



ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторах.....	4
Предисловие	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Введение	9
ГЛАВА 1. Артериальная гипертензия.....	11
ГЛАВА 2. Профилактика и лечение дислипидемии и атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний	56
ГЛАВА 3. Сахарный диабет 2-го типа и нарушение толерантности к глюкозе как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	81
ГЛАВА 4. Ожирение.....	105
ГЛАВА 5. Персонафицированная и популяционная профилактика сердечно-сосудистой патологии	128



ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги!

На протяжении нескольких десятилетий, несмотря на усовершенствование методов диагностики, повышение уровня оказания медицинской помощи и появление благодаря развитию современных технологий возможностей дистанционного мониторинга состояния пациентов, сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из лидирующих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Ввиду вышеизложенного комплексная оценка и своевременная коррекция факторов риска кардиоваскулярной патологии необходимы каждому пациенту вне зависимости от причин его обращений к врачам различных специальностей. Важно напомнить, что профилактические и скрининговые подходы — это основа эффективности и своевременности высококвалифицированной медицинской помощи.

В настоящее время опубликовано множество клинических рекомендаций и руководств кардиологических ассоциаций, экспертных писем и сопутствующих им документов, посвященных проблеме коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом следует отметить неоднозначность и несогласованность отдельных их позиций. Кроме того, благодаря развитию современных технологий и возможности проведения крупномасштабных многоцентровых рандомизированных исследований постоянно корректируются, а иногда и кардинально меняются существующие представления и подходы. Ввиду приведенных фактов практикующему врачу необходимо в краткие сроки ознакомиться со значительным объемом данных, что весьма затруднительно.

В контексте данных проблем руководство представляет собой уникальный источник информации — лаконичное, тезисное и наглядное изложение всех перечисленных выше разнообразных материалов. Следует отметить, что текущее издание содержит глубокую и всестороннюю оценку существующих концепций, посвященных проблеме коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Предисловие

Авторы настоящего издания убеждены, что данное руководство поможет практикующему врачу при минимальных временных затратах всегда располагать наиболее актуальной практической информацией о возможностях оценки и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

С пожеланиями профессиональных успехов,

А.Г. Обрезан, Е.К. Серезина



ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики атеросклероз-ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний (аССЗ), они по-прежнему являются основной причиной заболеваемости и смертности. Это связано со множеством причин, таких как высокая распространенность западного образа жизни, старение населения, факторы риска аССЗ, которые часто плохо поддаются коррекции, комплаенс пациентов, а также корректность оценки сердечно-сосудистого риска и своевременность инициации соответствующей терапии.

Представленные клинические рекомендации содержат принципы профилактики ключевых модифицируемых факторов риска аССЗ, акцентируют внимание врача на важности пациентоориентированного подхода к терапии и совместного с информированным больным принятия решений по дальнейшей тактике ведения.

Согласно мнению экспертов Европейского кардиологического общества, основными факторами риска развития аССЗ являются уровень холестерина, артериальное давление (АД), курение табака, сахарный диабет (СД) и ожирение. Каждому из вышеперечисленных факторов в данном учебном пособии посвящена отдельная глава, содержащая как клинические рекомендации, так и результаты последних исследований данной проблемы.

Классы и уровни рекомендаций Европейского кардиологического общества

Европейское кардиологическое общество выделяет следующие классы.

I класс: доказательства и/или общее согласие экспертной группы с тем, что данное лечение или процедура являются полезными и эффективными.

II класс: противоречивые доказательства и/или расхождения во мнениях относительно полезности/эффективности данного лечения или процедуры.

IIa класс: весомость доказательств/мнений свидетельствует о полезности/эффективности.

IIb класс: полезность/эффективность менее обоснована доказательствами/мнениями.

III класс: доказательства или общее согласие с тем, что данное лечение или процедура не являются полезными/эффективными, а в некоторых случаях могут быть вредными.

Европейское кардиологическое общество выделяет следующие уровни.

Уровень А: данные, полученные в результате многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов.

Уровень В: данные, полученные в результате одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований.

Уровень С: консенсус мнений экспертов и/или небольших исследований, ретроспективных исследований, реестров.



ГЛАВА 1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

1.1. Эпидемиология

Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) сохраняется во всем мире независимо от уровня доходов населения. У более 60% людей старше 60 лет наблюдается данное заболевание. По мере старения людей, перехода к малоподвижному образу жизни, увеличения массы тела распространенность гипертонии во всем мире будет продолжать расти.

Взаимосвязь между АД, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и ренальными событиями является неразрывной. Эпидемиологические ассоциации между АД и риском ССЗ начинаются от очень низких уровней АД [например, систолическое артериальное давление (САД) более 115 мм рт.ст.], поэтому важно отметить некоторую произвольность в разграничении нормотензии и гипертонии, основанную на предельных значениях АД. Однако гипертония определяется как уровень АД, при котором преимущества терапии (как фармакологической, так и модификацией образа жизни) однозначно перевешивают риски лечения, что подтверждено клиническими испытаниями.

Согласно последним клиническим рекомендациям, АГ определяется как измеренные на приеме у врача значения САД 140 мм рт.ст. и более и/или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст. и более.

1.2. Факторы сердечно-сосудистого риска и их оценка

Оценка сердечно-сосудистого риска с помощью шкалы SCORE¹⁻² рекомендуется пациентам с АГ, которые еще не подвержены высоко-

¹ SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) — шкала определения риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания

му или очень высокому риску из-за установленных ССЗ, заболеваний почек или диабета, заметно повышенного единичного фактора риска, например, холестерина или гипертензивной гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (I, B).

Основные факторы кардиоваскулярного риска и основанная на них стратификация представлены в таблицах ниже.

Таблица. Факторы, влияющие на риск сердечно-сосудистых заболеваний при артериальной гипертензии

ФАКТОР	ПОЯСНЕНИЕ
Демографические характеристики и лабораторные параметры	<ul style="list-style-type: none"> • Пол. • Возраст. • Курение (в анамнезе и в настоящий момент). • Общий холестерин и липопротеины низкой плотности (ЛПНП). • Диабет. • Ожирение и избыточная масса тела. • Уровень мочевой кислоты. • Семейный анамнез раннего ССЗ (мужчины младше 55 лет, женщины младше 65 лет). • Семейный анамнез ранней АГ. • Ранняя менопауза. • Малоактивный образ жизни. • Психологические или социально-экономические факторы. • Частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое более 80 в минуту
Асимптомное гипертоническое поражение органов-мишеней (ПОМ)	<ul style="list-style-type: none"> • Жесткость артериол. • Пульсовое давление (у пожилых людей) более 60 мм рт.ст., каротидно-бедренная скорость распространения пульсовой волны более 10 м/с. • ГЛЖ по данным электрокардиографии. <ul style="list-style-type: none"> › Индекс Соколова–Лайона более 35 мм. › Зубец R в отведении aVL превышает 11 мм. › Произведение длительности напряжения Корнелла более 2440 мм×мс. › Напряжение Корнелла превышает 28 и 20 мм у мужчин и женщин соответственно.

1.2. Факторы сердечно-сосудистого риска и их оценка

Окончание таблицы

ФАКТОР	ПОЯСНЕНИЕ
	<ul style="list-style-type: none"> • По данным эхокардиографии. <ul style="list-style-type: none"> › Индекс массы миокарда левого желудочка более 50 г/м² у мужчин или 47 г/м² у женщин. › Индексация для площади поверхности тела может использоваться у пациентов с нормальной массой тела. При этом масса левого желудочка/площадь поверхности тела превышает 115 и 95 г/м² у мужчин и женщин соответственно. › Микроальбуминурия (30–300 мг/24 ч). › Повышенное соотношение (преимущественно в утренней моче) альбумина и креатинина (30–300 мг/г; 3,4–34,0 мг/ммоль). › Умеренная хроническая болезнь почек (ХБП) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) от 30–59 мл/мин/1,73 м². › Тяжелая ХБП с рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м². › Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) менее 0,9. › Прогрессирующая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек сосочков нерва
Установленные заболевания сердечно-сосудистой системы или почек	<ul style="list-style-type: none"> • Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака (ТИА). • Ишемическая болезнь сердца (ИБС): инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда. • Наличие атероматозной бляшки на изображении. • Сердечная недостаточность (СН), включая заболевания периферических артерий (ЗПА), СН с сохраненной фракцией выброса, фибрилляцию предсердий (ФП)

Таблица. Стратификация 10-летнего кардиоваскулярного риска

РИСК	ПРИЗНАК
Очень высокий. Рассчитанный риск по шкале SCORE превышает 10%	Клинически или при визуализации выявленное и подтвержденное ССЗ. <ul style="list-style-type: none"> Клинически: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром (ОКС), реваскуляризация коронарных или других артерий, инсульт, ТИА, аневризма аорты и ЗПА. Визуализационно: выявленный по данным ангиографии или ультразвукового исследования стеноз сонной артерии за счет атеросклеротической бляшки более 50% (при измерении исключается увеличение толщины комплекса «интима-медиа»). СД с ПОМ, например, протеинурией или наличием одного из основных факторов риска, таких как гипертония III степени или гиперхолестеринемия. Тяжелая ХБП (рСКФ менее 30 мл/мин/1,73 м²)
Высокий риск. Рассчитанный риск по шкале SCORE — от 5 до 10%	<ul style="list-style-type: none"> Гиперхолестеринемия более 8 ммоль/л (более 310 мг/дл): <ul style="list-style-type: none"> › семейная гиперхолестеринемия; › гипертония III степени (АД более 180/110 мм рт.ст.). СД (за исключением некоторых молодых людей с СД 1-го типа и без основных факторов риска, которые могут подвергаться умеренному риску). Гипертензивная ГЛЖ. Умеренное снижение СКФ при ХБП 30–59 мл/мин/1,73 м²
Умеренный риск. Рассчитанный риск по шкале SCORE — от 1 до 5%	Гипертония II степени. Многие люди среднего возраста относятся к этой категории
Низкий риск. Рассчитанный риск по шкале SCORE — менее 1%	Нет значимых факторов кардиоваскулярного риска