

К вопросу о лечении молодых пациентов с артериальной гипертонией и избыточной массой тела/ожирением (по результатам исследования КАМЕЛИЯ)

Г.И. Нечаева, Е.Н. Логинова, Ю.В. Терещенко,
М.И. Шупина

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия

Ключевые слова: артериальная гипертония, молодые пациенты, карведилол, избыточная масса тела/ожирение, исследование КАМЕЛИЯ.

В течение последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стали ведущей причиной высокой смертности в индустриально развитых странах [1–3]. Особый вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений (ССО) вносит артериальная гипертония (АГ), характеризующаяся высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [2–5]. Важной составляющей неблагоприятной ситуации по сердечно-сосудистой заболеваемости в Российской Федерации является развитие АГ у лиц молодого возраста [5–7]. Актуальность проблемы раннего повышения артериального давления (АД) у молодых людей обусловлена, в первую очередь, более ранним формированием поражения органов-мишеней [4, 7]. Этот факт определяет важность своевременного начала адекватного лечения АГ: эффективно снижения АД, органопротекции и предотвращения развития осложнений. Кроме того, такие особенности образа жизни современного молодого человека, как курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, стресс, избыточное потребление высококалорийных и солёных продуктов являются причиной возникновения не только АГ, но и ожирения [8–10]. Климатические и социальные условия Сибири также способствуют развитию избыточного жираотложения (в том числе как фактора адаптации к низким температурам), приводя к раннему повышению АД и формированию ССО.

В настоящее время существуют международные и общероссийские стандарты, содержащие конкретные предложения по классификации, формулировке диагноза, алгоритмам диагностики, принципам профилактики и лечения АГ во взрослой популяции [3]. Однако на практике немедикаментозные методы лечения АГ пока не используются

так же широко, как лекарственные препараты, несмотря на то, что практические врачи осведомлены о существовании и эффективности этих методов [5, 11]. Более того, недостаток доказательных данных, касающихся соотношения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, а также эффективности последних у лиц молодого возраста, препятствует проведению адекватных профилактических и лечебных мероприятий в данной возрастной группе.

Результаты многоцентрового исследования КАМЕЛИЯ, проведённого в 16 городах России (в т. ч. в г. Омске) продемонстрировали высокую эффективность и безопасность карведилола (Ведикардол®) у больных АГ с высоким риском ССО [11, 12]. Назначение Ведикардола пациентам с АГ и избыточной массой тела/ожирением позволило не только достигнуть целевого уровня АД у большинства пациентов при хорошей переносимости препарата, но и положительно воздействовать на важные метаболические параметры: липидный профиль, уровень глюкозы и мочевой кислоты [11, 12].

В связи с этим было принято решение провести в Омске продолжение исследования эффективности Ведикардола у молодых больных АГ с избыточной массой тела/ожирением, в т. ч. на фоне проведения образовательной программы.

Цель исследования – сравнить антигипертензивный и метаболический эффекты сочетанной терапии (приём карведилола в сочетании с проведением «Школы пациента с АГ») с таковыми при монотерапии карведилолом у молодых пациентов с АГ 1–2 степени с избыточной массой тела/ожирением.

Материал и методы

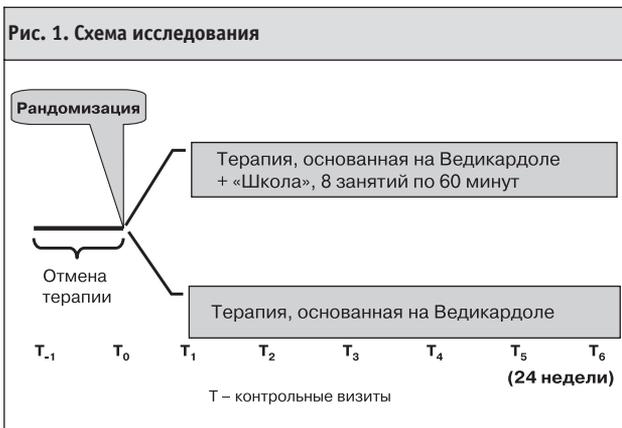
На базе клиники Омской государственной медицинской академии (ОмГМА) в период с октября 2008 г. по март 2009 г. было выполнено открытое параллельное рандомизированное клинико-профилактическое исследование с участием 63 амбулаторных пациентов с АГ 1–2 степени с избыточной массой тела/ожирением. Критериями включения в настоящее исследование были: возраст 18–27 лет, АГ 1–2 степени, избыточная масса тела/ожирение, умеренный и высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений [3]. Пациенты с симптоматической АГ, а также беременные и кормящие женщины в исследование не включались. Диагноз АГ устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2008 г.) – при уровне САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.

Размер выборки устанавливали на основании ожидаемой частоты АГ в выборке 15 %. В целом объём выборки должен обеспечивать 90 % статистическую мощность для получения отношения риска 0,81, для получения размера ожидаемого эффекта не менее 5 мм рт. ст. при уровне значимости 0,05 статистического двустороннего критерия.

Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ОмГМА. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

В дальнейшем пациенты были рандомизированы в 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, семейному положению и длительности заболевания.

Все больные АГ, включённые в исследование, получали терапию карведилолом (Ведикардол, ОАО «Синтез», Россия) 25 мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте доза карведилола могла быть увеличена в два раза. Если показатели АД не достигали целевых цифр, то пациентам могла быть назначена комбинированная терапия: добавление к терапии карведилолом амлодипина 5–10 мг (Амлорус, ОАО «Синтез», Россия). Исследование продолжалось 24 недели (рис. 1).



Для представителей основной группы ($n = 32$; средний возраст – $24,8 \pm 1,2$ лет; $53,1\%$ мужчин), помимо медикаментозного лечения была проведена специальная структурированная программа «Школа для пациентов с АГ» (в дальнейшем – «Школа»). Последняя разработана на основании организационно-методического письма и информационно-методического пособия ГНИЦ ПМ [14, 15]. С этой целью группа была разделена на 4 подгруппы, включающих 7–8 молодых лиц с АГ. Цикл обучения состоял из 8 занятий для каждой подгруппы. Занятия проводились по фиксированным дням 2 раза в неделю, в фиксированное время продолжительностью 60 минут. Форма занятия – семинар в виде свободного диалога (дискуссии) с пациентами, вовлеченности слушателей в процесс обучения. В структуре занятий особое место было отведено борьбе со стрессовыми факторами, курением, употреблением алкоголя и гиподинамией. Кроме того, при планировании и подготовке занятий мы использовали информацию об осведомленности молодых пациентов о факторах риска и сущности АГ, о навыках самостоятельного измерения АД, о также учитывались психологические особенности молодых людей, характеризующиеся минимальной

акцентуацией на состоянии своего здоровья, анозонозией. В связи с этим, особое внимание при проведении занятий уделялось стимулированию активной личностной позиции лиц молодого возраста с АГ в отношении своего здоровья, повышению мотивации к лечению, разяснению негативных последствий влияния факторов риска на здоровье и будущую карьеру. Отличительной чертой каждого занятия было не простое перечисление мероприятий по изменению образа жизни, а аргументация их полезности для слушателей.

Тематика занятий:

- понятие об АГ;
- преодоление стресса;
- опасность курения;
- избыточная масса тела и АГ;
- программа здорового питания;
- программа физической активности;
- особенности лечения АГ в молодом возрасте;
- заключительное занятие.

С целью иллюстрации и пояснения материала применялись визуальные средства – плакаты, буклеты и листовки, содержащие полезные советы по модификации образа жизни. Демонстрация необходимой информации осуществлялась также с помощью мультимедийных средств обучения.

Пациентам группы сравнения ($n = 31$; средний возраст $25,13 \pm 1,19$ лет; $48,4\%$ мужчин) в рамках обычной врачебной консультации была рекомендована терапия карведилолом в дозе 25 мг/сутки.

После рандомизации представители обеих групп были обучены способам самоконтроля АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и обеспечены «Дневником пациента». Дневник содержал справочный материал, в т. ч. подробное описание диетических рекомендаций, физических упражнений и т. п. при АГ. Пациентам рекомендовалось ежедневно заносить в дневник результаты самоконтроля АД и ЧСС.

В ходе исследования пациенты приглашались на контрольные визиты (1 раз в 4 недели – 6 визитов),

Информация о препарате

ВЕДИКАРДОЛ (ОАО «Синтез», Россия)

Карведилол

Таблетки 6,25 мг; 12,5 мг; 25,0 мг

СОСТАВ ПРЕПАРАТА

Одна таблетка содержит карведилол (активное вещество) 6,25, 12,5 или 25,0 мг. Вспомогательные вещества: сахар молочный (лактоза), крахмал картофельный, поливинилпирролидон низкомолекулярный (повидон), микрокристаллическая целлюлоза, кальций стеариновокислый (кальция стеарат), тальк.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Артериальная гипертензия (в монотерапии и комбинации с диуретиками); хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированной терапии); ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия. *С осторожностью:* стенокардия Принцметала, тиреотоксикоз, окклюзионные заболевания периферических сосудов, феохромоцитомы, псориаз, почечная недостаточность, атриовентрикулярная блокада I степени, обширные хирургические вмешательства и общая анестезия, сахарный диабет, гипогликемия, депрессия, миастения.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутри, независимо от приема пищи.

Хроническая сердечная недостаточность

Дозу подбирают индивидуально, под тщательным наблюдением врача. Рекомендованная начальная доза составляет 3,125 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель. При хорошей переносимости дозу увеличивают с интервалом не менее 2 недель до 6,25 мг 2 раза в сутки, затем до 12,5 мг 2 раза в сутки, потом – до 25 мг 2 раза в сутки. Дозу следует увеличивать до максимальной, которая хорошо переносится больным. У паци-

ентов с массой тела менее 85 кг целевая доза составляет 50 мг в сутки; у пациентов с массой тела более 85 кг целевая доза 75–100 мг в сутки.

Артериальная гипертензия

Начальная доза составляет 6,25–12,5 мг 1 раз в сутки в первые два дня лечения. Затем по 25 мг 1 раз в сутки. При недостаточности антигипертензивного эффекта через 2 недели терапии доза может быть увеличена в 2 раза. Максимальная рекомендованная суточная доза препарата составляет 50 мг 1 раз в сутки (возможно разделенная на 2 приема).

Ишемическая болезнь сердца

Начальная доза составляет 12,5 мг 2 раза в сутки в первые два дня лечения. Затем по 25 мг 2 раза в сутки. При недостаточности антиангинального эффекта через 2 недели терапии доза может быть увеличена в 2 раза. Максимальная рекомендованная суточная доза препарата составляет 100 мг в сутки, разделенные на 2 приема.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Контролируемых исследований применения карведилола у беременных женщин не проводилось, поэтому назначение препарата этой категории больных возможно только в случаях, когда польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Не рекомендуется грудное вскармливание во время лечения карведилолом.

Разделы: Побочное действие, Передозировка, Взаимодействие с другими лекарственными средствами, Фармакокинетика, Противопоказания – см. в инструкции по применению препарата.

КАМЕЛИЯ

16 центров

320 пациентов

24 недели терапии

Достижение целевых

цифр АД - у 96,2% пациентов!¹



Карведилол

ВЕДИКАРДОЛ

Эталонный адrenoблокатор с вазодилатирующими свойствами

Дженерик с доказанной терапевтической эквивалентностью²

Современный выбор достойного и доступного лечения сердечно-сосудистой патологии!

Полезные дополнительные эффекты - дополнительное положительное влияние!^{1,3}

Регистрационный номер: ЛС - 000820 от 07.10.2005 г.

СИНТЕЗ

ОАО Акционерное Курганское общество
медицинских препаратов и изделий "СИНТЕЗ"
640008, г. Курган, пр. Конституции, д. 7
тел. (3522) 48-12-46, факс (3522) 48-16-08
<http://www.kurgansintez.ru>

1. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шилова Е.В., Деев А.Д., Шальнова С.А., Оганов Р.Г. Сравнение терапии, основанной на карведилоле или метопрололе, у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ожирением. Первые результаты исследования КАМЕЛИЯ. //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, №1, 2009
2. Бамбышева Е.И., Толпыгина С.Н., Гуранда Д.Ф., Колтунов И.Е., Белолипецкая В.Г., Марцевич С.Ю. Клиническая и фармакокинетическая эквивалентность оригинального и дженерического препаратов карведилола у больных артериальной гипертензией 1-2-й степени. //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, №3, 2008
3. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шилова Е.В., Деев А.Д., Шальнова С.А., Оганов Р.Г. Сравнение метаболических эффектов карведилола и метопролола у пациентов с артериальной гипертензией и избыточной массой тела / ожирением. Исследование КАМЕЛИЯ. //Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, №2, 2009

Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов исследуемых групп по наличию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Факторы риска	Основная группа (n = 32)	Группа сравнения (n = 31)	p
Курение, n (%)	22 (68,7)	19 (61,3)	0,77
Гиперхолестеринемия, n (%)	30 (93,7)	29 (93,5)	0,89
Наследственность, n (%)	24 (75)	25 (80,6)	0,75
НТГ, n (%)	9 (28,1)	7 (22,5)	0,75
ГЛЖ, n (%)	6 (18,7)	5 (16,1)	0,88
Гиподинамия, n (%)	28 (87,5)	27 (87,1)	0,91
Нерациональное питание, n (%)	29 (90,6)	28 (90,3)	0,89
Ожирение, n (%)	9 (28,1)	10 (32,2)	0,78

Таблица 2. Сравнительная характеристика пациентов исследуемых групп по основным клиническим параметрам

Показатель	Основная группа (n = 32)	Группа сравнения (n = 31)	p
Возраст, лет	24,84 ± 1,23	25,13 ± 1,19	0,78
Масса тела, кг	89,3 ± 1,0	87,7 ± 0,9	0,64
ИМТ, кг/м ²	32,5 ± 0,4	31,8 ± 0,8	0,92
ОТ, см	98,8 ± 0,9	101,9 ± 0,7	0,73
САД, мм рт. ст.	155,8 ± 0,9	157,3 ± 0,9	0,69
ДАД, мм рт. ст.	93,7 ± 0,5	94,9 ± 0,7	0,78
ЧСС, в мин	75,9 ± 0,9	76,3 ± 0,8	0,91

Таблица 3. Сравнительная характеристика пациентов исследуемых групп по основным биохимическим параметрам

Показатель	Основная группа (n = 32)	Группа сравнения (n = 31)	p
ОХС, ммоль/л	6,70 ± 0,08	6,78 ± 0,09	0,92
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,85 ± 0,09	4,92 ± 0,08	0,84
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,07 ± 0,04	1,03 ± 0,05	0,77
Триглицериды, ммоль/л	1,48 ± 0,07	1,35 ± 0,09	0,83
Креатинин, мкмоль/л	91,9 ± 1,1	92,5 ± 1,2	0,78
Мочевая кислота, мкмоль/л	228,5 ± 3,8	232,3 ± 4,1	0,67
Глюкоза, ммоль/л	4,79 ± 0,08	4,68 ± 0,06	0,74

во время которых оценивали изменение АД по отношению к исходному уровню на каждом визите и в конце исследования, а также количество пациентов, достигших «целевых» цифр АД (менее 140/90 мм рт. ст.). Кроме того, оценивали динамику индекса массы тела (ИМТ) и биохимических показателей (липидный спектр, креатинин, мочевая кислота, глюкоза). Все 63 пациента завершили исследование в полном соответствии с протоколом.

Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Выбор методов статистической обработки определялся характером распределения признаков, типом данных и дизайном исследования. Для оценки статистической значимости различий между выборочными долями использован критерий Пирсона χ^2 (хи-квадрат). Для сравнения числовых данных использовался U-критерий Манна-Уитни и H-критерий Краскела-Уоллиса. Данные представлены в виде $M \pm m$.

Результаты исследования

По наличию как основных, так и дополнительных ФР, значимых различий между исследуемыми группами выявлено не было (табл. 1); группы были сопоставимы по основным клиническим (табл. 2) и лабораторным параметрам (табл. 3).

Уже на первых контрольных визитах было отмечено статистически значимое снижение как систолического (САД), так и диастолического АД (ДАД) по отношению к исходным данным ($p < 0,05$).

Недооценка важности изменения образа жизни и борьбы с модифицируемыми факторами риска АГ была вполне типичной для молодых людей – участников исследования. Для большинства представителей исследуемых групп было характерно

Рис. 2. Факторы риска в исследуемых группах через 24 недели терапии

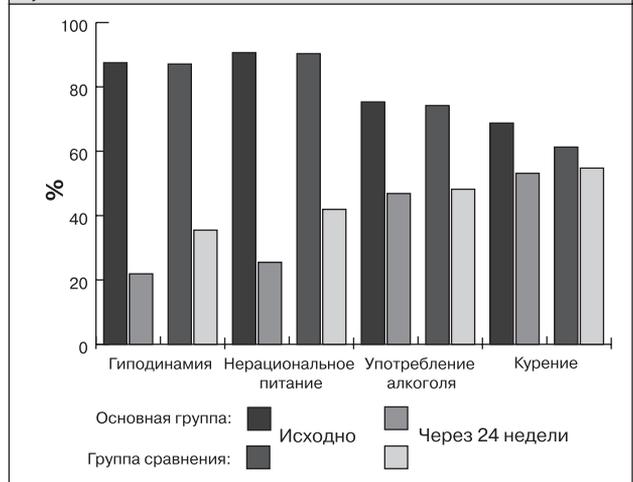
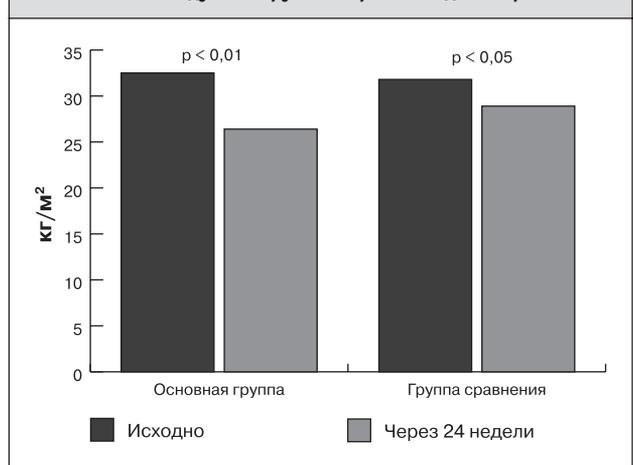


Рис. 3. ИМТ в исследуемых группах через 24 недели терапии



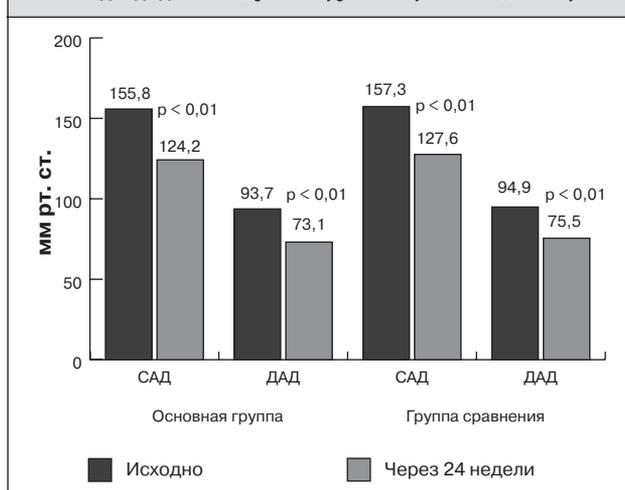
отсутствие достаточного стремления к уменьшению стрессовых воздействий, увеличению физической активности, снижению избыточной массы тела, уменьшению потребления поваренной соли и прекращению табакокурения.

Однако через 24 недели от начала профилактических мероприятий в обеих группах были прослежены позитивные результаты. У пациентов основной группы, закончившей цикл обучения в «Школе», объём физической активности расширили 78,1 % пациентов, ограничение жирной, мучной пищи и сладкого наблюдалось в 75 % случаев, поваренной соли – в 93,8 %, главным образом за счёт чипсов, сухариков, орешков и т. п. Уменьшилось число лиц, употребляющих алкоголь, в т. ч. за счёт пива и слабоалкогольных напитков, 15,6 % пациентов отказались от курения, а 81,3 % уменьшили количество выкуриваемых за день сигарет (рис. 2).

При этом было отмечено статистически значимое снижение ИМТ с $32,5 \pm 0,4$ до $26,4 \pm 0,7$ кг/м² ($p < 0,01$) (рис. 3).

В группе сравнения, пациенты которой получили обычную рекомендацию по изменению образа жизни на первом визите, также наблюдалось статистически значимое повышение физической активности, снижение употребления в пищу атерогенных продуктов, мучного и сладкого, поваренной соли (см. рис. 2). Рационализация питания сопровождалась снижением ИМТ с $31,8 \pm 0,8$ до $28,9 \pm 1,18$ кг/м² ($p < 0,05$) (см. рис. 3). Уменьшили количество выкуриваемых сигарет 45,2 % курящих, в то время как полностью отказались от курения не более 6,5 % обследованных ($p < 0,05$). Потребление алкогольных напитков в группе умень-

Рис. 4. САД и ДАД в исследуемых группах через 24 недели терапии



шилось на 26 % ($p < 0,01$), главным образом за счёт крепких спиртных напитков, при этом употребление пива и слабоалкогольных коктейлей по-прежнему оставалось на высоком уровне (см. рис. 2).

За время наблюдения в основной группе САД снизилось на 31,6 мм рт. ст., что составило 20,1 % от исходного значения, ДАД снизилось на 20,6 мм рт. ст., что составило 25,6 % от исходного. В группе сравнения САД снизилось на 29,7 мм рт. ст., что составило 18,9 % от исходного значения, ДАД снизилось на 19,4 мм рт. ст., что составило 26 % от исходного (рис. 4). При достижении целевого уровня АД (САД/ДАД < 140/90 мм рт. ст.) пациенты продолжали приём препарата в прежней дозировке (25 мг). При недостаточном антигипертензивном эффекте, спустя 4 недели от начала терапии пациентам проводилась титрация дозы карведилола с 25 до 50 мг в сутки под контролем пульса. Никому из пациентов не потребовалось дополнительно назначения антигипертензивных препаратов других групп в связи с достижением целевого уровня АД всеми больными АГ. Однако увеличение дозы карведилола проводилось несколько чаще в группе сравнения, участники которой не обучались в «Школе».

Каждая коррекция дозы карведилола проводилась после контрольного измерения уровня АД (не менее трёх раз). Кроме того, на каждом визите проводился контроль ЭКГ.

В ходе исследования у пациентов не было выявлено нежелательных явлений и побочных эффектов. Наиболее значимое снижение ЧСС отмечалось в начале исследования, когда оценивался эффект терапии карведилолом, назначенным в стартовой и в удвоенной после титрации дозе. В дальнейшем прирост отрицательного хронотропного эффекта был не столь выраженным, и во второй части исследования ЧСС уже существенно не менялась.

В обеих группах была отмечена тенденция к снижению показателей глюкозы, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), а также мочевой кислоты. При этом более выраженное влияние на показате-

ли углеводного, липидного и пуринового обменов было выявлено в группе молодых лиц с АГ, получавших лечение карведилолом и проходивших обучение в «Школе» (табл. 4).

Таким образом, в ходе клинического исследования была подтверждена выраженная терапевтическая эффективность и метаболическая нейтральность терапии карведилолом. При этом лучшие результаты были достигнуты при комбинации назначения карведилолом с обучением в «Школе».

Внедрение предложенной комбинированной терапии (Ведикардол + «Школа») обеспечивает возможность раннего и длительного лечения молодых больных АГ с избыточной массой тела/ожирением.

Исследование не закончено, оно будет продолжаться для определения долгосрочной метаболической нейтральности Ведикардола, эффективности полученных в «Школе» знаний по коррекции ФР и динамики морфофункциональных изменений сердечно-сосудистой системы.

Обсуждение

Согласно современным взглядам на антигипертензивную терапию, результатам исследования «КАМЕЛИЯ», а также региональным особенностям Сибири, всем пациентам, соответствующим критериям включения, в качестве лекарственной терапии был выбран генерик карведилола – Ведикардол [3, 12, 13]. Кроме того, учитывая молодой возраст больных, для представителей основной группы была организована прогрессивная система обучения больных – «Школа», поскольку именно в этом возрасте ещё возможно воздействие на факторы риска, обусловленные образом жизни, которые способствуют манифестации генетической предрасположенности к АГ, усугубляя её течение, хотя и являются потенциально устранимыми.

Результаты проведённого исследования со всей очевидностью доказывают эффективность обучения молодых людей навыкам здорового образа жизни. Последнее обусловлено повышением физической активности, формированием правильного отношения к потреблению жиров, углеводов, поваренной соли. И если столь значимого влияния на курение выявлено не было, то факт, что в группах молодых людей не было новых курильщиков, не признать нельзя. Хотя полного отказа от употребления алкогольных напитков не было, в обеих группах отмечено снижение их употребления, более выраженное в основной группе. Между тем результаты проспективных исследований свидетельствуют о статистически значимом снижении уровней САД и ДАД у лиц с АГ при уменьшении поступления алкоголя в организм [16]. Важно отметить, что применительно к молодежи в целом, экспериментирование с табаком и алкоголем можно определить как своеобразный элемент процесса взросления. При этом, с одной стороны, вредные привычки становятся олицетворением «взрослого» поведения, с другой стороны – одним из способов разрешения социально-психологических проблем.

Участие молодых больных с АГ и избыточной массой тела/ожирением в образовательной профилактической программе является исключительно

Таблица 4. Биохимические параметры в исследуемых группах через 24 недели терапии

Показатель	Основная группа (n = 32)		Группа сравнения (n = 31)	
	Исходно	Через 24 недели	Исходно	Через 24 недели
ОХС, ммоль/л	6,70 ± 0,08	6,53 ± 0,13*	6,78 ± 0,09	6,66 ± 0,04
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,85 ± 0,09	4,74 ± 0,18*	4,92 ± 0,08	4,83 ± 0,15
Мочевая кислота, ммоль/л	228,5 ± 3,8	216,1 ± 0,03*	232,3 ± 4,1	220,5 ± 0,11*
Глюкоза, ммоль/л	4,79 ± 0,08	4,68 ± 0,28	4,68 ± 0,06	4,61 ± 0,07

Примечание. * – $p < 0,05$ – при сравнении с исходными данными в обеих группах

значимым, поскольку большинство имеющихся у молодых людей проблем, связанных со здоровьем и вредными привычками, может быть преодолено или, по крайней мере, успешно компенсировано, в т. ч. на фоне грамотно подобранной метаболически нейтральной медикаментозной терапии.

Так, полученные данные в отношении антигипертензивного эффекта карведилола в полной мере соответствуют результатам исследования «КАМЕЛИЯ» и мета-анализа, в котором антигипертензивная эффективность и переносимость карведилола была проанализирована на основании результатов 36 контролируемых клинических исследований [12, 13, 17]. Кроме того, снижению АД способствовало и изменение образа жизни молодых пациентов на фоне обучения в «Школе». Так, статистически значимое снижение уровня АД и распространенности факторов риска ССО у пациентов с АГ показано в ходе образовательных программ, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом [18]. В исследовании А. Dukat и соавт. [19] выявлено, что даже через пять лет после проведения образовательной программы, у пациентов с АГ наблюдается тенденция к снижению АД и распространенности курения, увеличению физической активности и, как следствие, уменьшению потребности в лекарственных препаратах.

Кроме того, на фоне приёма метаболически нейтрального карведилола прослеживалась чёткая тенденция к снижению уровня глюкозы, мочевой кислоты, ОХС и ХС ЛПНП, что подтверждают данные исследования «КАМЕЛИЯ» и мета-анализа U. Stienen и соавт. [12, 13, 17]. О высокой результативности обучающей программы у молодых пациентов свидетельствует и статистически значимое снижение ИМТ. Между тем положительное влияние похудения на уровень АД может не уступать эффекту антигипертензивной терапии, в то время как его дополнительные преимущества заключаются в отсутствии побочного действия лекарственных препаратов и улучшению важных метаболических параметров [20].

Заключение

Полученные данные демонстрируют целесообразность проведения лекарственной терапии, основанной на карведилоле, у лиц молодого возраста с АГ и избыточной массой тела/ожирением, особенно на фоне обучения молодых пациентов. Это предопределяет стратегическую успешность системы вторичной профилактики АГ и формирования у молодежи навыков здорового образа жизни, что является важным фактором обеспечения социального и экономического развития современного общества Российской Федерации.

Литература

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002; 3: 4–8.
2. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертензия и её вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; 4: 45–51.
3. Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. М.: Медицина. 2008; 34.
4. Шулушко Б.И. Артериальная гипертензия 2000. СПб.: РЕНКОР. 2001; 382.
5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия: ключи к диагностике и лечению. М: 4ТЕ-Арт. 2007; 432.
6. Кисляк О.А. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у девушек-подростков // Проблемы женского здоровья. 2007; 2: 1: 58–69.
7. Кисляк О.А., Сторжаков Г.И., Петрова Е.В. Суточное мониторирование артериального давления у подростков и лиц молодого возраста // Росс. мед. журн. 2004; 3: 49–51.
8. Аронов Д.М. Образ жизни, состояние сердечно-сосудистой системы и способы воздействия на него // Врач. 2006; 3: 18–23.
9. Оганов Р.Г., Бубнова М.Г. Образ жизни и атеросклероз // Врач. 2006; 3: 3–7.
10. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894: i-xii: 1–253.
11. Чазов Е.И. Кардиология начала XXI века. Некоторые проблемы врачевания // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2003; 3: 4–8.
12. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. от имени рабочей группы по проведению исследования. Исследование «КАМЕЛИЯ»: сравнение терапии, основанной на карведилоле и метопрололе, у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ ожирением // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2008; 5: 34–38.
13. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шилова Е.В. и др. от имени рабочей группы по проведению исследования «КАМЕЛИЯ». Карведилол в лечении пациентов с артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ожирением. Результаты исследования «КАМЕЛИЯ» // Трудный пациент. 2009; 4–5: 19–23.
14. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. М.; 2002.
15. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Еганян Р.А. и др. Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. Информационно-методическое пособие для врачей. М.; 2002.
16. Klatsky AL. Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus // Pharmacol Res. 2007; 55: 3: 237–47.
17. Stienen U., Meyer-Sabellek W. Haemodynamic and metabolic effects of carvedilol: a meta-analysis approach // Clin Investig. 1992; 70 Suppl 1: S 65–72.
18. Шулина М.И., Логинова Е.Н. Перспективы использования образовательных программ в немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии // Казанский медицинский журнал. 2007; 88: 5 приложение: 160–164.
19. Dukat A., Balazovjeh I. 5-year follow-up of preventive approach to patients with essential hypertension // J Hum Hypertens. 1996; 10: Suppl 3: S 131–133.
20. Doll S., Paccaud F., Bovet P. et al. Body mass index, abdominal adiposity and blood pressure: consistency of their association across developing and developed countries // Int J Obes Relat Metab Disord. 2002; 26: 1: 48–57.