

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Целесообразность применения адреналина при внебольничной остановке сердца поставлена под вопрос

Крупнейшее в своем роде исследование, проведенное в Японии, подставило под сомнение целесообразность применения адреналина для сердечно-легочной реанимации при остановке сердца во внебольничных условиях – подхода, который считался стандартной практикой на протяжении десятилетий.

Авторы проанализировали 417 188 случаев остановки сердца во внебольничных условиях у взрослых, произошедших в 2005-2008 гг. Эти пациенты получили первичную медицинскую помощь и были доставлены в больницу, при этом в 15 030 случаях имело место догоспитальное введение адреналина.

Многомерный статистический анализ, проведенный с поправкой на демографические, географические и клинические факторы, показал, что введение адреналина улучшало ближайшие исходы, но значительно ухудшало отдаленные результаты реанимации. В частности, догоспитальное назначение адреналина увеличивало вероятность восстановления спонтанного кровотока в 2,36 раза, однако через 1 мес риск смерти у таких больных повышался более чем в 2 раза. Кроме того, введение адреналина ассоциировалось со снижением шансов на выживаемость с нормальной или незначительно нарушенной церебральной функцией на 70%.

Как отмечают авторы, рандомизированные контролируемые исследования использования адреналина при остановке сердца во внебольничных условиях ранее считались неэтичными, однако с учетом полученных результатов необходимость проведения такого испытания очевидна.

Hagihara A. et al. Prehospital epinephrine use and survival among patients with out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2012; 307: 1161-1168.

Витамин E не влияет на риск развития сердечной недостаточности у женщин

В предыдущих исследованиях, изучавших длительный прием витамина E, в частности в клиническом испытании HOPE, было установлено повышение риска развития сердечной недостаточности (СН) и госпитализаций по поводу СН у пациентов, получавших витамин E. В исследовании GISSI-Prevenzione у больных, перенесших инфаркт миокарда, лечение витамином E ассоциировалось с повышением риска развития СН на 50%.

Новый анализ исследования Women's Health Study был посвящен оценке влияния длительного приема витамина E на вероятность развития СН у женщин. В анализ включили 39 815 здоровых женщин в возрасте 45 лет и старше, которые ежедневно принимали 600 МЕ витамина E в рамках первичной профилактики. За 10 лет в этой популяции было диагностировано 220 новых случаев СН, в том числе 106 у пациенток, рандомизированных для приема витамина E, и 114 у участниц, которые получали плацебо. Многомерный статистический анализ показал, что прием витамина E не ассоциировался с повышенным риском развития СН (отношение шансов 0,93; p=0,59).

Chae C.U. et al. Vitamin E supplementation and the risk of heart failure in women. Circulation. Опубликовано онлайн 20 марта 2012 г.

У пациентов с ХБП, перенесших ОКС, риск от приема антитромбоцитарных препаратов перевешивает пользу

Согласно современным руководствам антитромбоцитарные препараты с целью вторичной профилактики показаны практически всем пациентам, перенесшим острый коронарный синдром (ОКС). Эта рекомендация основана на результатах масштабных кардиологических исследований. В то же время специальных исследований по изучению антитромбоцитарной терапии у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) не проводилось, вследствие чего применимость вышеуказанной рекомендации к этой категории больных остается не подтвержденной.

Ученые из Новой Зеландии провели систематический обзор и метаанализ исследований, в которых антитромбоцитарные препараты сравнивали с плацебо, стандартным лечением или отсутствием терапии и при этом были доступны данные для подгруппы пациентов с ХБП. В анализ были включены 40 исследований, в которых участвовали более 20 тыс. человек.

В результате было установлено, что у пациентов с ОКС и ХБП антитромбоцитарная терапия оказывала небольшой положительный эффект на риск фатального и нефатального инфаркта миокарда, коронарной реваскуляризации и общую смертность, однако на 40% повышала риск крупных кровотечений по сравнению с таковым у пациентов с ОКС и нормальной функцией почек. Авторы обзора подчеркивают, что в условиях реальной клинической практики риск кровотечений на фоне антитромбоцитарной терапии может быть выше.

Таким образом, в данном исследовании впервые было установлено, что у пациентов с ХБП, перенесших ОКС, риск, связанный с антитромбоцитарной терапией, может значительно перевешивать ее потенциальную пользу. По мнению авторов, это может быть обусловлено тем, что у пациентов с почечной патологией неатеросклеротические состояния, такие как СН, внезапная сердечная смерть и аритмии, являются более частыми причинами сердечно-сосудистых событий по сравнению с общей популяцией.

Palmer S.C. et al. Effects of antiplatelet therapy on mortality and cardiovascular and bleeding outcomes in persons with chronic kidney disease. A systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2012; 156: 445-459.

Препарат для лечения псориаза продемонстрировал эффективность в лечении атеросклероза

На 70-м конгрессе Американской академии дерматологии (AAD), состоявшемся 16-20 марта в г. Сан-Диего (США), были представлены результаты исследования, согласно которым ингибитор фактора некроза опухоли адалимумаб, применяющийся для лечения псориаза, может уменьшать сосудистое воспаление у пациентов с атеросклерозом коронарных артерий.

В исследовании 30 пациентов с псориазом (средней степени тяжести и тяжелым) и наличием в анамнезе атеросклероза коронарных артерий или ≥ 3 факторами риска рандомизировали для получения адалимумаба в стандартной дозе, использующейся при псориазе, или несистемной терапии на усмотрение пациента (допускалось отсутствие терапии). Исходно и после 16 нед лечения всем пациентам провели позитронно-эмиссионную терапию с 18-фтордезоксиглюкозой для количественной оценки атеросклероза аорты и сонных артерий. Первичной конечной точкой были изменения в сосудах, в которых исходно наблюдалось наиболее выраженное воспаление; вторичные конечные точки включали изменения в восходящей аорте и сонных артериях.

В конце исследования улучшение индекса тяжести псориаза PASI на 75% было достигнуто у 70% пациентов группы адалимумаба, что согласуется с результатами исследования III фазы этого препарата. В контрольной группе таких больных было 20%.

Результаты визуализирующего исследования показали, что лечение адалимумабом ассоциировалось со статически значимым уменьшением сосудистого воспаления на 12% по сравнению с исходным (p=0,004), в то время как в контрольной группе изменения были незначительными.

Проведенное исследование подтверждает гипотезу о том, что воспаление является одним из этапов развития атеросклеротических поражений, считают авторы.

Bissonnette R. et al. American Academy of Dermatology (AAD) 70th Annual Meeting: Late-Breaking Abstracts. Presented March 16, 2012.

Статины могут снижать риск развития болезни Паркинсона

Целью исследования, проведенного учеными из США, было изучить связь между приемом статинов и риском развития болезни Паркинсона (БП).

В анализ включили данные 38 192 мужчин из исследования Health Professionals Follow-Up Study и 90 874 женщин – участниц исследования Nurses' Health Study. Информацию о приеме статинов получали в 1994 г. с помощью опросника. На протяжении 12 лет наблюдения (1994-2006) было зафиксировано 644 новых случаев БП: 338 у женщин и 306 у мужчин.

Исследователи установили, что относительный риск развития БП у принимавших статины был на 26% ниже. Этот результат получен с учетом поправки на многочисленные потенциальные факторы риска БП, такие как курение, потребление кофеина и использование ибупрофена. В то же время протекторный эффект статинов зависел от возраста: статистически значимым он был только у пациентов в возрасте <60 лет на момент включения.

Авторы отмечают, что наблюдательный дизайн исследования не позволяет сделать окончательное заключение о наличии у статинов нейропротекторных свойств. Кроме того, эти препараты при длительном применении могут оказать неблагоприятное действие путем снижения уровня коэнзима Q₁₀, который сам по себе может выступать нейропротектором при БП.

Gao X. et al. Prospective Study of Statin Use and Risk of Parkinson Disease. Archives of Neurology. 2012; 69: 380-384

Высокая разница артериального давления на разных руках ассоциируется с повышенным риском смерти

В исследовании, проведенном учеными из Великобритании, приняли участие 230 пациентов с артериальной гипертензией, у которых на момент включения были доступны результаты измерения артериального давления (АД) на обеих руках. Кардиоваскулярные события и случаи смерти мониторировали на протяжении 10 лет.

У 24% участников исходная разница в систолическом АД на правой и левой руке составляла ≥ 10 мм рт. ст., у 9% – ≥ 15 мм рт. ст., что ассоциировалось с увеличением 10-летнего риска смерти от всех причин в 3,6 и 3,1 раза, а также риска кардиоваскулярной смерти в 4,2 и 2,7 раза соответственно. Исследователи также установили, что разница в АД на разных руках служила предиктором неблагоприятного прогноза как у больных с уже существующими заболеваниями кардиоваскулярной системы, так и у пациентов с риском их развития.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости рутинного измерения АД на обеих руках не только для более эффективной диагностики и ведения артериальной гипертензии, но и для лучшего определения сосудистого риска пациента. Разницу в систолическом АД на правой и левой руке можно рассматривать как простой неинвазивный тест для выявления пациентов, которым показано углубленное обследование, например определение лодыжечно-плечевой индекса с целью диагностики заболеваний периферических артерий, отмечают авторы.

Clark C.E. et al. The difference in BP readings between arms and survival: Primary care cohort. BMJ 2012; 344: e1327.

Терапия стволовыми клетками не продемонстрировала эффективности при СН

В крупнейшем на сегодня исследовании с применением терапии аутологическими стволовыми клетками костного мозга (FOCUS-CCTRN) не удалось продемонстрировать статистически значимого влияния на заранее определенные первичные конечные точки: конечносистолический объем левого желудочка, максимальное потребление кислорода и обратимость процесса по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. В то же время дополнительный анализ показал улучшение фракции выброса левого желудочка, которое коррелировало с количеством клеток-предшественников (CD34+ и CD133+) в костном мозге. Ранее было установлено, что CD34+ и CD133+ секретируют хемокины и цитокины, способствующие рекрутингу и выживанию сосудистых клеток, и таким образом могут улучшать оксигенацию ишемизированного или гибернированного миокарда.

Авторы не расценивают результаты исследования как негативные и считают, что полученные в нем данные помогут спланировать будущие клинические испытания, посвященные оценке эффективности применения стволовых клеток при СН.

Perin E.C. et al. Effect of transcatheter delivery of autologous bone marrow mononuclear cells on functional capacity, left ventricular function and perfusion in chronic heart failure. The FOCUS-CCTRN trial. JAMA. Опубликовано онлайн 24 марта 2012 г.

Подготовил **Алексей Терещенко**

Общий сердечно-сосудистый риск: оценка и управление в практике семейного врача

Продолжение. Начало в № 5/2012.

Коррекция (модификация) факторов сердечно-сосудистого риска

Чтобы снизить сердечно-сосудистый риск, врач общей практики разрабатывает определенные рекомендации, а в процессе их выполнения также оказывает консультативную (информационную и психологическую) поддержку. При этом врач вынужден ломать многие стереотипы того образа жизни, который складывался у пациента на протяжении десятилетий. Без взаимного доверия и установки на партнерство, подразумевающего равные права и равную ответственность за результаты своих действий, попытки снизить сердечно-сосудистый риск могут оказаться тщетными.

Психологический контакт возникает в ходе общения, которое включает не только обмен мнениями, но и ряд невербальных факторов. В частности, общаясь, и врач, и его пациент должны сидеть: беседа стоя вызывает ощущение спешки и придает советам врача необязательный характер. Если же врач стоит либо ходит по кабинету, а пациент в это время сидит, у последнего может возникнуть психологический дискомфорт, обусловленный чрезмерным доминированием врача и отсутствием постоянного визуального контакта.

Важным представляется расположение врача и пациента друг относительно друга. Так, в пределах рабочего стола выделяют 3 зоны: сбоку сидящего, в непосредственной близости от него, напротив сидящего. Расположение сбоку способствует продуктивной беседе, поэтому при первичном контакте пациента желательно усадить именно там. После обследования, когда с человеком уже установлены доверительные отношения и врачу нужно дать конкретные рекомендации, стул для пациента целесообразно поставить рядом со стулом врача, что будет способствовать сотрудничеству. В то же время усаживать пациента напротив не следует: эта позиция моделирует ситуацию «начальник — подчиненный» и может вызвать невольную конфронтацию.

Стиль мышления врача общей практики, безусловно, должен быть позитивным: нужно подчеркивать не ограничения («Нельзя...»), связанные с изменением в образе жизни, а положительные последствия этих изменений («Благодаря этому у Вас...»). В противном случае пациент будет пребывать в абсолютно деструктивном убеждении, сущность которого передана в известном афоризме М. Твена: «Единственный способ сохранить здоровье — это есть то, чего не хочешь; пить то, что не нравится; делать то, что не по душе».

Врач общей практики обязан разъяснить пациенту, что результаты оценки общего сердечно-сосудистого риска могут повлечь за собой необходимость изменений в образе жизни, а иногда и постоянный прием лекарственных средств. Врачу, соблюдающему принцип партнерства, следует отнестись с уважением к любому выбору пациента. Примечательно, что в последнее время термин «высокий риск» стараются заменять определением «повышенный риск», которое используют, если оценка по диаграмме SCORE составляет $\geq 5\%$. Это связано с признанием определенной доли субъективизма, присутствовавшего при разработке градаций риска. Смена терминологии, таким образом, должна стимулировать врача к большей лояльности по отношению к выбору пациента, считающего, что, например, вероятность 10-летнего выживания, составляющая 95%, — не повод для каких-либо перемен в жизни.

Нужно, однако, иметь в виду, что в Украине культура планирования собственного времени (тайм-менеджмент) и, шире, своей судьбы находится в зачаточном состоянии. Между тем эффективное управление риском, в том числе сердечно-сосудистым, без навыков планирования весьма проблематично. Следовательно, прежде чем согласиться с нежеланием пациента что-либо менять, нужно понять причину этого выбора. Возможно, он обусловлен не определенной жизненной философией,

а прокрастинацией, побороть которую самостоятельно человек не в силах. В таких случаях роль врача общей практики приобретает особую значимость.

! Как помочь пациенту изменить образ жизни? Советы для врача

- Создавайте атмосферу дружелюбного партнерства
- Вовлеките пациента в процесс распознавания ФР
- Помогите пациенту понять взаимосвязь между образом жизни и возникновением болезни
- Используйте это понимание для того, чтобы пациенту захотелось изменить образ жизни
- Изучайте потенциальные препятствия, которые могут помешать пациенту изменить образ жизни
- Помогите пациенту составлять план изменения образа жизни
- Будьте реалистом, поощряйте любые попытки пациента изменить образ жизни («Полезно **любое** повышение физической активности»)
- Поощряйте стремление пациента к изменению образа жизни
- Контролируйте успехи пациента во время повторных визитов
- Если это возможно, вовлеките в работу других медицинских работников

Существует ряд барьеров, препятствующих изменению образа жизни (табл. 7). Осведомленность о них позволяет врачу создать дружелюбную атмосферу, улучшает распознавание ФР и облегчает выбор правильных рекомендаций.

Взаимное потенцирование ФР обосновывает необходимость их одновременной коррекции, отражающей сущность управления общим сердечно-сосудистым риском. Бесперспективность борьбы только с одним ФР становится очевидной при анализе данных таблицы 8. Так, у 60-летней женщины, прекратившей получать антигипертензивную терапию и вновь начавшей курить, несмотря на снижение сывороточного уровня ОХС, сердечно-сосудистый риск увеличивается на 3%. У ее ровесника-мужчины сердечно-сосудистый риск в аналогичных условиях возрастает на 12%. Другим следствием, вытекающим из концепции общего сердечно-сосудистого риска, является то, что, даже если оптимальная модификация какого-то одного ФР окажется нереальной (например, достижение целевого уровня АД у пожилого пациента), риск

Таблица 7. Препятствия, которые мешают пациенту изменить образ жизни

Препятствие	Комментарий
Социально-экономический статус	Недостаточный образовательный уровень, низкая заработная плата, неспособность адаптировать изменения образа жизни к требованиям повседневности
Социальная изоляция	Одиночество повышает вероятность нездорового образа жизни
Психоэмоциональные перегрузки (стресс)	Стресс на работе и дома затрудняет как изменение образа жизни, так и поддержание достигнутых результатов
Отрицательные эмоции	Депрессия, тревога, агрессивность
Сложные или противоречивые советы	Советы нужно давать в письменном виде. При этом следует избегать сложноподчиненных предложений; максимальное количество слов в предложении не должно превышать 20

Таблица 8. Динамика 10-летнего риска сердечно-сосудистой смерти в зависимости от изменения модифицируемых факторов риска (А. Rosengren et al., 2009, с изменениями)

Пол	Возраст, лет	Сывороточная концентрация ОХС, ммоль/л	АД, мм рт. ст.	Курение	Риск по SCORE, %
Женский	60	8,0	120	-	2
Женский	60	7,0	140	+	5
Мужской	60	6,0	160	-	9
Мужской	60	5,0	180	+	21

кардиоваскулярной смерти все равно можно будет снизить адекватным воздействием на другие факторы.

Управляют сердечно-сосудистым риском, воздействуя, главным образом, на ФР I класса, что достигается во многом благодаря изменению образа жизни.

! Главные направления в модификации факторов сердечно-сосудистого риска

- Отказ от курения
- Коррекция диеты
- Увеличение физической активности
- Снижение АД
- Оптимизация липидного спектра крови

Цель профилактики сердечно-сосудистых заболеваний определяется профилем общего сердечно-сосудистого риска. У пациентов с низким риском следует стремиться к его сохранению на протяжении всей жизни, при этом ориентиром служит «код здоровья» 0 — 3 — 5 — 140 — 5 — 3 — 0 (табл. 9).

Для пациентов, относящихся к категории высокого и крайне высокого риска (особенно при наличии сердечно-сосудистого заболевания и/или СД), целевые уровни основных ФР должны контролироваться более жестко.

! Целевые уровни основных факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов, относящихся к категории высокого и крайне высокого риска

- АД < 130/80 мм рт. ст.
- Концентрация ОХС < 4,5 ммоль/л, а в отдельных случаях < 4,0 ммоль/л
- Концентрация ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л, а в отдельных случаях < 2,0 ммоль/л
- Концентрация глюкозы плазмы натощак < 6,0 ммоль/л и гликозилированной гемоглобина < 6,5%

Все курильщики нуждаются в профессиональном консультировании, цель которого помочь пациенту полностью отказаться от любой формы потребления табака. Принципы профилактической работы врача с курильщиком — «5 А» — представлены в таблице 10.

Таблица 9. Профиль сердечно-сосудистого риска, способствующий длительному сохранению здоровья

Цифровой код	Характеристика
0	Негативный статус курения
3	Ежедневная ходьба на дистанцию ≥ 3 км или умеренные физические нагрузки в течение ≥ 30 мин
5	Ежедневное употребление ≥ 5 порций фруктов или овощей
140	Уровень систолического АД < 140 мм рт. ст.
5	Сывороточная концентрация ОХС < 5 ммоль/л
3	Сывороточная концентрация ХС ЛПНП < 3 ммоль/л
0	Отсутствие избыточной массы тела / ожирения (особенно абдоминального) и СД

Таблица 10. Принципы профилактической работы врача с курящим пациентом

Принцип	Расшифровка	Характеристика
ask	Спросите о курении	Систематически, пользуясь любой возможностью, выявляйте курильщиков
assess	Оцените зависимость	Определите уровень никотиновой зависимости и степень готовности отказаться от курения
advise	Советуйте бросить	Настоятельно рекомендуйте отказаться от курения
assist	Помогите бросить	Разработайте совместно с пациентом план отказа от курения, который бы включал консультирование, поведенческие подходы, никотинозаместительную и медикаментозную терапию
arrange	Назначьте встречу	Составьте расписание последующих визитов



К.А. Бобрышев

Таблиця 11. Рекомендації по вибору продуктів здорового
питання

Рекомендовано употреблять	Рекомендовано ограничить употребление
фрукты и овощи; растительное масло; цельнозерновые злаки и сорта хлеба; рыбу (особенно жирных сортов); морепродукты; нежирные сорта мяса и птицы; молочные продукты низкой жирности	продуктов фаст-фуда; сливочного масла и сливок; копченостей, консервов; яиц (особенно желтка); субпродуктов; жирных сортов мяса; сладостей и сдобы

Всех пациентов следует проинформировать о принципах здорового питания, способствующего поддержанию низкого или снижению высокого сердечно-сосудистого риска. Диетические рекомендации должны основываться на т. н. золотых правилах и учитывать как современные представления о здоровом питании, так и традиции национальной кухни. Лица, относящиеся к категории высокого риска, нуждаются в консультациях профессионального диетолога (табл. 11).

Золотые правила диеты, способствующей профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

- Максимально разнообразьте продукты питания
- Приведите энергетическую ценность рациона в соответствие с энерготратами организма
- Замените употребление продуктов, содержащих насыщенные жиры и холестерин, продуктами, в состав которых входят моно- и полиненасыщенные жиры (замените сливочное масло растительным). Следите за тем, чтобы доля жиров в общем калораже не превышала 30%, а удельный вес насыщенных жиров был не более 1/3
- При наличии АГ ограничьте потребление поваренной соли (до 3-5 г/сут): исключите досаливание приготовленной пищи, не солите пищу в процессе ее приготовления, включайте в рацион только несоленые продукты – свежие либо замороженные
- Увеличьте употребление как клетчатки (до 35 г/сут), так и сложных углеводов

К диетам, имеющим наиболее весомую доказательную базу, относят средиземноморскую и DASH. Однако в отечественных условиях более реалистичным, вероятно, является подход, известный под названием «модель тарелки».

Как использовать модель тарелки на практике?

- Десертную тарелку диаметром 22-24 см мысленно разделить пополам, а затем одну из половин – на две четверти
- Половина тарелки – для овощей и корнеплодов («клетчатка/витамины»), причем картошку в их число не включать. Оптимальное количество – 3 шт. (1 среднего размера + 2 малого), или 500 г, или 6 горстей
- Одна четверть тарелки – для гарнира (сложных углеводов): необработанных круп (гречки, ячменя), картофеля, макарон, хлеба из муки грубого помола. Оптимальное количество – 100-150 г, или 0,5 стакана
- Вторая четверть – для белковых продуктов: нежирных сортов мяса, птицы (без кожи), яиц, жирных сортов рыбы, морепродуктов, бобов, чечевицы, изделий из сои. Оптимальное количество – 80-100 г, или объем стандартной колоды игральнх карт
- Очередность принятия пищи: вначале овощи и корнеплоды, затем гарнир, в конце белковые продукты
- Моделью тарелки пользоваться трижды в день для каждого основного приема пищи. Между основными приемами возможны второй завтрак и полдник (творог/кефир/йогурт + фрукты)

Универсальным критерием адекватной двигательной активности служит достижение в процессе ее выполнения субмаксимальной частоты сердечных сокращений, которая равна 60-70% максимальной частоты, рассчитываемой по формуле (220 – возраст, лет). Минимальная двигательная активность, которая нужна для поддержания здорового образа жизни в течение недели, сводится к пяти 30-минутным нагрузкам умеренной интенсивности.

Таблиця 12. Тактика корекції АД в залежності від його величини і категорії загального серцево-судинного ризику

Категория сердечно-сосудистого риска	Уровень АД				
	Нормальный (<130/85 мм рт. ст.)	Высокий нормальный (130-139/85-89 мм рт. ст.)	АГ 1 степени (140-159/90-99 мм рт. ст.)	АГ 2 степени (160-179/100-109 мм рт. ст.)	АГ 3 степени (≥180/110 мм рт. ст.)
Низкий (≥1%)	Модификация образа жизни	Модификация образа жизни	Модификация образа жизни	Медикаментозное лечение, если коррекция недостаточна*	Медикаментозное лечение*
Умеренный (2-4%)			Рассмотреть необходимость медикаментозного лечения*		
Высокий (5-9%)			Рассмотреть необходимость медикаментозного лечения*	Медикаментозное лечение*	
Крайне высокий (≥10%)			Медикаментозное лечение*	Медикаментозное лечение*	

Примечание. *В дополнение к модификации образа жизни.

Что нужно рассказать пациенту, нуждающемуся в увеличении двигательной активности

- Ежедневная 30-минутная физическая нагрузка умеренной интенсивности снижает сердечно-сосудистый риск, уменьшает массу тела, улучшает самочувствие и повышает самооценку
- Для здоровья полезно любое повышение двигательной активности: небольшие физические нагрузки увеличивают эффективность других мероприятий по модификации образа жизни
- Даже на работе есть условия для повышения двигательной активности (например, ходьба по лестнице как альтернатива использованию лифта)
- Полезно выбирать тот вид двигательной активности, который приносит максимальное удовольствие
- Привлечение членов семьи или друзей повышает мотивацию к занятиям физическими упражнениями
- Постоянный контакт с врачом, оказывающим консультативную помощь и моральную поддержку, помогает сохранить должную двигательную активность на протяжении длительного времени

Диета и адекватная физическая активность корректируют энергетический дисбаланс, что в конечном счете способствует снижению массы тела. Мотивация к этому повышается, если пациент ознакомлен с ключевой информацией.

Что нужно рассказать пациенту с повышенной массой тела

- Повышенная масса тела приводит к увеличению общей, а также сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что отчасти связано с возрастанием АД и холестеринемии, уменьшением концентрации ХС ЛПВП и повышением вероятности развития СД
- Снижение массы тела однозначно необходимо при ожирении (ИМТ ≥30 кг/м² и/или окружность талии – ≥102 см у мужчин, ≥88 см у женщин) и желательны при избыточной массе тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²). Если окружность талии составляет 94-101 см у мужчин и 80-87 см у женщин, следует не допускать дальнейшего увеличения массы тела
- Основа контроля массы тела – ограничение калоража пищи и регулярные физические упражнения. Благодаря ежедневной двигательной активности метаболизм центральной жировой ткани улучшается еще до того, как происходит снижение массы тела

Все больные с артериальной гипертензией нуждаются в выявлении и коррекции ФР. У пациентов с уже развившимся сердечно-сосудистым заболеванием, СД и хронической болезнью почек желательный уровень АД составляет <130/80 мм рт. ст. Лица, у которых имеется поражение органов-мишеней, должны рассматриваться как пациенты высокого риска. Конкретная тактика коррекции АД определяется его уровнем и категорией сердечно-сосудистого риска (табл. 12).

Конкретная тактика коррекции липидного профиля зависит от исходной оценки общего сердечно-сосудистого риска по диаграмме SCORE (табл. 13). Достижение целевых уровней липидов осуществляется за счет изменения образа жизни (диеты, двигательной активности, контроля массы тела). По мнению некоторых исследователей, все пациенты с уже возникшим сердечно-сосудистым заболеванием и/или СД должны получать статины независимо от исходного уровня ОХС и ХС ЛПНП.

Желательные для больных СД целевые уровни основных показателей, связанных с сердечно-сосудистым риском, приведены в таблице 14.

У пациентов с метаболическим синдромом основными мероприятиями, снижающими вероятность

Таблиця 13. Тактика корекції ліпідного профіля в залежності від загального серцево-судинного ризику

Риск по шкале SCORE	Тактика	Критерии эффективности*
<5%	Изменение образа жизни + периодически повторные осмотры	ОХС <5 ммоль/л ХС ЛПНП <3 ммоль/л
≥5%	Изменение образа жизни + повторный осмотр через 3 мес. Если целевые уровни липидов не достигнуты, – статины	ОХС <5 ммоль/л ХС ЛПНП <3 ммоль/л Риск <5%
Наличие сердечно-сосудистого заболевания, СД, высокой гиперлипидемии	Изменение образа жизни + жесткий контроль за прочими ФР + статины независимо от исходных показателей липидного профиля	ОХС <4,5 (4,5) ммоль/л ХС ЛПНП <2,5 (2,0) ммоль/л Риск <5%

Примечание. *Целевые уровни ХС ЛПВП и ТГ не определены, но следует учитывать, что концентрация ХС ЛПВП ≤1,0 ммоль/л у мужчин и ≤1,3 ммоль/л у женщин, а также концентрация ТГ ≥1,7 ммоль/л независимо от пола свидетельствуют о повышении сердечно-сосудистого риска.

Таблиця 14. Целевые уровни основных показателей, определяющих профиль общего сердечно-сосудистого риска, у больных СД

Показатель	Целевой уровень	
Гликозилированный гемоглобин	≥6,5%, если показано	
Плазменная концентрация глюкозы	Натощак	<6,0 ммоль/л, если показано
	После еды	<7,5 ммоль/л, если показано
ХС	Общий	<4,5 ммоль/л (<4,0 ммоль/л, если показано)
	ЛПНП	<2,5 ммоль/л (<2,0 ммоль/л, если показано)
АД	<130/80 мм рт. ст.	

Таблиця 15. Лекарственные средства, которые могут потребоваться пациентам с высоким и крайне высоким общим сердечно-сосудистым риском

Лекарственный препарат	Целевая категория
Ацетилсалициловая кислота	1. Все пациенты, страдающие манифестным сердечно-сосудистым заболеванием 2. Лица, у которых риск, оцененный по диаграмме SCORE, >10% (при условии адекватного контроля АД)
β-Адреноблокаторы	1. Пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда 2. Больные с хронической сердечной недостаточностью (осторожная титрация дозы!)
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	1. Пациенты с систолической дисфункцией левого желудочка 2. Больные СД с АГ и/или нефропатией
Антикоагулянты	Пациенты с высоким риском тромбозов/эмболий (например, с фибрилляцией предсердий)

возникновения СД, служат диета и физическая активность. При поражении почек сердечно-сосудистый риск повышен на всех этапах заболевания, начиная от нефропатии с микроальбуминурией и сохранной скоростью клубочковой фильтрации и заканчивая конечной стадией хронической болезни почек, когда кардиоваскулярный риск возрастает в 20-30 раз по сравнению с общепопуляционным. Нефропатия часто сочетается с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, метаболическим синдромом, гиперурикемией, гипергомоцистеинемией и анемией.

Помимо медикаментозной терапии артериальной гипертензии, гиперлипидемии и СД, некоторые пациенты, относящиеся к категории высокого и крайне высокого сердечно-сосудистого риска, могут нуждаться также в назначении других лекарственных средств (табл. 15).