

*Все заботятся не о том, правильно ли живут,
а о том, долго ли проживут.
Между тем жить правильно зависит от тебя,
а жить долго – от Бога*

Сенека

Профилактика сердечно- сосудистых заболеваний

**Заведующий кафедрой геронтологии и
гериатрии БелМАПО
Сушинский В.Э.**

Профилактика



- **Первичная профилактика** ориентирована на предупреждение заболеваний среди здорового населения и людей с факторами риска.
- **Вторичная профилактика** ориентирована на лиц уже страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- **Вторичная профилактика** основывается на учете степени риска новых сердечно-сосудистых "событий" на предстоящие 10 лет в зависимости от выраженности процесса, связанного в основном с нестабильностью атероматозной бляшки в артериях жизненно важных органов и совокупности имеющихся факторов риска, включая возраст и пол больного.

В настоящее время выделяют две стратегии профилактики ССЗ, основанные на концепции факторов риска

- **Популяционная** - для массовой профилактики, направленная на изменение образа жизни и окружающей среды большого контингента населения с целью оздоровления образа жизни и предотвращения появления или снижения уровня факторов риска ССЗ.
- **Высокого риска** - направленная на выявление людей высокого риска развития ССЗ для последующего его снижения с помощью профилактических мероприятий.
- Эти две стратегии не противопоставляются друг другу, а дополняют друг друга.

В настоящее время выделяют две стратегии профилактики ССЗ, основанные на концепции факторов риска

- Важную роль в популяционной стратегии играют общегосударственные мероприятия, однако инициаторами и "катализаторами" данной стратегии должны быть медицинские работники.
- Стратегия высокого риска в большей степени доступна врачам и может быть успешно использована и в поликлинической работе.

Цель рекомендаций

- **Цель рекомендаций** - снижение частоты первичных и повторных коронарных осложнений, ишемического инсульта и поражения периферических артерий.
- Основное внимание уделяется профилактике нетрудоспособности и ранней смертности.
- В рекомендациях обсуждается роль модификации образа жизни, борьбы с основными сердечно-сосудистыми факторами риска и применения других средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Зачем нужна стратегия активной профилактики в клинической практике?

- В большинстве стран Европы сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной преждевременной смерти и служат важными причинами нетрудоспособности и роста затрат на охрану здоровья.
- Причиной ССЗ является атеросклероз, который развивается постепенно на протяжении многих лет и к моменту появления симптомов находится в далеко зашедшей стадии.
- Смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто возникают внезапно, поэтому многие лечебные вмешательства невыполнимы или дают только паллиативный эффект.
- Сердечно-сосудистая заболеваемость зависит от образа жизни и модифицируемых физиологических факторов риска.
- Модификация факторов риска приводит к снижению заболеваемости и смертности, особенно у пациентов с распознанными или нераспознанными ССЗ.

Что нового содержится в рекомендациях по сравнению с двумя предыдущими версиями?

От профилактики коронарной болезни сердца к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Этиология инфаркта миокарда, ишемического инсульта и поражения периферических артерий сходна.

Некоторые лекарственные средства предупреждают не только коронарные осложнения и реваскуляризацию коронарных артерий, но и ишемический инсульт и поражение периферических артерий.

Решение об определенных профилактических мероприятиях следует принимать с учетом риска любых сосудистых осложнений, а не только осложнений ИБС.

Для оценки риска использованы модель SCORE и таблицы, которые легко адаптируются с учетом национальных условий, имеющихся средств и приоритетов и учитывают неоднородность сердечно-сосудистой смертности в различных странах Европы.

Что нового содержится в рекомендациях по сравнению с двумя предыдущими версиями?

Риск предложено оценивать на основании абсолютной вероятности смерти от сердечно-сосудистых причин в течение 10 лет. Хотя профилактика нефатальных осложнений является не менее важной задачей, тем не менее при оценке риска в качестве конечной точки в Европе было предложено использовать сердечно-сосудистую смертность.

Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечнососудистых заболеваний $\geq 5\%$. Этот порог достаточен для идентификации пациентов высокого риска развития нефатальных осложнений.

Клинические приоритеты. В первую очередь профилактика показана больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентам высокого риска их развития.

Приоритетные группы для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике

- Больные с атеросклерозом коронарных, периферических и церебральных сосудов.
- Пациенты группы высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом:
 - множественные факторы риска, определяющие вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$ в течение 10 лет (или при экстраполяции на 60-летний возраст);
 - резко повышенный уровень одного фактора риска: холестерин ≥ 8 ммоль/л (320 мг%), холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг%), АД $\geq 180/110$ мм рт. ст;
 - сахарный диабет 1 и 2 типа с микроальбуминурией.
- Близкие родственники:
 - больных, у которых атеросклеротические заболевания проявились в молодом возрасте;
 - пациентов, относящихся к группе очень высокого риска.

Основные цели профилактики у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентов высокого риска

- Исключить курение
- Соблюдать здоровую диету
- Повысить физическую активность
- Индекс массы тела <25 кг/м²
- АД $<140/90$ мм рт.ст. (или $<130/80$ мм рт.ст. в определенных группах*)
- Общий холестерин <5 ммоль/л (190 мг%) или $<4,5$ ммоль/л (175 мг%) в определенных группах*
- Холестерин ЛПНП <3 ммоль/л (115 мг%) или $<2,5$ ммоль/л (100 мг%) в определенных группах*
- Адекватный контроль гликемии у больных сахарным диабетом
- Профилактические средства в определенных группах

Как добиться изменения образа жизни у больных с сердечнососудистыми заболеваниями и пациентов высокого риска?

Подходы к повышению эффективности модификации образа жизни:

- наладить тесный контакт с больным;
- добиваться выполнения ваших рекомендаций по улучшению образа жизни;
- пациент должен осознавать наличие связи между образом жизни, здоровьем и заболеваниями;
- помогать больным выявлять барьеры, препятствующие улучшению образа жизни;
- пациенты должны принимать участие в идентификации и выборе факторов риска, которые могут быть устранены;
- необходимо сочетать различные стратегии контроля факторов риска;
- целесообразно разработать план улучшения образа жизни;
- постоянный контроль путем регулярных контактов с пациентом;
- по возможности следует привлекать других специалистов.

С помощью SCORE и SCORECARD можно активно вовлекать пациентов в процесс борьбы с факторами риска.

Как улучшить диету?

Всем пациентам необходимо давать профессиональные советы по здоровому питанию, которое обеспечивает минимальный риск развития ССЗ.

- **Общие рекомендации:** пища должна быть разнообразной, а потребление энергии необходимо скорректировать таким образом, чтобы оно поддерживало идеальную массу тела;
- **Рекомендовать увеличение потребления следующих продуктов:** овощи и фрукты, хлеб грубого помола, обезжиренные молочные продукты, рыба и постное мясо;
- наиболее выраженными защитными свойствами обладают жирная рыба и омега-3 жирные кислоты;
- общее потребление жиров должно составлять не более 30% калорийности пищи, а потребление насыщенных жиров не должно превышать 1/3 от общего количества жиров;
- потребление холестерина должно быть менее 300 мг/сут.;
- при соблюдении низкокалорийной диеты насыщенные жиры могут быть частично заменены сложными углеводами, мононенасыщенными и полиненасыщенными жирами растительного и животного (рыба) происхождения.

Больные артериальной гипертонией, сахарным диабетом и гиперхолестеринемией или другими дислипидемиями должны получать специальные рекомендации по диетотерапии.

Как бросить курить?

Всем курильщикам необходимо рекомендовать отказаться от курения всех форм табака.

Борьба с курением должна включать в себя 5 компонентов:

- при каждой возможности выясняйте, курит ли пациент;
- оцените степень зависимости и желание пациента бросить курить;
- настоятельно рекомендуйте всем курильщикам бросить курить;
- рекомендуйте пациенту методы борьбы с курением, включая поведенческую терапию, средства, содержащие никотин, и/или другие лекарственные препараты;
- согласуйте с пациентом схему следующих визитов.

Низкая физическая активность

- У людей с низкой физической активностью ССЗ развиваются в 1,5-2,4 (в среднем в 1,9) раза чаще, чем у людей, ведущих физически активный образ жизни.
- Всем больным и пациентам высокого риска необходимо увеличить физическую активность до безопасного уровня, обеспечивающего минимальный риск развития ССЗ.

Цель - выполнять физические нагрузки по крайней мере по 30 минут 4-5 раз в неделю, хотя более умеренная активность также приносит пользу для здоровья.

- При выборе программы физических упражнений необходимо учитывать вид физических упражнений, их частоту, продолжительность и интенсивность.

Как повысить физическую активность?

- Здоровым людям следует рекомендовать нагрузки, которые приносят им наслаждение и могут быть интегрированы в обычный образ жизни (по 30-45 минут 4-5 раз в неделю при ЧСС, составляющей 60-75% от максимальной).
- Для профилактики ССЗ и укрепления здоровья наиболее подходят физические упражнения, предусматривающие регулярные ритмические сокращения больших групп мышц
- Больным с ССЗ подбирать уровень физической активности следует с учетом результатов клинического обследования, включая пробу с физической нагрузкой.

Злоупотребление алкоголем

- Зависимость между употреблением алкоголя и смертностью от ИБС имеет U-образный характер: у непьющих и особенно у много пьющих риск выше, чем у пьющих умеренно (до 30 г в день в пересчете на "чистый" этанол).
- Несмотря на то, что умеренные дозы алкоголя благоприятно влияют на риск развития ИБС, **другие эффекты алкоголя** (повышение АД, риск развития инсульта и внезапной смерти, цирроз печени, влияние на психосоциальный статус) **не позволяют рекомендовать его для профилактики ИБС.**
- Следует учитывать и высокую калорийность алкоголя, особенно людям с избыточной массой тела (при "сгорании" 1 г этанола образуется 7 ккал, т.е. почти вдвое больше, чем при "сгорании" белков и углеводов).

Почему людям трудно модифицировать свой образ жизни?

Пациентам часто не удастся улучшить свой образ жизни, однако им не следует отказываться от новых попыток.

Затрудняют борьбу с факторами риска :

- **низкое социально-экономическое положение** (программы борьбы с факторами риска часто менее эффективны у пациентов, занимающих низкое социальное положение);
- **социальная изоляция** (одиноким людям чаще ведут нездоровый образ жизни);
- **стресс** (проблемы, возникающие на работе и в быту, мешают людям заниматься своим здоровьем);
- **негативные эмоции** (депрессия, тревога и враждебность имеют отрицательное значение, хотя соответствующее лечение облегчает модификацию образа жизни).

Если пациент будет чувствовать понимание и симпатию со стороны врача, то это поможет преодолеть барьеры и добиться изменения образа жизни.

Тромбогенные факторы

- Изменение факторов, участвующих в процессе свертывания крови (фибриноген, фактор свертывания VII, агрегация тромбоцитов, сниженная фибринолитическая активность), увеличивает риск развития ССЗ.
- Изучена роль повышения фибриногена как самостоятельного фактора риска, увеличивающего его в 2-3 раза.
- В целях профилактики применяют препараты, снижающие агрегацию тромбоцитов, чаще всего ацетилсалициловую кислоту (аспирин, кардиомагнил).

Тромбогенные факторы

- Эффективность ацетилсалициловой кислоты доказана в исследованиях по вторичной профилактике ИБС и инсульта.
- Для первичной профилактики, ацетилсалициловая кислота (кардиомагнил), при отсутствии противопоказаний, целесообразно назначать людям с высоким риском развития ССЗ.

Ацетилсалициловая кислота показана:

- 1) при всех уже существующих сердечно-сосудистых заболеваниях, в том числе при СД, если нет противопоказаний; для большинства больных рекомендуется пожизненное применение низких доз;
- 2) при отсутствии явной сердечно-сосудистой патологии, но при 10-летнем риске кардиоваскулярной смерти $\geq 10\%$ (очень высокий риск по SCORE).

Клопидогрель показан:

- 1) в качестве монотерапии в случае непереносимости аспирина или резистентности к нему;
- 2) в комбинации с аспирином после острого коронарного синдрома (желательно 9-12 мес).

Конгресс Европейского общества кардиологов – 2008: новости, события, факты 30 августа – 3 сентября, г. Мюнхен (Германия)

На Конгрессе была проведена презентация клинического исследования, начатого среди пациентов с умеренным риском первичных сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий ARRIVE (Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events).

- В исследовании принимают участие 12 тыс. пациентов.
- Целью ARRIVE является продемонстрировать эффективность и безопасность применения ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг/день в первичной профилактике у пациентов среднего сердечно-сосудистого и цереброваскулярного риска.

Гормональная контрацепция и гормональная заместительная терапия после наступления менопаузы

Имеются данные, что применение гормональных контрацептивов увеличивает риск развития ИБС, особенно у курящих женщин старше 35 лет.

- Женщины, у которых имеются и другие факторы риска ССЗ (дислипидемия, АГ, СД), должны вместе с врачом тщательно оценить возможный риск использования контрацептивов.

В эпидемиологических исследованиях было показано, что риск возникновения ССЗ меньше у женщин, принимающих эстрогены в постменопаузном периоде.

- Кардиопротективный эффект эстрогенов объясняют их благоприятным влиянием на липидный спектр, факторы свертывания крови и тонус сосудов.
- Терапия может быть рекомендована женщинам, имеющим высокий риск развития ИБС, однако подход должен быть индивидуальным, с учетом возможного увеличения при такой терапии риска рака эндометрия и молочной железы.

Артериальное давление

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями целевое АД составляет менее 140/90 мм рт. ст.

- Выбор антигипертензивных средств зависит от характера сердечно-сосудистой патологии, а также других сердечно-сосудистых факторов риска.
- При отсутствии симптомов решение о необходимости антигипертензивной терапии зависит не только от уровня АД, но и общего сердечно-сосудистого риска и наличия поражения органов-мишеней.

Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (2007)

10-летний риск кардио-васкулярной смерти по SCORE	АД				
	Нормальное (<130/85 мм рт. ст.)	Высокое нормальное (130-139/85-89 мм рт. ст.)	АГ I степени (140-159/90-99 мм рт. ст.)	АГ II степени (160-179/100-109 мм рт. ст.)	АГ III степени (≥180/110 мм рт. ст.)
Низкий <1%	Модификация образа жизни	Модификация образа жизни	Модификация образа жизни	Фармакотерапия, если немедикаментозное лечение неэффективно	Фармакотерапия
Умеренный 1-4%	Модификация образа жизни	Модификация образа жизни	Рассмотреть необходимость фармакотерапии	Фармакотерапия, если немедикаментозное лечение неэффективно	Фармакотерапия
Высокий 5-9%	Модификация образа жизни	Рассмотреть необходимость фармакотерапии	Фармакотерапия	Фармакотерапия	Фармакотерапия
Очень высокий ≥10%	Модификация образа жизни	Рассмотреть необходимость фармакотерапии	Фармакотерапия	Фармакотерапия	Фармакотерапия

Липиды плазмы

- Уровень общего холестерина плазмы **должен быть менее 5 ммоль/л (190 мг%)**, а холестерина ЛПНП - **менее 3 ммоль/л (115 мг%)**.

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом целевые уровни липидов должны быть ниже: общий холестерин <4,5 ммоль/л (175 мг%), холестерин ЛПНП <2,5 ммоль/л (100 мг%).

- Целевые уровни холестерина ЛПВП и триглицеридов не определены, однако уровень холестерина ЛПВП <1,0 ммоль/л (40 мг%) у мужчин и <1,2 ммоль/л (46 мг%) у женщин, а уровень триглицеридов натошак >1,7 ммоль/л (150 мг%) считают маркерами повышенного риска.
- При отсутствии симптомов решение о назначении терапии зависит не только от уровней липидов, но и общего сердечно-сосудистого риска.

Рекомендации по гиполипидемической терапии у пациентов без признаков сердечно-сосудистых заболеваний

Общий риск <5%

ОХС ≥ 5 ммоль/л (190 мг%)

Изменение образа жизни с целью снижения ОХС менее 5 ммоль/л (190 мг%) и холестерина ЛПНП менее 3 ммоль/л (115 мг%).
Обследование по крайней мере каждые 5 лет

Общий риск $\geq 5\%$

ОХС ≥ 5 ммоль/л (190 мг%)

Измерить уровень ОХС натощак, холестерина ЛПВП и триглицеридов. Рассчитать содержание холестерина ЛПНП.
Немедикаментозное лечение в течение по крайней мере 3 месяцев. Повторный анализ липидов.

ОХС <5 ммоль/л (190 мг%) и холестерин ЛНП <3 ммоль/л (115 мг%).

Продолжить немедикаментозное лечение с ежегодными осмотрами. Если риск остается $\geq 5\%$, обсудить вопрос о назначении фармакотерапии с целью снижения ОХС менее 4,5 ммоль/л (175 мг%) и холестерина ЛПНП менее 2,5 ммоль/л (100 мг%)

ОХС ≥ 5 ммоль/л (190 мг%) или холестерин ЛПНП ≥ 3 ммоль/л (115 мг%): продолжить немедикаментозное лечение и начать фармакотерапию

Пациентам с множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, у которых уровни общего холестерина и холестерина ЛПНП приближаются к 5 и 3 ммоль/л соответственно, показана терапия гиполипидемическими средствами в средних дозах с целью снижения их содержания до <4,5 ммоль/л (175 мг%) и <2,5 ммоль/л (100 мг%) соответственно.

У пациентов с более высоким содержанием липидов указанные пониженные их уровни не являются целью лечения, так как для их достижения потребуются применение гиполипидемических средств в высоких дозах, польза которых пока не доказана.

Липидкорригирующая терапия

- **Липидкорригирующая терапия должна быть рассчитана на длительное применение.**

Учитывая побочные действия больших доз препаратов и их высокую стоимость, следует придерживаться правил:

начинать медикаментозную терапию с начальных доз препарата;

при отсутствии достаточного эффекта начальной дозы повышать дозы не ранее чем через 1–2 мес. лечения;

переходить к комбинированной терапии только после неэффективности максимальной дозы при монотерапии и применении этой дозы в течение не менее 2 мес.;

использовать максимально эффекты немедикаментозных средств.

Другие факторы способствующие развитию и прогрессированию ССЗ

- Психосоциальные факторы
- Генетические факторы
- Гипергомоцистеинемия
- Инфекционные факторы
- Воспаление
- Частота сердечных сокращений
- Поражение почек
- Сахарный диабет
- Метаболический синдром

Кому следует назначать другие профилактические средства?

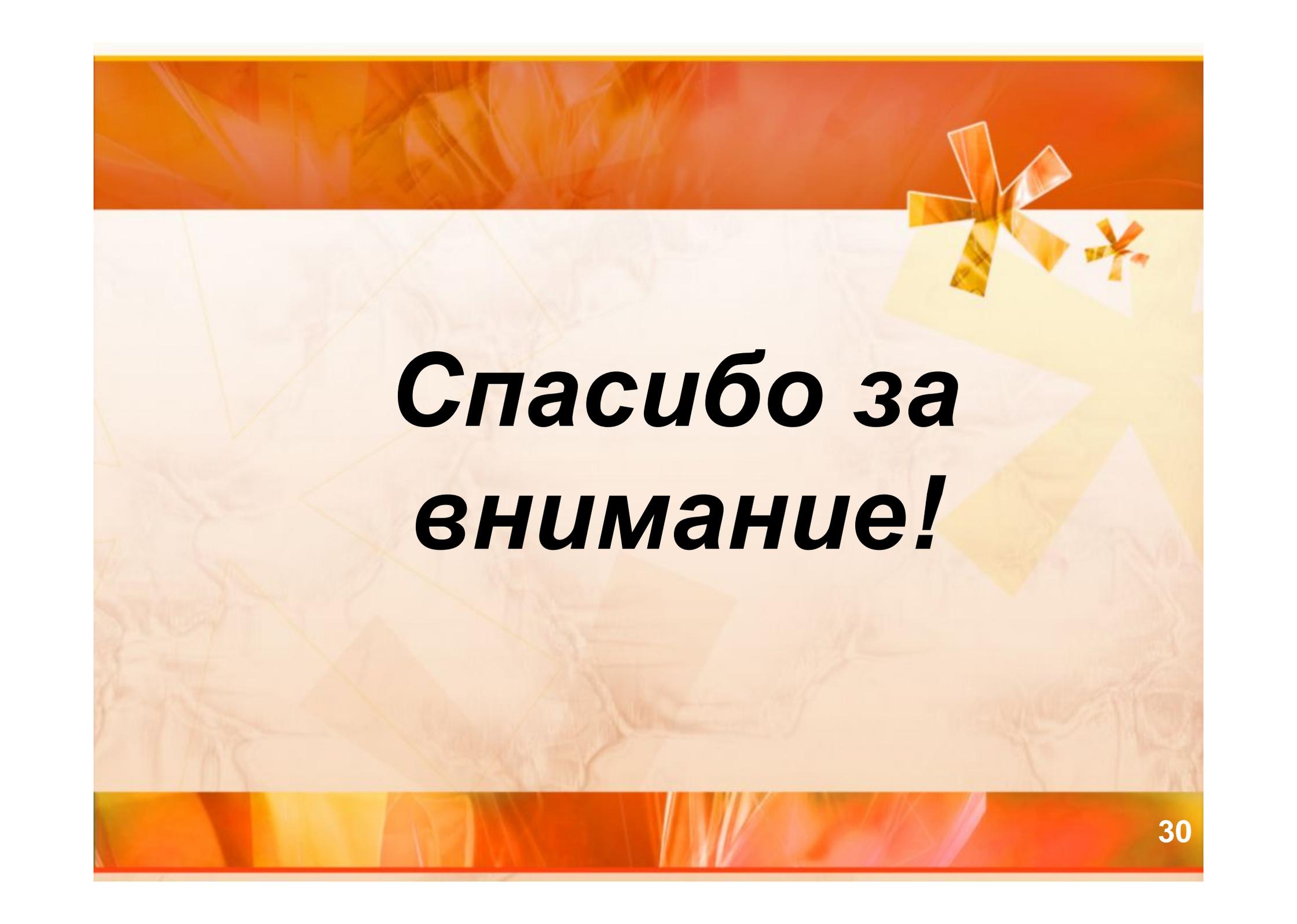
Для профилактики ССЗ в клинической практике могут быть использованы следующие препараты:

- **β-Адреноблокаторы** показаны:
 - 1) после перенесенного инфаркта миокарда;
 - 2) при застойной сердечной недостаточности;
 - 3) при клинически выраженной ишемии миокарда;
 - 4) в качестве антигипертензивных препаратов.
- **Ингибиторы АПФ** показаны:
 - 1) для лечения сердечной недостаточности или дисфункции левого желудочка;
 - 2) для лечения АГ и нефропатии на фоне СД;
 - 3) для лечения АГ.
- **Блокаторы рецепторов ангиотензина II** показаны в случае непереносимости ингибиторов АПФ.

Кому следует назначать другие профилактические средства?

Для профилактики ССЗ в клинической практике могут быть использованы следующие препараты:

- **Блокаторы кальциевых каналов** показаны:
 - 1) для лечения АГ; 2) после инфаркта миокарда, если β -адреноблокаторы противопоказаны.
- **Диуретики** показаны для лечения АГ.
- **Антикоагулянты** показаны:
 - 1) при тромбоэмболических событиях в анамнезе;
 - 2) при наличии тромба в левом желудочке;
 - 3) при постоянной или пароксизмальной мерцательной аритмии;
 - 4) при а) крупном переднем инфаркте миокарда, б) аневризме левого желудочка, в) пароксизмальной тахиаритмии, г) постинфарктной застойной СН.



***Спасибо за
внимание!***