

КОММЕНТАРИИ К ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.А.Шальнова

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Росмедтехнологий, Москва

В 2007 году четвертая объединенная рабочая группа Европейского общества кардиологов и других обществ представила Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (далее - Рекомендации). Этому важному событию предшествовала большая работа: были проанализированы результаты новых клинических исследований, получены новые знания, переосмыслены известные понятия. Данные комментарии не претендуют на полноту охвата всего текста Рекомендаций. В них представлены замечания по поводу некоторых разделов, которые были наиболее интересны автору.

В частности, в Рекомендациях отмечается, что снижение АД на уровне популяции только частично связано с увеличением доли пациентов, получающих антигипертензивные средства. Это свидетельствует о том, что другие факторы, способствующие снижению АД, играют большую роль на уровне всей популяции. Это абсолютно верно. Однако хотелось бы заметить, что в России уже на протяжении 15 лет не отмечается снижения распространенности артериальной гипертонии на уровне популяции, хотя в последние годы увеличилась доля лиц, контролирующей АД [Отчет по разделу Федеральный мониторинг за 2007 год. ФЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в России»]. Эти данные отражают недостаточность и неадекватность первичной профилактики, что приводит к ежегодному пополнению числа больных артериальной гипертонией.

В новых Рекомендациях более широко представлена роль других факторов, на которые необходимо обращать пристальное внимание. Так, с увеличением распространенности избыточной массы тела и ожирения все чаще стали говорить об эпидемии ожирения, в том числе висцерального. Установлено, что жировая ткань, особенно висцеральная, - это метаболически активный эндокринный орган, который синтезирует и выделяет в кровь различные вещества, участвующие в регуляции гомеостаза сердечно-сосудистой системы. Увеличение массы жировой ткани сопровождается повышением секреции свободных жирных кислот, гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью, артериальной гипертонией и дислипидемией, которые, в свою очередь, повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Определение окружности талии, так же как индекса массы тела (ИМТ), должно стать рутинным при любом обращении к врачу, в кабинет профилактики и т.д. В настоящее время в научных исследованиях установлена связь между окружностью талии или отношением окружности талии и бедер и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. В целом эти исследования показали, что измерение окружности талии наряду с ИМТ позволяет получить дополнительную информацию о сердечно-сосудистом

риске. Хотя в настоящее время нет данных о преимуществе использования окружности талии или ИМТ.

В то же время нередко в ответ на вопрос «Снимаете ли Вы (в своем учреждении) антропометрические показатели?» можно услышать – «А зачем?». Недооценка фактора избыточного веса и ожирения присуща многим специалистам, что и привело к «эпидемии ожирения». В настоящее время проводятся клинические исследования, синтезируются новые лекарственные препараты, разрабатываются новые подходы к лечению ожирения. Мне очень импонирует название книги А.Я. Ивлевой «Ожирение – проблема не косметическая», в нем суть сегодняшнего отношения к проблеме.

Еще один вопрос, на котором я хотела бы остановиться – это частота пульса. Появление нового класса препаратов, урежающих сердечный ритм, вызвало новую волну исследований и вновь привлекло внимание клиницистов к этому показателю. Со времен китайской медицины пульс, отражая как гемодинамические, так и метаболические процессы в организме, является уникальным интегральным маркером благополучия организма. Установлено, что повышенная частота пульса ассоциируется с увеличением риска смертности от ССЗ и всех причин, а также с развитием ССЗ в общей популяции, у больных гипертонией, диабетом и ишемической болезнью сердца. В то время как практически во всех исследованиях демонстрируется достоверная связь у мужчин, статистическая значимость ассоциаций между смертностью от ССЗ и повышенной ЧСС у женщин и пожилых людей исчезает после поправки на другие факторы.

Вместе с тем при анализе данных, полученных в ГНИЦ профилактической медицины, показано, что при увеличении ЧСС на 10 уд/мин риск смерти от ССЗ достоверно увеличивается на 25% у мужчин и на 20% у женщин.

Оценка общего риска имеет ключевое значение для профилактики. В числе вопросов, представленных в Рекомендациях, рассматривается новый подход по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений у молодых. В третьей (предшествующей) версии рекомендаций проблема высокого относительного риска и низкого абсолютного риска у людей более молодого возраста была решена путем экстраполяции риска на возраст 60 лет, когда абсолютный риск также становится высоким. Однако такой подход может привести к избыточному применению лекарственных средств у молодых людей. В данных рекомендациях вместо него предложена простая таблица оценки относительного риска, которая позволяет объяснить, что даже при низком абсолютном риске у молодого человека относительный риск может быть в 10 раз выше, чем у человека сходного возраста, у которого отсутствуют факторы риска.

Любые подходы к оценке риска, включая SCORE, завышают его в странах, в которых наблюдается снижение сердечно-сосудистой смертности, и занижают в тех странах, где сердечно-сосудистая смертность увеличивается. Целесообразно вносить коррекцию в таблицы SCORE с учетом меняющихся смертности и распределения факторов риска.

Следует отметить и повышение роли медицинских сестер в профилактике. Речь идет о рабочей группе Европейского общества кардиологов по уходу за сердечно-сосудистыми больными. В западных странах медицинская сестра – это не просто человек, осуществляющий уход за больным, но это профессиональный медицинский работник, роль которого в профилактической работе по поддержанию навыков здорового образа жизни или по исполнению рекомендаций врача в лечении больного трудно переоценить. К сожалению, в нашей стране статус медицинской сестры как помощника врача, проводника профилактических знаний и умений, способного обучить и контролировать больного, почти утрачен. Следует, однако, безотлагательно рассмотреть этот вопрос. Наконец, после публикации рекомендаций наиболее важ-

ным является распространение и внедрение их в клиническую практику. Исследования показали, что это происходит не всегда. Поэтому необходимо тщательно продумать формы и методы распространения информации, касающейся рекомендаций и разработать программу внедрения их в широкую клиническую практику. Это касается не только данных рекомендаций, но и любых, в том числе и российских рекомендаций, разработанных с учетом национальных особенностей. Таким образом, необходима устойчивая связь между рекомендациями и использованием их в реальной практике. Здесь должны широко использоваться в комплексе образовательные программы, наблюдательные исследования и регистры, которые могут зафиксировать изменение практики в соответствии с рекомендациями. Эти исследования и регистры позволяют также оценить вклад рекомендаций в прогноз пациентов.

Хотелось бы еще раз обратить внимание на то, что в данном документе, как и в предыдущем, эксперты рабочей группы настоятельно рекомендуют разрабатывать национальные рекомендации и адаптировать цели, приоритеты и стратегии внедрения к местным условиям.

КОММЕНТАРИИ К НОВЫМ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Д.В. Небиеридзе

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Росмедтехнологий, Москва

В Рекомендациях значительное место уделено проблеме использования в клинической практике β -блокаторов (БАБ) и диуретиков. Настоятельно советуем практическим врачам внимательно отнестись к данному разделу Рекомендаций. Дело в том, что давно известные отрицательные метаболические эффекты некоторых БАБ и диуретиков (ухудшение липидного и углеводного профиля) рассматриваются в качестве аргумента против широкого применения таких препаратов в клинической практике. Это особенно относится к пациентам, у которых повышен риск развития сахарного диабета (СД), например при метаболическом синдроме. В Рекомендациях приводится ссылка на мета-анализ 22-х исследований, включавший более чем 160 000 пациентов. Было установлено, что применение БАБ и диуретиков (особенно в сочетании друг с другом) ассоциируется с повышенным риском СД. Наименьший риск СД ассоциируется с применением ингибиторов АПФ (иАПФ) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА). В связи с этим ряд ученых предлагает вообще изъять БАБ из арсенала лечения пациентов с неосложненной артериальной гипертензией (АГ), оставляя этот класс препаратов только для вторичной профилактики. Дальше всех в этом отношении зашли эксперты Британских рекомендаций по лечению АГ (2006 г), в которых БАБ относят к четвертой линии средств лечения АГ.

Как же быть практическому врачу в сложившейся ситуации? Критика БАБ отдельными исследователями не должна вводить в заблуждение практического врача, который всегда должен знать, о каких БАБ идет речь. Действительно, неко-

торые БАБ, например атенолол (большинство исследований относится именно к нему), обладают отрицательными метаболическими эффектами и в ряде клинических ситуаций (например при метаболическом синдроме или при СД 2-го типа) не должны применяться. Вместе с тем современные суперселективные БАБ не обладают указанными отрицательными эффектами и могут широко использоваться в клинической практике, в том числе и при неосложненной АГ. Таким образом, относительно применения БАБ в клинической практике необходимо занять взвешенную позицию, которая и отражена в новых европейских рекомендациях по АГ. Отрицательные метаболические эффекты в меньшей степени распространяются на современные БАБ, особенно с вазодилатирующим эффектом. К таким БАБ относятся небиволол и карведилол. Представляется целесообразным добавить к этому списку метопролол и бисопролол, поскольку они также не вызывают отрицательных метаболических эффектов. Таким образом, практическому врачу необходимо смелее назначать указанные БАБ в различных клинических ситуациях, в том числе и при метаболическом синдроме и СД 2-го типа. Кстати, появление метаболического синдрома в разделе «лечение АГ в отдельных клинических ситуациях» свидетельствует о признании этого синдрома как самостоятельного состояния, а не просто сочетания факторов риска.

Взвешенный подход необходим и при назначении в клинической практике диуретиков. Назначение диуретиков, безусловно, требует учета их отрицательных метаболических эффектов, особенно характерных для высоких доз этих