профилактики

За последние 30 лет в развитых странах отмечается снижение смертельных случаев от ишемической болезни на 30 %. На основании этого было проведено серьезное исследование, целью которого было установить, что́ в большей степени повлияло на эту цифру: уменьшение факторов риска или медикаментозная терапия.

В результате было определено, что наблюдаемое снижение смертности от коронарных болезней сердца связано более чем на 50 % с изменением уровней факторов риска и на 40 % с улучшением лечения.

Коррекция гиперхолестеринемии

Первые рекомендации, которые назначаются пациенту с повышенным уровнем холестерина, безусловно, касаются диеты. Ограничение потребления с пищей холестерина может снизить его уровень в крови на 10–15 %.

Вторым важнейшим моментом коррекции гиперхолестеринемии является медикаментозная терапия, которая может включать следующие группы препаратов: статины, фибраты, никотиновую кислоту, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты и ингибиторы кишечной абсорбции холестерина.

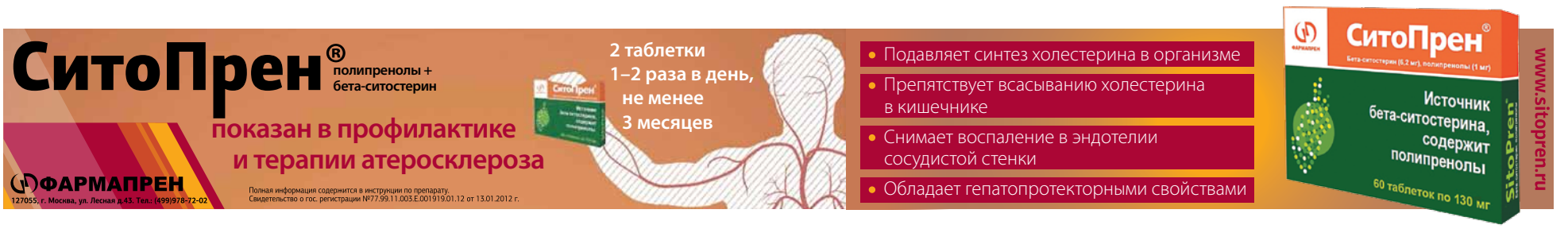
Комплексное лечение больных коронарной болезнью сердца или другими заболеваниями сосудов

Препараты	Снижение риска развития осложнений, %
Ацетилсалициловая кислота	20–30
Бета-блокаторы	20–35
Ингибиторы АПФ	22–25
Статины	25–42

Частота назначения статинов при ишемической болезни сердца в реальной клинической практике

Исследование	Статины, %
АТР (2001) Особенности лечения стенокардии	10,6
ШАНС (2004) Особенности лечения пациентов с сердечной недостаточностью	9,6
ОСКАР (2005–2006) Особенности лечения пациентов группы высокого риска в реальной клинической практике	5,3
Премьера (2006) Простариум у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца – безопасное достижение целевого уровня артериального давления	13,4

6



Без холестерина нет эпидемии атеросклероза

5 Консенсус Совета экспертов по комбинированной терапии дислипидемии

В настоящее время остро стоит вопрос о необходимости оптимизации алгоритма лечения пациентов группы очень высокого риска.

Лечение пациентов группы очень высокого риска при отсутствии сопутствующих факторов развития миопатий следует начинать с терапевтически эффективных доз статинов, адекватных необходимому снижению холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и достижению целевого уровня. При недостаточной эффективности следует проводить дальнейшее титрование дозы статинов или переходить на комбинированную терапию (включающую среднюю дозу статина и эзетимиб).

В отношении пациентов группы очень высокого риска с исходно высоким уровнем ХС ЛПНП и потенциальной невозможностью достижения целевых уровней вследствие риска развития миопатии целесообразно начать лечение статинами в комбинации с эзетимибом.

Фитостерины в европейских и российских рекомендациях по ведению больных с дислипидемией

Фитостеролы рекомендованы Европейскими обществом кардиологов (ESC) и обществом по атеросклерозу (EAS) как средство, активно влияющее на уровень липидов, способствующее эффективному снижению уровня общего холестерина и ХС ЛПНП, для пациентов с повышенным уровнем общего холестерина и ХС ЛПНП, у которых общий риск развтия сердечно-сосудистых заболеваний не предполагает использования специфических лекарственных средств, снижающих уровень холестерина. Также рекомендовано включение фитостеролов в состав комбинированной терапии, способствующей дополнительному снижению уровня ХС ЛПНП на 5–10 % у пациентов, принимающих статины в постоянной дозе: эта комбинация хорошо переносится и является безопасной.

В России фитостеролы рекомендованы ВНОК (2012 г.) как средство, снижающее общий холестерин и ХС ЛПНП с выраженным эффектом (+++) и уровнем доказательности А. Фитостеролы при дислипидемиях могут быть назначены как первый шаг в коррекции всех категорий риска по шкале SCORE – от низкого до очень высокого риска.

СитоПрен – оригинальный комбинированный препарат

В настоящее время в терапии атеросклероза интерес представляет СитоПрен – оригинальный комбинированный препарат, в состав которого входят бета-ситостерин, полипренолы и их фосфаты, предназначен для снижения уровня холестерина, с противовоспалительным и гепатопротективным действием.

СитоПрен обладает тройным механизмом действия: подавляет синтез холестерина в организме, снижает его всасывание в кишечнике и снимает воспаление в сосудах при атеросклерозе. Важным дополнительным свойством препарата является способность оказывать иммуномодулирующую и гепатопротекторную активность.

Исследование СитоПрена

В исследовании эффективности препарата представляют интерес две работы, первая из которых проводилась в многопрофильном медицинском центре «Диамед-клиник» под руководством д.м.н. С.И. Черновой и носило название «Изучение влияния СитоПрена на показатели липидного спектра и воспалительные медиаторы у больных с гиперхолестеринемией».

В ходе данного исследования 30 больных с гиперхолестеринемией группы низкого и умеренного кардиоваскулярного риска, в возрасте 42 ± 3,1 года, у 22 из которых выявлены метаболические нарушения различной степени выраженности, в том числе у 6 – нарушение толерантности к углеводам, у 14 – ожирение и сочетанные обменные нарушения, у 19 – артериальная гипертония, у 11 – атеросклеротические поражения магистральных артерий шеи без клинических проявлений, в качестве монотерапии использовали препарат СитоПрен в течение 12 нед в дозе 260 мг, т. е. по 2 таблетки в сутки.

В результате проведенной работы было установлено влияние терапии СитоПреном на липидный спектр крови.

После 12 нед терапии отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина на 11,4 %, триглицеридов на 10,9 % и ХС ЛПНП – на 10,6 % ($p < 0,001$), уровень ХС ЛПВП увеличился на 6,2 %, а коэффициент атерогенности снизился на 9,7 % ($p < 0,05$).

Второе исследование – «Изучение эффективности и безопасности СитоПрена у пациентов с нарушениями липидного обмена» было проведено в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины под руководством д.м.н., проф. Д.В. Небиеридзе.

В наблюдении принимали участие мужчины в возрасте 50–55 лет с уровнем общего холестерина > 5,0 ммоль/л и ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – пациенты группы низкого и умеренного кардиоваскулярного риска (суммарный риск у пациентов по шкале SCORE составил 4,1 %). Пациенты использовали в качестве монотерапии препарат СитоПрен в течение 4 нед в дозе 260 мг, т. е. 2 таблетки в сутки.

По результатам исследования было констатировано снижение атерогенности на 10 % и суммарного риска до 3,1 %.

СитоПрен

Препарат СитоПрен представляет собой оригинальную комбинацию бета-ситостерина и полипренолов для профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза.

В состав 1 таблетки входят жизненно необходимые вещества: бета-ситостерин (6,2 мг) и полипренолы и их фосфаты (1,0 мг). Рекомендуемая доза составляет 2 таблетки 1–2 раза в день, в пачке содержится 60 таблеток по 130 мг.

НОВОСТИ

10 наиболее важных рекомендаций по модификации образа жизни с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

1. Целью экспертной рабочей группы ACC/AHA 2013 г. было выявить доказательства того, что особые диетические схемы, прием нутриентов и уровни и типы физической активности могут играть важную роль в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) путем воздействия на модифицируемые факторы риска ССЗ. Положения и рекомендации представлены в виде списка наиболее значимых вопросов и сгруппированы по теме. Три первичных вопроса следующие:

- Каковы влияния диетических схем и смесей макронутриентов на факторы риска ССЗ у взрослых, если сравнивать их с другими типами подходов либо с отсутствием лечения вообще?
- Каковы влияния диетического потребления соли и калия на факторы риска ССЗ и клинические исходы у взрослых, если сравнивать их с другими типами подходов либо с отсутствием лечения вообще?
- Каковы влияния физической активности на уровень артериального давления и липидный профиль у взрослых, если сравнивать их с другими типами подходов либо с отсутствием лечения вообще?

2. Диетические рекомендации, направленные на снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), включают применение диет с большим содержанием овощей, фруктов и цельных злаков. Продукты каждодневного приема должны содержать низкое количество жиров. Рыба, птица и бобовые являются рекомендованными источниками белков. Растительное масло и орехи служат источниками полезного типа масел. Рекомендуется ограничение сахаросодержащих напитков и красного мяса.

3. Дополнительные рекомендации по снижению холестерина ЛПНП включают применение диетических схем, в которых насыщенные жиры составляют 5–6 % от общего количества калорий. Также рекомендуется снижение потребления трансжиров.

4. Диетическая схема должна быть адаптирована к требуемому количеству калорий, личным и культурологическим диетическим предпочтениям и нутритивной терапии по поводу других клинических состояний. Диетическая схема может следовать схеме DASH, диете USDA или AHA.

5. Диетические рекомендации для снижения артериального давления сходны с таковыми касательно снижения холестерина ЛПНП с добавлением рекомендаций по приему соли. Рекомендуется потребление не более 2,4 г соли в день. Дальнейшее снижение потребления соли до 1,5 г в день связано с еще большим снижением уровня артериального давления, и рекомендуется, если пациенты могут достигнуть данного уровня.

6. С целью снижения артериального давления в случае недостижения целевых уровней приема соли уменьшение потребления соли как минимум на 1 г в день снижает артериальное давление. Если потреблять соли меньше в среднем на 1 г в день, риск сердечно-сосудистых событий в среднем уменьшается на 30 %.

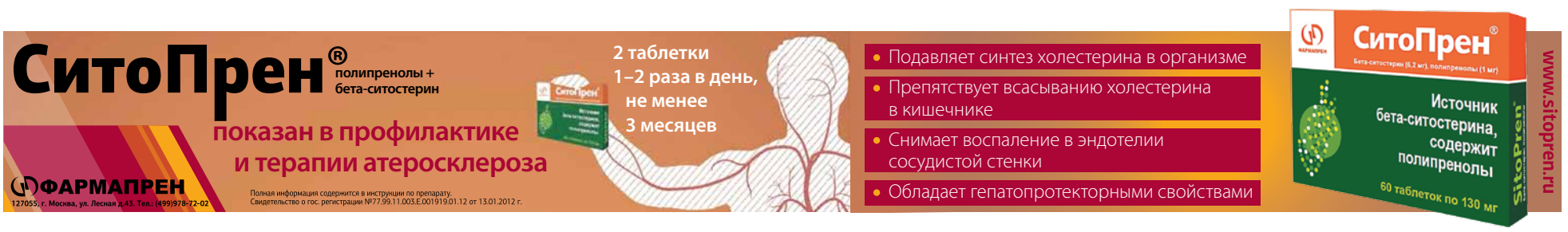
7. Рекомендуется сочетание диеты DASH со снижением потребления соли с целью снижения артериального давления.

8. Также приведены рекомендации по физической активности с целью улучшения липидного профиля. Они включают регулярную аэробную физическую активность. Физические нагрузки такого плана могут снижать холестерин как ЛПНП, так и липопротеидов невысокой плотности.

9. Рекомендации с целью улучшения уровней артериального давления включают также аэробную физическую активность 3–4 раза в неделю, длительностью в среднем по 40 мин., от умеренной интенсивности до энергичной.

10. DASH-диета приносит пользу широкому диапазону групп пациентов, включая и женщин, и мужчин, афроамериканцев и неафроамериканцев, взрослых разного возраста, в отношении снижения АД – как пациентов с гипертензией, так и нормотензивных.

Материал подготовлен по информации сайтов: ***http://theheart.org и www.webcardio.org***



Филип Бартер о меморандуме Международного общества по атеросклерозу по борьбе с дислипидемией

Филип Бартер

Проф. Ун-та Сиднея, директор Ин-та исследования сердца, президент Междунар. общ-ва по атеросклерозу (IAS), член экспертной группы IAS по Глобальным рекомендациям по борьбе с дислипидемией

barterp@hri.org.au

Проф. Ф. Бартер выступил с докладом на Российском национальном конгрессе кардиологов (Санкт-Петербург, 24–27 сентября 2013 г.). Он рассказал об основных положениях Меморандума IAS по борьбе с дислипидемией (An International Atherosclerosis Society Position Paper: Global Recommendations for the Management of Dyslipidemia). Этот документ был разработан с целью обновления рекомендаций по лечению гиперхолестеринемии и дислипопротеинемии для снижения риска атеросклеротической сердечно-сосудистой болезни (АССБ). В нем рассматриваются и систематизируются существующие доказательные рекомендации. Меморандум должен не изменить, а дополнить национальные руководства, а также дать основу для международной работы по составлению нового руководства. Кроме этого, его важные задачи – оптимизировать борьбу с дислипопротеинемией и напомнить о значимости коррекции образа жизни.

В Меморандуме выделены разделы первичной и вторичной профилактики. Тактика вторичной профилактики опирается на рандомизированные контролируемые исследования. Количество таких научных работ по первичной профилактике ограничено, поэтому рекомендации, связанные с ней, основаны на данных эпидемиологии, генетики и клинических исследований.

Важнейшими нововведениями Меморандума являются следующие.

- В основу документа легли множественные линии доказательств.
- Холестерин липопротеидов невысокой плотности (ХС не-ЛПВП) отнесен к основным формам атерогенного холестерина.
- Атерогенным назван холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и ХС не-ЛПВП.
- Установлены оптимальные уровни атерогенного холестерина (как ХС ЛПНП, так и ХС не-ЛПВП) для первичной и вторичной профилактики.
- Установлен приоритет долгосрочного риска над краткосрочным.
- В оценке риска предлагается делать поправки с учетом базового риска у различных наций или в различных регионах.
- Первичный акцент делается на коррекцию образа жизни, вторичный – на медикаментозную терапию.

Первичная профилактика ХС ЛПНП и ХС не-ЛПВП как мишени для терапии

Множество доказательств указывает на то, что ЛПНП – важнейшая причина АССБ. Клинически эта фракция липопротеидов определяется по ХС ЛПНП. В последние два десятилетия было убедительно показано, что повышенный уровень ХС ЛПНП является мишенью для гиполипидемической терапии. При этом растет количество доказательств того, что липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП) также играют важную роль в развитии АССБ, являясь другой потенциальной мишенью для этого вида лечения. Совокупность ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП представляет собой сумму всего холестерина атерогенных липопротеидов и называется ХС не-ЛПВП. Таким образом, ХС не-ЛПВП может рассматриваться как альтернатива ХС ЛПНП в качестве объекта для терапии.

ХС не-ЛПВП лучше отражает атерогенность при повышенном уровне триглицеридов, кроме этого, он может быть более точно измерен не натощак, что невозможно для ЛПНП. IAS одобряет рассмотрение ХС не-ЛПВП в качестве главной мишени для гиполипидемической терапии. На сегодня для определения уровня атерогенных липидов могут использоваться ХС ЛПНП и ХС не-ЛПВП в зависимости от клинических предпочтений. Нужно отметить, что общий холестерин имеет меньшую ценность для оценки риска, но может использоваться, если более точные показатели липопротеидов недоступны.

Оптимальный уровень ХС ЛПНП и ХС не-ЛПВП для первичной профилактики

Эксперты IAS определили оптимальный уровень атерогенного холестерина для первичной профилактики, исходя из трех линий доказательств: рандомизированные контролируемые исследования, популяционная эпидемиология и генетическая эпидемиология. Целевое содержание ХС ЛПНП в плазме установлено на уровне < 100 мг/дл (2,6 ммоль/л). В соответствии с этим желательный уровень ХС не-ЛПВП должен составлять < 130 мг/дл (3,4 ммоль/л). Такие показатели должны быть у пациентов с высоким риском АССБ, но для лиц с низким риском могут быть приемлемы несколько более высокие цифры без существенного повышения риска.

IAS проводит важное разграничение между оптимальными уровнями атерогенных липопротеидов и целями терапии. Эксперты не выделяют целей терапии для атерогенных липопротеидов в разных ситуациях. Вместо этого они указывают оптимальный уровень атерогенного холестерина и делают общее заключение: интенсивность гиполипидемической терапии должна корректироваться по долгосрочному риску. Агрессивность лечения должна остаться предметом клинических оценок.

Определение лиц с долгосрочным риском атеросклероза

Главной причиной развития атеросклероза являются атерогенные протеины. При этом нельзя забывать, что когда уровень липопротеидов достаточно высок для инициирования атеросклеротического процесса, атерогенез усиливается под действием ряда других предпосылок. К таким факторам риска относят курение, гипертонию, сахарный диабет, низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), семейную историю. С поправкой на возраст они составляют общий риск развития АССБ. Широко принятая терапевтическая стратегия утверждает, что интенсивность лечения лиц с риском АССБ должна определяться абсолютным, общим риском. Эта концепция относится и к атерогенным липопротеидам, т. е. чем больше риск, тем более агрессивным должно быть лечение. Большая часть предыдущих рекомендаций использует алгоритм 10-летнего риска, основанный на важнейших факторах для определения абсолютного риска. Руководства, включающие новые факторы риска и визуализацию атеросклероза, обещающие, но пока не получили широкой поддержки.

В последние годы акцент смещается на долгосрочный риск. Это оправданно, поскольку борьба с дислипидемией проводится до конца жизни. Существует два инструмента оценки долгосрочного риска заболеваемости АССБ: Фремингемская шкала и QRISK. Первая основана на 4 показателях: гиперхолестеринемия, гипертония, курение и диабет. QRISK – калькулятор, включающий стандартные факторы риска, семейную историю и индекс массы тела. IAS предлагает использовать Фремингемскую шкалу, перекалиброванную с учетом соответствующего региона (коэффициенты для перекалибровки представлены в полной версии Меморандума). Организация выделяет 4 степени риска развития АССБ у лиц в возрасте до 80 лет: высокую (> 45 %), умеренно высокую (30–44 %), умеренную (15–29 %), низкую (15 %).

Во многих руководствах семейную гиперхолестеринемию, диабет, хроническую болезнь почек и некоторые другие факторы относят к состояниям высокого или умеренного риска в зависимости от популяции и пола. Независимо от этого, все они требуют активного лечения, часто – при помощи гиполипидемических препаратов.

Коррекция интенсивности гиполипидемической терапии при долгосрочном риске

На интенсивность гиполипидемической терапии влияет множество факторов, поэтому руководства оставляют ее на усмотрение клиницистов и национальные рекомендации. В первую очередь пациент должен получить советы по изменению образа жизни. Необходима ли медикаментозная терапия, врач решает в зависимости от выраженности риска. Общие представления об этом дает таблица.

Назначение статинов требуется многим пациентам с высоким уровнем риска. Большинство из них нуждается в лечении до уровня ХС ЛПНП < 100 мг/дл (2,6 ммлоль/л) или уровня ХС не-ЛПВП до 130 мг/дл (3,4 ммоль/л). Во многих, но не во всех странах люди с умеренно высоким риском также являются кандидатами на медикаментозную терапию.

Если у молодого человека имеется повышенный риск за счет нелипидных факторов (курение, гипертония и др.), первичная профилактика не всегда требует гиполипидемической терапии. При ведении таких пациентов большее значение должно придаваться самим факторам риска, а не оценке риска. При умеренном риске адекватным вмешательством является изменение образа жизни. Однако при той же степени риска и высоком уровне ХС ЛПНП врач должен рассмотреть возможность назначения медикаментозной терапии.

Коррекция образа жизни

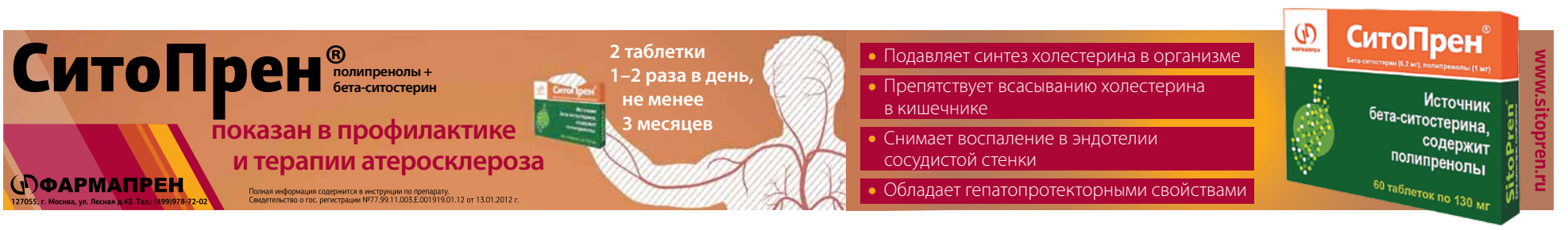
Первичной целью коррекции образа жизни является снижение уровня ХС ЛПНП и ХС не-ЛПВП, вторичной – минимизация других факторов риска. Здоровые привычки, включая рекомендованную диету, служат краеугольным камнем профилактики и лечения АССБ. В целом многие здоровые диеты обладают кардиозащитным эффектом, способствуют снижению

8

Рекомендации IAS для гипохолестеринемической терапии при различном уровне риска

Уровень риска в возрасте до 80 лет	Интенсивность терапии	Специфическая терапия
Низкий (< 15 %)	Умеренная	В соответствии с общими рекомендациями (1)
Умеренный (15–29 %)	Умеренно высокая	МВОЖ + ГЛТ факультативно (2)
Умеренно высокий (30–44 %)	Высокая	МВОЖ + ГЛТ на усмотрение (3)
Высокий (> 45 %)		МВОЖ + ГЛТ показано (4)

Примечание. *МВОЖ – максимальное вмешательство в образ жизни ; ГЛТ – гиполипидемическая терапия. (1) Пациентов с низким риском АССБ ведут в соответствии с национальными рекомендациями, которые должны согласоваться с рекомендациями IAS по коррекции образа жизни; (2) гипохолестеринемические препараты обычно назначаются пациентам с высоким уровнем атерогенного холестерина; (3) терапия статинами широко рекомендуется для этой категории риска, хоть и не назначается во многих странах из ценовых соображений. При их назначении доза должна быть адекватной для достижения оптимального уровня атерогенного холестерина; (4) гипохолестеринемические средства обычно назначаются этой категории пациентов. Доза должна быть адекватной для достижения оптимального уровня атерогенного холестерина.*



Филип Бартер о меморандуме Международного общества по атеросклерозу по борьбе с дислипидемией

7

ХС ЛПНП и уменьшению других факторов риска.

Эксперты IAS предлагают следующие изменения образа жизни при первичной профилактике.

Повышенный уровень ЛПНП. Необходимо уменьшить потребление насыщенных жиров до < 7 % от общего количества калорий, трансизомеров жирных кислот до < 1 %, а потребление холестерина сократить до 200 мг в день.

Другие диетические факторы. Пациентам нужно советовать поддерживать количество фруктов, овощей и клетчатки в рационе на сравнительно высоком уровне. Избыток насыщенных жиров замещают углеводными продуктами, богатыми клетчаткой (с акцентом на цельные зерна) и мононенасыщенными/полиненасыщенными жирными кислотами. К кардиопротективным продуктам относят рыбу, орехи, семена, растительное масло. Рекомендуется пища, богатая калием и с низким содержанием натрия. Количество диетического натрия должно составлять менее 2 г в день, а при индивидуальном риске – менее 1,5 г. Если пациент не отказывается от приема алкоголя, то потребление последнего советуют ограничить двумя порциями в день для мужчин и одной – для женщин. В качестве дополнительной меры можно назначать растительные стеролы/станолы (2 г в день) и растворимую клетчатку (10–25 г в день) в виде пищевых добавок для лучшего снижения уровня ХС ЛПНП.

Общее количество жиров. IAS допускает гибкую политику в потреблении жиров в зависимости от культурных особенностей. Вариантами могут быть низкожировая диета (20–25 % калорий и меньше за счет жиров), типичная для стран Тихоокеанского кольца, или высокий уровень потребления жиров (30–35 % калорий), характерный для Средиземноморья. Все жиры сверх установленной нормы насыщенных и трансжиров должны быть ненасыщенными. Кроме того, независимо от общего количества жиров в диете должна учитываться потребность в питательных веществах, а потребление энергии должно способствовать поддержанию здоровой массы тела.

Общее количество калорий. Индекс массы тела должен измеряться у всех пациентов, IAS рекомендует использовать его национальные стандарты. Контроль потребления калорий направлен на поддержание желаемого веса.

Физическая активность. Важной частью первичной профилактики является умеренная физическая активность – около 30–60 мин, 5–7 дней в неделю. Она должна быть аэробной, 40–75 % аэробной способности. Желающим похудеть рекомендуется больший уровень нагрузки (250–300 мин в неделю или > 2000 ккал в неделю за счет упражнений в свободное время).

Метаболический синдром. Метаболический синдром – многогранный фактор риска АССБ. Нормализация массы тела и увеличение физической активности могут снизить метаболический риск.

Эксперты IAS определили оптимальный уровень атерогенного холестерина для первичной профилактики, исходя из трех линий доказательств: рандомизированные контролируемые исследования, популяционная эпидемиология и генетическая эпидемиология. Целевое содержание ХС ЛПНП в плазме установлено на уровне < 100 мг/дл (2,6 ммоль/л). В соответствии с этим желательный уровень ХС не-ЛПВП должен составлять < 130 мг/дл (3,4 ммоль/л).

Медикаментозная терапия

Первой линией медикаментозной терапии для достижения оптимального уровня атерогенного холестерина у лиц с повышенным риском являются статины. Существует несколько альтернатив на случай нетолерантности к этим средствам: перевод пациента на другие препараты, снижение их дозы, применение лекарств через день, использование альтернативных средств (эзетимиба, секвестрантов желчных кислот, ниацина) в виде монотерапии или комбинаций и максимизация воздействия на образ жизни. В случае высокого риска действенной мерой для достижения целевого уровня атерогенного холестерина может быть добавление в схему лечения эзетимиба или секвестрантов желчных кислот. При тяжелой гипертриглицеридемии для профилактики острого панкреатита могут применяться фибраты и ниацин.

Вторичная профилактика

Оптимальный уровень ХС ЛПНП у пациентов с уже установленной АССБ < 70 мг/дл (1,8 ммоль/л), уровень ХС не-ЛПВП < 100 мг/дл (2,6 ммоль/л). Большей части таких пациентов назначаются статины в случае их хорошей переносимости. Для достижения уровня ХС ЛПНП < 70 мг/дл (1,8 ммоль/л) иногда требуется добавление в схему терапии секвестрантов желчных кислот и/или эзетимиба. При непереносимости высоких доз статинов в качестве альтернативы может использоваться умеренная доза статина с эзетимибом или секвестрантом желчных кислот. При повышенном уровне триглицеридов добавочными лекарствами могут быть ниацин и фибраты. Сопоставима ли эффективность этих комбинаций с действием высоких доз статинов, еще не проверено рандомизированными контролируемыми исследованиями. Но подгрупповой анализ этих исследований и визуализация атеросклероза дают некоторые свидетельства действенности такой комбинированной терапии. Даже у пациентов, которые получают максимальное медикаментозное лечение, не следует забывать о продолжении коррекции образа жизни. Последняя имеет хороший потенциал для дополнительного снижения риска. Кроме этого, следует воздействовать и на другие факторы риска АССБ.

Материал подготовил
Андрей УКРАИНСКИЙ

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТОВ ЕОА

Как соотносятся новые рекомендации Американского колледжа кардиологов (АКК)/Американской ассоциации сердца (ААС) 2013 г. по снижению уровня холестерина с рекомендациями Европейского общества по атеросклерозу (ЕОА)/Европейского общества кардиологов (ЕОК) по контролю дислипидемии?

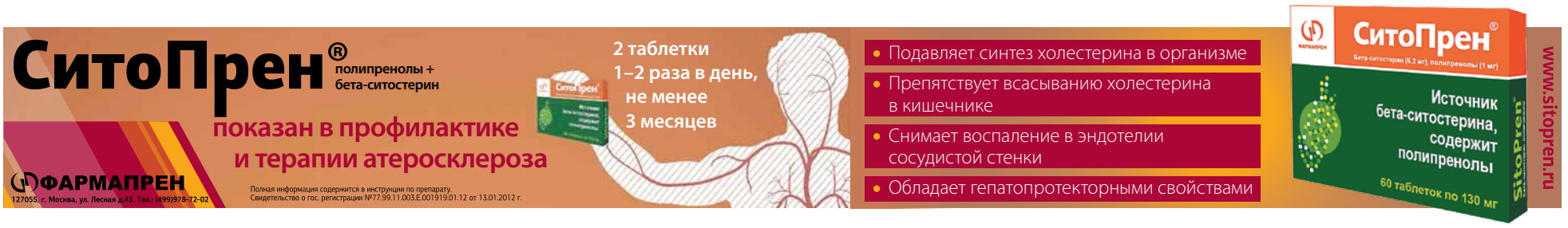
ААС и АКК недавно выпустили три документа, касающихся рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): первая часть – о коррекции образа жизни, вторая – об избыточной массе тела и ожирении, и третья часть – «Снижение уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений у взрослых». Появление в США обновленных рекомендаций по контролю уровня холестерина является очень обнадеживающим событием.

Аналогично рекомендациям по лечению дислипидемий, опубликованным ЕОА и ЕОК в 2011 г., в рекомендациях ААС/АКК подчеркивается важность снижения уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) как для первичной так и для вторичной профилактики ССЗ. Как европейские рекомендации, так и рекомендации ААС/АКК подчеркивают важность стратификации риска. В новых американских рекомендациях выделены 4 группы пациентов, которым требуется терапия статинами:

1. Лица с клинически проявляющимся атеросклерозом.
2. Лица с первичным повышением уровня ХС ЛПНП > 4,9 ммоль/л (190 мг/дл).
3. Лица, страдающие сахарным диабетом, в возрасте 40–75 лет, с уровнем ХС ЛПНП 1,8–4,9 ммоль/л (70–189 мг/дл) без клинических проявлений атеросклероза.
4. Лица без клинических проявлений атеросклероза или сахарного диабета с уровнем ХС ЛПНП 1,8–4,9 ммоль/л и риском развития клинических проявлений атеросклероза в течение 10 лет ≥ 7,5 %.

В рекомендациях ЕАО/ЕОК стратификация риска представлена разделением на 4 группы по общему уровню сердечно-сосудистого риска: очень высокий, высокий, умеренный и низкий риск. Профилактика рекомендуется в соответствии с общей оценкой сердечно-сосудистого риска. В рекомендациях ЕАО/ЕОК предлагается рассматривать медикаментозное снижение ХС ЛПНП с целью первичной профилактики в случаях, когда общий сердечно-сосудистый риск высок или очень высок и/или у пациентов с умеренным риском, если уровень ХС ЛПНП ≥ 2,5 ммоль/л (100 мг/дл), несмотря на изменение образа жизни. В новых рекомендациях АКК/ААС лечение статинами рекомендуется для первичной профилактики у пациентов с риском сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза 7,5 % независимо от уровня ХС ЛПНП, который соответствует 2,5 % риска смерти от сердечно-сосудистых причин в течение 10 лет в соответствии со шкалой SCORE. Такая стратегия АКК/ААС проявит себя в виде очень большого числа пациентов, которым будет назначено пожизненное лечение статинами в возрасте 40 лет и старше. С учетом назначения статинов такой большой части населения вероятность проявления побочных эффектов препаратов достаточно велика.

17



Стратегия профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза. Новые возможности

Российский национальный конгресс кардиологов «Кардиология: от науки – к практике» прошел в Санкт-Петербурге 25–27 сентября 2013 г. Мероприятие было посвящено 50-летию Российского кардиологического общества, на нем присутствовало более 5000 делегатов из всех регионов России и 34 стран мира. Одним из событий конгресса стал симпозиум «Стратегия профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза. Новые возможности» под председательством акад. РАМН Р.Г. Оганова. Выступления докладчиков дополняли друг друга, они касались современных тенденций в предупреждении заболевания и борьбы с гиперхолестеринемией.

Первой выступила В.Ю. Горбачева, генеральный директор компании «Фармапрен», при поддержке которой проходил симпозиум. В своем докладе она сделала акцент на важности первичной профилактики атеросклероза. Актуальность данной темы обусловлена, кроме прочего, тем, что вопрос атеросклероза для многих пациентов поднимается только после сосудистых катастроф. Кроме этого, современные методы лечения не устраняют причины атеросклероза. Проблемы существующей медикаментозной терапии связаны с побочными эффектами, неадекватной дозировкой и низкой комплаентностью. Таким образом, профилактическая медицина остается наиболее действенной в борьбе с атеросклерозом. По оценкам зарубежных специалистов, эффективная профилактика должна снизить смертность от сердечно-сосудистых болезней в 2 раза уже в ближайшие 20 лет. Также важно отметить, что профилактические меры гораздо менее затратны, чем лечебные.

Общих вопросов профилактики атеросклероза в своих выступлениях коснулись все участники симпозиума. Так, председательствующий проф. Р.Г. Оганов сделал основной акцент на эпидемии атеросклероза, которую мы сегодня наблюдаем. «Без холестерина нет эпидемии атеросклероза» – современный тезис, характеризующий понимание распространения заболевания. Докладчик подчеркнул, что в странах, в которых на фоне множества имеющихся факторов риска (например, курения, артериальной гипертонии) отсутствует гиперхолестеринемия, распространенность болезни невелика. На сегодняшний день отмечается приближение эпидемии факторов сердечно-сосудистого риска, включая избыточную массу тела, метаболический синдром и сахарный диабет. Все указанные состояния связаны с нарушением липидного обмена, что позволяет предсказывать нарастание частоты дислипидемии. В основе научного подхода к профилактике болезней сердца и сосудов лежит концепция факторов риска, влияние на которые способно замедлить и предупредить развитие заболеваний.

Большая часть факторов риска относится к модифицируемым, воздействуя на которые, врачи могут предупредить развитие болезней. К ним относятся поведенческие и социальные моменты (нездоровое питание, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, низкий социальный и образовательный статус), биологические факторы (гипертония, дислипидемия, гиперинсулинемия, гипергликемия, гиперурикемия), тромбогенные факторы и факторы воспаления, окружающая среда (загрязнение воздуха, воды и почвы). Немодифицируемыми факторами являются пол, возраст и генетическая предрасположенность.

Доктор наук С.И. Чернова отметила большое значение воспаления в сосудистой стенке в развитии атеросклероза. В основе этого утверждения лежат открытия 1990-х годов, свидетельствующие о том, что дисфункция эндотелия обусловливает развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Роль воспаления в развитии атеросклероза была сформулирована после того, как ученые установили, что эндотелийстимулированные цитокины более адгезивны для лейкоцитов. Воспаление вызывает эндотелиальную дисфункцию и нарушение метаболической активности эндотелия. Под действием воспалительных факторов модифицируются липопротеиды низкой плотности. Их захватывают макрофаги, которые проникают под воспаленный эндотелий и частично отмирают, образуя некротическое ядро атеросклеротической бляшки. Цитокины негативно влияют на миоциты, вследствие чего последние начинают вырабатывать коллаген, образующий фиброзную капсулу. Кроме этого, воспаление дестабилизирует атеросклеротическую бляшку. Таким образом, лечение атеросклероза наравне со снижением гиперхолестеринемии ставит задачи борьбы с воспалением в сосудистой стенке.

Помимо исследования ЭФФЕС, программа включает популяризацию проблемы и информирование населения старше 30 лет, определение уровня холестерина и артериального давления. Также планируется диагностика ранних стадий эндотелиальной дисфункции и нарушений липидного обмена.

К.м.н. Н.М. Ахмеджанов сообщил, что целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) не достигается при лечении статинами у 87,8 % пациентов группы очень высокого риска, 69,7 % группы высокого риска и 46,6 % группы умеренного риска. При этом удваивание дозы статинов также порой дает довольно незначительное снижение уровня холестерина в крови. В таком случае показано включение в схему лечения блокаторов кишечного всасывания холестерина, что позволяет снизить его уровень еще на 20 %.

Для решения обеих очерченных проблем (борьбы с гиперхолестеринемией и воспалением) был разработан оригинальный комбинированный препарат СитоПрен. В его состав входят бета-ситостерин, полипренолы и их фосфаты. Об актуальности этого препарата и его применении в предупреждении атеросклероза докладчики рассказали после освещения современных аспектов профилактики заболевания.

Бета-ситостерины – стероидные спирты, содержащиеся во многих растениях, – являются природными аналогами холестерина и препятствуют всасыванию экзогенного холестерина в кишечнике. Полипренолы и их фосфаты, изучение которых приоритетно для компании ФАРМАПРЕН, способны замещать в организме долихолы при дефиците последних. Сегодня технологии позволяют получать полипренолы с чистотой до 99 %, для выработки 1 г вещества требуется 500 кг хвои пихты сибирской. На действии полипренолов подробно остановился Н.М. Ахмеджанов. Он рассказал об уникальном сочетании противовоспалительных, гепатопротекторных и иммуномодулирующих свойств этого класса веществ. Их участие в долихофосфатном цикле способствует подавлению синтеза холестерина в печени, снижению воспаления в эндотелии, торможению образования атеросклеротических бляшек и стабилизации их. Гепатопротекторному действию полипренолов также придается особое значение. Они защищают мембраны гепатоцитов от повреждающего действия свободных радикалов, участвуют в гликозилировании мембранных белков и образовании гликопротеинов, способствуя нормализации функции печени.

Действие СитоПрена связано с тремя механизмами: подавлением синтеза и всасывания холестерина, а также противовоспалительным действием в сосудах. Эту тему в своем докладе раскрыла д.м.н. С.И. Чернова. Она описала, каким образом реализуется механизм противовоспалительного действия полипренолов посредством влияния на пути метаболизма арахидоновой кислоты. Подавление синтеза холестерина достигается благодаря тому, что полипренолы блокируют цикл мевалоновой кислоты. Бета-ситостерин действует, конкурируя с холестерином при всасывании в кишечнике. Кроме этого, он реагирует с желчными кислотами и холестерином с образованием нерастворимых соединений, которые выводятся естественным путем.

СитоПрен рекомендуется использовать в ранней профилактике дислипидемий. В своем выступлении акад. Р.Г. Оганов сообщил, что применение фитостеролов входит в рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейского общества по атеросклерозу (EAS). Указывается, что фитостеролы эффективно снижают уровень общего холестерина и ХС ЛПНП у пациентов, общий сердечно-сосудистый риск у которых не требует назначения стандартной гиполипидемической терапии. В комбинированной терапии использование фитостеролов со статинами помогает дополнительно снизить уровень ХС ЛПНП на 5–10 %. В рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов отмечается, что фитостеролы обладают выраженным эффектом (+++) и уровнем доказательности А.

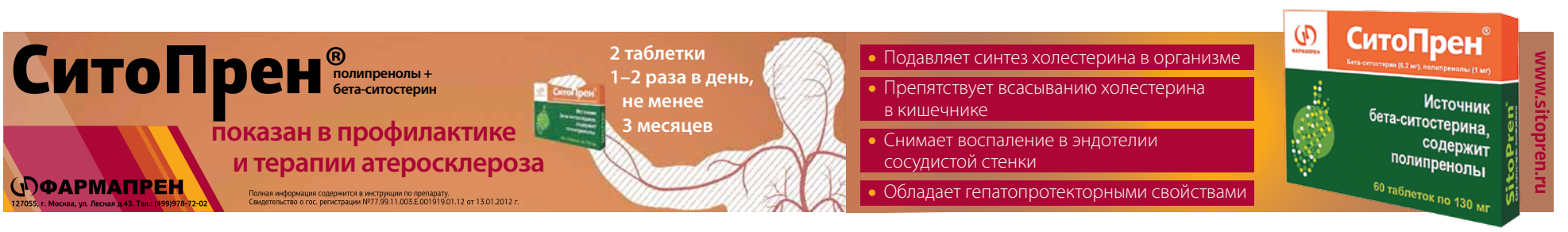
Под руководством д.м.н. С.И. Черновой на базе «Диамед-клиник» было проведено исследование, которое показало, что СитоПрен снижает уровень холестерина на 11,4 %, ХС ЛПНП – на 10,6 %, триглицеридов – на 10,9 %. Содержание противовоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α достоверно уменьшилось к 12-й неделе терапии на 18,8; 16,2 и 23,8 % соответственно.

Второе исследование – «Изучение эффективности и безопасности СитоПрена у пациентов с нарушениями липидного обмена» – было проведено в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины под руководством проф. Д.В. Небиеридзе. Через 4 нед использования препарата суммарный риск у пациентов по шкале SCORE снизился с 4,1 до 3,1 %, а атерогенность уменьшилась на 10 %.

Новое всероссийское многоцентровое исследование СитоПрена ЭФФЕС, инициированное компанией ФАРМАПРЕН, представил к.м.н. Н.М. Ахмеджанов. Научная работа будет проводиться в 5 медицинских центрах. Планируется изучить применение препарата у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в монотерапии и в комбинации со специфической гиполипидемической терапией.

Последнее исследование было запланировано в рамках программы первичной профилактики атеросклероза на поликлиническом этапе PREVENTAR, стартовавшей в уходящем году. Она ставит цели выявления пациентов с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском для оценки влияния на модифицируемые факторы риска и снижения заболеваемости и смертности. Помимо исследования ЭФФЕС, программа включает популяризацию проблемы и информирование населения старше 30 лет, определение уровня холестерина и артериального давления. Также планируется диагностика ранних стадий эндотелиальной дисфункции и нарушений липидного обмена.

Материал подготовил
Андрей УКРАИНСКИЙ



СитоПрен® полипренолы + бета-ситостерин

Оригинальная комбинация для профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза

2014 КАЛЕНДА

ЯНВАРЬ	8 – 11 января	Конференция по вопросам клинической кардиологии	МАЙАМИ **США**
ФЕВРАЛЬ	18 – 19 февраля	Московская образовательная конференция	МОСКВА, гостиница «Рэдиссон-Славянская» **Россия**
	20 – 21 февраля	III Евразийский конгресс кардиологов	МОСКВА, Российский кардиологический научно-производственный комплекс **Россия**
	27 февраля – 1 марта	XI Международный славянский конгресс по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим»	Санкт-Петербург, **Россия**
	27 февраля – 2 марта	The International Cardiometabolic Syndrome Eastern Mediterranean Congress	**Turkish Republic of Northern Cyprus**
МАРТ	19 – 21 марта	X Ежегодный всероссийский конгресс по артериальной гипертонии	МОСКВА **Россия**
	25 – 27 марта	Международный форум кардиологов и терапевтов	МОСКВА **Россия**
	27 – 30 марта	3-я Международная конференция по проблемам прегипертензии и кардиометаболического синдрома (PreHT 2014)	ВАРШАВА **Польша**
	29 – 31 марта	Конгресс Американского колледжа кардиологии 2014 года (ACC. 2014)	ВАШИНГТОН **США**
АПРЕЛЬ	4 – 5 апреля	Málaga Valve 2014	MÁLAGA **Spain**
	17 – 19 апреля	7-й Азиатско-Тихоокеанский конгресс по сердечной профилактике (APCHF 2014)	БАЛИ **Индонезия**

ЯНВАРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ФЕВРАЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

МАРТ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

АПРЕЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

ИЮЛЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

АВГУСТ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

СЕНТЯБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

ОКТЯБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ФАРМАПРЕН
127055, г. Москва, ул. Лесная, д. 43. Тел. (499) 978-72-02
www.sitopren.ru

РЬ МЕРОПРИЯТИЙ

МАЙ	4 – 7 мая	Всемирный кардиологический конгресс–2014 (WCC 2014)	МЕЛЬБУРН **Австралия**
	16 – 20 мая	Ежегодная научная встреча и выставка Американского общества по артериальной гипертонии	НЬЮ-ЙОРК **США**
	17 – 20 мая	Сердечная недостаточность–2014	АФИНЫ **Греция**
ИЮНЬ	3 – 6 июня	VIII Congress of Cardiology	HAVANA **Cuba**
	4 – 6 июня	Образовательный форум «Российские дни сердца»	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ **Россия**
	13 – 16 июня	ESH-ISH HYPERTENSION ATHENS 2014	АФИНЫ **Греция**
ИЮЛЬ	4 – 6 июля	Frontiers in CardioVascular Biology 2014	БАРСЕЛОНА **Испания**
АВГУСТ	30 августа – 3 сентября	ESC Congress 2014	БАРСЕЛОНА **Испания**
СЕНТЯБРЬ	24 – 26 сентября	Российский национальный конгресс кардиологов–2014	КАЗАНЬ **Республика Татарстан**
НОЯБРЬ	ноябрь	VIII Национальный конгресс терапевтов	МОСКВА **Россия**
ДЕКАБРЬ	5 – 7 декабря	2-й Всемирный конгресс по клинической липидологии	ВЕНА **Австрия**

МАЙ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ИЮНЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

НОЯБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ДЕКАБРЬ

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Программа первичной профилактики атеросклероза: новые возможности и инновации

Виктория Юрьевна Горбачева

К.м.н., генеральный директор компании ФАРМАПРЕН

vctgor@yahoo.com

Нельзя недооценивать актуальность проблемы первичной профилактики атеросклероза. Как известно, обычно заболевание протекает многие годы скрытно. А симптомы проявляются уже на поздних стадиях развития бляшек. Нередко первым клиническим проявлением атеросклероза является внезапная смерть от инфаркта миокарда или инсульта. К сожалению, современные методы лечения не устраняют причину заболевания, поэтому риск сосудистых катастроф у больных остается высоким. Еще одним важным моментом являются проблемы применения гиполипидемических средств, связанные с врачом и пациентом: неадекватные дозы, риск побочных эффектов, отсутствие мотивации и др. Таким образом, совокупность всех выше перечисленных моментов указывает на высокую значимость своевременной профилактики атеросклероза.

Рекомендации Министерства здравоохранения РФ по профилактике хронических неинфекционных заболеваний 2013 г.

В России хронические неинфекционные заболевания являются причиной 75 % всех смертей взрослого населения. При этом на долю болезней системы кровообращения приходится около 57 %, а на долю онкологических заболеваний 15 % всех смертельных исходов.

Смертность от болезней системы кровообращения среди лиц трудоспособного возраста в 3–6 раз выше, чем в странах Европейского союза, что приводит к экономическому ущербу, составляющему около 1 трлн рублей, что представляет 1 % ВПП.

Как показывает опыт большого числа стран, реализация научно обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течение 15–20 лет снизить смертность от болезней системы кровообращения и хронических неинфекционных заболеваний в целом в 2 и более раз. При этом вклад профилактических мер, существенно менее затратных в сравнении с лечебными, обусловливает успех более чем на 50 %

Реализация профилактических мер

В реализации мер профилактики выделяется 2 основных направления действий – формирование здорового образа жизни населения и раннюю диагностику хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией.

Формирование здорового образа жизни

Реализация данного направления возможна только на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, бизнеса и общественных структур, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни.

Ранняя диагностика и профилактика

Второе направление действий – ранняя диагностика хронических неинфекционных заболеваний – реализуется в рамках системы здравоохранения, при этом особая функция возлагается на врачей первичного звена здравоохранения – участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики и семейных врачей, в деятельности которых правильно организованная профилактическая работа должна занимать не менее 30–40 % рабочего времени.

Необходимо использовать все возможности первичной профилактики атеросклероза, так как, базируясь только на принципах вторичной профилактики, когда уже существует клинически значимое поражение мозговых и коронарных артерий, невозможно добиться значимого успеха в увеличении выживаемости таких больных.

Важным моментом, с которым согласны кардиологи всего мира, является тот факт, что изменение образа жизни имеет огромное значение в терапии атеросклероза. В частности, правильное питание, базирующееся на овощах, фруктах, рыбе и других здоровых продуктах, является неоценимым орудием борьбы с дислипидемиями.

Большой вклад в раннюю диагностику атеросклероза должны вносить правильно организованные и проводимые скрининговые программы для пациентов с риском сердечно-сосудистых заболеваний.

СитоПрен – оригинальный комбинированный препарат

СитоПрен представляет собой оригинальную комбинацию бета-ситостерина, полипренолов и их фосфатов.

Бета-ситостерины представляют собой группу стероидных спиртов, естественным образом присутствующих в растениях (орехах, многих фруктах, овощах, бобовых, пшенице и кукурузе, растительном оливковом и подсолнечном масле). Они являются природными аналогами холестерина и входят в состав клеточной мембраны.

Полипренолы и их фосфаты представляют собой стероидные спирты, близкие к долихолам человека. Они выполняют важнейшую заместительную функцию при дефиците долихолов в организме, возникающем при различных заболеваниях и патологиях.

Полипренолы обеспечивают нормальную работу долихофосфатного цикла, что необходимо для дифференцировки, регенерации, и пролиферации клеток.

История создания и исследования полипренолов

В разное время изучением свойств полипренолов занимались различные учреждения: ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА России (Санкт-Петербург), ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ (Москва), Медицинская академия постдипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (Санкт-Петербург) и др.

Основоположником направления изучения полипренолов и их фосфатов считают проф. Ф.Т. Солодкого, который определил, что они являются предшественниками важнейшего транспортного липида всех живых организмов – долихолов. С течением времени новые технологии для получения концентрированных вытяжек, фракций из разных частей хвойных растений, чаще пихты сибирской, позволили вырабатывать полипринолы высокой чистоты – до 99 %, что, в свою очередь, обеспечивает их выраженную активность.

Несмотря на то, что полипренолы являются разработкой русских ученых, интерес к этим веществам высок не только в России, но и в Японии, странах Восточной Европы и Азии.

Система изопреноидов

Система изопреноидов (терпеноидов) представляют собой большую и разнообразную группу органических соединений, полученных из пятиугольных изопреновых единиц.

Система изопреноидов включает изопреноиды с различным числом звеньев, а также изопреноидные хиноны, убихиноны, витамины Е и К, витамин А и его производные, фосфорилированные полипренолы и другие производные полипренолов (долихолы, их фосфаты), стероиды, целый спектр ферментов и метаболических путей клетки (путь мевалоновой кислоты, путь биосинтеза убихинона и др.).

Долихол и фосфаты долихола

Долихол является важнейшим веществом, участвующим в большом количестве процессов в человеческом организме, например в синтезе важнейших гликопротеидов, без которых невозможны нормальная дифференцировка клеток и тканевая регенерация.

Долихол обеспечивает реакции гликозилирования в долихофосфатном цикле во время синтеза гликопротеидов и участвует в построении важнейших рецепторных структур, отвечающих за взаимодействие клеток и функцию распознавания «свое–чужое».

Фосфаты долихолов являются наиболее физиологически активными регуляторами и мембрано-активными участниками транспорта гидрофильных частиц через клеточную мембрану. Они располагаются внутри фосфолипидного бислоя клеточных мембран и определяют текучесть, стабильность и проницаемость мембран.

Примечательно, что долихол взаимодействует с витамином Е, образуя эффективную цепь по перемещению свободных радикалов. Сбои в работе этой цепи влекут за собой молекулярно-деструктивные процессы в патогенезе многих заболеваний.

Длина цепочки углеродных атомов молекул полипренолов пихты составляет С55–С110, что близко к длине долихола в организме животных и человека, поэтому полипренолы способны замещать недостающий долихол при его дефиците в организме.

Безопасность полипренолов – стимуляторов регенерации

Безопасность полипренолов подтверждена результатами годового исследования препарата, в ходе которого было доказано, что длительный прием СитоПрена вызывает выраженную положительную динамику, не давая при этом побочных эффектов.

Безопасность полипренолов обеспечивается следующими важными моментами:

- использование натурального по происхождению растительного биополимера;
- высокая степень очистки субстрата;
- возможность длительного приема, в том числе и у пожилых лиц.

Задача биомолекул полипренолов

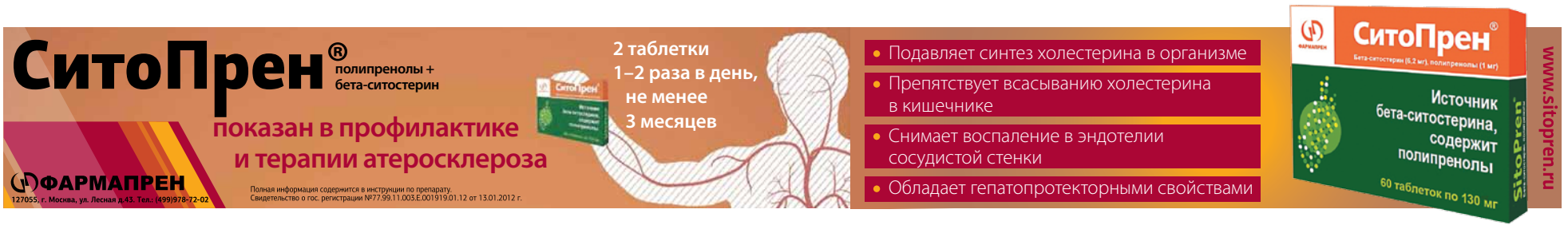
Основной задачей биомолекул полипренолов является восстановление архитектоники тканей. В ходе этого процесса происходит восстановление структур клетки (мембран, рецепторов, митохондрий) и межклеточных контактов. Полипренолы также контролируют качество созревания белков в эндоплазматическом ретикулуме и нормализуют нейроиммуноэндокринную регуляцию процесса регенерации.

СитоПрен – оригинальный комбинированный препарат

СитоПрен представляет собой новую разработку для профилактики, ранней и комплексной терапии дислипидемий. Препарат занял прочное место в профилактике, ранней и комплексной терапии атеросклероза.

Важным является тот факт, что СитоПрен может быть рекомендован в случае повышенного уровня холестерина и липидов крови, при котором риск развития сердечно-сосудистых заболеваний не предполагает использования гиполипидемических препаратов, а также

13



Программа первичной профилактики атеросклероза: новые возможности и инновации

12 при умеренно повышенном суммарном сосудисто-сердечном риске, в том числе при нормальном уровне липидов крови, при котором не предполагается проведение гиполипидемической терапии.

Препарат СитоПрен хорошо зарекомендовал себя в комбинации с другими гиполипидемическими средствами с целью дополнительного снижения липидных показателей (ХС ЛНПН, общего ХС).

Программа первичной профилактики атеросклероза на поликлиническом этапе PREVENTAR 2013 г.

В настоящее время стартовала программа первичной профилактики атеросклероза на поликлиническом этапе – PREVENTAR 2013 г., задачей которой является раннее выявление пациентов с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском с целью коррекции факторов риска для снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Программа PREVENTAR включает следующие важнейшие мероприятия:

- Всероссийское многоцентровое исследование ЭФФЕС, в котором примут участие около 500 человек из всех уголков нашей страны.
- Участие в обследовании населения старше 30 лет в городах Российской Федерации (популяризация проблемы, информирование, образовательные материалы, определение уровня холестерина, измерение артериального давления и др.).
- Исследования с целью диагностики ранних стадий эндотелиальной дисфункции и ранних стадий нарушения липидного обмена.

Программа PREVENTAR
Исследование ЭФФЕС

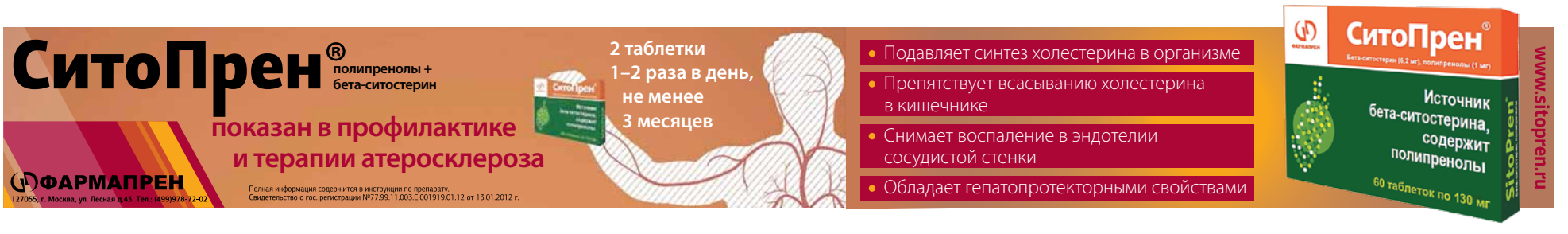
Ведущий исследовательский центр – ГНИЦ ПМ МЗ РФ, Москва,
директор – д.м.н., проф. С.А. Бойцов

Руководитель исследования – проф. Д.В. Небиеридзе

Ответственные исполнители – к.м.н. Н.М. Ахмеджанов, к.м.н. А.С. Сафарян

Всероссийское многоцентровое исследование ЭФФЕС имеет целью изучение эффективности и переносимости комбинации бета-ситостерина и полипренолов и их фосфатов в составе СитоПрена у пациентов с умеренным, высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в монотерапии и комбинации со специфической гиполипидемической терапией.

Оценка эффективности СитоПрена будет проводиться по уже привычным критериям, также планируется обратить внимание на провоспалительные цитокины и снижение уровня липидов.



Новые медикаментозные возможности первичной и вторичной профилактики атеросклероза и его осложнений. Исследование ЭФФЕС

Надир Мигдатович Ахмеджанов

К.м.н., ведущий научный сотрудник ГНИЦ ПМ МЗ РФ

avn@abvpress.ru

На основании данных многочисленных исследований установлено, что в развитых странах первенство по смертельным исходам принадлежит заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

Доказано, что одним из важнейших факторов снижения риска летального исхода является первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза. В РФ всего за 6 лет, с 2003 по 2009 год, удалось снизить смертность на 20 %, что является абсолютным мировым рекордом (табл. 1).

Таблица 1. *Показатели смертности в РФ в 2003 и 2009 гг.*

Мужчины	2003	2009	%
Общая смертность	2253,4	1778,7	–21,1
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний	1180,4	927,1	–21,5
Женщины	**2003**	**2009**	**%**
Общая смертность	1081,5	870,7	–19,5
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний	674,4	525,4	–22,1

Дополнительное снижение ХС ЛПНП безопасно и, несомненно, уменьшает ежегодный риск сердечно-сосудистых осложнений, необходимость реваскуляризации миокарда и риск ишемического инсульта на 20 % на каждые 1,0 ммоль/л снижения ХС ЛПНП. Данное утверждение правомерно для всех диапазонов уровня холестерина (табл. 2, 3).

В ходе многочисленных исследований было доказано, что снижение ХС ЛПНП на 2–3 ммоль/л должно снизить риск на 40–50 %.

Комплексное лечение больных коронарной болезнью сердца или другими заболеваниями сосудов также позволяет уменьшить риск развития осложнений. Так, отмечено снижение риска развития осложнений при применении

ацетилсалициловой кислоты – на 20–30 %,

бета-блокаторов – на 20–35 %,

ингибиторов АПФ – на 22–25 %,

статинов – на 25–42 %;

при прекращении курения – на 50 %.

Таблица 2. *Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска*

Липидный параметр	В популяции (низкий риск)	Пациенты с умеренным риском	Пациенты с высоким риском	Пациенты с очень высоким риском
ОХС, ммоль/л	< 5,5	< 5,0	< 4,5	< 4,0
ХС ЛПНП, ммоль/л	< 3,5	< 3,0	< 2,5	< 1,8
ХС ЛПВП, ммоль/л	Мужчины > 1,0 Женщины > 1,2	Мужчины > 1,0 Женщины > 1,2	Мужчины > 1,0 Женщины > 1,2	Мужчины > 1,0 Женщины > 1,2
ТГ, ммоль/л	< 1,7	< 1,7	< 1,7	< 1,7

Примечание. *ОХС – общий холестерин; ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности; ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности; ТГ – триглицериды*

Уровень ХС ЛПНП (ммоль/л) рассчитывается по формуле Фривальда: ХС ЛПНП = ОХС – (ХС ЛПВП + ТГ/2,2). Формула Фривальда дает точный результат, если уровень ТГ не превышает 4,5 ммоль/л.

Примечательно, что чем выше уровень ХС ЛПВП, тем ниже у пациента риск развития атеросклероза («отрицательный» фактор риска при значении 1,6 ммоль/л).

В итоге по результатам исследования было установлено, что 87,8 % пациентов группы очень высокого риска, 69,7 % группы высокого риска и 46,6 % группы умеренного риска, которые получают лечение статинами, не достигли целевого уровня ХС ЛПНП. Еще одним важным фактом является то, что по мере наращивания дозы статинов начинает действовать правило шести, с постепенным снижением по мере удвоения дозы. Однако случаются ситуации, в которых удвоенная доза способствует незначительному уменьшению холестерина в крови. В таком случае целесообразно подключение в терапию блокаторов кишечного всасывания, что позволяет уменьшить уровень холестерина еще на 20 %.

Говоря о дополнительных рекомендациях, нельзя не выделить средиземноморский тип питания, который позволяет на 40 % снизить риск развития осложнений, но не холестерина, уровень которого уменьшается всего на 5–10 %.

Исследование DYSIS, Россия, продемонстрировало расхождение между рекомендациями и данными реальной клинической практики лечения пациентов высокого риска.

Препарат СитоПрен

Препарат СитоПрен представляет собой оригинальную комбинацию бета-ситостерина, полипренолов и их фосфатов для профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза.

Новое средство СитоПрен содержит жизненно необходимые вещества: бета-ситостерин (6,2 мг) и полипренолы, в том числе и их фосфаты (1,0 мг).

Бета-ситостерин

Бета-ситостерин представляет собой полиизопреноид, который по своей структуре является природным аналогом холестерина, вытесняющим его из кровотока, блокируя его всасывание и не нарушая при этом общего метаболизма.

Таблица 3. *Влияние изменения образа жизни на уровень липидов*

Изменение образа жизни для снижения уровня ОХС и ХС ЛПНП	Выраженность эффекта	Уровень доказательности
Снижение потребления насыщенных жиров с пищей	+++	A
Снижение количества трансжиров	+++	A
Увеличение в рационе продуктов, богатых пищевыми волокнами	++	A
Снижение количества холестерина, поступающего с пищей	++	B
Потребление продуктов, обогащенных фитостеролами	+++	A
Снижение избыточной массы тела	+	B
Использование продуктов, содержащих соевый белок	+	B
Повышение уровня физической активности	+	A
Добавление в рацион красного дрожжевого риса, содержащего природный статин	+	B
Прием пищевых добавок, содержащих поликозаноп	-	B

Выраженность эффекта оценивается в плюсах и имеет следующие характеристики:
+++ общее соглашение об эффективности влияния на уровень липидов;
++ менее выраженное влияние на уровень липидов, имеющиеся свидетельства/мнения специалистов указывают на эффективность мероприятий;
+ противоречивые сведения, эффективность менее достоверно установлена;
– мероприятия не эффективны или есть противоречия в данных относительно их безопасности.

По данным Европейской фармакопеи, бета-ситостерин представляет собой основной компонент фитостеролов – природной смеси стеролов, получаемых из растений.

Фитоситостерин содержит не менее 70,0 % бета-ситостерина (в пересчете на сухое вещество) и не более 30,0 % холестерола и других стеролов (дериватов).

Механизм действия бета-ситостерина складывается из двух основных моментов.

- Холестерин всасывается в кишечнике в виде мицелл с солями желчных кислот и фосфолипидами. Растительные стерины конкурируют с холестерином за пространство внутри мицелл, снижая количество всасываемого холестерина в кишечнике.
- Бета-ситостерин вступает в реакцию с желчными кислотами и холестерином, образуя малорастворимые соединения, которые выводятся из организма естественным путем.

Полипренолы

Полипренолы представляют собой уникальный класс физиологически активных веществ, обладающих противовоспалительной активностью и гепатопротекторными свойствами.

Полипренолы и их фосфаты в составе СитоПрена, выделенные из хвойных растений, по химической структуре близки к долихолам в организме человека. Таким образом, полипренолы выполняют заместительную функцию при дефиците долихолов в организме, обеспечивая нормальную работу долихофосфатного цикла.

Полипренолы абсолютно нетоксичны и не дают побочных эффектов, так как их избыток быстро концентрируется в печени, откуда в форме свободного долихола постепенно выводится из организма.

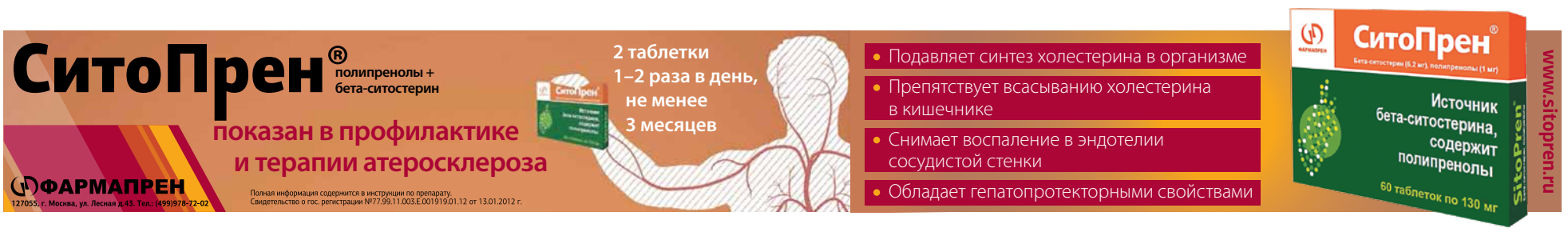
Свойства полипренолов как ключевых составляющих долихофосфатного цикла заключается в подавлении синтеза холестерина в печени и воспаления в эндотелии сосудов, препятствовании образованию и стабилизации атеросклеротической бляшки. Примечательно, что эти вещества обладают также гепатопротекторным свойством и иммуномодулирующей активностью.

Таким образом, препарат СитоПрен имеет ряд выраженных лечебных действий: противовоспалительный, гепатопротекторный, противовирусный и иммуномодулирующий за счет синтеза интерферонов и иммуноглобулинов. СитоПрен способствует восстановлению мембран клеток и снижению веса за счет эффектов фитостеролов.

Гепатопротекторные свойства СитоПрена

Гепатопротекторные свойства СитоПрена имеют большое значение.

15



Новые медикаментозные возможности первичной и вторичной профилактики атеросклероза и его осложнений. Исследование ЭФФЕС

14 Нормализация функции клеток печени, обусловленная полипренолами, входящими в состав препарата СитоПрен, осуществляется за счет восстанавления мембраны гепатоцитов путем конкурентного ингибирования перекисных процессов, стабилизации их проницаемости, электрохимического градиента и везикулярного транспорта. Полипренолы участвуют в антиоксидантной защите мембран гепатоцитов и гликозилировании мембранных белков и образовании гликопротеинов, обеспечивая построение мембран гепатоцитов и нормальную функцию печени. СитоПрен способствует обеспечению оптимального липидного состава мембран клеток и нормализует детоксикационную функцию печени.

Бета-ситостерин представляет собой полиизопреноид, который по своей структуре является природным аналогом холестерина, вытесняющим его из кровотока, блокируя его всасывание и не нарушая при этом общего метаболизма. По данным Европейской фармакопеи, бета-ситостерин представляет собой основной компонент фетостеролов – природной смеси стеролов, получаемых из растений.

Фитостерины в Европейских и Российских рекомендациях по ведению больных с дислипидемией

Фитостеролы рекомендованы Европейскими обществом кардиологов (ESC) и обществом по атеросклерозу (EAS) как средство, активно влияющее на уровень липидов, способствующее эффективному снижению общего холестерина (ХС) и ХС ЛПНП, для пациентов с повышенным уровнем общего ХС и ХС ЛПНП, у которых общий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний не предполагает использования специфических лекарственных средств, снижающих уровень ХС; в качестве комбинированной терапии, способствующей дополнительному снижению уровня ХС ЛПНП примерно на 5–10 % у пациентов, принимающих статины в постоянной дозе. Эта комбинация хорошо переносится и является безопасной.

В России фитостеролы рекомендованы ВНОК (2012 г.) как средство, снижающее общий ХС и ХС ЛПНП, с высокой выраженностью эффекта (+++) и уровнем доказательности А. Фитостеролы, как компонент изменения образа жизни при дислипидемиях, рекомендованы в качестве первого шага в коррекции всех категорий рисков по шкале SCORE: от низкого до очень высокого риска.

В РФ всего за 6 лет, с 2003 по 2009 год удалось снизить смертность на 20%, что является абсолютным мировым рекордом.

Исследование по изучению эффективности и безопасности СитоПрена

Исследование «Изучение эффективности и безопасности СитоПрена у пациентов с нарушениями липидного обмена» было проведено в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины под руководством д.м.н., проф. Д.В. Небиеридзе.

В наблюдении принимали участие мужчины в возрасте 50–55 лет с уровнем общего ХС > 5,0 ммоль/л и ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – пациенты низкого и умеренного кардиоваскулярного риска (суммарный риск у пациентов по шкале SCORE составил 4,1 %). Пациенты использовали в качестве монотерапии препарат СитоПрен в течение 4 недель в дозе 260 мг, т. е. 2 таблетки в сутки.

У 40 пациентов, страдающих гиперхолестеринемией, получавших в качестве монотерапии СитоПрен в дозе 2 таблетки в день в течение 3 мес, отмечено достоверное снижение уровня общего ХС на 10 % и ХС ЛПНП на 8,5 %.

По результатам исследования было констатировано снижение атерогенности на 10 % и суммарного риска до 3,1 %.

Установлена высокая безопасность применения СитоПрена. В ходе исследования уровень трансаминаз сохранялся в пределах нормы. В контрольной группе у пациентов, находившихся на строгой низкожировой диете и не принимавших СитоПрен, динамики липидных показателей не отмечено.

Общий вывод авторов исследования по изучению эффективности и безопасности препарата СитоПрен у пациентов с нарушениями липидного обмена: доказана высокая эффективность и безопасность СитоПрена. В связи с этим открываются широкие перспективы применения препарата у пациентов с нарушениями липидного обмена без клинических проявлений атеросклероза, при дислипидемиях, когда не показана специфическая гиполипидемическая терапия, а также в случаях с клиническими проявлениями атеросклероза в комбинации со статинами.

Свойства полипренолов как ключевых составляющих долихофосфатного цикла заключается в подавлении синтеза холестерина в печени и воспаления в эндотелии сосудов, препятствовании образованию и стабилизации атеросклеротической бляшки.

Всероссийское многоцентровое исследование ЭФФЕС

Исследование посвящено«Изучению ЭФФЕКТивности и безопасности комбинации бета-ситостерина, полипренолов и их фосфатов в составе СитоПрена у пациентов с умеренным и высоким сердечно-сосудистым риском в монотерапии и в комбинации со специфической гиполипидемической терапией».

В 2013 г. компанией ФАРМАПРЕН инициировано всероссийское многоцентровое исследование новой разработки для профилактики и комплексной терапии атеросклероза – препарата СитоПрен на базе медицинских центров различных регионов России.

Ведущим исследовательским центром, курирующим исследование, является ГНИЦ ПМ МЗ РФ (Москва), под руководством д.м.н., проф. С.А. Бойцова. В программе принимают участие 5 медицинских центров России (Москва, Санкт-Петербург, Воронеж, Нижний Новгород и Киров) и более 450 пациентов.

Целью исследования является изучение эффективности и переносимости препарата СитоПрен у пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний, но с дислипидемиями.

Для участия в работе были привлечены две группы пациентов:

1-я группа – пациенты с умеренным риском развития сердечно-сосудистых катастроф, не принимающие статины, с монотерапией, в сравнении с диетотерапией (суммарный риск по шкале SCORE ≥ 1 ≤ 5 %);

2-я группа – пациенты группы высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых катастроф, принимающие статины, в виде комбинированной терапии, с целью дополнительного снижения липидных показателей и последующим возможным снижением доз статинов, в сравнении с монотерапией статинами (суммарный риск по шкале SCORE ≥ 5 %).

В ходе исследования в течение 3 мес будут изучаться следующие группы показателей:

общий ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды;

СРБ (в выборочных центрах – интерлейкины (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО, гликированный гемоглобин, ЛДГ-4, ЛДГ-5);

общий билирубин, уровень печеночных ферментов: аспарагиновой трансаминазы, аланиновой трансаминазы, креатинфосфокиназы, креатинин и глюкоза крови.

Качество жизни

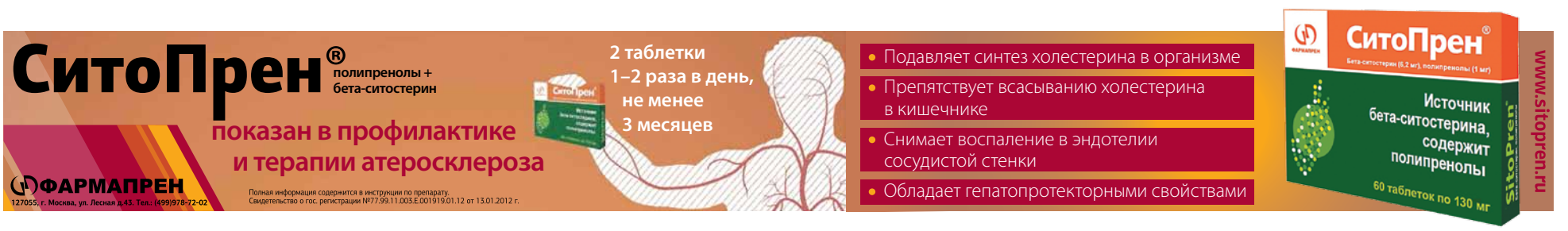
Преимущества СитоПрена заключаются в сочетании нескольких лечебных эффектов: гепатопротекторные свойства, иммуномодулирующая активность и высокая безопасность, отсутствие побочных эффектов. Примечательно, что препарат может быть использован в течение длительного времени даже у пожилых людей.

Полипренолы в составе СитоПрена, выделенные из хвойных растений, по химической структуре близки к долихолам в организме человека. Таким образом, полипренолы выполняют заместительную функцию при дефиците долихолов в организме, обеспечивая нормальную работу долихофосфатного цикла.

Важным преимуществом СитоПрена является эффективность малых доз препарата за счет синергического действия бета-ситостерина и полипренолов.

Рекомендации по применению СитоПрена

Взрослым пациентам рекомендуется по 2 таблетки препарата 1–2 раза в день во время еды. Продолжительность курса лечения должна составлять не менее 3 мес. При необходимости прием лекарственного средства можно повторить.



Субклинический атеросклероз у больных сахарным диабетом

Александр Юрьевич Рунихин

Д.м.н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова

runikhinau@mail.ru

Субклинический атеросклероз у пациентов с сахарным диабетом (СД) характеризуется своими структурными, диагностическими и терапевтическими особенностями, которые обязательно нужно учитывать при ведении таких больных.

Структурные особенности субклинического атеросклероза у данной категории пациентов определяются наличием долипидной фазы, которая характеризуется мощнейшей гипертрофией сосудистой стенки на фоне гиперлипидемии, гиперхолестеринемии, дислипидемии и хронической гипергликемии. Это способствует превращению инсулина из гидрофильной субстанции в липофильную, что обусловливает его легкое проникновение в сосудистую стенку и активацию пролиферации гладко-мышечных клеток. Причем новые слои миоцитов появляются не со стороны внутренней оболочки сосуда, т. е. интимы, а со стороны адвентициального слоя, в результате чего просвет сосуда не только не суживается, но даже и расширяется, о чем свидетельствуют результаты коронарографии. Отсутствие видимых атеросклеротических бляшек, липидных полосок и пятен в интиме сосуда может затруднять диагностику атеросклероза при СД. А в это время у пациента уже развиваются очаговые поражения органов-мишеней, в том числе ярко выраженная ишемия миокарда с последующим его некрозом, даже при отсутствии гемодинамически значимого сужения сосуда. Это обусловлено облитерацией устьев мелких и мельчайших артерий и артериол на фоне мощной гипертрофии сосудистой стенки артерий крупного, среднего и мелкого калибра. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к формированию классической атеросклеротической бляшки.

Выраженность долипидной фазы определяет еще одну особенность субклинического атеросклероза при СД, а именно поражение преимущественно артерий мышечного типа. Так, например, в первую очередь страдают тибиальные артерии и артерии стоп, а только затем подвздошные и бедренные артерии; сначала поражаются интракраниальные артерии и только после этого общая сонная артерия и экстракраниальные отделы внутренней сонной артерии.

Субклинический атеросклероз при СД развивается намного раньше, чем у относительно здоровых лиц. В частности, у детей атеросклеротические бляшки нередко обнаруживаются уже в возрасте 10–11 лет, особенно при ранней манифестации СД. По данным исследования MESA, у женщин с СД субклинический атеросклероз возникает на 5 лет раньше, чем при нормальном состоянии углеводного обмена, а у мужчин – раньше на 13 лет.

Выделяют следующие методы диагностики атеросклероза, как субклинического, так и клинического:

- коронароангиография;
- внутрисосудистая ультрасонография;
- дуплексное сканирование артерий;
- измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ);
- электронно-лучевая КТ;
- когерентная КТ;
- МРТ;
- исследование скорости распространения пульсовой волны на каротидно-феморальном участке.

При СД все вышеперечисленные методы применяются скорее не с целью диагностики субклинического атеросклероза, а больше для уточнения степени сердечно-сосудистого риска. Согласно рекомендациям американских ассоциаций AHA/ACC (2010 г.) с этой целью следует использовать в первую очередь электронно-лучевую КТ (для пациента в возрасте старше 40 лет). При промежуточном уровне риска дополнительно проводятся дуплексное сканирование сонных артерий, измерение ЛПИ и ЭКГ в покое.

Однако у пациентов с СД измерение ЛПИ не всегда оказывается информативным, что нередко связано с развитием медиакальциноза артерий голени и последующим увеличением их просвета и степени кровотока. В таких случаях показатель ЛПИ не только не снижается, но даже и увеличивается, что совсем не исключает наличия атеросклеротических бляшек в подвздошных или бедренных артериях. В связи с этим Российская ассоциация эндокринологов рекомендует (2011 г.) при выявлении ЛПИ > 1,2 дополнительно проводить пациентам с СД дуплексное сканирование сонных артерий и артерий нижних конечностей, а также транскутанную оксиметрию. Обнаружение атеросклеротических бляшек или снижение насыщения крови кислородом у таких больных даже при отсутствии клинических признаков позволяет говорить о субклиническом атеросклерозе.

Дополнительно к вышеописанным методам диагностики специалисты Всероссийского научного общества кардиологов (2011 г.) при СД рекомендуют также исследование скорости распространения пульсовой волны на сонно-феморальном сегменте. Однако данный метод дает только косвенное представление о возможности наличия субклинического атеросклероза и не обладает достаточной специфичностью, поскольку скорость распространения пульсовой волны может увеличиваться и при отсутствии атеросклероза, например при артериальной гипертонии за счет высокой жесткости сосудистой стенки.

Принципы лечения субклинического атеросклероза при СД универсальны и перечислены ниже.

- Модификация образа жизни (диетотерапия, дозированные физические нагрузки, отказ от курения и алкоголя и др.).
- Статины (редко фибраты или никотиновая кислота).
- Статины + эзетимиб или статины + омакор.
- Препараты, улучшающие гемореологические показатели (показаны большинству пациентов).
- Ингибиторы АПФ ± антагонисты кальция.
- Специфические препараты для лечения СД.

Почти всем пациентам при одновременном наличии субклинического атеросклероза и СД показано назначение **статиновых препаратов**. Согласно рекомендациям Российского кардиологического общества (2012 г.) и Американской ассоциации диабетологов (2013 г.) эти показания весьма широки. Статины следует назначать при следующих состояниях:

- СД + кардиоваскулярное заболевание (КВЗ): ИБС, цереброваскулярное заболевание, хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей.
- СД + хроническая болезнь почек (ХБП).
- СД + возраст > 40 лет + 1 фактор риска КВЗ (при отсутствии самого КВЗ и ХБП).
- СД в любом возрасте + несколько факторов риска КВЗ (при отсутствии самого КВЗ и ХБП).
- СД в любом возрасте + большая длительность СД (при отсутствии факторов риска КВЗ, самого КВЗ и ХБП).
- СД без факторов риска КВЗ, самого КВЗ и ХБП – если на фоне немедикаментозного лечения уровень холестерина ЛПНП > 2,6 ммоль/л.

Европейское общество кардиологов (2012 г.) при назначении статинов пациентам с СД учитывает поражение органов-мишеней:

- СД + поражение органов-мишеней (микроальбуминурия и др.).
- СД без поражения органов-мишеней, но при наличии уровня холестерина ЛПНП ≥ 2,5 ммоль/л.

Фибраты при субклиническом атеросклерозе на фоне СД применяются реже в силу отсутствия большой доказательной базы их эффективности. Фибраты, а также никотиновая кислота назначаются только при очень высоких уровнях триглицеридов (> 11 ммоль/л), поскольку большая концентрация ЛПОНП и хиломикрон в крови в таких ситуациях увеличивает риск развития острого панкреатита.

Что касается **сочетанного применения** статинов и фибратов при СД, в руководстве Американской ассоциации диабетологов (2013 г.) такая комбинация категорически не рекомендуется в силу высокого риска развития рабдомиолиза и острой почечной недостаточности. Разрешено сочетание статинов с эзетимибом и омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (омакор).

Практически всем пациентам при субклиническом атеросклерозе на фоне СД должны быть назначены **препараты, улучшающие реологические свойства крови**. При мерцательной аритмии, клапанных пороках, тромбозе глубоких вен голени предпочтение следует отдавать оральным антикоагулянтам. В других случаях можно назначать аспирин, а при его непереносимости, например на фоне неконтролируемой гипертензии, – клопидогрел.

Антиагреганты при СД показаны в следующих случаях:

- Кардиоваскулярные заболевания, в том числе клинический выраженный атеросклероз.
- Поражение почек с микроальбуминурией и снижением скорости клубочковой фильтрации.
- Артериальная гипертония.
- Возраст > 50 лет для мужчин и > 60 лет для женщин при наличии хотя бы 1 фактора риска возникновения осложнений кардиоваскулярных заболеваний.

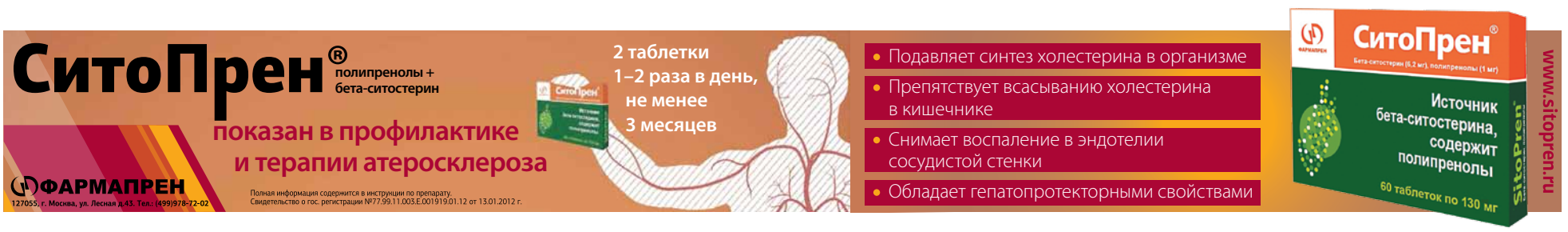
Специалисты Европейского общества кардиологов при субклиническом атеросклерозе на фоне СД рекомендуют всегда рассматривать возможность назначения **ингибиторов АПФ и антагонистов кальция**, поскольку известно, что они уменьшают выраженность атеросклеротического процесса. Ингибиторы АПФ при СД применяются при артериальной гипертензии, а также при нормальном давлении с одновременным наличием признаков диабетической нефропатии (в крайне небольшой дозе, чтобы не провоцировать гипотонию). При недостаточно выраженном эффекте ингибиторов АПФ к ним добавляют антагонисты кальция.

Среди ингибиторов АПФ особое место занимает **зофеноприл** (Зокардис), который обладает высокой липофильностью. Это свойство особенно важно при СД, поскольку на фоне данного заболевания активность плазменной ренинангиотензиновой системы нередко снижается, а активность тканевой системы повышается, что требует высокой липофильности препарата для проникновения в ткани.

Кроме этого, зофеноприл обладает способностью активно нейтрализовать свободные радикалы и устранять окислительный стресс, который при СД служит причиной развития инфаркта миокарда и инсульта. Также Зокардис наиболее эффективно среди всех ингибиторов АПФ уменьшает дисфункцию эндотелия и усиливает синтез оксида азота, что очень важно при субклиническом атеросклерозе, поскольку предотвращает его прогрессирование.

Другим достоинством Зокардиса при субклиническом атеросклерозе, по результатам исследования SMILE-ISHEMIA (Am Heart J 2007;153, Issue 3, 445. e7–445. e14.), которое касалось острого инфаркта миокарда со снижением фракции выброса левого желудочка, явилось снижение риска смерти на 33 %. Другие ингибиторы АПФ при аналогичном назначении снижали риск смерти всего на 9–12 %. При субклиническом атеросклерозе это особенно важно, поскольку у многих пациентов манифестация заболевания проявляется именно инфарктом миокарда.

17



Субклинический атеросклероз у больных сахарным диабетом

16 При СД также важен двойной путь выведения Зокардиса (через печень и почки), что позволяет скорректировать метаболизм препарата при нарушении функции данных органов.

Особое внимание среди антагонистов кальция при субклиническом атеросклерозе на фоне СД занимает препарат **лерканидипин** (Леркамен), который обладает выраженными нефропротективными свойствами. По результатам клинических исследований (ZAFRA, DIAL), данный препарат снижает протеинурию на 20 %, микроальбуминурию на 15 % и повышает клиренс креатинина на 10 %. Кроме этого, в отличие от других дигидропиридиновых антагонистов кальция Леркамен реже вызывает периферические отеки, что очень важно для пациентов с СД, а также характеризуется высокой безопасностью (исследование COHORT).

Что касается **антидиабетической терапии** при субклиническом атеросклерозе на фоне СД, к применению разрешены все основные группы препаратов.

- Инсулинотерапия: обязательна при СД 1-го типа, по показаниям – при СД 2-го типа.
- Метформин (Сиофор).
- Стимуляторы секреции инсулина:
  – производные сульфонилмочевины (манинил, амарил, диабетон, глюренорм и др.);
  – меглитиниды (новонорм, старликс).
- Тиазолидиндионы (пиоглитазон, розиглитазон).
- Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (лираглутид, эксенатид).
- Ингибиторы дипептидилпептидазы (янувия, онглиза).
- Ингибиторы глюкозидазы (акарбоза).

Предпочтительным препаратом при СД 2-го типа является **метформин** (сиофор), который, по данным различных исследований, оказывает положительное влияние на течение субклинического и клинического атеросклероза:

– снижает артериальное давление;
– снижает избыточную массу тела, в том числе эффективен у пациентов с явным ожирением;
– улучшает липидный профиль крови: – снижает уровень общего холестерина на 15 %, триглицеридов на 22 %, что выгодно отличает метформин от других антидиабетических препаратов, многие из которых подобным не обладают;
– уменьшает выраженность карбонильного стресса: предотвращает превращение глюкозы в альдегиды, в частности метилглиоксаль, который провоцирует спазм сосудов и развитие тромбозов;
– улучшает гемореологические свойства: повышает фибринолитическую активность крови и снижает агрегацию тромбоцитов.

Все вышеперечисленные свойства обусловливают одно важное достоинство метформина при субклиническом атеросклерозе на фоне СД, а именно снижение риска развития инфаркта миокарда на 33 % (исследование UKPDS/HDS).

Таким образом, у пациентов с СД субклинический атеросклероз встречается весьма часто и имеет свои особенности, как структурные, так и диагностические и терапевтические. При этом коррекция нарушений липидного обмена при СД играет не менее важную роль, чем адекватный контроль гликемии, и позволяет предотвратить прогрессирование атеросклероза и развитие его осложнений.

Как соотносятся новые рекомендации Американского колледжа кардиологов (АКК)/Американской ассоциации сердца (ААС) 2013 г. по снижению уровня холестерина с рекомендациями Европейского общества по атеросклерозу (ЕОА)/Европейского общества кардиологов (ЕОК) по контролю дислипидемии?

8 В рекомендациях АКК/ААС предлагается новая модель оценки общего сердечно-сосудистого риска (общие когортные уравнения). Из имеющихся документов невозможно оценить, как эта модель будет соотноситься с европейской шкалой SCORE.

Для такой модели важно, чтобы популяция, на которой получена данная модель, была как можно ближе к популяции, наблюдаемой практическими врачами. Поэтому для жителей Европы мы предпочитаем продолжать использовать шкалу SCORE или национальные системы, калиброванные по SCORE.

Подход к лечению в разных группах риска по рекомендациям АКК/ААС определяется двумя вариантами: высокая или умеренная интенсивность терапии статинами; окончательный выбор стратегии часто остается за клиницистом на месте. Никакой цели лечения в конкретных ммоль/л ХС ЛПНП не предлагается, хотя возможность устанавливать такие цели подразумевается. Конечно, можно утверждать, что само понятие целевого уровня спорно, так как такие цели часто основаны на экстраполяции имеющихся данных и оценке более широкого круга знаний и науки в этой области. Целевые уровни терапии широко используются в различных клинических условиях, например в лечении гипертонической болезни или сахарного диабета 2-го типа. Целевые уровни являются важнейшим инструментом в повседневной клинической практике, помогая взаимодействию пациента и врача и улучшая приверженность терапии. Кроме того, подход к снижению риска в целом должен быть индивидуален у каждого пациента, что можно сделать более конкретным, если цели лечения определены. Упрощенный подход ограничения современных знаний по профилактике сердечно-сосудистой патологии только критериями, применяемыми в рандомизированных контролируемых исследованиях, может ограничить реализацию потенциала, доступного для профилактики ССЗ при использовании более широкой научной базы.

Сходства и различия в лекарственной терапии между рекомендациями ЕОА/ЕОК по терапии дислипидемий от 2011 года и рекомендациями АКК/ААС по снижению уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза от 2013 г.

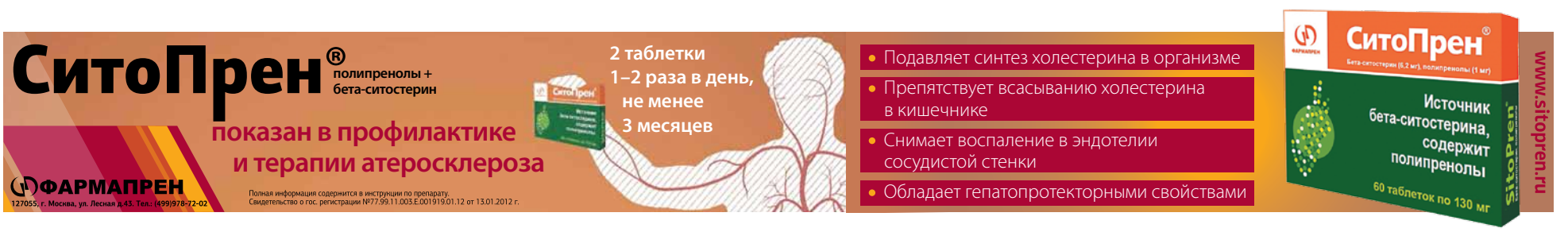
	ЕОА/ЕОК	АКК/ААС
Вторичная профилактика	Целевой уровень ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л или по крайней мере снижение на 50 %. Если цель не может быть достигнута при помощи статинов, следует рассмотреть комбинированную терапию	Высокая интенсивность терапии статинами. Если 50 % снижение не достигается, следует рассмотреть возможность комбинированной терапии
Непереносимость статинов при вторичной профилактике	Уменьшить дозу статина, рассмотреть возможность комбинированной терапии	Умеренная или низкодозовая терапия статинами, рассмотреть возможность комбинированной терапии
Первичная профилактика. ЛПНП > 4,9 ммоль/л	Целевой уровень ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л. Если целевой уровень не достигается – максимальное снижение ХС ЛПНП с использованием соответствующих комбинаций лекарственных препаратов в переносимых дозах	Терапия статинами высокой интенсивности, направленная на достижение как минимум 50 % снижения ХС ЛПНП. Если снижение на 50 % не достигается, рассмотреть возможность дополнительной терапии
Первичная профилактика при сахарном диабете	Сахарный диабет в сочетании с другими факторами риска или поражением органов: целевой уровень ХС ЛПНП ≤ 1,8 ммоль/л или по крайней мере 50 % снижение. Неосложненный сахарный диабет: целевой уровень ЛПНП < 2,5 ммоль/л	Сахарный диабет с высоким риском: высокая интенсивность терапии статинами. Диабет с низким риском: умеренная интенсивность терапии статинами
Первичная профилактика. Высокий риск	SCORE ≥ 5 % риск смертельного ССЗ: целевой уровень < 2,5 ммоль/л	Суммарный риск сердечно-сосудистых событий > 7,5 %: терапия статинами от умеренной до высокой интенсивности. Риск середечно-сосудистого события 5–7,5 %: терапия статинами умеренной интенсивности

В плане контроля терапии статинами в рекомендациях АКК/ААС указано, что ожидаемое снижение уровня ХС ЛПНП на 50 % при интенсивной терапии статинами следует использовать в качестве контроля приверженности лечению; у пациентов группы высокого риска это может быть основанием для увеличения дозы или назначения дополнительной терапии. Решение остается на рассмотрение клиницистов на местах.

В рекомендациях ЕОА/ЕОК снижение ХС ЛПНП на 50 % от исходного уровня также предлагается в качестве целевого у пациентов с очень высоким общим риском, если невозможно достичь уровня ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл).

При сравнении этих рекомендаций следует учитывать, что рекомендации ЕОА/ЕОК предполагают более широкий подход к коррекции дислипидемии в целом, в то время как рекомендации АКК/ААС концентрируются на терапии статинами с целью профилактики ССЗ. Поэтому в рекомендациях ЕОА/ЕОК более подробно обсуждаются специфические группы пациентов, такие как лица с семейной гиперхолестеринемией, с сочетанием гиперлипидемии и сахарного диабета, а также пациенты, перенесшие инсульт. Рекомендации ЕОА/ЕОК также включают углубленное обсуждение вариантов медикаментозного лечения другими группами препаратов, а не только статинами.

Рекомендации ЕОА/ЕОК хорошо зарекомендовали себя в Европе. Они были широко приняты и адаптированы, и на основании сказанного выше мы советуем использовать рекомендации ЕОА/ЕОК, как более подходящие для Европы. Европейские и американские рекомендации различаются по своему подходу к снижению холестерина: это не должно, однако, «затенять» их общий акцент на важности снижения ХС ЛПНП в целях профилактики ССЗ, а также крайнюю сходность мнений касательно групп высокого риска, требующих медикаментозной терапии. Примеры сходства и различий по лекарственной терапии между этими двумя рекомендациями, приведены в таблице.



Российский национальный конгресс кардиологов–2013 «Кардиология: от науки – к практике», посвященный 50-летию Российского кардиологического общества

25–27 сентября 2013 г. в Санкт-Петербурге прошел Российский национальный конгресс кардиологов «Кардиология: от науки – к практике», посвященный 50-летию Российского кардиологического общества (РКО), объединяющего в своих рядах около 5000 специалистов из всех регионов нашей страны.

Более 5000 делегатов участвовали в работе Конгресса. Докладчики съехались из 34 стран и из всех регионов России. Обширная научная программа включила 6 пленарных заседаний, 28 пленарных лекций, 138 секционных научных заседаний, симпозиумов и клинических разборов, 569 устных докладов. Сто сорок стендовых докладов были представлены в специально построенном для этого просторном шатре. Более 80 компаний и ассоциированных организаций приняли участие в выставке.

В Таврическом дворце Санкт-Петербурга прошло торжественное пленарное заседание и последовавший за ним торжественный прием, посвященный открытию Конгресса. На открытии с докладом «50 лет кардиологическому обществу в России» выступил почетный президент РКО, акад. РАН и РАМН Е.И. Чазов. С приветственными речами выступили члены Президиума РКО. Заместитель полномочного представителя Президента РФ в Северо-Западном федеральном округе Ю.С. Шалимов выступил с обращением и зачитал поздравительный адрес от полномочного представителя. Председатель Законодательного собрания Санкт-Петербурга В.С. Макаров выступил с обращением и зачитал поздравительный адрес от Совета Федерации. Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Н.Ф. Герасименко выступил от Государственной Думы. Вице-губернатор Санкт-Петербурга О.А. Казанская передала обращение от губернатора Санкт-Петербурга Г.С. Полтавченко. Вице-пре-зи-дент РАМН, председатель Президиума Северо-Западного отделения РАМН Г.А. Софронов выступил от имени РАМН. От Национальной медицинской палаты к участникам конгресса обратился ее президент Л.М. Рошаль. С приветствием к делегатам Конгресса обратился Л.А. Бокерия, директор НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Президент Ассоциации кардиологов Украины В.Н. Коваленко выступил от кардиологических обществ стран СНГ. Делегатов Конгресса приветствовали президент Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) Панос Вардас и президент Американской коллегии кардиологов Джон Харольд.

На церемонии открытия Российского национального конгресса кардиологов состоялось вручение премий РКО. В 2013 г. лауреатами премии стали:

Аронов Давид Меерович, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (руководитель лаборатории кардиологической реабилитации ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ) в номинации: За вклад в организацию выполнения профилактических программ;

Карпов Ростислав Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН (директор ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН) в номинации: За фундаментальные исследования в области кардиологии;

Покровский Сергей Николаевич, доктор биологических наук, профессор (руководитель лаборатории проблем атеросклероза Института экспериментальной кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ РФ) в номинации: Премия им. А.Н. Климова;

Шевченко Олег Петрович, доктор медицинских наук, профессор (заведующий кафедрой кардиологии ФУВ ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова») в номинации: За выдающийся вклад в образовательную деятельность в области кардиологии.

Также на открытии авторитетное жюри в составе В.В. Кухарчука, Д.И. Курапеева, Г.Г. Амебидзе подвело итоги конкурса молодых ученых.

Первое место поделили А.А. Чернова (Красноярск) и Т.В. Михайловская (Иваново). Второе место заняла Н.Г. Веселовская (Барнаул). Третье место заняла М.С. Сафарова (Москва).

Как всегда, огромный интерес вызвало заседание, на котором были представлены рекомендации, принятые на Российском национальном конгрессе кардиологов:

- Национальные рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности.
- Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012).
- Стресс-эхокардиография: согласованное мнение экспертов Европейской эхокардиографической ассоциации.
- Рекомендации по сердечной недостаточности (перевод рекомендаций Европейского общества кардиологов).

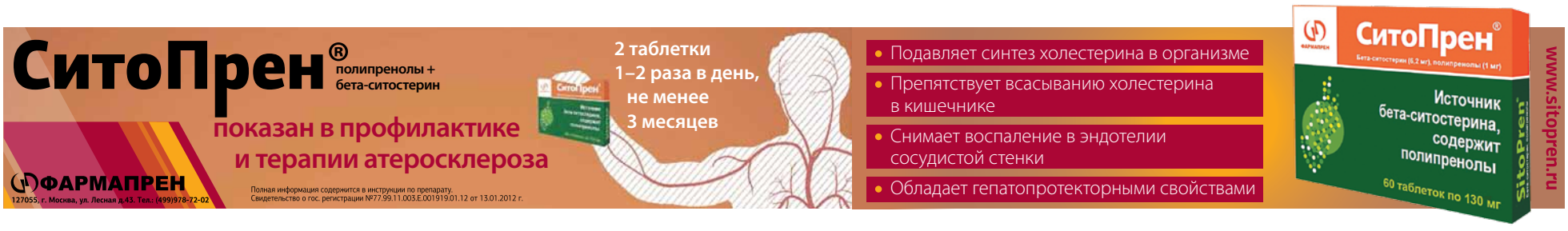
Фаусто Пинто, президент Европейского общества кардиологов (ЕОК), проф. Университета г. Лиссабона (Португалия), оценивая работу Конгресса, сказал: «Я рад видеть, что РКО все больше вовлекается в международную деятельность, это важно, так как вклад российских кардиологов действительно очень значим». Как основатель и руководитель проекта ЕОК «Кардиологи завтрашнего дня», Ф. Пинто подчеркнул, что ЕОК выделило движению молодых кардиологов России 25 бесплатных регистраций на главный Конгресс ЕОК, который прошел в 2013 г. в Амстердаме.

На пленарном заседании Конгресса с докладом «Рекомендации 2013 по лечению артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии и Европейского общества кардиологов: что в силе, что нового, что остается нерешенным» выступил проф. Университета г. Милана, экс-президент Европейского общества по артериальной гипертензии Альберто Занчетти. Европейское общество по артериальной гипертензии и ЕОК опубликовали совместные рекомендации по лечению гипертонии версии 2013 года. Имеются серьезные различия по сравнению с предыдущим документом, опубликованном в 2007 г. Так, все рекомендации классифицированы согласно их строгости и степени доказательности предположений, на которых они основаны. Критерии, имеющие наилучшую доказательную базу, использованы для инициации лечения артериальной гипертензии и определения целевых значений артериального давления. При этом унифицированная цифра систолического давления – ниже 140 мм рт. ст. для пациентов и с высоким, и с низким сердечно-сосудистым риском. Конкретные рекомендации даны по стратегиям лечения в особых условиях, включая резистентную гипертензию.

В рамках Российского национального конгресса кардиологов прошел совместный образовательный курс Европейского общества по артериальной гипертонии и РКО. Огромный интерес вызвал обсуждение современного состояния проблемы резистентной артериальной гипертензии в странах Европы и России. Были рассмотрены данные о новых, в том числе инструментальных, методах лечения резистентной артериальной гипертонии, с представлением клинических случаев видными российскими и зарубежными учеными.

Подводя итоги прошедшего Российского национального конгресса кардиологов, президент РКО акад. РАМН Е.В. Шляхто поблагодарил всех участников Конгресса и отметил высокую активность делегатов и насыщенность научной программы. Президент пригласил всех собравшихся на следующий конгресс, который пройдет в Казани 24–26 сентября 2014 г.

Материал подготовила
к.м.н. ***Ю.А. БАЛАНОВА,***
ФГБУ ГНИЦ ПМ МЗ РФ



Кардиологи и терапевты Кавказа на страже здоровья населения: репортаж с III научно-образовательной конференции

29–30 октября 2013 г. по инициативе Северо-Осетинской государственной медицинской академии (СОГМА, ректор проф. Т.М. Гатагонова) и фонда «Кардиопрогресс» (президент акад. РАМН Р.Г. Оганов) во Владикавказе состоялась очередная ежегодная III научно-образовательная конференция кардиологов и терапевтов Кавказа.

В научную программу конференции вошли пленарные заседания, симпозиумы, клинические семинары, мастер-классы и лекции ведущих московских экспертов и ученых из Северо-Кавказского федерального округа (СКФО). Темы докладов были посвящены не только актуальным вопросам кардиологии, но и другим соматическим заболеваниям.

Примечательно, что в работе конференции принимали участие 560 делегатов, представляющие все республики и города Северного Кавказа.

На торжественной церемонии открытия конференции с приветствием выступил **заместитель председателя правительства Республики Северная Осетия–Алания Сергей Таболов:**

– Современная медицина не стоит на месте, поэтому очень важно постоянно повышать квалификацию врачей. Сегодняшняя конференция в определенной степени решает этот вопрос. В конечном итоге именно от квалификации медиков зависят сохранение и укрепление здоровья населения – один из приоритетов государственной политики. И очень важно, что задачи, стоящие сегодня перед здравоохранением, решаются во взаимодействии с органами власти, образовательными и лечебными учреждениями.

С. Таболов выразил уверенность, что цели и задачи, которые поставлены перед участниками конференции, будут достигнуты. Пожелал всем успехов в работе, а гостям – приятных впечатлений от пребывания в республике.

– Рад приветствовать вас на III научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа! – с этими словами обратился к присутствующим акад. РАМН, **президент фонда «Кардиопрогресс» Рафаэль Оганов**.

– Основной задачей конференции являются совершенствование профессионального уровня врачей первичного звена здравоохранения и скорейшее внедрение в реальную клиническую практику современных технологий диагностики, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, лечения и реабилитации терапевтических больных. Несмотря на снижение смертности, которое наблюдается в последние годы во многих экономически развитых странах, некоторые хронические неинфекционные заболевания, включая сердечно-сосудистые, продолжают занимать первое место среди причин преждевременной смерти населения большинства стран мира. Проблема эта остается крайне актуальной и для Северо-Кавказского региона, так как эпидемия этих заболеваний не имеет границ и не зависит от политической, национальной и религиозной принадлежности, однако имеет свои особенности. Уверен, что наш форум соберет ведущих экспертов страны и явится важным этапом в развитии отечественной медицины на благо всего населения.

Рафаэль Гегамович обозначил цели научной конференции: повышение знаний врачей в области внутренних заболеваний, просвещение населения и привлечение внимания органов власти к проблемам здравоохранения.

Перед собравшимися выступил и **министр здравоохранения республики Владимир Селиванов:**

– Необходимость и значимость таких встреч особо осознают медики. Поэтому выражаю благодарность СОГМА за то, что она «ведет» за собой и нас, министерство, и в который раз собирает научный потенциал СКФО, всей страны во Владикавказе. Ведь наша конечная задача – сделать так, чтобы помощь, которую мы оказываем пациентам, была адекватной, грамотной, современной и профессиональной.

Министр здравоохранения пожелал всем участникам конференции здоровья и плодотворной работы.

На протяжении 2 дней во всех трех залах конференции отмечались оживление и интерес. Врачи принимали активное участие в дискуссии. Для молодых ученых региона был проведен симпозиум.

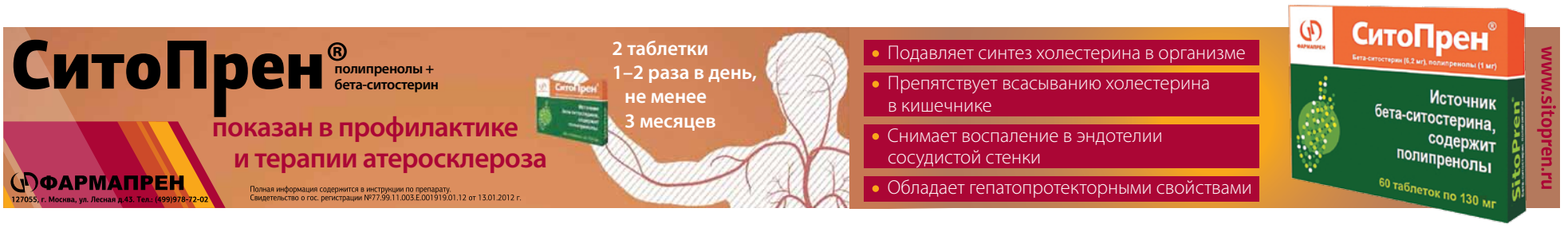
В рамках конференции была организована выставка производителей лекарственных препаратов и медицинской техники. Врачи проявили большой интерес к представленным на выставке научной литературе и информационным пособиям.

Необходимо подчеркнуть, что для делегатов был подготовлен ряд социальных программ. Регистрация и участие делегатов проводились бесплатно. Все врачи – участники конференции получили сертификаты участника. В рамках конференции были организованы кофе-брейк, фуршет и концерт. Гостям конференции была предложена культурная программа с посещением достопримечательностей Республики Северная Осетия–Алания.

Работа конференции освещалась в региональных и федеральных СМИ.

По решению оргкомитета очередная, IV научно-образовательная конференция кардиологов и терапевтов Кавказа пройдет в столице Чеченской Республики в г. Грозном. Подробная информация будет размещена на официальной сайте фонда «Кардиопрогресс» **www.cardioprogress.ru.**

Материал подготовил
Мехман Ниязи оглы МАМЕДОВ
д.м.н., проф., рук-ль лаборатории
ФГБУ ГНИЦ ПМ МЗ РФ



СитоПрен® полипренолы + бета-ситостерин

Оригинальная комбинация для профилактики, ранней и комплексной терапии атеросклероза

СитоПрен® показан в профилактике и терапии атеросклероза:

- при повышенном уровне холестерина и липидов крови, при котором риск развития сердечно-сосудистых заболеваний не предполагает использования гиполипидемических препаратов;
- при умеренно повышенном суммарном кардиоваскулярном риске в том числе, при нормальном уровне липидов крови, при котором не предполагается использование гиполипидемических препаратов;
- в комбинации с другими гиполипидемическими средствами с целью дополнительного снижения липидных показателей (холестерина липопротеидов низкой плотности, общего холестерина)

Подавляет синтез холестерина в организме

Препятствует всасыванию холестерина в кишечнике

Снимает воспаление в эндотелии сосудистой стенки

Обладает гепатопротекторными свойствами

Доказанная эффективность СитоПрена®

На фоне применения СитоПрена в минимальной дозе (2 таблетки в день) к 12 неделе отмечено достоверное[1]:

- снижение уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ на 10 – 11 %;
- увеличение уровня ХС ЛПВП на 6 %;
- снижение уровней провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α на 19, 16 и 24 % соответственно.

Высокая безопасность СитоПрена®:

- отсутствие побочных эффектов
- гепатопротекторные свойства
- возможность применения для пожилых лиц

[1]Оганов Р.Г., Чернова С.И., Горбачева В.Ю. Новая комбинация, обладающая свойствами ингибирования кишечной абсорбции холестерина и подавления синтеза эндогенного холестерина, с антивоспалительным и гепатопротекторным эффектами. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2013 Т.12(3):64–68.

ФАРМАПРЕН

127055, г. Москва, ул. Лесная, д.43. Тел. (499)978-72-02

Полная информация содержится в инструкции по препарату.
Свидетельство о гос. регистрации №77.99.11.003.Е.001919.01.12 от 13.01.2012 г.

2 таблетки 1—2 раза в день, не менее 3 месяцев

www.sitopren.ru

Кардиология сегодня № 4 (6) 2013

УЧРЕДИТЕЛИ
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс», ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Руководитель проекта
Николайчук Александр Владимирович
avn@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор Оганов Рафаэль Гегамович
Шеф-редактор Мамедов Мехман Ниязи оглы
Верстка Гончарук Ольга Валентиновна

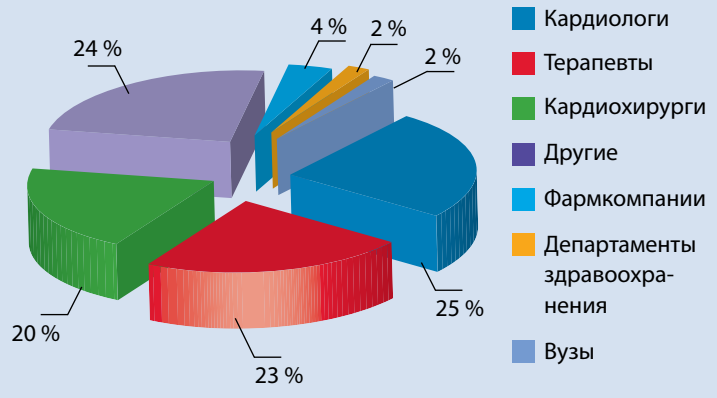
Адрес редакции и учредителя
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15,
тел.: + 7 (499) 929-96-19,
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 324
Тираж 10 000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-52147 от 11.12.2012

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.

Распространение