

Многофакторный подход к лечению пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском

О.А. Кисляк

*Кафедра госпитальной терапии Московского факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова*

Результаты эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют, что сочетание различных факторов риска существенно увеличивает сердечно-сосудистый риск, а применение антигипертензивных препаратов, статинов, антиагрегантов и антигипергликемических препаратов позволяет значительно снизить индивидуальный сердечно-сосудистый риск. Многофакторный подход к лечению пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском должен включать комбинированную терапию для достижения целевых уровней артериального давления, липидов и глюкозы крови, а также коррекцию других факторов риска. Комбинированная терапия, как правило, должна включать ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина в сочетании с другими антигипертензивными препаратами (антагонистами кальция или тиазидными диуретиками), у пациентов высокого риска с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью показано применение β -адреноблокаторов. Все пациенты высокого риска должны получать статины и антиагрегантные препараты, а пациентам с сахарным диабетом и другими нарушениями углеводного обмена требуется проведение антигипергликемической терапии по показаниям.

Ключевые слова: сердечно-сосудистый риск, пациенты высокого риска, комплексная многофакторная терапия, артериальная гипертензия, дислипидемия.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), субстратом которых являются атеросклероз и атеротромбоз, служат самой частой причиной смерти в индустриально развитых странах. В связи с тем, что атеросклероз является многофакторной патологией, для профилактики ССЗ следует использовать разнообразные эффективные и безопасные терапевтические стратегии, разработанные в последнее время. Основными целями при проведении такой терапии, прежде всего у пациентов высокого риска, являются **факторы риска (ФР) ССЗ**, которые играют ведущую роль в формировании атеросклероза в артериях и возникновении атеротром-

боза. Концепция факторов риска ССЗ, которая получила распространение в последнее время, базируется на результатах проспективных популяционных исследований. В этих исследованиях было убедительно показано, что наличие у конкретного человека тех или иных биохимических и физиологических характеристик, а также особенностей образа жизни, наследственности и т.д. позволяет определить риск развития ССЗ и отдаленный прогноз не только сердечно-сосудистой заболеваемости, но и смертности. **К факторам риска ССЗ** относятся состояния, при наличии которых повышается вероятность развития атеросклеротической болезни (в любых ее проявлениях) в отдаленном периоде:

Контактная информация: Кисляк Оксана Андреевна, kisliakoa@mail.ru

- особенности образа жизни — употребление богатой насыщенными жирами пищи, курение, употребление алкоголя, низкая физическая активность;
- биохимические и физиологические параметры — повышенное артериальное давление (АД), дислипидемия, гипергликемия и сахарный диабет (СД), ожирение, тромбогенные факторы;
- индивидуальные характеристики — возраст, пол, семейный и индивидуальный анамнез.

Наибольший вклад в сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность вносят **дислипидемия, курение и артериальная гипертензия (АГ)**, которые суммарно ответственны за возникновение более чем 75% всех случаев ССЗ.

ФР ССЗ часто присутствуют у человека в различных сочетаниях, и при этом риск атеросклероза как многофакторного заболевания не суммируется, а приумножается. Риск возникновения различных проявлений атеросклеротической болезни, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, заболевания периферических артерий, возрастает экспоненциально при наличии у человека двух и более факторов риска. Результаты 20-летнего наблюдения за лицами, принимавшими участие в исследовании NHANES I, показали, что при наличии четырех ФР риск ИБС увеличивается в 5 раз.

Существующая концепция ФР ССЗ позволяет, используя различные алгоритмы для прогноза рисков, применять различные стратегии профилактики атеросклероза для достижения главной цели — максимально возможного снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

В Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2007 г.) предлагается адаптированная **система оценки сердечно-сосудистого риска**.

1. Необходимо выявить лиц с низким риском ССЗ для того, чтобы такая степень риска сохранялась у них как можно дольше. Основные характеристики лиц с низким риском:

- отсутствие курения;
- употребление здоровой пищи (обязательное употребление фруктов и овощей и др.);
- физическая активность (умеренная) не менее 30 мин в день;
- индекс массы тела (ИМТ) $< 25 \text{ кг/м}^2$ и отсутствие абдоминального ожирения;
- АД $< 140/90 \text{ мм рт. ст.}$;
- уровень общего холестерина (ОХС) в сыворотке $< 5 \text{ ммоль/л}$ (приблизительно 190 мг/дл);
- уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП) в сыворотке $< 3 \text{ ммоль/л}$ (приблизительно 115 мг/дл);
- уровень глюкозы в сыворотке $< 6 \text{ ммоль/л}$ (приблизительно 110 мг/дл).

2. Выявление лиц с высоким сердечно-сосудистым риском, к которым сразу следует отнести пациентов трех категорий: больных с установленными ССЗ, больных СД II типа и больных СД I типа с микроальбуминурией, пациентов со значительным повышением уровня хотя бы одного ФР. Всем этим пациентам необходима коррекция всех ФР (многофакторное лечение).

3. Для всех остальных людей рекомендуется использовать таблицы для оценки общего риска по системе SCORE. Это необходимо, так как у многих людей имеется небольшое повышение нескольких ФР, что может привести к формированию неожиданно высокого сердечно-сосудистого риска:

- если риск SCORE $< 5\%$, то пациенту должны быть даны рекомендации по образу жизни, а оценка риска должна проводиться на регулярной основе;
- если риск SCORE $\geq 5\%$, то необходима коррекция конкретных ФР, которые имеются у больного;

- если риск SCORE $\geq 10\%$, то такие пациенты должны быть отнесены к категории пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском, и им необходимо проведение коррекции всех ФР (многофакторное лечение).

Выявление пациентов с высоким риском ССЗ определяет необходимость проведения **многофакторного лечения** с использованием определенного набора препаратов в достаточных дозах для достижения необходимых целей терапии. Подтверждением необходимости применения такого комплексного подхода к интенсивному лечению пациентов с высоким риском, имеющих различные ФР ССЗ и ассоциированные состояния, служат результаты **исследования STENO-2** (рис. 1). В этом исследовании у пациентов с АГ, СД и другими ФР (средний возраст 55,1 года) проводилась многофакторная интенсивная терапия с применением блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в максимальной дозе, статинов и аспирина. Целевыми параметрами были АД $<130/80$ мм рт. ст., уровень гликированного гемоглобина в крови (HbA_{1c}) $<6,5\%$, уровень ОХС в плазме <175 мг/дл и уровень триглицеридов <150 мг/дл. Такая терапия в течение 7,8 года наблюдения снизила риск ССЗ на 53% по сравнению с обычным лечением. Эти данные позволили предположить, что наиболее эффективной стратегией лечения пациентов с высоким риском ССЗ является не индивидуальный контроль каждого из ФР, а многофакторный систематический подход к терапии.

Артериальная гипертензия

АГ является одним из важнейших факторов риска ССЗ. В настоящее время принята **классификация уровней АД**: оптимальное АД $<120/80$ мм рт. ст.; нормальное АД $<130/85$ мм рт. ст.; высокое нормальное АД $130-139/85-89$ мм рт. ст.; артериальная гипертензия — АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.

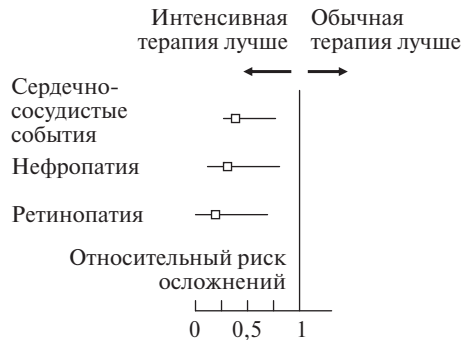


Рис. 1. Результаты исследования STENO-2: относительный риск осложнений при использовании интенсивной терапии по сравнению с обычной.

Целевые уровни АД для всех пациентов составляют $<140/90$ мм рт. ст., а для пациентов с высоким риском ССЗ — менее $130/80$ мм рт. ст.

Риск ССЗ, связанный с АГ, не вызывает никаких сомнений и подтвержден многочисленными крупными эпидемиологическими исследованиями. АГ приводит к поражению органов-мишеней (гипертрофии миокарда левого желудочка, микроальбуминурии, утолщению комплекса интима-медиа артерий, нарушению функции почек) и возникновению таких заболеваний, как ИБС, ИМ, инсульт и т.д.

В целом чем больше уровень АД, тем выше сердечно-сосудистый риск. Значение имеет повышение как диастолического (ДАД), так и **систолического АД (САД)**. Однако в последние годы были получены доказательства того, что повышение САД связано с более высоким риском сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, чем повышение ДАД.

В этой связи следует остановиться на опубликованном в 2009 г. самом крупном **метаанализе 147 рандомизированных исследований** (464 000 пациентов) с применением антигипертензивных препаратов, в которых регистрировались коронарные события и инсульт. В этих клинических исследованиях риск коронарных событий

Таблица 1. Рекомендации по выбору лекарственных препаратов для лечения больных АГ в зависимости от клинической ситуации (Рекомендации ВНОК, 3-й пересмотр, 2008 г.)

Клинические ситуации	Рекомендуемые препараты
Поражение органов-мишеней	
гипертрофия миокарда левого желудочка	ИАПФ, БРА, АК
бессимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ
микроальбуминурия	ИАПФ, БРА
поражение почек	ИАПФ, БРА
Ассоциированные клинические состояния	
предшествующий инсульт	Любые антигипертензивные препараты
предшествующий инфаркт миокарда	β-АБ, ИАПФ, БРА
ИБС	β-АБ, АК
хроническая сердечная недостаточность	Диуретики, β-АБ, ИАПФ, БРА, антагонисты альдостерона
мерцательная аритмия	
постоянная	ИАПФ, БРА
пароксизмальная	β-АБ, недигидропиридиновые АК
почечная недостаточность/протеинурия	ИАПФ, БРА, петлевые диуретики
заболевания периферических артерий	АК
Особые клинические ситуации	
изолированная систолическая АГ (у пожилых людей)	Диуретики, АК
метаболический синдром	ИАПФ, БРА, АК
сахарный диабет	ИАПФ, БРА
беременность	АК, метилдопа, β-АБ

уменьшался на 22% (17–27%), а риск инсульта — на 41% (33–48%) при снижении САД на 10 мм рт. ст. или ДАД на 5 мм рт. ст. При этом все 5 основных классов антигипертензивных препаратов — тиазидные диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), антагонисты кальция (АК) и β-адреноблокаторы (β-АБ) — имели равную эффективность в предотвращении ИБС и инсульта (за исключением АК, у которых был небольшой дополнительный эффект в предотвращении инсульта) соответственно степени снижения АД, но не связанную с плейотропными эффектами препаратов.

Тем не менее **на выбор препарата влияют многие факторы**, наиболее важными из которых являются: наличие у больного ФР, поражений органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний и ряда со-

путствующих заболеваний, при которых необходимо назначение антигипертензивных препаратов определенных классов (табл. 1). В большинстве клинических ситуаций (при всех поражениях органов-мишеней, большинстве ССЗ, поражениях почек, СД и метаболическом синдроме) рекомендуется назначение ИАПФ или БРА, являющихся блокаторами РААС. Фактически это означает, что при лечении пациентов с высоким риском ССЗ многофакторный подход подразумевает обязательное использование ИАПФ или БРА, что и было сделано в исследовании STENO-2.

По данным российского исследования ARGUS-2 **ИАПФ** занимают первое место среди антигипертензивных препаратов по частоте применения в клинической практике в нашей стране. Это один из первых классов препаратов, доказавших свою способность эффективно препятствовать на-

ступлению неблагоприятного исхода у пациентов высокого риска с АГ, поражением органов-мишеней, ИБС, ИМ, СД и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Важнейшим условием лечения АГ служит назначение адекватных доз антигипертензивных препаратов для достижения целевого АД. Не менее важно, что для этого у пациентов с высоким риском требуется, как правило, назначать несколько препаратов в составе комбинированной терапии. **Наиболее эффективными комбинациями антигипертензивных средств** считаются: ИАПФ + тиазидный диуретик, БРА + тиазидный диуретик, ИАПФ + АК, БРА + АК.

Одними из первых исследований, продемонстрировавших положительное влияние ИАПФ на конечные точки, были исследования CONSENSUS и X-SOLVD с эналаприлом. Среди других важных исследований следует назвать исследования NOPE с рамиприлом и EUROPA с периндоприлом у пациентов с хронической ИБС, а также исследования FACET с фозиноприлом и ABCD с эналаприлом у больных с СД.

Со времени первых клинических исследований ИАПФ для лечения АГ и ХСН у пациентов с СД и ИБС активно применяется ИАПФ **эналаприл**. По данным исследования “Пифагор”, проведенного в России, эналаприл является самым используемым ИАПФ (рис. 2). Помимо оригинального препарата применяются генерические препараты. К использованию рекомендуются те генерические препараты, которые подтвердили свою безопасность и эффективность в клинических и фармакологических исследованиях (например, **Эналаприл Гексал**).

Значительное число пациентов с высоким риском имеют прямые показания к назначению **β-адреноблокаторов** в связи с наличием ассоциированных состояний — ИБС, перенесенного ИМ, ХСН, различных форм мерцательной аритмии. При ИБС предпочтение отдается высокоселектив-

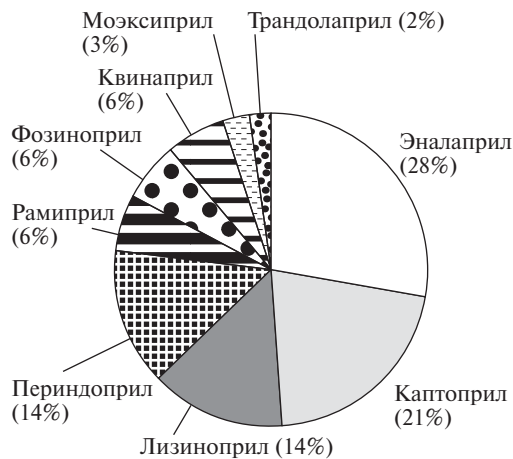


Рис. 2. Частота назначения различных ИАПФ по данным исследования “Пифагор”.

ным β-АБ продолжительного действия, при ХСН — бисопрололу, метопрололу и карведилолу. При фибрилляции предсердий, особенно на фоне ИБС, β-АБ являются препаратами первого выбора. Наиболее эффективным β-АБ для лечения мерцательной аритмии считается **соталол** — неселективный β-АБ с выраженным антиаритмическим эффектом.

Дислипидемия

Генетические, морфологические и эпидемиологические исследования со всей очевидностью показали первостепенную роль липидов и липопротеидов в развитии атеросклеротического поражения артерий и связанных с ним ССЗ. Несомненно, что и первичная, и вторичная профилактика ССЗ невозможны без коррекции дислипидемии. На сегодняшний день имеются убедительные данные о безусловном улучшении прогноза и снижении сердечно-сосудистого риска у лиц, у которых нормализовался липидный профиль благодаря гиполипидемической терапии (в особенности терапии статинами).

Коррекция дислипидемии остается важнейшей целью **гиполипидемической терапии статинами** у пациентов с высоким

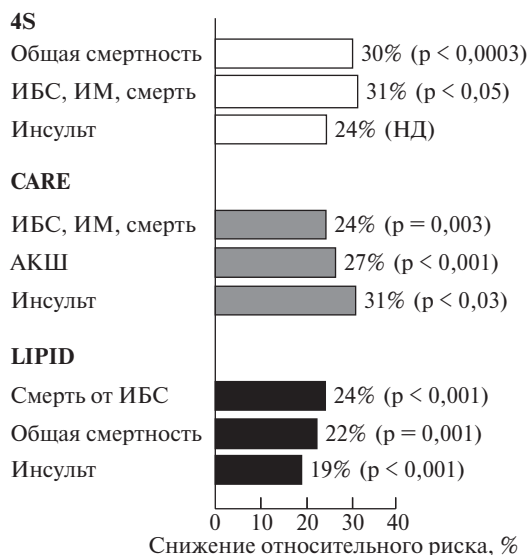


Рис. 3. Результаты клинических исследований со статинами по вторичной профилактике ССЗ (Pedersen et al., 1994; Sacks et al., 1996; LIPID Study Group, 1998). АКШ — аортокоронарное шунтирование; НД — недостоверно.

риском ССЗ. Согласно Европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2007 г.) у пациентов с высоким риском ССЗ рекомендуется целевой уровень ОХС в плазме $<4,5$ ммоль/л (по возможности $<4,0$ ммоль/л), а уровень ЛНП в плазме $<2,5$ ммоль/л (по возможности $<2,0$ ммоль/л). При этом **дозы статинов** должны быть адекватными и соответствовать тем, которые в клинических исследованиях продемонстрировали способность снижать заболеваемость и смертность. Такими дозами являются 40 мг для симвастина и правастатина и 10 мг для аторвастина. Если эти дозы не позволяют достичь целевых уровней ОХС и ЛНП, то следует увеличить дозировку до уровня переносимой. Однако на практике эти положения далеко не всегда соблюдаются. Зачастую врачи не добиваются целевых уровней липидов в плазме у больных ИБС и не увеличивают дозы статинов, опасаясь нежелательных эффектов. Результаты исследова-

ния REALTY (2005 г.) продемонстрировали, что у 60% европейцев, получающих гиполипидемическую терапию (преимущественно использовались статины), не достигаются рекомендуемые целевые уровни холестерина в плазме.

Особое значение для широкого внедрения статинов в клиническую практику имели классические исследования 4S с симвастатином, CARE и LIPID с правастатином. В них было показано, что назначение статинов пациентам с гиперхолестеринемией и ИБС, перенесшим обострение заболевания (ИМ или нестабильную стенокардию), при уменьшении уровня ЛНП в плазме на 25–35% приводило не только к высокодостоверному снижению риска ИМ и смерти от ИБС, но и к снижению риска инсульта (рис. 3).

Имеется еще одно важное обстоятельство, касающееся лечения статинами у пациентов с высоким риском. В исследовании HPS было показано, что снижение риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с высоким риском (в том числе у пациентов с ИБС) при лечении симвастатином наблюдается у всех больных **независимо от исходного уровня ОХС** в плазме и степени его снижения. Снижение частоты сердечно-сосудистых событий наблюдается даже у пациентов ($n = 3421$) с уровнем ЛНП $<2,6$ ммоль/л. Авторы высказали мнение о том, что практически не существует границы уровня холестерина, ниже которой использование статинов не было бы полезным. Это исследование позволило с уверенностью говорить о том, что статины следует назначать всем пациентам с высоким риском, даже если у них уровни ОХС и ЛНП в плазме ниже рекомендуемых. В Рекомендациях ВНОК по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2007 г.) указывается, что у больных с очень высоким риском (к которым относятся пациенты с диагностированной ИБС) следует начинать медикаментозное

Таблица 2. Уровни ЛНП, при которых следует начинать терапию, и целевые уровни ЛНП у больных с различным риском ССЗ (Российские рекомендации “Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза”, 2007 г.)

Риск ССЗ	Уровни ЛНП, ммоль/л		
	для начала немедикаментозной терапии	для начала медикаментозного лечения	целевой уровень
Очень высокий	>2,0	>2,0	≤2,0 (оптимально 1,8)
Высокий	>2,5	>2,5	≤2,5
Умеренный	>3,0	>3,5	≤3,0
Низкий	>3,5	>4,0	≤3,5

лечение при уровне ЛНП >2,0 ммоль/л, т.е. при уровне, практически совпадающем с целевым (табл. 2).

Среди исследований последних лет следует отметить также исследования ACCESS и REVERSAL, которые показали высокую эффективность аторвастатина, и исследования CORONA и JUPITER с розувастатином.

Самую длительную историю использования (более 25 лет) из всех статинов имеет **симвастатин**, который по данным мониторинга входит в тройку наиболее часто применяемых в России статинов. Эффективность и хорошая переносимость симвастатина доказана как в отношении оригинального препарата, так и в отношении целого ряда генерических препаратов, среди которых следует отметить **Симвагексал**. В проведенных в Германии и России рандомизированных клинических исследованиях подтверждена эффективность Симвагексала в дозах 20, 30 и 40 мг.

Нарушения углеводного обмена

В настоящее время нарушения углеводного обмена рассматриваются как состояния, ассоциированные с повышенным риском ССЗ. Прежде всего это относится к сахарному диабету II типа, распространенность которого неуклонно растет. В настоящее время есть точка зрения, что СД и ССЗ представляют собой “две стороны од-

ной медали”, а сам СД II типа можно считать эквивалентом ССЗ.

Помимо СД II типа существуют еще два вида нарушений углеводного обмена: нарушение гликемии натощак и нарушение толерантности к глюкозе, рассматриваемые как проявления предиабета. **Нарушение гликемии натощак** диагностируется при содержании глюкозы в плазме венозной крови ≥6,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л, а **нарушение толерантности к глюкозе** — при уровне глюкозы в плазме 7,8–11,1 ммоль/л через 2 ч после орального глюкозотолерантного теста (ВОЗ, 1999 г.). Эти нарушения углеводного обмена следует учитывать при стратификации общего сердечно-сосудистого риска наряду с дислипидемией, АГ и другими ФР ССЗ.

Исходя из этой концепции коррекция нарушений углеводного обмена еще до стадии СД становится одной из важнейших задач для терапевтов и кардиологов. Цель этого состоит не только в предотвращении возникновения новых случаев СД II типа, но и в уменьшении риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, особенно у пациентов с высоким риском ССЗ. **Антигипергликемические препараты** имеют различные механизмы действия, это бигуаниды (метформин), тиазолидиндионы (глитазоны), стимуляторы высвобождения инсулина (глиниды), производные сульфонилмочевины и ингибиторы α-глюкозида-

зы (акарбоза). Возможность использования этих препаратов у пациентов с высоким риском должна рассматриваться в зависимости от имеющихся показаний и по согласованию с эндокринологом. Контроль гликемии натощак и через 2 ч после сахарной нагрузки должен проводиться на регулярной основе у всех пациентов с высоким риском ССЗ, а не только у больных сахарным диабетом II типа.

Тромбогенные факторы

Важную роль в патогенезе сердечно-сосудистых событий играет состояние первичного и вторичного гемостаза, противосвертывающей системы и фибринолитической активности. Это обусловлено тем, что все важнейшие осложнения атеросклеротических заболеваний, такие как ИМ и инсульт, напрямую связаны с процессами тромбообразования. Большое значение имеет не столько характеристика коагуляционного гемостаза, сколько агрегационная способность тромбоцитов, которая зависит от многих факторов, таких как продукция тромбосана A_2 , экспрессия гликопротеиновых рецепторов $Pb/IIIa$ тромбоцитов и др.

Антитромбогенные профилактические мероприятия, направленные на снижение риска ССЗ у пациентов с высоким риском, в основном сводятся к использованию низких доз **ацетилсалициловой кислоты** (уменьшающей продукцию тромбосана A_2 как при первичной — например, при сахарном диабете II типа, так и при вторичной профилактике), а также **клопидогрела**, тормозящего АДФ-зависимую агрегацию тромбоцитов, и в некоторых ситуациях (при фибрилляции предсердий) — **непрямых антикоагулянтов**.

Большой интерес представляет анализ влияния **ацетилсалициловой кислоты** (АСК) на возникновение сердечно-сосудистых событий у пациентов с высоким риском (стабильная стенокардия, заболевание периферических сосудов, СД). У этих пациен-

тов (в частности, у пациентов со стабильной стенокардией) лечение АСК в низких дозах достоверно снижает риск всех сердечно-сосудистых событий, ИМ, инсульта и смертности, в связи с чем назначение АСК показано всем пациентам с высоким риском при отсутствии противопоказаний. Общее снижение сердечно-сосудистой смертности при применении антитромбоцитарной терапии составляет 15% ($p < 0,0001$), в связи с чем было сделано заключение, что антиагреганты должны назначаться всем пациентам с высоким риском ССЗ на постоянной основе. Это положение зафиксировано в Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2007 г.): АСК следует назначать всем пациентам с установленными ССЗ, а также лицам с сердечно-сосудистым риском $SCORE > 10\%$ (при условии контроля уровня АД).

Заключение

Результаты эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют, что сочетание различных факторов риска существенно увеличивает сердечно-сосудистый риск. Комплексный подход к лечению пациентов с высоким риском, направленный на профилактику ССЗ, должен включать комбинированную терапию для достижения целевых уровней АД, липидов и глюкозы в плазме, а также для коррекции других факторов риска. Как правило, в составе такой комбинированной терапии должны использоваться блокаторы РААС (ИАПФ или БРА) в эффективных дозах в сочетании с другими антигипертензивными препаратами (АК или тиазидными диуретиками); у пациентов с высоким риском, имеющих ИБС или ХСН, показано применение β -АБ. Все пациенты с высоким риском ССЗ должны получать статины и антиагрегантные препараты, а больным с СД и другими нарушениями углеводного

обмена требуется проведение антигиперлипемической терапии по показаниям.

Рекомендуемая литература

Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации ВНОК, 2007. <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-lipid-contents.asp>

Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации ВНОК // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. № 7. Прилож. 2. С. 1–31.

Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Российские рекомендации ВНОК, 2005 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. Прилож. С. 1–28.

Диагностика и лечение ХСН. Рекомендации ВНОК и ОССН (второй пересмотр), 2007. http://www.cardiosite.ru/medical/rec_k.asp

2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. 2007. V. 25. P. 1105–1187.

Antithrombotic Therapy / Ed. by Becker R.C., Fintel D.J., Green D. 4th ed. Professional Communications, Inc., 2006.

ESC Guidelines Desk Reference. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

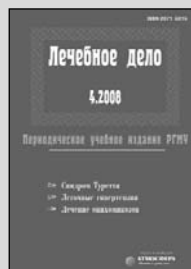
Law M.R., Morris J.K., Wald N.J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies // Br. Med. J. 2009. V. 338. P. 1245–1253.

The Multifactorial Approach to Treatment of Patients with High Cardiovascular Risk

O.A. Kisliak

Results of epidemiological and clinical researches testify that the combination of various risk factors essentially increases cardiovascular risk, and application of antihypertensives, statins, antiaggregants and antihyperglycemic preparations allows to lower individual cardiovascular risk considerably. The multifactorial approach to treatment of patients with high cardiovascular risk should include the combined therapy for achievement of target levels of arterial pressure, lipids and blood glucose, and also correction of other risk factors. The combined therapy, as a rule, should include angiotensin-converting-enzyme inhibitor or blocker angiotensin receptors in combination with other antihypertensives (calcium antagonists or thiazide diuretics), in patients of high risk with ischemic heart disease and chronic heart failure β -adrenoblocker should be used. All patients of high risk should receive statins and antiaggregant preparations, and in patients with diabetes and other disturbances of carbohydrate metabolism antihyperglycemics are required to therapy under indications.

Key words: cardiovascular risk, patients of high risk, complex multifactorial therapy, an arterial hypertension, dyslipidemia.



Продолжается подписка на журнал “Лечебное дело” — периодическое учебное издание РГМУ

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 60 руб., на один номер – 30 руб.
Подписной индекс 20832.