

Симпозиум «Трое в лодке, мечты мужчин о женском сердце»: обзор докладов

И. В. Ковалёва

Журнал «Лечащий Врач», Москва, Россия, kovalyova_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0171-4374>

Резюме

Введение. В сентябре 2025 года в Казани прошел крупнейший Российский национальный конгресс кардиологов — почти 5000 участников очно и более 15 000 онлайн. Российским кардиологическим обществом был представлен спутниковый симпозиум «Трое в лодке: мечты мужчин о женском сердце». Заседание симпозиума модерировал один из ведущих кардиологов страны, академик Симон Теймуразович Мацкеплишвили, рассказавший о гендерных особенностях подхода к терапии у женщин — пациенток высокого сердечно-сосудистого риска. Кроме того, на симпозиуме выступили профессор Дмитрий Александрович Напалков с докладом о выборе оптимального маршрута к целевому уровню артериального давления у женщин и Игорь Владимирович Сергиенко с докладом о комбинированном подходе к женскому сердцу в реальной клинической практике. **Заключение.** Спутниковый симпозиум «Трое в лодке: мечты мужчин о женском сердце» остался в числе наиболее запоминающихся мероприятий Российского национального конгресса кардиологов. Выступавшие на симпозиуме докладчики рассказали о новейших клинических рекомендациях, результатах фундаментальных исследований и инновационных методах лечения применительно к реальной практике, фокусируясь на подходах, различиях и особенностях терапии сердечно-сосудистых заболеваний у женщин.

Ключевые слова: Российский национальный конгресс кардиологов, женское сердце, целевой уровень артериального давления, высокий сердечно-сосудистый риск, комплексная терапия в кардиологии, реальная практика

Для цитирования: Ковалёва И. В. Симпозиум «Трое в лодке, мечты мужчин о женском сердце»: обзор докладов. *Лечащий Врач*. 2025; 10 (28): 78-83. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.10.012>

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Symposium "Three in a boat, men's dreams of a woman's heart": review of reports

Irina V. Kovaleva

The Lechaschi Vrach journal; Moscow, Russia, kovalyova_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0171-4374>

Abstract

Background. In September 2025, Kazan hosted Russia's largest national congress of cardiologists, with nearly 5,000 participants attending in person and more than 15,000 online. The Russian Cardiology Society, presented a satellite symposium entitled "Three in a boat: men's dreams of woman's heart". The symposium was chaired by one of the country's leading cardiologists, Academician Simon Teimurazovich Matskeplishvili, who spoke about the gender-specific approach to therapy in women patients at high cardiovascular risk. In addition, the symposium was attended by professors Dmitry A. Napalkov, who presented a report on choosing the optimal route to the target blood pressure level, and Igor V. Sergienko with a report on a combined approach to the female heart in real clinical practice.

Conclusion. The satellite symposium "Three in a boat: men's dreams of the a woman's heart" was one of the most memorable events of the Russian National Congress of Cardiologists. Speakers at the symposium discussed the latest clinical guidelines, fundamental research findings, and innovative treatment methods applicable to real-world practice, focusing on approaches, differences, and characteristics of cardiovascular disease treatment in women.

Keywords: Russian National Congress of Cardiologists, women's heart, target blood pressure level, high cardiovascular risk, comprehensive therapy in cardiology, real practice

For citation: Kovaleva I. V. Symposium "Three in a boat, men's dreams of a woman's heart": review of reports. *Lechaschi Vrach*. 2025; 10 (28) 78-83. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.10.012>

Conflict of interests. Not declared.

Открывая сателлитный симпозиум «Трое в лодке, мечты мужчин о женском сердце», состоявшийся 26 сентября 2025 года в Казани в рамках Российского национального конгресса кардиологов, академик РАН С. Т. Мацкеплишвили пояснил, что название мероприятия отсылает к повести английского писателя Джерома К. Джерома о невыдуманной лодочной поездке персонажей, существовавших на самом деле. Такими же реальными были обсуждавшиеся на симпозиуме случаи из практики и проблемы современной кардиологии, в том числе касающиеся особенностей диагностических и терапевтических подходов у женщин.



КАК ВЫБРАТЬ ОПТИМАЛЬНЫЙ МАРШРУТ К ЦЕЛЕВОМУ УРОВНЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД)

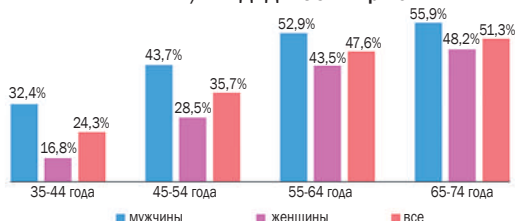
Дмитрий Александрович Напалков, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии № 1 Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова» Минздрава России.

Докладчик подчеркнул: если бы симпозиум был посвящен фибрилляции предсердий (ФП), то женский аспект этой патологии был бы освещен предельно полно, с соответствующей статистикой и ссылками на клинические рекомендации (КР). Однако при анализе российских и зарубежных КР становится очевидным отсутствие таких же четко выверенных формальных подходов, как при ФП, к лечению гипертонии именно у женщин, хотя подобные исследования ведутся уже давно.

Гипертонией, считая вместе с эпизодами гестационной артериальной гипертензии (ГАГ), в мире страдает однозначно больше женщин (600 млн), чем мужчин. Интересно, что и траектория повышения АД в течение жизни у женщин более крутая по сравнению с мужчинами. Последние могут впервые столкнуться с повышением АД в возрасте около 30 лет, в то время как у женщин эстрогены долгое время выполняют защитную функцию, но как только возникают гормональные колебания, связанные с приближением менопаузы, число пациенток с артериальной гипертензией (АГ) резко возрастает.

У мужчин наблюдается тенденция к более высоким цифрам АД по сравнению с женщинами репродуктивного возраста, после наступления менопаузы различия между мужчинами и женщинами практически исчезают

Доля лиц в популяции, имеющих САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.



Баланова Ю. А., Драпкина О. М., Куценко В. А., Имаева А. Э., Концевая А. В., Шальнова С. А. и др. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространенности, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023; 22 (8S): 3785. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3785. EDN YRUXIX

Рис. 1. Артериальное давление у мужчин и женщин [предоставлено докладчиком] / Blood pressure in men and women [provided by the speaker]

Поэтому ближе к 60–65 годам кривые повышения АД мужчин и женщин, полученные в популяционных исследованиях, уже практически друг от друга не отличаются (рис. 1).

На фоне роста АД снижается его контроль: целевых цифр достигают не более 23% женщин. «В самых первых исследованиях ЭССЕ, — отметил докладчик, — меня поразила статистика, четко сохранявшаяся в нашей стране (за рубежом не всегда получали такие данные), в отношении приверженности к терапии АГ. У мужчин она повышалась с нарастанием коморбидности, с появлением в анамнезе инфаркта или инсульта, а у женщин с возрастом, несмотря на коморбидность, напротив, снижалась».

Преимущество женщин заключается в том, что физиологические уровни эстрогенов обладают кардиопротективным эффектом и вызывают вазодилатацию, но при этом существует тесная корреляция гипертонии с набором веса у женщин в течение жизни, начиная с раннего возраста. Гинекологические заболевания и осложненное течение беременности в анамнезе увеличивают риск развития АГ и сопутствующих метаболических нарушений даже в отдаленном будущем. Повысить уровень АД и сердечно-сосудистый риск (ССР) может применение эстрогенов в качестве фармакотерапии. Прогестерон вызывает лептин-ассоциированную эндотелиальную дисфункцию у женщин с ожирением и в пременопаузе. У пациенток с системными воспалительными заболеваниями выше ассоциация с АГ и риском сердечно-сосудистых осложнений.

Интересно, что женщины чувствительнее к соли, что учтено в ряде новых рекомендаций. Многие пациентки ограничивают соль с эстетической целью, во избежание появления отеков под глазами после сна, а потому гораздо лучше мужчин соблюдают немедикаментозные меры профилактики гипертонии, придерживаясь гипосолевой диеты. Известно о снижении риска инсульта, сердечной недостаточности (СН) и нарушений когнитивных функций в большей степени именно у женщин при соблюдении гипосолевой диеты типа DASH (табл.).

Защитная функция ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и влияющих на нее препаратов у представительниц прекрасного пола выражена в большей степени, чем у сильного. Хотя это не значит, что данные препараты (ингибиторы РААС, которые регулируют также натриевый и водный гомеостаз) не назначают мужчинам: здесь используется универсальный подход.

В 2024 году вышли американские КР о первичной профилактике инсульта, где упоминается инсульт, связанный с беременностью. С его риском связано ужесточение контроля уровня АД у будущих мам. Если в старых КР рост систолического АД

Таблица. Результаты соблюдения женщинами гипосолевой диеты [предоставлено докладчиком] / The results of women's adherence to a hyposalt diet [provided by the speaker]

Приверженность женщин к диете типа DASH обеспечивает:
Снижение риска развития инсультов, в том числе геморрагических
Снижение риска развития сердечной недостаточности
Снижение риска нарушения когнитивных функций <ul style="list-style-type: none"> • общей познавательной функции — 0,04 (95% ДИ 0,01–0,07) • вербальной памяти — 0,04 (95% ДИ 0,01–0,07), P-тренд — 0,002 • когнитивного статуса по данным телефонного опроса — 0,16 (95% ДИ 0,03–0,29), P-тренд — 0,003

(САД) до 150 мм рт. ст. и даже выше, до 160 мм рт. ст., в период гестации связывали с задержкой жидкости в тканях и относились к этому терпимо, то сейчас верхняя граница нормы САД у беременных составляет 140/90 мм рт. ст., как и у всех прочих категорий пациентов. При более высоких цифрах речь идет о ГАГ, вариантов медикаментозной терапии которой не так много, учитывая, что ингибиторы РААС беременным противопоказаны. Состояние пациенток с осложненным течением беременности (преждевременными родами, ГАГ, гестационным диабетом и плацентарной недостаточностью) рекомендуется в дальнейшем тщательно отслеживать, даже когда они ни на что не жалуются, из-за риска раннего бессимптомного дебюта АГ (для снижения риска инсульта), гиперхолестеринемии, предиабета и сахарного диабета (СД), которые поначалу ничем о себе не заявляют.

Кардиолог на приеме может поинтересоваться уровнем сахара пациентки и поднималось ли у нее АД во время беременности, но практически никто не расспрашивает о том, диагностировалась ли у нее плацентарная недостаточность или эндометриоз. Кардиологи должны активно выяснять такие вещи, в том числе перечисляя пациентке симптомы эндометриоза, потому что зачастую женщины с этим заболеванием отрицают свой диагноз либо не хотят обследоваться и лечиться по его поводу. Им нужно объяснять, что эндометриоз повышает риск инсульта. Таковы данные тайваньского исследования, в котором участвовали почти 20 тысяч пациенток. Согласно его результатам женщины без эндометриоза имеют меньший ССР не только в отношении инсульта, но и по всем другим позициям (число сердечно-сосудистых событий, сердечно-сосудистых заболеваний — ССЗ и др.). Любое лечение эндометриоза (консервативное, хирургическое или комбинированное) почти в 2–3 раза снижает риск инсульта в будущем. Вот почему женщинам с данной патологией следует проводить оценку факторов ССР и их коррекцию.

С особой осторожностью следует подходить к гормональной фармакотерапии, в первую очередь комбинированными оральными контрацептивами (КОК). С максимальным уровнем доказательности рекомендуется применять КОК с минимальным содержанием этинилэстрадиола, притом что с нарастанием их селективности доза именно этого компонента традиционно увеличивается. К факторам повышенного риска инсульта у женщин, принимающих КОК, относят возраст старше 35 лет, курение, гипертонию и мигрень с аурой. В подобных случаях рекомендуется использовать контрацептивы, содержащие только прогестины. Существует четкая зависимость между дозой этинилэстрадиола и риском инсульта, умеренно повышенным при приеме менее 20 мкг этого вещества и очень высоким — при приеме 50 мкг и больше.

Повышенного внимания с точки зрения риска инсульта требуют женщины на гормональной заместительной терапии (ГЗТ). Пациенткам с преждевременной недостаточностью яичников (менопауза до 40 лет) или ранней менопаузой (до 45 лет) рекомендуется более интенсивный и активный скрининг на факторы ССР в силу того, что ССЗ в этом возрасте протекают бессимптомно. ГЗТ с эстрогенами следует избегать у женщин старше 60 лет, а также с давностью менопаузы 10 лет и больше и у пациенток с неблагоприятным семейным анамнезом, имеющих повышенный риск ССЗ и инсульта.

Женщины более чувствительны к поражению органов-мишеней АГ, особенно в связи с нарушениями микроциркуляции. У пациенток с АГ раньше и чаще, чем у мужчин, формируются

хроническая болезнь почек (ХБП), микроваскулярная дисфункция коронарных артерий и концентрическая гипертрофия левого желудочка. АГ у женщин является более серьезным фактором риска инфаркта миокарда, СН с сохраненной фракцией выброса, когнитивных нарушений и заболеваний периферических артерий. При этом риск ССЗ у женщин начинает повышаться при более низком уровне САД (на 10 мм рт. ст. меньше, чем у мужчин).

Переходя к лечению АГ, профессор Д. А. Напалков напомнил коллегам про хорошо знакомый кардиологам Телзап: «Препарат присутствует на нашем рынке уже достаточно давно в виде монотерапии, но гораздо чаще мы используем такие комбинации, как Телзап® Плюс (телмисартан с гидрохлоротиазидом) и Телзап® АМ (телмисартан с амлодипином). Телзап действительно достоин нашего большего внимания не только в отношении женской гипертонии, но и в целом в связи с рядом важных особенностей. Антигипертензивное действие телмисартана сохраняется в течение 24 часов и остается значимым до 48 часов. Препарат обладает наиболее длительным периодом полувыведения (более 20 часов) и, соответственно, длительным периодом полудиссоциации с АТ₁-рецептором (213 минут), что тоже влияет на продолжительность действия. Значительный объем распределения телмисартана (500 л) и его высокая липофильность приводят к тому, что органопротективные эффекты могут в большей степени реализовываться в тканях. Кроме того, препарат способен проникать через гематоэнцефалический барьер и благодаря своей липофильности работать в сосудах мозга».

Спикер резюмировал, что терапия фиксированной комбинацией телмисартана и гидрохлоротиазида (Телзап® Плюс) может стать лучшим решением для пациентки с АГ, поскольку она патогенетически обоснована, закрывает все терапевтические потребности и работает в два раза интенсивнее, чем монотерапия.

«Ну и, конечно, сочетание телмисартана с антагонистом кальция оказывает еще более серьезное действие, позволяя уменьшить побочный эффект амлодипина в виде периферических отеков ног, которые, будучи выраженными, одинаково беспокоят и женщин, и мужчин, — продолжил Дмитрий Александрович. — Препарат подходит для всей семьи, для обоих супругов, что очень удобно, они принимают таблетки из одной упаковки, напоминая об этом друг другу».

Завершая разговор о гендерных различиях в действии антигипертензивных препаратов, спикер сообщил, что при отсутствии различий в фармакокинетике амлодипин снижает АД у женщин более эффективно, чем у мужчин, а максимальная концентрация (C_{max}) телмисартана в плазме крови приблизительно в 3 раза выше у первых по сравнению со вторыми. Это значит, что одной и той же дозой можно достичь большего антигипертензивного эффекта у женщин. У них же чаще отмечается кашель в качестве побочного эффекта ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).



КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЖЕНСКОМУ СЕРДЦУ: РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА

Игорь Владимирович Сергиенко, профессор, главный научный сотрудник лаборатории фенотипов атеросклероза ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е. И. Чазова»

Минздрава России (кардиоцентр) начал выступление с гендерной разницы в риске атеросклероза. Докладчик признался, что к синдрому поликистозных яичников в этом качестве относится несколько скептически в отличие от менопаузы, ГАГ и преэклампсии/эклампсии. У женщины с преэклампсией в анамнезе риск развития СН в 2-3 раза выше, даже если в настоящий момент она абсолютно здорова. Про ГАГ уже было сказано выше, а менопауза — это мощнейшее изменение в жизни женщин, уравнивающее их с мужчинами по риску развития ишемической болезни сердца (ИБС). Острые тромбозы чаще встречаются у мужчин (53 против 46%), а эрозия атеросклеротической бляшки (АСБ) — у женщин младше 50 лет по сравнению с дамами постарше (84 против 32%). Разрыв же АСБ, как ни странно, чаще возникает у пациенток старше 50 лет по сравнению с более молодыми (53 против 16%), что не характерно для мужчин. Случаи эрозии АСБ чаще встречались у женщин (58 против 24%), ее разрыв — у мужчин (71 против 33%). А частота возникновения организованного тромба была одинаковой у тех и других.

Изучение половых различий атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний показало, что они связаны с разными уровнями гормонов и экспрессией рецепторов. Защитный эффект изменений липидного профиля составил 25% риска. «Эстроген — мощнейший защитник женского сердца, — заметил профессор И. В. Сергиенко. — Его эффекты могут способствовать кардиопротекции, поскольку он играет роль в снижении уровня холестерина (ХС) и ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), а также способствует повышению уровня ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), уменьшению содержания фибриногена и фактора свертываемости VII. Поскольку диаметр артерии у женщин меньше, даже маленькая бляшка представляет большую опасность. У женщин чаще встречается инструментально подтвержденная ишемия миокарда при интактных коронарных артериях. Раньше считали, что это ложноположительная проба, так называемый синдром Х. В действительности речь идет о микроциркуляторной ИБС. Вазоспастическую природу, роль эндотелиальной дисфункции и разрежения интрамуральных (а не эпикардиальных) коронарных артерий у женщины никто не отменял! Важно отметить, что даже при ишемии необструктивных коронарных артерий (INOCA) не исключен их атеросклероз».

В исследовании PROMIS наличие АСБ высокого риска приводило к более высокой вероятности сердечно-сосудистых событий у женщины по сравнению с тем же самым у мужчины. А данные регистра CONFERON показали, что наличие необструктивного заболевания в стволах левых коронарных артерий обуславливает повышенный пятилетний риск больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (от англ. Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) у женщин по сравнению с мужчинами. Хотя у женщин в целом бывает меньше АСБ, но риск MACE не ниже, чем у мужчин. Женщины имеют меньший объем АСБ, и хотя темпы ее прогрессирования не зависят от пола, однако у них быстрее развивается кальциноз АСБ.

Согласно анализу ADVANCE женщины реже страдают анатомически обструктивной ИБС. Вторичный анализ исследования ISCHEMIA с разбивкой по полу показал, что

у женщин стенокардия наблюдается чаще, чем у мужчин, вне зависимости от степени стеноза коронарных артерий. Это значит, что взаимосвязь между стенокардией, ишемией и атеросклерозом сложна и имеет половые различия. Игорь Сергеевич отметил, что уровень общего ХС у женщин исходно чуть ниже, чем у мужчин, но с наступлением менопаузы эта разница нивелируется, а затем обратился к преимуществам использования фиксированных комбинаций в пероральной гиполипидемической терапии (ГЛТ), сообщив, что женщины гораздо более адекватно реагируют на нее и, в отличие от мужчин, лишены статинофобии, вызванной страхом перед развитием эректильной дисфункции.

Спикер сослался на собственные данные амбулаторного лечения больных в кардиоцентре в рамках клинического исследования «Использование фиксированной пероральной ГЛТ для достижения целевого уровня ХС ЛПНП и нормализации других показателей липидного профиля, включая триглицерид-богатые липопротеины (ТБЛП), в различных клинических ситуациях». В работу было включено 166 пациентов очень высокого риска, мужчин и женщин старше 18 лет, которые проходили амбулаторное обследование в кардиоцентре и имели показания к назначению или интенсификации ГЛТ, но не принимали до этого ни эзетимиб, ни ингибитор PCSK9, ни бемпедоевую кислоту, ни фибраты, ни омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Всем пациентам назначалась фиксированная комбинация Зенон® (розувастатин с эзетимибом 10/10, 20/10 или 40/10 мг). При этом одна часть пациентов имела ИБС (60% случаев), вторая — СД 2-го типа (25%), третья — гетерозиготную семейную гиперхолестеринемию, причем последних было достаточно много — 25-28%, поскольку таких больных специально направляли в кардиоцентр на обследование. Были даже пациенты с хронической сердечной недостаточностью (7,8%). Каждому пятому участнику исследования в прошлом проводилось чрескожное коронарное вмешательство. Особенно удивила автора работы высокая доля курящих — 61 человек (37%), из них 33 мужчины (33%) и 28 женщин (42,4%). Несмотря на длительность ССЗ, пациенты так и не потрудились расстаться с сигаретой!

По уровню ХС ЛПНП большой разницы между мужчинами (4,7 ммоль/л) и женщинами (4,4 ммоль/л) не было выявлено. Однако этот показатель оказался ниже у пациентов с ИБС (4,1 ммоль/л) по сравнению с больными без ИБС (5,3 ммоль/л). Однако ничего странного здесь нет. Просто пациенты с ИБС принимали ГЛТ, то есть статины.

В исследование вошли участники, которым ранее назначалась ГЛТ, а также не проходившие ее. С учетом этого обстоятельства их разделили на три группы. Пациенты первой группы не принимали никакую ГЛТ; второй — принимали умеренно интенсивную монотерапию статинами — 10-20 мг/сут аторвастатина (Торвакард) или 5-10 мг/сут розувастатина (Розукард); третьей — получали высокоинтенсивную монотерапию статинами — 40-80 мг/сут аторвастатина или 20-40 мг/сут розувастатина. Исходные показатели ХС ЛПНП до начала ГЛТ различались, составив $5,2 \pm 1,5$, $3,8 \pm 0,9$ и $3,2 \pm 0,1$ ммоль/л в первой, второй и третьей группах соответственно.

На фоне лечения препаратом Зенон® статистически значимо снизились показатели общего ХС (ОХС), триглицери-

дов (ТГ), ТБЛП, а 34% пациентов достигли целевого уровня (ЦУ) ХС ЛПНП ниже 1,4 ммоль/л. Спикер отметил, что это действительно очень много, потому что по имеющимся данным только 4% пациентов достигают ЦУ этого показателя. «Исследование, которое мы проводили с комбинированной терапией, но в отдельных таблетках аторвастатина и розувастатина по РФ, показало, что в липидных центрах удается достичь ЦУ в 29% случаев», — сообщил профессор И. В. Сергиенко, а затем обратился к динамике лабораторных показателей. На фоне приема препарата Зенон® средний уровень ХС ЛПНП снизился с 4,8 до 1,8 ммоль/л. При этом эффективность терапии данным препаратом не зависела от наличия или отсутствия ГЛТ в анамнезе. В первой группе (без ГЛТ) уровень ХС ЛПНП уменьшился на 64%, что соответствует рекомендациям. Во второй группе (умеренной ГЛТ) перевод на фиксированную комбинацию снизил ХС ЛПНП на 47%.

«Как это объяснить? — задал спикер вопрос аудитории. — Пациент принимал 40 мг розувастатина, а я ему назначил Зенон® (40 мг розувастатина + 10 мг эзетимиба), при этом уровень ЛПНП снизился на 47%. Но ведь эзетимиб снижает уровень ЛПНП на 20%, 25%, максимум 30%. Откуда появилась цифра 47?» Ответ пришел из зала: «Розувастатин-то разный бывает». «К сожалению, это факт, — согласился докладчик. — И йогурты бывают просроченными, так что надо обращать внимание и на срок годности, и на производителя». А затем подвел итог сказанному: если в целом 34% пациентов, получающих терапию препаратом Зенон®, достигли ЦУ ХС ЛПНП, то у пациентов, наивных до начала ГЛТ, мы вправе ожидать снижение этого показателя на 65% (рис. 2). При этом участники исследования продемонстрировали высокую приверженность к терапии.



НАВИГАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПАЦИЕНТУ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

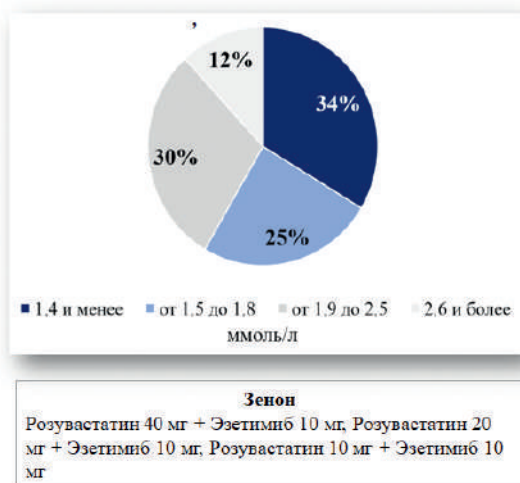
Данную тему раскрыл в своем докладе **Симон Теймуразович Мацкеплишвили, академик РАН, заместитель директора по научной работе Университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова**, подчеркнувший, что контроль ключевых

факторов ССР связан с дополнительными годами жизни (рис. 3).

В возрасте 50 лет отсутствие неконтролируемой гипертензии и четырех других модифицируемых факторов ССР связано с увеличением продолжительности жизни на 10 лет и более по сравнению с людьми, имеющими все пять факторов ССР (АГ, гиперхолестеринемия, индекс массы тела ниже 20 или выше 25, СД и курение). Эти стандартные модифицируемые факторы риска зашифрованы в английской аббревиатуре SMURF. Существует даже группа пациентов, именующих себя smurfless, то есть не имеющих угрожающего сердечно-сосудистому здоровью смурфа. Оказалось, что у женщин и мужчин отсутствие или наличие данных факторов ССР (ФССР) по-разному отражается на прогнозе. Отсутствие ФССР у женщин — это плюс 13,3 года жизни без ССЗ и 14,5 года жизни без смерти. У мужчин цифры несколько ниже — 10,6 года и почти 12 лет соответственно.

АГ и дислипидемия — самые частые факторы риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. К тому же АГ — главная причина смерти на Земле, связанная с ИБС, СН, инсультом и инфарктом, ХБП и т. д. Снижение ХС ЛПНП на 1 ммоль/л уменьшает частоту сердечно-сосудистых событий на 27%, инсульта — на 22%, общую смертность — на 14%.

% пациентов, достигших уровня ХС ЛПНП < 1,4 ммоль/л, от 1,5 до 1,8, от 1,9 до 2,5, 2,6 и >



Динамика липидных параметров на фоне терапии фиксированной комбинацией статины + эзетимиб в целом по группе, n=140

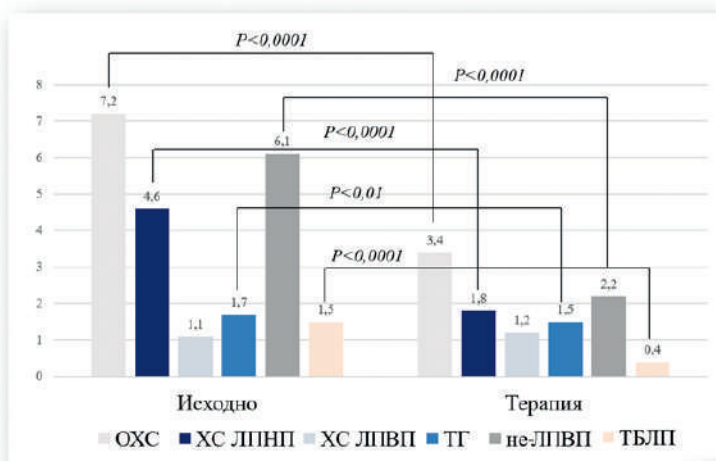


Рис. 2. Статистически значимое снижение показателей липидного профиля (ОХС, ХС ЛПНП, ТГ, не-ЛПВП, ТБЛП) на фоне терапии фиксированной комбинацией Зенон® [предоставлено докладчиком] / Statistically significant reduction in lipid profile indicators (TC, LDL-C, TG, non-HDL, VLDL) against the background of therapy with the fixed combination Zenon® [provided by the speaker]

Вклад пяти модифицируемых факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от любой причины



5 факторов риска в совокупности определяли риск ССЗ



Global Cardiovascular Risk Consortium N Engl J Med 2023;389:1273-1285
DOI: 10.1056/NEJMoa2206916

Вклад отдельных факторов в риск развития ССЗ

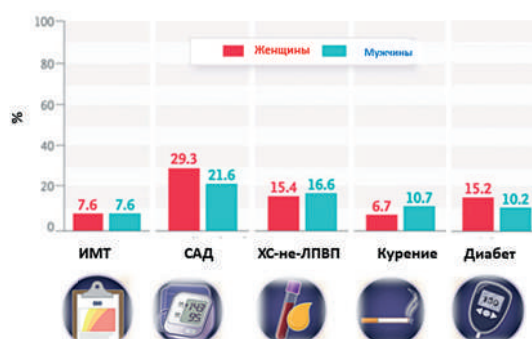


Рис. 3. Вклад пяти модифицируемых факторов риска в развитие ССЗ и смерти от любой причины [предоставлено докладчиком] / Contribution of five modifiable risk factors to the development of cardiovascular disease and death from any cause [provided by the speaker]

Точно так же снижение АД на 10 мм рт. ст. ведет к сокращению частоты этих событий на 20%, 17% и 13% соответственно.

АГ и дислипидемия способствуют развитию новых случаев инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения. А синергичное снижение АД и ХС ЛПНП приводит к уменьшению риска сердечно-сосудистых событий. Однако по данным исследования ЭССЕ-РФ распространенность изолированных АГ, гиперхолестеринемии с избытком ХС ЛПНП и их сочетаний составила 12,7%, 30,3% и 32% соответственно. У пациентов с высоким и очень высоким риском развития ССЗ распространенность повышенного уровня ХС ЛПНП остается высокой.

Статистика удручает: больше половины людей страдает АГ, из них половина не лечится, а из тех, кто получает терапию, половина не достигает ЦУ АД. Такая же ситуация и с гиперхолестеринемией/дислипидемией. Наличия препаратов в аптеке, равно как и знаний врача об особенностях терапии недостаточно, поскольку суть медицины — это диалог врача и пациента. Только так можно добиться результата в лечении, для этого мало просто назначить препарат пациенту, нужно проследить, чтобы больной его принимал. Фиксированная комбинация препаратов (а не увеличение дозы одного препарата в режиме монотерапии) часто помогает достичь большей эффективности и снизить риски.

Так, например, комбинированная терапия розувастатином (10 мг) с эзетимибом (10 мг) не уступала монотерапии розувастатином (20 мг) при трехлетнем наблюдении в отношении комбинации сердечно-сосудистых событий (смерть, серьезные сердечно-сосудистые события, несмертельный инсульт). Пациенты на комбинированной терапии чаще достигали ЦУ ХС ЛПНП менее 1,8 ммоль/л, реже прекращали лечение или требовали снижения дозы. При этом пациента легче уговорить на комбинацию 10 мг/10 мг, чем дать ему 20 мг розувастатина, или на комбинацию 20 мг/10 мг, чем дать 40 мг розувастатина.

Когда мы говорим о комбинированной терапии «статинов (как правило, это розувастатин как один из самых сильных статинов) плюс эзетимиб» по сравнению с монотерапией высокоин-

тенсивными статинами, такая комбинация обладает большей или сходной эффективностью и, что очень важно, более низким риском развития нежелательных явлений, подчеркнул докладчик. Комбинированная терапия по сравнению с монотерапией на 20% снижает риск смертности от ССЗ и на 16% — смертности от всех причин, при этом на 47% уменьшается риск миопатии и на 49% — вероятность повышения уровня печеночных трансаминаз (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы).

Симон Теймуразович отметил, что, на его взгляд, Зенон® — лучшая комбинация розувастатина и эзетимиба, поскольку она позволяет большему числу пациентов достичь целевых уровней ХС ЛПНП. В конце своего выступления он обратился к коллегам: «Сегодня мы уже говорили о том, что не все препараты розувастатина одинаковы, так вот, его комбинация с эзетимибом в виде препарата Зенон® демонстрирует очень хороший результат. Мы это видим в нашей клинической практике, и именно поэтому мы втроем сегодня выступаем перед вами. Мы эти препараты используем, мы назначаем их пациентам и получаем желаемый эффект. А говоря о терапии сартанами, необходимо сказать, что телмисартан (Телзап), вероятнее всего, является одним из лучших, если не лучшим, блокатором рецептора ангиотензина-2, поскольку он единственный показал свою сравнимость с эталонным ингибитором АПФ рамиприлом в соответствующем исследовании. И поэтому, если выбирать из сартанов, то, мне кажется, альтернатив телмисартану нет». **ЛВ**

Сведения об авторе:

Ковалёва Ирина Владимировна, врач, научный редактор журнала «Лечащий Врач»; 123056, Россия, Москва, а/я 82; kovalyova_iv@mail.ru

Information about the author:

Irina V. Kovaleva, doctor, science editor the Lechaschi Vrach Journal; a/z 82, Moscow, 123056, Russia; kovalyova_iv@mail.ru

Поступила/Received 01.10.2025

Поступила после рецензирования/Revised 16.10.2025

Принята в печать/Accepted 18.10.2025