

СОСУДИСТАЯ КОМОРБИДНОСТЬ: ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Р.Г. Оганов*

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

Рассматривается проблема сосудистой коморбидности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, ее влияние на риск развития сердечно-сосудистых катастроф, общие причины и подходы к профилактике и лечению сосудистой коморбидности.

Ключевые слова: сосудистая коморбидность, сердечно-сосудистый риск, профилактика, лечение.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015;11(1):4-7

Vascular comorbidity: general approaches to prevention and treatment

R.G. Oganov*

State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

The problem of vascular comorbidity in patients with cardiovascular diseases, its effect on the cardiovascular risk, general causes and approaches to the prevention and treatment of vascular comorbidity are considered.

Key words: vascular comorbidity, cardiovascular risk, prevention, treatment.

Ration Pharmacother Cardiol 2015;11(1):4-7

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): roganov@gnicpm.ru

В общей структуре смертности населения РФ сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) составляют 56%, среди которых около 85% связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями.

В последние десятилетия смертность от ССЗ в РФ снижается (на 23%), а ожидаемая продолжительность жизни увеличивается, составляя у мужчин – 64 года, у женщин – 75,6 лет. Это приводит к старению населения и, естественно, к увеличению частоты нескольких заболеваний у одного человека (коморбидность).

Кроме того эффективность лечения острых ситуаций заметно улучшилась, что сопровождается увеличением числа хронических больных, часто одновременно страдающих несколькими ССЗ. В то же время клиническая медицина развивается по пути все большей специализации, что создает дополнительные трудности в лечении больных с коморбидностью. Сегодня все больше говорят о командном подходе, но для эффективной работы команды ее члены должны хорошо понимать друг друга и знать общие подходы к лечению таких больных.

Основные причины сердечно-сосудистых катастроф две: атеротромбоз и артериальная гипертензия (АГ). Однако последовательность сердечно-сосудистых осложнений из-за этих причин несколько различаются. Так, если наиболее частыми осложнениями АГ являются нарушения мозгового кровообращения, затем острый коронарный синдром (ОКС) и заболевания перифери-

ческих артерий, то атеротромбоз в первую очередь чаще проявляется в виде ОКС. В то же время не следует забывать, что атеросклероз и АГ являются системными заболеваниями и наличие клинически выраженного заболевания в одном месте увеличивает вероятность поражения другой локализации.

При обследовании 529 больных ишемическим инсультом у 90,8% из них были выявлены различные сердечно-сосудистые осложнения, кроме АГ, которой страдали все больные. У 74% больных имелась стенокардия, у 34,5% – стенокардия и фибрилляция предсердий (ФП), у 23% – перенесенный инфаркт миокарда, у 9% – стенокардия, ФП и сахарный диабет, у 3,4% – стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, ФП и сахарный диабет [1, 2].

При проведении дуплексного сканирования сонных артерий у 194 пациентов с ранее выполненной коронароангиографией в 75% случаев были выявлены сочетанные поражения [3].

В российской части международного исследования эффективности гиполипидемической терапии DYSIS II среди больных стабильной ИБС 90% страдали АГ, 21,3% – заболеваниями периферических артерий, 17,5% – сахарным диабетом, 9,8% – хроническими болезнями почек, 37,9% – ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²), 9,3% перенесли мозговой инсульт.

По результатам различных исследований среди пациентов с перемежающейся хромотой 40-60% одновременно страдают ИБС и 25-50% – цереброваскулярными заболеваниями.

Даже, казалось бы, такое далекое от ССЗ состояние как эректильная дисфункция является показателем латентной сосудистой патологии, и мужчины с изолированной эректильной дисфункцией нуждаются в кар-

Сведения об авторе:

Оганов Рафаэль Гегамович – д.м.н., профессор, академик РАН, г.н.с. ГНИЦ ПМ, руководитель отдела профилактики коморбидных состояний того же центра

диологическом обследовании. Согласно результатам мета-анализа относительный риск ССЗ для мужчин с эректильной дисфункцией составляет для ИБС – 1,35, для инсульта – 1,19, для всех ССЗ – 1,48 [4].

Вполне можно ожидать, что у пациентов при более частом поражении сосудов разной локализации увеличивается смертность. Наблюдение в течение года за пациентами после ангиопластики коронарных артерий показало, что если имелась только ИБС, то смертность составила 5%, если ИБС и цереброваскулярное заболевание – 10%, а если ИБС, заболевания цереброваскулярных и периферических артерий – 17% [5].

В отдаленном периоде после ишемического инсульта если имелось еще одно ССЗ, то смертность этих больных составляла 8,3%, а если имелось три, то 40% [1].

Приведенные выше факты напоминают о том, что:

- независимо от клинического проявления атеросклеротического поражения необходимо обратить внимание и при необходимости обследовать наиболее часто вовлекаемые сосудистые локализации (артерии коронарные, сонные, вертебральные, мезентериальные, почечные, нижних конечностей);

- при обнаружении артериальной гипертонии следует обратить внимание на наиболее часто поражаемые органы-мишени (головной мозг, сердце, почки, глаза).

Совершенствование диагностических возможностей позволяет сегодня неинвазивными методами выявлять субклинические маркеры повышенного риска, связанные с атеросклерозом и артериальной гипертонией:

- стресс-тесты;
- толщина комплекса интима-медиа;
- кальцификация коронарных артерий;
- гипертрофия левого желудочка;
- индекс лодыжка-плечо;
- бляшки в сонных или периферических артериях;
- каротидно-феморальная скорость распространения пульсовой волны;
- скорость клубочковой фильтрации;
- альбуминурия и другие.

Предполагается, что субклинические маркеры лучше, чем факторы риска прогнозируют риск, позволяют лучше классифицировать пациентов по степени риска и более обоснованно подойти к выбору профилактики и лечения.

Однако до настоящего времени нет единого мнения о том, как использовать субклинические маркеры для стратификации риска ССЗ, оценке прогноза и выбора терапии, что делает необходимым дальнейшие целенаправленные проспективные исследования [6].

Принимая во внимание, что АГ и заболевания, обусловленные атеросклерозом, являются основными причинами сосудистой коморбидности, то их профи-

лактика и лечение должны составлять основу предупреждения развития и прогрессирования сочетанных сосудистых поражений.

В последние годы стратегия профилактики и лечения АГ рассматривалась во многих клинических руководствах и рекомендациях как национальных, в том числе и российских, так и международных [7-9].

Пять классов антигипертензивных препаратов (диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов) остаются основными в лечении АГ, так как имеется много доказательств, что они не только снижают артериальное давление (АД), но и, снижая смертность, улучшают прогноз жизни. Их можно использовать как в виде монотерапии, так и в комбинациях, за исключением комбинации антагонистов ренин-ангиотензиновой системы. Рекомендуется чаще использовать комбинации препаратов, особенно в фиксированной форме. Сделаны некоторые послабления при выборе целевых уровней у пожилых пациентов: при систолическом АД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется снижение до 140-150 мм рт.ст. При изолированной систолической АГ приоритет следует отдавать диуретикам и антагонистам кальция.

Ранжирование антигипертензивных препаратов не целесообразно, т.к. основная польза от лечения состоит в снижении АД, различия влияния разных препаратов на прогноз незначительны, и все классы препаратов имеют свои плюсы и минусы.

Нет предпочтений в назначении антигипертензивных препаратов в зависимости от пола пациента, за исключением женщин с возможной беременностью и при беременности, когда нельзя использовать любые блокаторы ренин-ангиотензиновой системы.

При сочетании АГ с другими сосудистыми поражениями наиболее часто рекомендуется использовать ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов как в виде монотерапии, так и в комбинации (гипертрофия левого желудочка, бессимптомный атеросклероз, хроническая болезнь почек, перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, метаболический синдром, сахарный диабет), а также антагонисты кальция (гипертрофия левого желудочка, бессимптомный атеросклероз, стенокардия, ФП для контроля ритма сердца, пожилой возраст, метаболический синдром, можно использовать при беременности).

В некоторых рекомендациях в число первоначальных антигипертензивных препаратов не включены бета-адреноблокаторы [9]. Однако, даже не обсуждая причины такого решения, частое сочетание АГ с ИБС и сердечной недостаточностью, когда бета-адреноблокаторы являются препаратами первого выбора, делает этот вопрос больше научным, чем практическим.

Выбор антигипертензивного препарата в основном будет зависеть от конкретной клинической ситуации, наличия сочетанных факторов риска и других заболеваний, т.е. от коморбидности. Прогноз больного с АГ будет зависеть от того, насколько успешно врачу удастся добиться снижения АД до целевого уровня и взять под контроль имеющиеся сопутствующие факторы риска и заболевания.

Важность первичной профилактики АГ определяется следующими фактами:

- высокая распространенность, недостаточная информированность о наличии заболевания, низкая приверженность и эффективность лечения приводят к низкому контролю АД на популяционном уровне;
- частое сочетание АГ с другими факторами риска и заболеваниями сопровождается высоким суммарным риском осложнений;
- медикаментозное снижение АД у больных АГ до целевых уровней не означает снижение риска осложнений до уровня человека с исходно нормальным АД;
- терапия неопределенно длительная, имеет побочные эффекты, финансово затратная;
- небольшое снижение АД на популяционном уровне более эффективно в плане сохранения здоровья всего населения, чем лечение больных АГ.

Оценивая перспективы профилактики и лечения АГ, можно констатировать следующее.

Старение населения, малоподвижный образ жизни, надвигающиеся эпидемии ожирения, сахарного диабета, метаболического синдрома, нарастание психосоциального стресса будут способствовать:

- увеличению распространенности АГ, если не будут усилены меры первичной профилактики;
- увеличению частоты систолической АГ, плохо поддающейся коррекции, в связи со старением населения;
- более частому сочетанию АГ с другими факторами риска и сопутствующими заболеваниями, что приведет к увеличению суммарного риска и ухудшению прогноза.

Все это будет создавать трудности в контроле АД как на популяционном, так и индивидуальном уровнях, если не будут предприняты целенаправленные меры по противодействию выше названным ситуациям.

Системный характер атеросклероза позволяет выработать и системные подходы к профилактике и лечению заболеваний, обусловленных атеросклерозом.

Основные цели профилактики этих заболеваний следующие:

- отказ от курения в любой форме;
- физическая активность не менее 30 минут в день;
- диета с низким содержанием насыщенных жиров, с предпочтением цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов, рыбы;
- АД < 140/90 мм рт.ст.;

• холестерин липопротеинов низкой плотности: при очень высоком риске < 1,8 ммоль/л или снижение на 50% и более; при высоком риске < 2,5 ммоль/л; при умеренном риске < 3,0 ммоль/л;

- контроль гликемии при сахарном диабете.

При заболеваниях, обусловленных атеросклерозом, медикаментозная терапия с целью предупреждения осложнений должна включать, при отсутствии противопоказаний, как минимум два класса препаратов [10,11]:

1. Антитромбоцитарные: ацетилсалициловая кислота, клопидогрел или новые препараты (prasugrel, тикагрелор) в зависимости от клинической ситуации раздельно или в комбинации (при ОКС, после инвазивного вмешательства);

2. Гиполипидемические препараты, из которых препаратам первого выбора являются статины.

Все другие препараты применяются при появлении осложнений или сочетаний с другими заболеваниями.

Статины явились первыми гиполипидемическими препаратами, обладающими еще целым рядом плейотропных эффектов (противовоспалительный, антитромбоцитарный, улучшение функции эндотелия, стабилизация атеросклеротической бляшки), позволившие эффективно лечить заболевания, обусловленные атеросклерозом. Однако при лечении статинами для получения максимального эффекта необходимо снизить уровень холестерина липопротеидов низкой плотности до целевых уровней, указанных выше, при оптимизации целей профилактики.

Изучение эффективности гиполипидемической терапии в России в рамках международной программы DYSIS I и II как с целью первичной, так и вторичной профилактики ССЗ показало, что среди пациентов очень высокого риска целевых уровней удается добиться в 12% и 11,4%, высокого риска – в 30% и 47%.

При лечении коморбидных состояний значимость статинов возрастает в связи с их положительным влиянием на сосудистые осложнения при лечении хронической обструктивной болезни легких и хронических аутоиммунных заболеваний, таких как ревматоидный полиартрит, системная красная волчанка. Однако статины не следует назначать женщинам при планировании и во время беременности, при кормлении ребенка грудью, так как неизвестно их влияние на развитие плода.

Были опасения, что статины могут увеличивать риск развития злокачественных новообразований, когнитивных нарушений и деменции, однако они не оправдались, и даже наоборот, прием статинов ассоциировался с меньшим риском когнитивных нарушений и деменции.

С целью профилактики и лечения заболеваний, связанных с АГ и атеросклерозом, представляются

перспективными комбинированные фиксированные препараты, в которые входят антигипертензивные и гиполипидемические препараты. Изучается возможность использования политаблеток, включающих 4-5 препаратов с различными механизмами действия, однако их применение в реальной клинической практике пока остается неясным и, в первую очередь, в связи увеличения частоты коморбидности.

Следует отметить, что, несмотря на большие возможности лечения ССЗ, обусловленных атеросклерозом, необходимость их профилактики сохраняется по следующим причинам:

- в основе патологии обычно лежит атеросклероз, скрытно протекающий многие годы и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов;
- смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь недоступна и поэтому многие эффективные медицинские вмешательства не применимы;
- современные методы лечения (медикаментозные, эндоваскулярные, хирургические) не устраняют

причину ССЗ, поэтому риск сосудистых катастроф у этих больных остается очень высоким.

Заключение

Таким образом, распространенность сосудистой коморбидности у больных ССЗ высокая, что значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых катастроф. В то же время имеются общие причины сосудистой коморбидности, воздействием на которые можно положительно повлиять на ситуацию в целом. Не вызывает сомнения целесообразность командного подхода к профилактике и лечению сосудистой коморбидности. Однако ключевая роль в координации и реализации всех этих действий должна принадлежать терапевту широкого профиля или врачу общей практики.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература

1. Rumjantseva S.A., Oganov R.G., Silina E.V. et al. Cardiovascular pathology in acute stroke (issues of prevalence, prevention and treatment). *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2014; 13(4): 47-53. Russian (Румянцева С.А., Оганов Р.Г., Силина Е.В. и др. Сердечно-сосудистая патология при остром инсульте (некоторые аспекты распространенности, профилактики и терапии). *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2014; 13(4): 47-53).
2. Rumjantseva S.A., Stupin V.A., Oganov R.G. et al. Theory and practice of treatment of patients with vascular comorbidity. *Clinical Guideline*. Moscow-Spb.: International Publishing Group «Medical Book»; 2013. Russian (Румянцева С.А., Ступин В.А., Оганов Р.Г. и др. Теория и практика лечения больных с сосудистой коморбидностью. *Клиническое Руководство*. М.-СПб.: Международная издательская группа «Медицинская книга»; 2013).
3. Gavrilova N.E., Metelskaya V.A., Yarovaya E.B., Boytsov S.A. Carotid artery duplex scan in diagnosing coronary atherosclerosis and assessing its severity. *Rossiyskiy Kardiologicheskiy Zhurnal* 2014; 4(108):108-12. Russian (Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Яровая Е.Б., Бойцов С.А. Роль дуплексного сканирования сонных артерий в выявлении коронарного атеросклероза и определении степени его выраженности. *Российский Кардиологический Журнал* 2014; 4(108): 108-12).
4. Jia-Yi Dong, Yong-Hong Zhang, Li-Qiang Qin. Meta-analysis confirms link between ED and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58:1376-85.
5. Nikolsky E. Peripheral arterial occlusive disease in patients with coronary artery disease compromises the recovery and postoperative quality of life of patients who undergo myocardial revascularization. *Am J Cardiol* 2004; 93: 1536-9.
6. Boytsov S.A., Kukharchuk V.V., Karpov Yu.A. et al. Subclinical atherosclerosis as a risk factor of cardiovascular events. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2012; 11(3): 82-6. Russian (Бойцов С.А., Кухарчук В.В., Карпов Ю.А. и др. Субклинический атеросклероз как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2012; 11(3):82-6).
7. Diagnosis and treatment of patients with arterial hypertension and COPD. Recommendations of Russian medical society of arterial hypertension and Russian respiratory society. *Sistemnye Gipertenzii* 2013; 10(1): 5-34. Russian (Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертензией и ХОБЛ. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Российского респираторного общества. *Системные Гипертензии* 2013; 10(1): 5-34).
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013; 34:2159-2219.
9. James P.A., Oparil S., Carter B.L. et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). *JAMA* 2014;311(5):507-20.
10. De Backer G., Graham I., Taskinen et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias. *Eur Heart J* 2011; 32: 1769-818.
11. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC Guidelines on management of stable coronary disease. *Eur Heart J* 2013;34(38):2949-3003.

Поступила: 24.11.2014
Принята в печать: 24.11.2014