

# СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА «ДОКТОР.РУ» КАРДИОЛОГИЯ ТЕРАПИЯ



**Карпов Юрий Александрович**

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ангиологии Института клинической кардиологии имени А. Л. Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, вице-президент Российского кардиологического общества, вице-президент Российского медицинского общества артериальной гипертонии

## Новости лечения артериальной гипертензии и атеросклероза

В центре внимания медицинской общественности по-прежнему остаются сердечно-сосудистые заболевания и их основные факторы риска — АГ и дислипидемия. Как показали эпидемиологические наблюдения, риск фатальных событий, связанных с коронарными и церебральными катастрофами, прогрессивно и линейно нарастает при уровнях АД от 115/75 мм рт. ст. Эти и другие данные учитываются при создании клинических рекомендаций, в которых указывается необходимость контроля АД и достижения его целевых значений.

Летом 2016 г. были представлены новые рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний десяти европейских обществ, включая Европейское общество кардиологов [2]. В этом важном документе имеется раздел, посвященный диагностике и лечению АГ. В нем нашли отражения те сведения, которые были получены в последнее время, включая результаты крупного клинического исследования SPRINT [3] и связанные с ними изменения в ведении пациентов с АГ. В *таблице* представлены основные положения по целевому уровню АД у таких больных.

У активных пациентов моложе 80 лет в качестве целевого может рассматриваться АД < 140 мм рт. ст., если лечение хорошо переносится. В то же время у некоторых из этих больных допускается целевой показатель АД < 120 мм рт. ст. в тех случаях, когда имеется высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск и хорошо переносится многокомпонентная, снижающая АД терапия. Класс этой рекомендации — IIb, что означает возможность ее применения по усмотрению лечащего врача. Приведенные данные еще раз подтверждают необходимость более строгого контроля АД у пациентов с АГ.

В рекомендациях Европейского общества кардиологов и Европейской ассоциации по атеросклерозу 2016 г. по лечению дислипидемий, которые недавно были представлены на ежегодном конгрессе Европейского общества кардиологов, содержится 10 ключевых позиций, определяющих стратегию ведения лиц с риском развития атеросклероза и его осложнений [1]. Среди этих позиций большинство относится к холестерину ЛПНП (ХсЛПНП) и снижению его содержания с помощью статинов. Указывается, что определение уровня ХсЛПНП следует использовать при скрининге и оценке риска; ХсЛПНП является первичной целью лечения, причем у пациентов с очень высоким риском (к ним относятся больные с диагнозом ИБС) необходимо снижать его до значений < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл).

Статины обычно применяют в качестве первой линии терапии для достижения целевого уровня ХсЛПНП, и их следует использовать в высшей рекомендованной дозе или максимально переносимой дозе для достижения цели; лечение статинами рекомендовано пожилым пациентам с установленным сердечно-сосудистым заболеванием, а также больным молодого

Таблица

### Европейские рекомендации по сердечно-сосудистой профилактике 2016 г. Основные позиции по артериальной гипертензии — целевые показатели артериального давления (АД)

Рекомендации	Класс	Уровень
Систолическое АД < 140 мм рт. ст. и диастолическое АД < 90 мм рт. ст. рекомендованы всем больным моложе 60 лет с артериальной гипертензией	I	B
У пациентов 60 лет и старше с АД > 160 мм рт. ст. рекомендовано поддерживать АД между 140 и 150 мм рт. ст.	I	B
У активных пациентов моложе 80 лет может рассматриваться целевое АД < 140 мм рт. ст., если лечение хорошо переносится. У некоторых из этих больных может рассматриваться и АД < 120 мм рт. ст., если сердечно-сосудистый риск высокий или очень высокий и они хорошо переносят многокомпонентную, снижающую АД терапию	IIb	B
У лиц 80 лет и старше с исходным АД > 160 мм рт. ст. рекомендуется снижать АД до показателей 140–150 мм рт. ст., поддерживая их хорошее физическое и умственное состояние	I	B
У ослабленных пожилых пациентов следует соблюдать осторожность в интенсивности лечения (количестве снижающих АД препаратов) и достижении целевого АД, тщательно мониторируя клинические эффекты терапии	IIa	B

возраста. Высокие дозы статинов следует назначить сразу после поступления всем пациентам с ОКС без противопоказаний или без непереносимости в анамнезе, независимо от исходного уровня ХсЛПНП.


Согласно результатам исследования IMPROVE-IT, дальнейшее снижение содержания ХсЛПНП с помощью эзетимиба следует обсудить у больных с таковым  $\geq 70$  мг/дл ( $\geq 1,8$  ммоль/л) после перенесенного ОКС, несмотря на прием максимально переносимой дозы статина (класс рекомендаций IIa).

Ожидаемые в ближайшее время результаты исследований с применением моноклональных антител ингибиторов пропротеин-конвертазы субтилизин/кексин 9-го типа (PCSK9), которые включали пациентов после ОКС или с очень высоким сердечно-сосудистым риском, позволят более точно определить их место в лечении этой группы, так как метаанализы клинических исследований III фазы позволяют прогнозировать снижение степени риска.

В ранее проведенных работах показано, что можно дополнительно снизить уровень ХсЛПНП на 60% за счет применения ингибиторов PCSK9. Однако уже сейчас эти препараты вошли как дополнение к статинам и эзетимибу у пациентов с ОКС при недостижении целевого уровня ХсЛПНП  $< 1,8$  ммоль/л в новые европейские рекомендации по дислипидемиям (класс IIb).

Следует отметить, что в ноябре 2016 г. на ежегодном конгрессе Американской ассоциации сердца были представлены результаты клинического исследования GLAGOV (968 пациентов ИБС, средний возраст — 60 лет, 28% женщин, средний уровень ХсЛПНП — 92,5 мг/дл, длительность исследования — 76 недель), согласно которым присоединение ингибитора PCSK9 эволюмаба (недавно зарегистрирован в Российской Федерации) к недостаточно эффективной терапии статинами у больных ИБС приводит не только к значительному снижению концентрации ХсЛПНП, но и к торможению прогрессирования и регрессу атером коронарных артерий по данным внутрисосудистого УЗИ коронарных артерий. Следует отметить, что в группе комбинированной терапии средний уровень ХсЛПНП был равен 36,6 мг/дл по сравнению с 93,0 мг/дл в контрольной группе, что еще раз доказывает необходимость более строгого контроля липидных показателей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Catapano A. L., Graham I., De Backer G., Wiklund O. et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // *Eur. Heart J.* 2016. Vol. 37. P. 2999–3058.
2. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S., Albus C. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // *Eur. Heart J.* 2016. Vol. 37. N 29. P. 2315–2381.
3. SPRINT Research Group; Right J. T. Jr., Williamson J. D., Whelton P. K. et al. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control // *N. Engl. J. Med.* 2015. Vol. 373. N 22. P. 2103–2116. 



Библиографическая ссылка:

Карпов Ю. А. Новости лечения артериальной гипертензии и атеросклероза // *Доктор.Ру.* 2016. № 11 (128). С. 1–2.

ЧИТАЙТЕ  
*Доктор.Ру*

Со статьями по артериальной гипертензии и атеросклерозу можно ознакомиться в номерах «Доктор.Ру»

- Подзолков В. И., Брагина А. Е. Особенности лечения артериальной гипертензии у женщин // *Доктор.Ру.* 2013. № 6 (84). С. 5–9.
- Брагина А. Е., Подзолков В. И., Мурашко Н. А. Влияние факторов риска на уровень оксида азота у больных эссенциальной артериальной гипертензией // *Доктор.Ру.* 2013. № 6 (84). С. 15–19.
- Стадник С. Н. Значение антигипертензивной терапии в коррекции когнитивных расстройств // *Доктор.Ру.* 2013. № 6 (84). С. 19–24.
- Карпов А. М., Рвачева А. В., Шогенова М. Х., Жетишева Р. А. и др. Роль дендритных клеток в патогенезе атеросклероза // *Доктор.Ру.* 2015. № 8 (109) — № 9 (110). С. 4–8.
- Бернс С. А., Шмидт Е. А., Чувичкина О. В., Хомякова Т. А. и др. Окислительный метаболизм липопротеинов у больных мультифокальным атеросклерозом // *Доктор.Ру.* 2016. № 2 (119). С. 70–74.

www.rusmg.ru



Реклама