

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ»
БЕЛОРУССКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАРДИОЛОГОВ

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Минск
«ДокторДизайн»
2010

УДК 616.1-084(083.132)

ББК 54.10

Н 35

Рабочая группа по формированию рекомендаций:

академик НАН РБ *А. Г. Мрочек* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
кандидат медицинских наук *И. Ю. Коробко* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
кандидат медицинских наук *Т. А. Нечесова* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
кандидат медицинских наук *М. М. Ливенцева* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
кандидат медицинских наук *О. С. Павлова* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)

Эксперты:

доктор медицинских наук *С. Г. Суджаева* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
доктор медицинских наук *Е. С. Атрощенко* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)
кандидат медицинских наук *И. Д. Козлов* (РНПЦ «Кардиология», г. Минск)

Н 35 **Национальные** рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр «Кардиология», Белор. науч. о-во кардиологов. – Минск : ДокторДизайн, 2010. – 20 с.

ISBN 978-985-6913-19-1.

В рекомендациях изложены основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Предназначены для врачей общей практики, терапевтов и кардиологов.

УДК 616.1-084(083.132)

ББК 54.10

ISBN 978-985-6913-19-1

© РНПЦ «Кардиология», 2010

© Оформление. ООО «ДокторДизайн», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	6
ОЦЕНКА ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	7
КОНТРОЛЬ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	10
ПРИОРИТЕТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	17

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, ИСПОЛЗУЕМЫХ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

ЛВП – липопротеиды высокой плотности

ЛЖ – левый желудочек

ЛНП – липопротеиды низкой плотности

МС – метаболический синдром

ОХ – общий холестерин

ПОМ – поражение органов-мишеней

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССР – сердечно-сосудистый риск

ТГ – триглицериды

ЧСС – число сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

ЭхоКГ – эхокардиография

ВВЕДЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности в Европе и в Республике Беларусь и одной из важных причин нетрудоспособности.

Частота случаев сердечно-сосудистой смертности зависит от возраста, пола, социально-экономического положения, этнической принадлежности и географического региона. Смертность увеличивается с возрастом, она выше у мужчин, людей из низких социально-экономических слоев населения, в странах Центральной и Восточной Европы.

В странах Европы сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность значительно отличаются в зависимости от социально-экономического положения людей, что объясняется особенностями распространения стандартных факторов риска: курения, повышения артериального давления (АД), холестерина и глюкозы крови.

Высокая распространенность ССЗ тесно связана с особенностями образа жизни и различными факторами риска. Модификация факторов риска приводит к снижению сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости, особенно у пациентов группы высокого риска.

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Выделяют три стратегии профилактики ССЗ:

- популяционную;
- стратегию высокого риска;
- вторичной профилактики.

Эти три стратегии дополняют друг друга. Популяционная стратегия имеет ключевое значение для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости, так как она предполагает уменьшение факторов риска на уровне всей популяции за счет изменения образа жизни и не требует медицинского обследования.

Две другие стратегии направлены на снижение сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов группы высокого риска (первичная профилактика) и больных ССЗ (вторичная профилактика). Первичную профилактику проводят у здоровых

людей, у которых имеются сердечно-сосудистые факторы риска, а вторичную – у больных с проявлениями ССЗ.

Цели сердечно-сосудистой профилактики

Значение сердечно-сосудистой профилактики заключается в снижении заболеваемости и смертности у пациентов с высоким абсолютным риском и сохранении низкого риска у пациентов, у которых имеется низкая вероятность развития неблагоприятных исходов.

Цели сердечно-сосудистой профилактики:

1. Сохранение низкого ССР и снижение высокого риска.
2. Достижение следующих целевых значений факторов риска:
 - прекращение курения;
 - здоровая диета;
 - физические нагрузки более 30 мин. в день;
 - индекс массы тела (ИМТ) < 25 кг/м² и отсутствие центрального ожирения;
 - АД < 140/90 мм рт. ст.;
 - общий холестерин (ОХ) < 5 ммоль/л;
 - холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛНП) < 3 ммоль/л;
 - глюкоза крови < 6 ммоль/л.
3. Более жесткий контроль факторов риска у пациентов, относящихся к группе высокого риска, особенно при наличии ССЗ или сахарного диабета (СД):
 - АД < 130/80 мм рт. ст., если возможно;
 - уровень общего холестерина < 4,5 ммоль/л или < 4 ммоль/л, если возможно;
 - уровень холестерина ЛПН < 2,5 ммоль/л или < 2 ммоль/л, если возможно;
 - уровень глюкозы крови натощак < 6 ммоль/л и гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) < 6,5%, если возможно.

ОЦЕНКА ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Суммарный ССР означает вероятность развития определенного сердечно-сосудистого исхода в течение конкретного срока.

Для клинической практики важно иметь возможность быстрой и точной оценки риска.

Как оценить риск?

- У пациентов:
 - с ССЗ;
 - с СД 2-го или 1-го типа с микроальбуминурией;
 - с очень высокими уровнями отдельных факторов рискаимеется **высокий** и **очень высокий** ССР, поэтому они нуждаются в контроле всех факторов риска.
- У остальных пациентов для оценки суммарного риска можно использовать таблицы SCORE (табл. 1). Это имеет особое значение, так как у многих людей с несколькими незначительно повышенными факторами риска их комбинация в конечном итоге определяет очень высокий общий ССР.

Таблица SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation) позволяет оценить риск сердечно-сосудистой смерти у практически здоровых людей. Эта таблица была разработана на основании результатов 12 эпидемиологических исследований, проведенных в Европе. Следует подчеркнуть, что таблица SCORE предназначена для оценки риска у лиц без клинических проявлений ССЗ, СД и высокого значения одного фактора риска. Таблица SCORE удобна в применении, учитывает многофакторную этиологию ССЗ, оценивает риск всех ССЗ, а не только ишемической болезни сердца (ИБС), демонстрирует, как риск увеличивается с возрастом. Таблица SCORE позволяет обеспечивать гибкость профилактики: если не удастся достичь идеального значения определенного фактора риска, то общий ССР можно снизить путем уменьшения других факторов риска. При использовании таблицы SCORE необходимо найти ячейку, которая ближе всего соответствует возрасту пациента, уровню его холестерина и АД с учетом того, курит ли пациент, и определить абсолютный 10-летний риск смерти от ССЗ. Необходимо учитывать, что риск ССР может быть выше указанного в таблице при малоподвижном образе жизни, ожирении (особенно центральном), отягощенном семейном анамнезе (случаи смерти от ССЗ в раннем возрасте у близких родственников), низком социальном положении, СД (у женщин с диабетом риск увеличивается в 5 раз, а у мужчин – в 3 раза по сравнению с пациентами без СД), низком уровне холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛВП) и высоком уровне триглицеридов (ТГ), признаках доклинического атеросклероза (например, сниженный лодыжечно-плечевой индекс или результаты ультразвукового исследования сонных артерий).

Алгоритм ведения пациентов с учетом общего сердечно-сосудистого риска приведен на рис. 1.

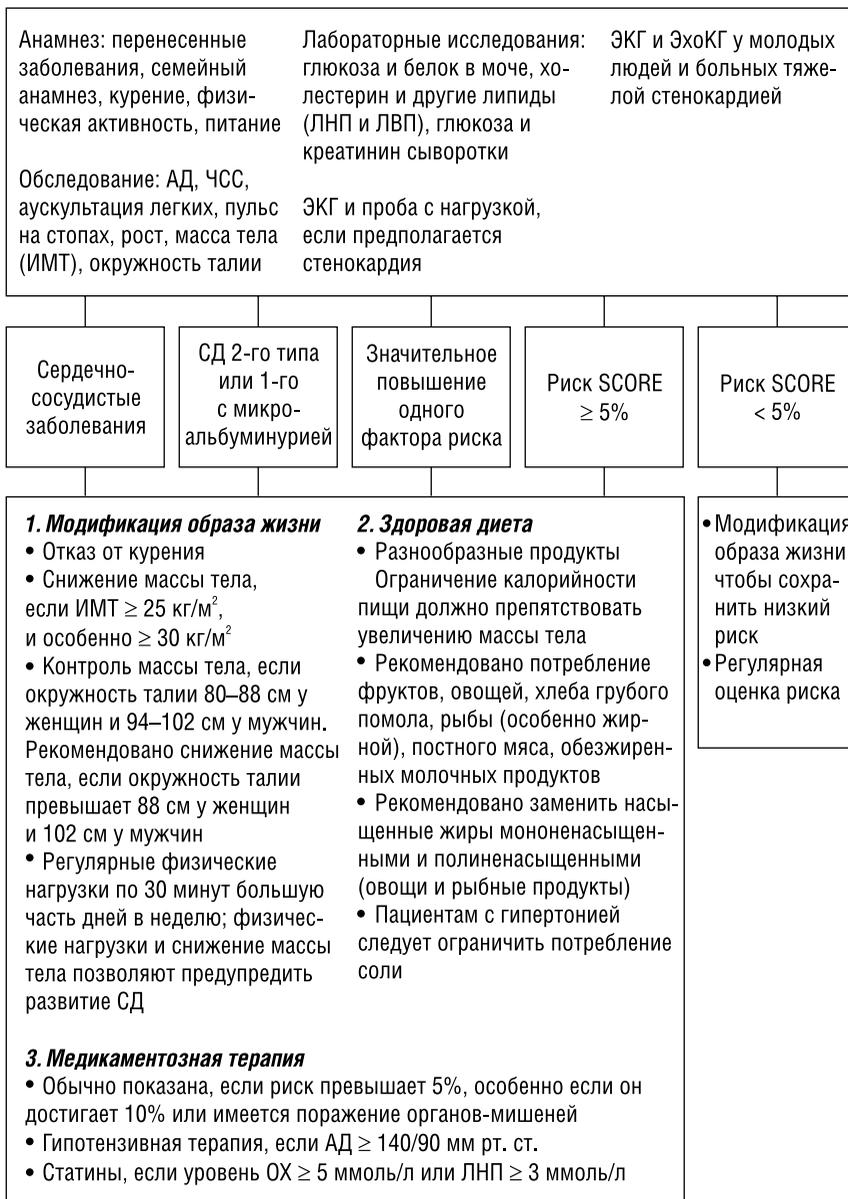


Рис. 1. Алгоритм ведения пациентов с учетом общего сердечно-сосудистого риска

КОНТРОЛЬ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Эффективность контроля за общим ССР основывается на доверительных отношениях между врачом и пациентом. Партнерские отношения между врачом и пациентом способствуют повышению приверженности к немедикаментозным и медикаментозным методам профилактики. Пациенты, как правило, считают врача наиболее надежным источником информации о здоровье. Врач при общении с больным должен проинформировать пациента о связи между болезнью и образом жизни, необходимости изменения образа жизни – отказе от курения, повышении физической активности, необходимости здоровой диеты и т. д.

Необходимо учитывать, что такие факторы, как сложные и неоднозначные советы врача, стрессовые ситуации на работе и дома, социальные проявления (одинокие люди), негативные эмоции (депрессия, тревога, враждебность), могут являться препятствием к изменению образа жизни.

Питание

Правильное питание – обязательный компонент контроля ССР, который необходимо рекомендовать всем пациентам с ССЗ. Здоровое питание позволяет снизить риск развития ССЗ. Общие рекомендации по здоровому питанию сводятся к следующему:

- разнообразное питание;
- увеличение употребления фруктов, овощей, хлеба грубого помола, рыбы (особенно жирной), постного мяса, обезжиренных молочных продуктов;
- заменить насыщенные жиры малонасыщенными и полиненасыщенными жирами (овощи и морские продукты) и снизить общее потребление жира до < 30% калорийности пищи;
- калорийность пищи не должна вызывать увеличение массы тела;
- при повышенном АД – ограничить потребление соли.

Рекомендации по правильному питанию следует подбирать индивидуально, с учетом факторов риска, в том числе дислипидемии, АГ, СД и ожирения.

Избыточная масса тела и ожирение

Избыточной массой тела в мире страдают более 8 миллиардов человек, а ожирением – более 300 миллионов.

Установлено, что жировая ткань, особенно висцеральная, – это метаболически активный эндокринный орган, который синтезирует и выделяет в кровь

различные пептидные и непептидные вещества, участвующие в регуляции гомеостаза сердечно-сосудистой системы. Увеличение массы жировой ткани сопровождается повышением секреции свободных жирных кислот, гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью, АГ и дислипидемией. Увеличение массы тела сопровождается повышением общей и сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что частично опосредуется увеличением АД и уровня холестерина, снижением уровня холестерина ЛПВ и развитием СД. Больным ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), а также пациентам с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9 кг/м²) рекомендуется ее снижение. Мужчинам с окружностью талии 94–102 см и женщинам с окружностью талии 80–88 см рекомендуется избегать дальнейшего увеличения массы тела. Если окружность талии превышает 102 см у мужчин и 88 см у женщин, то рекомендуется худеть. Ограничение калорийности пищи и регулярные физические нагрузки – основа контроля массы тела.

Распределение жировой ткани может иметь большее значение для ССР, чем масса тела. Висцеральное ожирение тесно ассоциируется с метаболическим синдромом и ССР.

Кроме того, избыточная масса тела оказывает влияние на другие причины заболеваемости и смертности. Неблагоприятные последствия повышения массы тела приведены в табл. 2.

Таблица 2

Влияние избыточной массы тела на факторы риска, заболеваемость и смертность

Факторы риска	Заболеваемость	Смертность
Повышение АД Повышение уровней общего холестерина и холестерина ЛНП Снижение уровня холестерина ЛВП Увеличение окружности талии Ночное апноэ Синдром гиповентиляции Низкая физическая активность	СД 2-го типа Инсулинорезистентность ИБС Инсульт Остеоартроз (коленных суставов) Рак Боль в спине Одышка Поликистоз яичников Бесплодие Холелитиаз Астма (обострения) Венозный тромбоз Тромбозмболия легочной артерии Воспаление Дисфункция вегетативной нервной системы	Повышение общей и сердечно-сосудистой смертности

Курение

В настоящее время доказано, что курение оказывает неблагоприятное влияние на здоровье. Нежелательный эффект зависит от числа выкуриваемых сигарет и длительности курения. Курение усиливает эффект других сердечно-сосудистых факторов риска, таких как возраст, пол, АГ, СД.

Пассивное курение также повышает риск развития ССЗ. Польза отказа от курения проявляется в любом возрасте. Прекращение курения – одна из самых эффективных мер профилактики.

В настоящее время разработан алгоритм программы отвыкания от курения, который состоит из следующих 5 принципов:

- систематическое выявление курильщиков;
- оценка степени привычки и готовности избавиться от нее;
- объяснение вредных последствий привычки и рекомендация прекратить курение;
- при необходимости врачебная помощь, включающая никотинзаместительную терапию или фармакологические средства;
- длительный контроль, предполагающий регулярное наблюдение врачом пациента-курильщика.

Дислипидемия

Международные исследования убедительно продемонстрировали связь между нарушением обмена липидов и повышенным риском развития ИБС и инсульта. Убедительно доказано, что снижение уровня холестерина плазмы приводит к снижению риска. Снижение уровня ОХ плазмы на 10% сопровождается уменьшением заболеваемости ИБС в течение 5 лет на 25%, а снижение уровня холестерина ЛНП на 1 ммоль/л вызывает снижение риска коронарных осложнений на 20%.

В целом уровень ОХ плазмы должен быть ниже 5 ммоль/л, а содержание ЛНП – ниже 3 ммоль/л. У пациентов группы очень высокого риска целевые уровни липидов: ОХ менее 4,5 ммоль/л, ЛНП – менее 2,5 ммоль/л. Целевые уровни холестерина ЛВП и ТГ не определены, однако снижение концентрации ЛВП менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,2 ммоль/л у женщин и повышение уровней ТГ натошак более 1,7 ммоль/л повышает ССР.

Современные гиполипидемические средства включают в себя:

- статины;
- фибраты;
- секвестранты желчных кислот;
- ниацин (никотиновая кислота);
- селективные ингибиторы всасывания холестерина (эзетимиб);
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Статины снижают не только уровни липидов крови, но и частоту сердечно-сосудистых исходов и смертности, а также необходимость в коронарном шунтировании и коронарной ангиопластике. В связи с этим их следует считать препаратами выбора.

Некоторым больным для достижения целевых уровней липидов необходима комбинированная терапия гиполипидемическими средствами различных классов. Комбинированная терапия статинами и фибратами сопровождалась умеренным увеличением риска развития миопатии и иногда рабдомиолиза. В связи с этим необходимо тщательно отбирать больных и информировать их о тревожных симптомах. Однако эти нежелательные эффекты встречаются очень редко и не являются основанием для отказа от комбинированной терапии у больных, которые в ней нуждаются.

Таблица 3

Подходы к лечению дислипидемии в клинической практике

Во всех случаях необходимо выявить и контролировать все факторы риска. К группе высокого риска относятся больные с ССЗ, СД 2-го типа с микроальбуминурией и тяжелой гиперлипидемией. Во всех остальных случаях общий риск необходимо оценивать с помощью таблиц SCORE				
ССЗ	СД	Значительное повышение уровней липидов	Риск SCORE $\geq 5\%$	Риск SCORE $< 5\%$
↓	↓	↓	↓	↓
<p>Диета и увеличение физической нагрузки, контроль других факторов риска. ОХ менее 4,5 ммоль/л (175 мг%) или менее 4 ммоль/л (155 мг%), если возможно, холестерин ЛНП ниже 2,5 ммоль/л (около 100 мг%) или менее 2 ммоль/л (около 80 мг%), если возможно.</p> <p>Для достижения этих целей многим больным необходимо лечение статинами. Некоторые эксперты рекомендуют статины всем больным ССЗ и большинству больных СД независимо от исходных уровней липидов</p>			<p>Модификация образа жизни. Через 3 месяца оценить риск и измерить уровни липидов</p>	<p>Модификация образа жизни с целью снижения уровня ОХ < 5 ммоль/л (190 мг%) и холестерина ЛНП < 3 ммоль/л (115 мг%). Регулярное наблюдение</p>
			<p>Риск по-прежнему $\geq 5\%$</p> <p>→ ОХ < 5 ммоль/л, холестерин ЛНП < 3 ммоль/л</p>	

Фибраты и никотиновую кислоту применяют, в первую очередь, для снижения уровня триглицеридов и повышения концентрации холестерина ЛВП, в то время как рыбий жир (омега-3 жирные кислоты) показан для снижения уровня триглицеридов. Секвестранты желчных кислот также снижают уровни общего

холестерина и холестерина ЛНП, но могут вызвать увеличение уровней триглицеридов.

Подходы к лечению дислипидемии в клинической практике суммированы в табл. 3.

Артериальная гипертензия

Артериальная гипертензия – фактор риска развития ССЗ. Смертность от ИБС и инсульта линейно повышается при увеличении систолического АД более 115 мм рт. ст. и диастолического АД более 75 мм рт. ст.

Тактика введения пациентов с АГ зависит не только от значений АД, но и общего ССР, который оценивается на основании других сердечно-сосудистых факторов риска, признаков поражения органов-мишеней (ПОМ), наличия клинических проявлений ССЗ (табл. 4).

Цель гипотензивной терапии – максимальное снижение общего риска ССЗ и смерти. Для этого необходимо выявить и устранить все обратимые факторы риска, включая курение, дислипидемию, СД и проводить адекватное лечение АГ и ассоциированных клинических состояний.

Немедикаментозные меры включают снижение массы тела у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, ограничение потребления натрия хлорида < 3,8 г/сутки, уменьшение потребления алкоголя до 10–30 г/сутки, регулярные физические нагрузки, увеличение потребления фруктов и овощей (до 300 г), снижение потребления насыщенного жира и холестерина. У всех больных с АГ, которым показана медикаментозная терапия, следует снижать АД до < 140/90 мм рт. ст. или ниже. Больным с СД и ССЗ необходима более интенсивная гипотензивная терапия и снижение АД до < 130/80 мм рт. ст. Гипотензивную терапию проводят пожизненно.

Для лечения АГ применяют следующие классы гипотензивных препаратов:

- тиазидные и тиазидоподобные диуретики;
- антагонисты кальция;
- β-блокаторы;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
- блокаторы ангиотензиновых рецепторов.

Все эти препараты могут применяться для стартовой и поддерживающей гипотензивной терапии, как в виде монотерапии, так и в комбинации друг с другом. Следует учитывать, что β-блокаторы и тиазидные диуретики оказывают нежелательные влияния на метаболизм липидов и увеличивают (по сравнению с другими препаратами) частоту развития СД. Указанные метаболические эффекты могут быть менее выражены при применении β-блокаторов, обладающих вазодилатирующими свойствами. При сочетании АГ с метаболическим синдромом возможно применение агонистов I₁ амидазолиновых рецепторов. Основные под-

Факторы, влияющие на прогноз у больных АГ

Факторы риска	Поражения органов-мишеней	СД	ССЗ или болезни почек
Систолическое и диастолическое АД Пульсовое АД (у пожилых) Возраст > 55 лет у мужчин и > 65 лет у женщин Курение Дислипидемия ОХ > 5,0 ммоль/л (190 мг%) или ЛНП > 3,0 ммоль/л (115 мг%) или ЛВП < 1,0 ммоль/л (140 мг%) у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин или ТГ > 1,7 ммоль/л Глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л Нарушенная толерантность к глюкозе Абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин) Семейный анамнез ранних ССЗ (< 55 лет у мужчин и < 65 лет у женщин)	Поражения органов-мишеней Электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка (индекс Соколова-Лайона > 38 мм; индекс Корнелла > 2440 мм · мс. или Электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка (индекс массы миокарда левого желудочка ≥ 125 г/м ² у мужчин и ≥ 110 г/м ² у женщин) Утолщение комплекса «интима – медиа» сонной артерии (≥ 0,9 мм или атеросклеротическая бляшка) Скорость распространения пульсовой волны между сонной и бедренной артериями > 12 м/с Лодыжечно-плечевой индекс < 0,9 Небольшое увеличение уровня креатинина плазмы до 115–133 мкмоль/л (1,3–1,5 мг%) у мужчин и 107–124 мкмоль/л (1,2–1,4 мг%) у женщин Низкая расчетная скорость клиренса креатинина (< 60 мл/мин (формула Кокрофта–Гаулта)) Микроальбуминурия 30–300 мг/сут и коэффициент альбумин/креатинин ≥ 22 мг/г у мужчин и ≥ 31 мг/г у женщин	Глюкоза плазмы натощак ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг%) или Гликемия после нагрузки глюкозой > 11,0 ммоль/л (198 мг%) Метаболический синдром: сочетание 3 из 5 факторов риска (абдоминальное ожирение, гипергликемия натощак, АД ≥ 130/85 мм рт. ст., снижение уровня холестерина ЛВП < 1,03 ммоль/л у мужчин и < 1,29 ммоль/л у женщин, гипертриглицеридемия ≥ 1,7 ммоль/л указывает на наличие метаболического синдрома	Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, церебральное кровоотечение, транзиторная ишемическая атака Заболевание сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная ревааскуляризация, сердечная недостаточность Поражение почек: диабетическая нефропатия, нарушение функции почек (сывороточный креатинин > 133 мкмоль/л у мужчин и > 124 мкмоль/л у женщин), протеинурия (> 300 мг/сут) Заболевания периферических артерий Выраженная ретинопатия: геморрагии и экссудаты, отек диска зрительного нерва

ходы к немедикаментозной и медикаментозной терапии больных АГ представлены в табл. 5.

Таблица 5

**Подходы к немедикаментозной и медикаментозной
терапии больных АГ**

Другие факторы риска, СД или ССЗ	АГ I степени (140–159/90–99)	АГ II степени (160–179/100–109)	АГ III степени ($\geq 180/110$)
Нет других факторов риска	Изменение образа жизни в течение нескольких месяцев, затем возможна фармакотерапия	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем фармакотерапия	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия
1–2 фактора риска	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем возможна фармакотерапия	Изменение образа жизни в течение нескольких недель, затем фармакотерапия	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия
≥ 3 факторов риска, МС или СД	Изменение образа жизни + фармакотерапия	Изменение образа жизни + фармакотерапия	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия
Установленные сердечно-сосудистые или почечные заболевания	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия	Изменение образа жизни + незамедлительная фармакотерапия

Физическая активность

Низкая физическая активность способствует более раннему развитию и прогрессированию ССЗ. Малоподвижный образ жизни вдвое увеличивает риск ранней смерти и приводит к увеличению риска развития ССЗ.

Увеличение физической активности у взрослых может привести к увеличению продолжительности жизни. Физические тренировки оказывают благоприятное влияние на течение атеросклероза и приводят к снижению общей смертности.

Необходимо добиваться, чтобы человек выполнял физические нагрузки по 30 минут в день, т. к. любое увеличение физической активности оказывает благоприятное влияние на здоровье. Интенсивность нагрузки можно оценивать по ЧСС или по ощущениям пациента. На пике нагрузки предпочтительно увеличение ЧСС до 60–75% от максимальной. Возможные варианты нагрузок включают в себя быструю ходьбу или бег трусцой, езду на велосипеде, плавание, теннис,

ходьбу на лыжах. Программы физических тренировок следует начинать с низкой интенсивности и постепенно увеличивать ее до умеренного уровня.

Метаболический синдром

Метаболический синдром (МС) – кластер факторов ССР, характеризующийся различными сочетаниями висцерального ожирения с нарушениями метаболизма углеводов, липидов, а также с АГ.

Критерии диагностики метаболического синдрома

По крайней мере 3 из 5 следующих признаков:

- центральное ожирение: окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин;
- повышение уровней ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л;
- низкий уровень холестерина ЛВП $< 1,03$ ммоль/л у мужчин и $< 1,29$ ммоль/л у женщин;
- систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. и (или) диастолическое АД ≥ 85 мм рт. ст. или наличие леченой гипертонии;
- гликемия натощак: $\geq 5,6$ ммоль/л или ранее диагностированный СД.

Диагноз МС у пациентов без СД указывает на повышенный риск развития СД и ССЗ. Если выявлен один компонент МС, необходимо исключать наличие других компонентов, а также добиваться контроля всех факторов риска. Образ жизни оказывает выраженное влияние на все компоненты метаболического синдрома, а его улучшение имеет ключевое значение в лечении этого состояния.

ПРИОРИТЕТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Профилактика дает наиболее выраженный эффект у пациентов, относящихся к группе самого высокого риска:

1. Пациенты с ССЗ, обусловленными атеросклерозом.
2. Пациенты, у которых отсутствуют симптомы ССЗ, но имеется высокий ССР:
 - множественные факторы риска, определяющие высокий суммарный ССР (риск смерти от сердечно-сосудистых причин $\geq 5\%$ в течение 10 лет);
 - СД 2-го или 1-го типа с микроальбуминурией;
 - значительное увеличение уровня одного фактора риска, особенно в сочетании с ПОМ.

3. Близкие родственники пациентов, которые умерли от атеросклероза в раннем возрасте или имеют очень высокий риск.

Взаимоотношение между врачом и пациентом

Необходимым условием эффективной профилактики являются хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом. Врач должен учитывать мнение, сомнения и предпочтения пациента, даже если они не совпадают с его собственной точкой зрения. Менять образ жизни и принимать лекарственные средства часто приходится на протяжении всей оставшейся жизни, поэтому решение должен принимать сам пациент. Следовательно, цели лечения необходимо выбирать совместно с пациентом, с учетом его принципов и приоритетов.

Производственно-практическое издание

Национальные рекомендации
по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний
в клинической практике

Редактор *Е. И. Бойкова*
Компьютерная верстка *Т. В. Дугановой*

Подписано в печать 23.10.2010. Формат 84x108 ¹/₃₂.
Бумага офсетная. Ризография.
Усл. печ. л. 1,05. Уч.-изд. л. 0,65. Тираж 300 экз. Заказ 1265.

Издатель и полиграфическое исполнение
ООО «ДокторДизайн». ЛИ № 02330/0552675 от 14.05.2009.
Ул. Рафиева, 30, офис 197, 220117, г. Минск.