

Об'єднана робоча група Європейського товариства кардіологів і інших європейських медических товариств (председатель – J. Perk)

Європейське керівництво по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике — 5 пересмотр (2012): ключевые факты и новые данные

Продолжение. Начало в № 17/2012.

Психосоциальные ФР

Психологическая коррекция направлена на борьбу с психосоциальным стрессом и способствует формированию здорового поведения и образа жизни.

Коррекция психосоциальных ФР: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| Необходимо использовать комплексную поведенческую коррекцию, включающую медицинские образовательные программы, физические упражнения, а также психотерапию, направленную на модификацию психосоциальных ФР и адаптацию к болезни | I | A | Высокая степень обоснованности |
| При наличии клинически значимых признаков депрессии, тревожности и агрессивности следует использовать психотерапию, психотропные средства и психиатрическую помощь на уровне первичного звена. Это позволяет корригировать эмоциональные расстройства и повышает качество жизни, связанное с состоянием здоровья; хотя нужно отметить, что благоприятное влияние такого подхода на сердечно-сосудистые конечные точки пока не доказано | IIa | A | Высокая степень обоснованности |

Новые данные. Психологическая коррекция уменьшает психосоциальный стресс, облегчает создание поведенческих стереотипов, формирующих здоровый образ жизни, способствует сердечно-сосудистой профилактике.

Масса тела

Избыточная масса тела и ожирение обуславливают повышение риска смерти от ССЗ. Существует прямая положительная взаимосвязь между величиной ИМТ и общей смертностью. Значение последнего показателя минимально при ИМТ, равном 20-24,9 кг/м². Дальнейшее снижение массы тела не оказывает профилактического эффекта в отношении ССЗ.

Снижение масса тела: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| Пациентам с избыточной массой тела и ожирением рекомендуется снижение веса | I | A | Высокая степень обоснованности |

Согласно рекомендациям ВОЗ, выделяют 2 терапевтических порога для повышенных значений окружности талии: при показателях ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин цель профилактики сводится к предупреждению дальнейшего увеличения массы тела; при показателях ≥ 102 см для мужчин и ≥ 88 см для женщин цель профилактики состоит в снижении массы тела.

Для взрослых (>18 лет) предложена классификация массы тела, основанная на величине ИМТ (табл. 3).

| Категория | ИМТ, кг/м ² | |
|--------------------------|------------------------|-------------|
| Недостаточная масса тела | <18,5 | |
| Нормальная масса тела | 18,5-24,9 | |
| Избыточная масса тела | 25,0-29,9 | |
| Ожирение | Класс 1 | 30,0-34,9 |
| | Класс 2 | 35,0-39,9 |
| | Класс 3 | $\geq 40,0$ |
| | Класс 4 | $\geq 50,0$ |
| | Класс 5 | $\geq 60,0$ |

Новые данные. Нельзя исключить, что недостаточная масса тела ассоциируется с повышением сердечно-сосудистой заболеваемости и ССС.

Артериальная гипертензия

Повышенное АД является одним из главных ФР ИБС, сердечной недостаточности, цереброваскулярной патологии, окклюзивных поражений артерий конечностей, почечной недостаточности и фибрилляции предсердий.

АГ: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|---|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| Всем больным АГ и лицам с так называемым высоким нормальным АД рекомендовано изменение образа жизни (контроль массы тела и потребляемого алкоголя, повышение физической активности, ограничение содержания поваренной соли в диете, употребление достаточного количества фруктов, овощей и молочных продуктов низкой жирности) | I | B | Высокая степень обоснованности |
| По своей способности снижать АД основные классы антигипертензивных средств (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты кальция, антагонисты рецепторов ангиотензина II, β -адреноблокаторы, диуретики) существенно не отличаются друг от друга. Следовательно, любой из них может быть рекомендован в качестве средства для стартовой и поддерживающей терапии АГ | I | A | Высокая степень обоснованности |
| У пациентов с несколькими метаболическими ФР, повышающими вероятность развития СД, не следует в качестве антигипертензивных средств назначать β -адреноблокаторы и тиазидные диуретики | III | A | Высокая степень обоснованности |

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| У больных СД рекомендовано назначение ИАПФ или блокаторов ренина/ангиотензиновых рецепторов | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Для всех пациентов с АГ оценку общего риска рекомендовано осуществлять с помощью шкалы SCORE, которая требует проведения минимального объема обследования | I | B | Высокая степень обоснованности |
| Поскольку доказано, что субклиническое поражение органов-мишеней повышает сердечно-сосудистый риск независимо от ФР, учитываемых шкалой SCORE, обследование, направленное на диагностику таких поражений, крайне желательно, особенно в группах низкого и умеренного риска (1-4% по шкале SCORE) | IIa | B | Слабая степень обоснованности |
| У всех пациентов с АГ 3 степени, а также у тех пациентов с АГ 1-2 степени, которые относятся к группам высокого / очень высокого риска, рекомендовано безотлагательное назначение лекарственной антигипертензивной терапии | I | C | Высокая степень обоснованности |
| У некоторых пациентов с АГ назначение лекарственной антигипертензивной терапии может быть отложено до оценки эффективности изменения образа жизни: на несколько недель при АГ 1-2 степени и умеренном риске; на несколько месяцев при АГ 1 степени при отсутствии других ФР | IIb | C | Слабая степень обоснованности |
| У всех пациентов с АГ систолическое АД должно быть <140 мм рт. ст., а диастолическое АД <90 мм рт. ст. | IIa | A | Высокая степень обоснованности |
| У всех больных АГ с манифестным ССЗ либо СД 2 типа, либо риском (по шкале SCORE) $\geq 5\%$ следует рассмотреть возможность назначения статинов | IIa | B | Высокая степень обоснованности |
| Пациентам с АГ, у которых имели место сердечно-сосудистые события, рекомендован прием антиагрегантной терапии, в частности низких доз аспирина | I | A | Высокая степень обоснованности |
| При АГ без манифестного ССЗ назначение антиагрегантной терапии может быть рассмотрено в том случае, если отмечается снижение функции почек либо пациент относится к группе высокого риска | IIb | A | Слабая степень обоснованности |

Пороговый уровень АД, с которого следует начинать диагностировать АГ, зависит от условий и способа измерения данного показателя (табл. 4).

| Особенности измерения АД | Диагностический критерий АГ | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| | Систолическое АД, мм рт. ст. | Диастолическое АД, мм рт. ст. |
| Офисное АД (измерение в медицинском учреждении) | 140 | 90 |
| Домашнее АД (измерение вне медицинского учреждения) | 130-135 | 85 |
| АД по данным амбулаторного мониторинга | Среднесуточное | 125-130 |
| | Дневное | 130-135 |
| | Ночное | 120 |

Новые данные. При АГ субклиническое поражение органов-мишеней является предиктором ССС, не зависящим от ФР, которые положены в основу шкалы SCORE. Комплексный подход, включающий как оценку по шкале SCORE, так и диагностику субклинических поражений органов-мишеней, улучшает кардиоваскулярное прогнозирование, особенно у лиц из групп низкого и умеренного риска (SCORE 1-4%). Антигипертензивная терапия обладает положительными эффектами у лиц ≥80 лет.

Сахарный диабет

Активная коррекция гипергликемии при СД снижает риск осложнений, обусловленных микроангиопатиями и, в меньшей степени, ССЗ. Активная терапия АГ при СД уменьшает риск микро- и макроангиопатий. Для достижения целей лечения, как правило, необходим прием комбинированной антигипертензивной терапии.

СД: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| Для предупреждения ССЗ при СД рекомендуемый целевой уровень HbA _{1c} составляет <7,0% | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Для снижения сердечно-сосудистого риска при СД рекомендован прием статинов | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Следует избегать эпизодов гипогликемии и чрезмерного снижения массы тела. У пациентов с осложненным течением заболевания может потребоваться индивидуальный подход (в отношении как целевых уровней ряда показателей, так и выбора медикаментов) | I | B | Высокая степень обоснованности |
| Метформин в случае удовлетворительной толерантности и отсутствия противопоказаний к его приему может быть средством выбора | IIa | B | Высокая степень обоснованности |
| Снижение HbA _{1c} до максимально возможного безопасного уровня (<6,5%) у пациентов с длительно протекающим СД может уменьшить риск осложнений, обусловленных микроангиопатиями | IIb | B | Слабая степень обоснованности |
| Целевой уровень АД при СД <140/80 мм рт. ст. | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Для больных без ССЗ целевые уровни ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л, ОХС <4,5 ммоль/л. При наличии очень высокого риска целевой уровень ХС ЛПНП <1,8 ммоль/л (т. е. следует назначать более высокие дозы статинов) | IIb | B | Слабая степень обоснованности |
| Больным СД без клинически манифестного ССЗ антиагрегантная терапия не показана | III | A | Высокая степень обоснованности |

Новые данные. Целевой уровень HbA_{1c} повышен с 6,5 до 7,0%. Аспирин больше не рекомендуется для первичной профилактики у пациентов с СД. Целевой уровень систолического АД должен составлять не <130, а <140 мм рт. ст. (при этом целевой уровень диастолического АД сохраняется прежним – <80 мм рт. ст.).

Липидный профиль

Повышенные уровни ОХС и ХС ЛПНП являются важнейшими сердечно-сосудистыми ФР. К независимым ФР также относятся гипертриглицеридемия и низкий уровень ХС ЛПВП. Терапия статинами улучшает сердечно-сосудистый прогноз.

Дислипидемия: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| У пациентов из групп низкого и умеренного риска рекомендуемый целевой уровень ОХС составляет <5,0 ммоль/л, ХС ЛПНП <3,0 ммоль/л | I | A | Высокая степень обоснованности |
| У пациентов из группы высокого риска рекомендуемый целевой уровень ХС ЛПНП составляет <2,5 ммоль/л | I | A | Высокая степень обоснованности |
| У пациентов из группы очень высокого риска рекомендуется снижение ХС ЛПНП до <1,8 ммоль/л либо на ≥50% от исходного уровня (если не удается достичь целевых значений) | I | A | Высокая степень обоснованности |
| При наличии семейной гиперхолестеринемии пациентов относят к группе высокого риска и назначают статины | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Больным, перенесшим ОКС, статины должны быть назначены в высоких дозах еще до выписки из стационара | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Для профилактики негеморрагического мозгового инсульта статины назначают всем пациентам с ССЗ, а также бессимптомным лицам из группы высокого риска. Статины необходимо назначать больным, которые перенесли ишемический мозговой инсульт некардиоэмболического генеза | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Окклюзивные поражения артерий ног и сонных артерий являются эквивалентом ИБС, следовательно, их наличие служит показанием для назначения статинов | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Статины являются препаратами выбора для лечения дислипидемии у больных, перенесших трансплантацию внутреннего органа | IIa | B | Высокая степень обоснованности |
| ХБП 2-5 стадий (рСКФ <90 мл/мин/1,73 м ²) признана эквивалентом ИБС. Целевой уровень ХС ЛПНП у этих пациентов определяется степенью почечной недостаточности | IIa | C | Высокая степень обоснованности |

Новые данные. Для исходного анализа липидного спектра крови (скрининг, оценка риска, определение эффективности терапии) рекомендовано исследовать уровень ХС ЛПНП. ХС ЛПВП также является важным ФР, который следует учитывать при оценке профиля сердечно-сосудистого риска. Тем не менее рассматривать коррекцию ХС ЛПВП как самостоятельную цель терапии не рекомендовано.

Противосвертывающая терапия

Противосвертывающая терапия: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|--|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| В течение первых 12 мес от момента развития ОКС рекомендовано назначать двойную антиагрегантную терапию (аспирин + ингибитор P2Y ₁₂ – тикагрелор или прасугрель), если отсутствуют противопоказания (высокий риск кровотечения) | I | B | Высокая степень обоснованности |
| Клопидогрель (600 мг нагрузочная доза, а далее 75 мг/сут) показан пациентам, которые не получают тикагрелор или прасугрель | I | A | Высокая степень обоснованности |
| После 12 мес от момента развития ОИМ для вторичной профилактики рекомендовано назначение аспирина | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Пациентам, перенесшим транзиторную ишемическую атаку или ишемический мозговой инсульт некардиоэмболического генеза, в качестве меры вторичной профилактики показана комбинированная терапия дипиридамолом и аспирином либо монотерапия клопидогрелем | I | A | Высокая степень обоснованности |
| В случае непереносимости дипиридамола (головная боль) либо клопидогреля показана монотерапия аспирином | I | A | Высокая степень обоснованности |
| У пациентов, перенесших некардиоэмболические цереброваскулярные события, антикоагулянты не имеют преимуществ перед аспирином и поэтому не рекомендованы | III | B | Слабая степень обоснованности |
| Вследствие повышенного риска клинически значимых кровотечений прием аспирина и клопидогреля не рекомендован лицам без манифестной цереброваскулярной патологии либо ССЗ | III | B | Слабая степень обоснованности |

Новые данные. У больных ОКС комбинация ингибитора P2Y₁₂ и аспирина имеет преимущества перед комбинацией последнего с клопидогрелем.

Приверженность к терапии

Приверженность к лекарственной терапии у лиц из группы высокого риска и пациентов с ССЗ остается недостаточной. Для повышения приверженности к терапии существует несколько методов.

Приверженность к лекарственной терапии: доказательный подход

| Рекомендация | Доказательность | | |
|---|-----------------|---------|--------------------------------|
| | Класс | Уровень | GRADE |
| Врач должен оценить степень приверженности к лечению, а при ее отсутствии выяснить причины этого и выбрать методы, повышающие комплаенс | I | A | Высокая степень обоснованности |
| Медикаменты рекомендовано назначать в минимально приемлемых дозах. Кроме того, нужно контролировать выполнение назначений. Если приверженности к терапии достичь не удается, следует по возможности использовать длительную или комбинированную поведенческую коррекцию | IIa | A | Высокая степень обоснованности |

Повышая комплаенс, нужно учитывать причины его снижения, которые согласно классификации ВОЗ делят на 5 категорий (табл. 5).

Таблица 5. Причины недостаточной приверженности пациентов к назначаемой терапии

| Причины | Характеристика |
|--|--|
| Несовершенство системы здравоохранения | Плохое взаимодействие между врачом и пациентом. Неудовлетворительные знания врача об особенностях назначаемых лекарств и/или несоблюдение врачом действующих рекомендаций. Некачественные (малоинформативные, сложные, путаные) врачебные советы. Недоступность врачебной консультации. Одномоментность помощи |
| Особенности болезни | Бессимптомное хроническое течение (отсутствие физических признаков). Сопутствующее психическое расстройство (например, депрессия) |
| Особенности больного | Функциональные расстройства (например, снижение остроты зрения). Когнитивные нарушения. Психологические/поведенческие проблемы (например, отсутствие мотивации, импульсивность, низкая самооценочность, т. е. недостаточная способность управлять событиями). Молодой возраст |
| Особенности лечения | Сложный режим терапии. Побочные эффекты |
| Социально-экономические факторы | Низкий уровень грамотности. Высокая стоимость медикаментов. Недостаточная социальная поддержка |

Перевел с англ. Глеб Данин

