

Индивидуальная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Позиция европейских кардиологических обществ

Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я.

ФГБУ Государственный научно исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва, Россия

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(1): 4–7
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-4-7>

Поступила 09/01-2017
Принята к публикации 18/01-2017

Individual prevention of cardiovascular diseases. The position of European cardiovascular societies

Oganov R. G., Maslennikova G. Ya.

National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow, Russia

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(1): 4–7
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-4-7>

ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела, НЗТ — никотинзаместительная терапия, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

В 2016г были опубликованы “Европейские руководства по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в клинической практике” (European Heart Journal doi: 10.1093/eurheartj/ehw106). В их подготовке приняли участие Европейское общество кардиологов и представители других 10 обществ, а также приглашенные эксперты.

Во вступлении отмечается, что профилактика должна проводиться как на популяционном уровне, т.е. среди всего населения путем пропаганды здорового образа жизни, так и на индивидуальном уровне, а именно среди пациентов повышенного риска или больных ССЗ путем оздоровления их образа жизни и снижения уровня повышенных факторов риска (ФР).

Во многих публикациях, посвященных стратегии профилактики ССЗ и других неинфекционных заболеваний, всегда подчеркивалось, что эти два подхода не следует противопоставлять, т.к. они дополняют друг друга.

Не рассматривая вопросы выявления ФР и оценки степени суммарного риска, в этой статье акцент делается на основные принципы вмешательств по коррекции ФР на индивидуальном уровне.

Изменение поведения. Когнитивные поведенческие методы рекомендуются для мотивации изменения поведения в сторону здорового образа жизни. Поэтому медицинские работники должны быть

обучены эффективным методам общения с пациентами. Дружеское и позитивное общение с пациентом увеличивает вероятность выполнения им рекомендаций по изменению образа жизни.

Важно выяснить предыдущий опыт конкретного пациента, ход его мышления, тревоги, условия повседневной жизни и на этой основе проводить консультирование. В руководствах обычно представлены общие принципы и конкретные шаги эффективного консультирования в отношении изменения поведения.

Психосоциальные факторы. Коррекция и лечение психосоциальных факторов могут противодействовать психологическому стрессу, депрессии, тревоге и тем самым способствовать изменению поведения, улучшению качества жизни и прогноза пациента.

Не на все психосоциальные факторы врачи могут воздействовать, но, зная механизмы их влияния на ССЗ, они могут предупредить их вредное воздействие. При выраженных симптомах депрессии, тревоги, враждебности пациентов рекомендуется направлять на психотерапию, медикаментозное или комбинированное лечение. В руководствах приведены основные принципы взаимодействия медицинского работника с пациентом, направленного на снижение влияния психосоциальных факторов; ориентированное на пациента общение

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (495) 623-93-84

e-mail: roganov@nrcpm.ru

[Оганов Р. Г.* — д.м.н., профессор, академик РАН, г.н.с., руководитель отдела профилактики коморбидных состояний, Масленникова Г. Я. — к.м.н., в.н.с. отдела].

лежит в их основе. Одновременно отмечается недостаток доказательств, что только лечение депрессии и тревоги без других профилактических мер приведет к предупреждению ССЗ и улучшению их прогноза.

Малоподвижный образ жизни и физическая активность. Регулярная физическая активность является основой профилактики ССЗ, улучшая физическое состояние и умственное здоровье. Для здоровых взрослых лиц всех возрастов рекомендации остаются прежними: 150 мин в нед. умеренной интенсивности или 75 мин большей интенсивности аэробной физической активности. Их следует рекомендовать всем лицам, ведущим малоподвижный образ жизни. При желании пациента заниматься интенсивной физической активностью необходимо проведение клинического обследования, включая тест с физической нагрузкой. Для укрепления костной системы, увеличения массы и силы мышц рекомендуются одновременно с аэробными выполнять как минимум 2 раза в нед. изотонические физические упражнения.

Курение. Прекращение курения является наиболее выигрышной стратегией профилактики ССЗ в плане соотношения стоимость/эффективность. Рекомендуется выявлять курильщиков, повторно советовать им прекратить курение, а при необходимости оказывать медикаментозную помощь, назначая никотинзаместительную терапию (НЗТ): варениклин, бупропион или их комбинацию (исключение — НЗТ и варениклин). Пассивное курение заметно увеличивает риск, поэтому некурящие нуждаются в защите. Электронные сигареты могут помочь в отказе от курения, но на них должны быть такие же маркировочные ограничения, как на обычные сигареты.

Питание. Здоровое питание рекомендуется как основа профилактики ССЗ для всех лиц. Если следовать принципам здорового питания, то нет необходимости в пищевых добавках.

Основные характеристики здорового питания:

- насыщенные жирные кислоты <10% от общей потребляемой энергии,
- трансформы ненасыщенных жиров <1% от общей потребляемой энергии,
- соль — 5 г, клетчатка — 30–45 г, фруктов ≥200 г, орехи — 30 г в сут., рыба — 1–2 раза в нед., алкоголь — 20 г для мужчин и 10 г для женщин.

В наблюдательных и случай-контроль исследованиях находили негативную ассоциацию между витаминами А, Е, В, С, однако интервенционные исследования не подтвердили эти наблюдения.

Функциональные продукты, содержащие фитостеролы, эффективны в снижении холестерина даже в дополнении к диете и статинам.

В то же время клинические исследования с конечными точками пока отсутствуют.

Масса тела (МТ). Избыточная МТ и ожирение ассоциируются с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых и всех причин. Общая смертность наименьшая при индексе массы тела (ИМТ) от 20 до 25 кг/м² для лиц <60 лет. Дальнейшее снижение МТ не следует рассматривать перспективным для ССЗ. Поддержание оптимальной МТ оказывает благоприятный эффект на метаболические ФР: артериальное давление, липиды крови, толерантность к глюкозе, и таким образом снижает риск ССЗ и диабета.

Кроме количества общего жира важно его распределение. Отложение жира в области живота (интраабдоминальный жир) создает больший риск, чем подкожный жир.

При окружности талии ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин рекомендуется не набирать больше вес, а при окружности талии ≥102 см у мужчин и ≥88 см у женщин необходимо рекомендовать снижение веса. Так как нормальные показатели окружности талии различаются в разных расовых и этнических группах, то определение ИМТ считается достаточным в рутинной практике.

Среди больных ишемической болезнью сердца (ИБС), с сердечной недостаточностью, после чрескожных коронарных вмешательств в ряде исследований наблюдался протективный эффект ожирения, что назвали парадоксом ожирения. Однако причины таких результатов остаются неясными, поэтому не следует рекомендовать повышение веса с протективной целью у подобных больных.

Диета, физические упражнения, изменение поведения остаются основными терапевтическими подходами при лечении ожирения. В случае их неэффективности дополнительными подходами являются медикаментозное лечение (орлистат) и бариатрическая хирургия.

Недостаточно изученными остаются оптимальные показатели ИМТ в пожилом возрасте и после сердечных событий.

Контроль липидов. Повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) этиологически связано с атеросклерозом, поэтому их снижение влияет благоприятно на риск сердечно-сосудистых событий. Низкий холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) ассоциируется с повышенным риском ССЗ, однако попытки повысить их уровень не сопровождались снижением риска сердечно-сосудистых событий.

Здоровый образ жизни и изменение питания рекомендуются всем для коррекции дислипидемии. Интенсивность вмешательства в основном зависит от общего сердечно-сосудистого риска.

Рекомендуются следующие целевые уровни ХС ЛНП:

- у пациентов очень высокого риска <1,8 ммоль/л или снижение как минимум на 50% от исходного уровня;

- у пациентов высокого риска $<2,6$ ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня;
- у остальных пациентов <3 ммоль/л.

Эти рекомендации целевых уровней являются результатом консенсуса, основанного на крупных эпидемиологических данных и результатов рандомизированных клинических исследований.

Современная липид-снижающая терапия включает: статины, фибраты, секвестранты желчных кислот, никотиновая кислота (ниацин), селективные ингибиторы абсорбции холестерина и PCSK 9 ингибиторы.

Статины являются препаратами первого выбора у больных с гиперхолестеринемией или комбинированной гиперлипидемией. Это объясняется тем, что статины, снижая уровень ХС ЛНП, уменьшают заболеваемость и смертность от ССЗ, потребность в коронарных вмешательствах, в эффективных дозах останавливают прогрессирование, и даже приводят к регрессии коронарного атеросклероза, снижают уровень триглицеридов и даже риск панкреатита. Комбинация статинов с эзетемибом оказывает благоприятный эффект если считать, что важно снижение уровня ХС ЛНП, а не каким образом это достигается.

Терапия статинами может сопровождаться повышением уровня печеночных энзимов, которое в большинстве случаев является обратимым, а также миопатией, однако рабдомиолиз развивается крайне редко. Так как статины принимаются длительно, то возможно их взаимодействие с другими лекарствами, что заслуживает особого внимания. В целом профиль безопасности статинов допустим, и ранние наблюдения об их возможном влиянии на развитие злокачественных новообразований, депрессии, когнитивных расстройств не подтвердились при больших мета-анализах. Повышение риска развития сахарного диабета небольшое и является дозозависимым. Пациенты должны это учитывать и придерживаться соответствующего образа жизни. В целом польза статинов заметно перевешивает риски, которые они могут вызвать.

Эзетемиб обычно рекомендуется применять совместно со статинами, когда не удается достигнуть целевых уровней ХС ЛНП.

Секвестранты желчных кислот плохо переносятся, могут повышать уровень триглицеридов плазмы, поэтому для рутинного использования не рекомендуются.

Фибраты и ниацин используются в основном для снижения триглицеридов и повышения уровня ХС ЛВП. Доказательства их положительного влияния на профилактику ССЗ ограничены и они не рекомендуются для рутинного назначения.

Недавно появившиеся ингибиторы PCSK9 до 60% снижают уровень ХС ЛНП, и могут использоваться в виде монотерапии или в комбинации со ста-

тинами. Окажут ли они предполагаемый эффект на снижение количества сердечно-сосудистых событий — изучается в масштабных исследованиях.

Для пациентов с дислипидемией может потребоваться комбинированная липид-снижающая терапия. Однако единственной комбинацией, имеющей доказательство клинической эффективности, является комбинация статина с эзетемибом.

Сахарный диабет. В профилактике сахарного диабета 2 типа очень важен многофакторный подход:

- контроль МТ с помощью диеты и физической активности;
- интенсивный контроль гипергликемии, что снижает риск микроваскулярных осложнений и в меньшей степени риск ССЗ;
- интенсивное лечение артериальной гипертензии, целевой уровень систолического артериального давления <140 мм рт.ст. Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы рекомендуются в первую очередь;
- липид-снижающая терапия статинами всем пациентам с диабетом 2 и 1 типов >40 лет;
- у больных диабетом с ССЗ использование ингибитора SGLT 2 значительно снижает риск сердечно-сосудистой и общей смертности, что делает целесообразным его раннее назначение.

Контроль ФР у больных диабетом значительно снижает сердечно-сосудистую смертность, однако рост распространенности диабета создаст новые проблемы, поэтому следует прилагать больше усилий на профилактику этого опасного заболевания.

Изменение образа жизни должно быть среди первых мероприятий по профилактике диабета. Антитромбоцитарную терапию не рекомендуется применять больным диабетом без ССЗ.

Артериальная гипертензия. Повышенное артериальное давление является основным ФР ИБС, сердечной недостаточности, cerebrovasкулярных заболеваний, болезни периферических артерий, хронических заболеваний почек.

Всем больным рекомендуются мероприятия по изменению образа жизни: контроль МТ, повышение физической активности, умеренное употребление алкоголя, ограничение соли, увеличение потребления овощей и фруктов, низкожировые молочные продукты.

Решение начать антигипертензивную терапию зависит от уровня артериального давления и суммарного кардиоваскулярного риска.

Благоприятный эффект терапии в основном зависит от степени снижения артериального давления, а не от класса использованного препарата. Любой из основных классов антигипертензивных препаратов может быть рекомендован для лечения артериальной гипертензии, т.к. их эффективность по снижению артериального давления существенно

не различается, и все зависит от конкретной клинической ситуации.

Большинство больных для контроля артериального давления нуждаются в комбинированной терапии, фиксированным комбинациям в одной таблетке двух препаратов рекомендуется отдавать предпочтение, т.к. это повышает приверженность пациентов лечению.

Целевой уровень артериального давления для лиц <60 лет <140/90 мм рт.ст., для лиц >60 лет — систолическое давление между 150-140 мм рт.ст.

Бета-блокаторы и тиазидные диуретики не рекомендуются назначать больным с множественными метаболическими ФР в связи с увеличением риска развития диабета.

Антитромбоцитарная терапия. Антитромбоцитарная терапия не рекомендуется лицам без ССЗ в связи с увеличением риска больших кровотечений. В случае имеющихся ССЗ или цереброваскулярных заболеваний использование моно- или двойной антитромбоцитарной терапии — аспирина и P2Y₁₂ ингибиторы, и ее продолжительность будут зависеть от остроты кардиоваскулярного события.

При остром коронарном синдроме двойная терапия рекомендуется в течение 12 мес., после этого срока обычно рекомендуют прием аспирина. При стабильной ИБС применение прасугрела и тикагрелора нецелесообразно.

Приверженность лечению лиц с высоким риском и больных ССЗ низкая. Существуют несколько типов вмешательств, эффективных в улучшении приверженности терапии. Рекомендуется насколько возможно упростить режим лечения

с последующим мониторингом и обратной связью, дать четкий совет пациенту относительно выгоды и возможных побочных эффектов лекарства, продолжительности лечения и времени приема препарата, спросить пациента о том, как препарат действует и обсудить с ним возможные причины плохой приверженности, учесть привычки и предпочтения пациента. В случае сохранения низкой приверженности предложить поведенческое вмешательство. Использование политаблетки может увеличить приверженность лечению.

Рекомендуется медицинским работникам быть примером в соблюдении принципов здорового образа жизни.

В целом можно отметить, что каких-то радикальных изменений в индивидуальной профилактике ССЗ за последние годы не произошло. В то же время руководства подробно освещают проблему профилактики ССЗ в целом, а не отдельных заболеваний или состояний. Руководства хорошо структурированы, и каждый раздел включает таблицы с конкретными рекомендациями по решению обсуждаемой проблемы с указанием их класса и уровня доказательности. Участие в составе группы по подготовке руководств и их рецензированию большого количества специалистов из разных стран, и не только Европы, дают основание считать, что они действительно объективно отражают современную ситуацию в Европе по профилактике ССЗ, и врачи могут их широко использовать в своей повседневной практике. Однако руководства не снимают персональной ответственности врачей при принятии решений в отношении конкретного пациента.