

ГОО ВПО "ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ.М.ГОРЬКОГО"
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

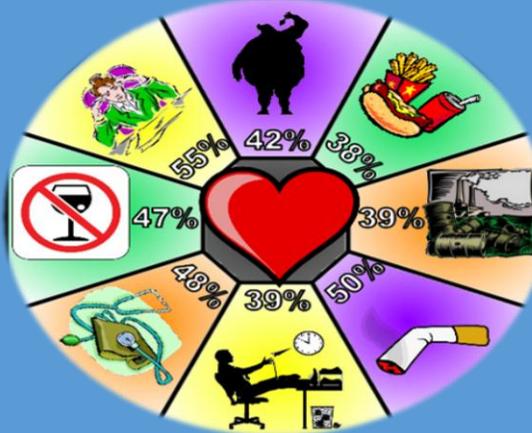
A close-up photograph of a doctor's hands in a white coat, holding a bright red heart. A stethoscope is visible around the neck of the doctor. The background is a soft, out-of-focus white.

Докладчики: асс. Стехина К.В.,
к.м.н., доц. Складная Е.В., асс. Сологуб И.А.

Значение профилактики для пациентов с ССЗ



- ССЗ являются ведущей причиной смертности в мире



Многофакторность рисков развития ССЗ и их прогрессирования



Существующие методы лечения ССЗ чаще не приводят к полному излечению



Десять ведущих причин смерти в мире

по данным Всемирной организации здравоохранения



Итого **21,9%** случаев составляют болезни сердечно-сосудистой системы

Профилактика ССЗ

Первичная – направлена на предупреждение возникновения заболевания и на предотвращение воздействия факторов риска его развития

Вторичная – направлена на снижение риска развития осложнений уже имеющегося заболевания

Выделяются *семь факторов*, влияющих на высокую смертность в РФ:

- Повышенный уровень АД (35,5%),
- гиперхолестеринемия (23%),
- курение (17,1%),
- недостаток фруктов и овощей (12,9%),
- избыточный вес (12,5%),
- чрезмерное потребление алкоголя (11,9%)
- недостаточная физическая активность (9%).

Профилактика ССЗ для отдельных групп пациентов



ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫЕ ЛИЦА



ПАЦИЕНТЫ С УСТАНОВЛЕННЫМ АССЗ

категория	возраст	оценка 10летнего риска SCORE 2		
		низкий	высокий	очень высокий
практически здоровые лица	<50	до 2,5%	2,5-5%	более 5%
	50-69	до 5%	5-10%	более 10%
	>70	до 7,5%	7,5-15%	более 15%

категория	шаг I	шаг II
пациенты с установленным АССЗ	модификация образа жизни, курение, САД 130-140 мм, ЛПНП<1,8 ммоль/л, антитромботическая терапия	интенсификация терапии (оценка резидуального риска, сопутствующих заболеваний, и пр.)

Профилактика ССЗ для отдельных групп пациентов

ПАЦИЕНТЫ С СД 2 ТИПА

ПАЦИЕНТЫ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

категория	первичные мероприятия	шаг I		шаг II	
		оценка риска развития АССЗ	умеренный высокий	наблюдение	наблюдение
пациенты с СД 2 типа	модификация образа жизни, курение, HbA1c<7,0			САД 130-140 мм, лекарственная терапия (гиполипидемическая, антитромботическая и пр.)	Интенсификация лечения, учитывая: • 10-летний риск ССЗ, • Польза от лечения, • Сопутствующие заболевания, • Предпочтения пациентов
		имеется АССЗ			

- ХБП
- СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИЯ
- ОЖИРЕНИЕ
- ГИПЕРУРИКЕМИЯ

Рекомендации по физической активности

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Для снижения общей и с-с смертности и заболеваемости <u>взрослым лицам любого возраста</u> рекомендуется заниматься аэробной физической активностью <u>средней интенсивности не менее 150 - 300 мин или высокой интенсивности 75 - 150 мин в неделю</u>	I	A
Взрослым лицам, которые не могут заниматься физической активностью средней интенсивности 150 минут в неделю, рекомендуется <u>быть настолько активными, насколько позволяет их состояние здоровья.</u>	I	B
Рекомендуется <u>сократить время сидячего образа жизни</u> , хотя бы до легкой активности в течение дня, чтобы снизить общую и с-с смертность и заболеваемость.	I	B
В дополнение к аэробной активности рекомендуется выполнять <u>упражнения с отягощениями</u> 2 или более дней в неделю, чтобы снизить общую смертность.	I	B
Вмешательства в образ жизни, такие как групповое или индивидуальное обучение, методы изменения поведения, консультации по телефону и <u>использование носимых устройств отслеживания активности</u> , должны быть рассмотрены для увеличения физической активности.	IIa	B

Основные направления лечения ожирения и избыточной массы тела

Немедикаментозное воздействие :

- диетотерапия (гипокалорийное питание с ограничением употребления быстроусвояемых углеводов и насыщенных жиров),
- аэробные физические нагрузки
- поведенческая терапия (с привлечением психотерапевта)

Медикаментозная терапия ожирения

- при ИМТ ≥ 30 кг/м² или
- при ИМТ ≥ 27 кг/м² и наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний

Бариатрическая хирургия

- при ИМТ > 40 кг/м² (на фоне лекарственной терапии)
- при ИМТ > 35 кг/м² и тяжелых коморбидных заболеваний (СД2, СОАС и пр.)

Основные механизмы влияния ожирения на развитие АГ



Диеты, используемые для снижения веса

1. Диеты, направленные на уменьшение риска развития АСССЗ, включая **растительные диеты и гипокалорийную средиземноморскую диету**, с возможными изменениями с учетом наличия и предпочтений местных продуктов питания.
2. Изменения жирового и углеводного макронутриентного состава рациона, включая **диеты с низким или очень низким содержанием углеводов** (с 50-130 г и 20-49 г углеводов в день, соответственно), диеты с умеренным содержанием углеводов (> 130-225 г углеводов / день) и диеты с низким содержанием жиров (<30% энергии из жиров).
3. **Диеты с высоким содержанием белка** для сохранения сухой мышечной массы и повышения чувства сытости.
4. **Диеты, ориентированные на определенные группы продуктов** (например, увеличение количества фруктов и овощей или отказ от рафинированного сахара).
5. **Диеты, ограничивающие потребление энергии на определенные периоды времени**, например, 2 дня в неделю или через день (прерывистое голодание) или в определенные часы дня.

Уменьшение количества употребляемой соли

Соль является фактором риска развития **сердечно-сосудистых заболеваний**. Это связано с повышением артериального давления (АД), частоты развития инсульта, общей смертности, степени коронарного риска, а также с развитием сердечной недостаточности.



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро



ВОЗ рекомендует ограничить количество потребляемой соли

до менее
5 грамм



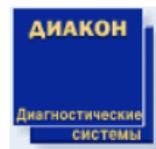
в день для взрослых. Для детей эта норма должна быть еще меньше.

Отказ от курения

рекомендации	уровень	класс
Следует прекратить курение табака , поскольку употребление табака является сильной независимой причиной АССЗ.	I	A
У курильщиков следует рассмотреть возможность медицинского наблюдения и поддержки, заместительной никотиновой терапии варениклином и бупропионом по отдельности или в комбинации.	IIa	A
Отказ от курения рекомендуется независимо от прибавки в весе , так как прибавка в весе не уменьшает положительных эффектов отказа от курения с целью уменьшения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.	I	B

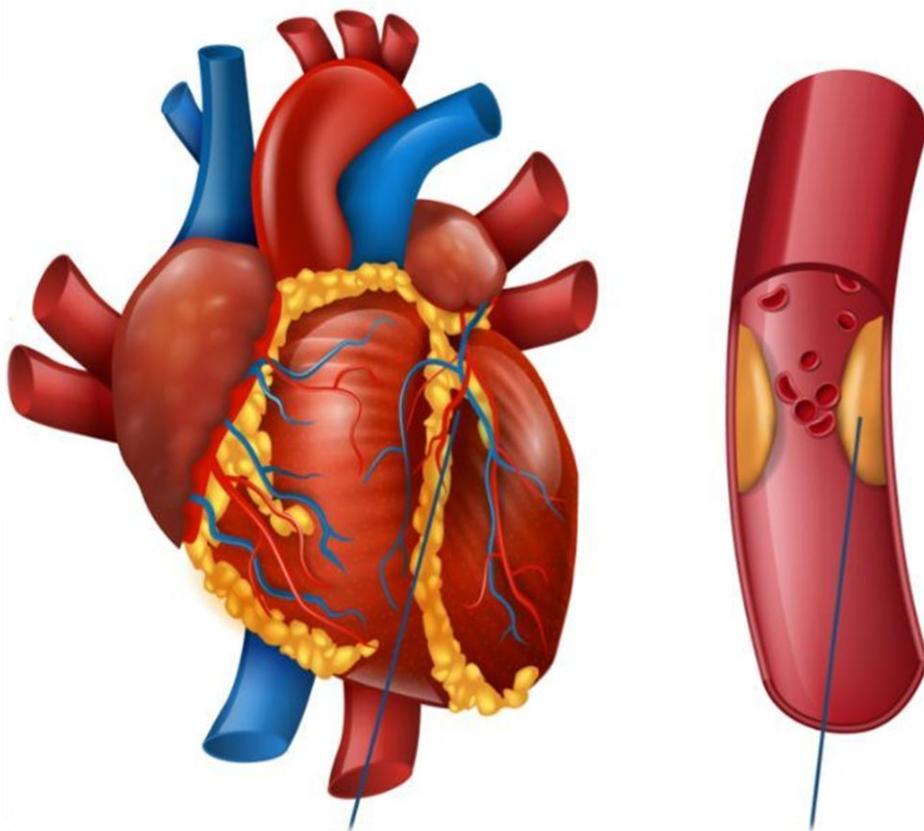
Научно обоснованное лекарственное вмешательство включает никотинзамещающую терапию (НЗТ), варениклин, цитизин, (бупропион - в РФ недоступен). Эффективны все формы НЗТ (жевательная резинка, трансдермальные пластыри, назальный спрей, ингалятор, сублингвальные таблетки).

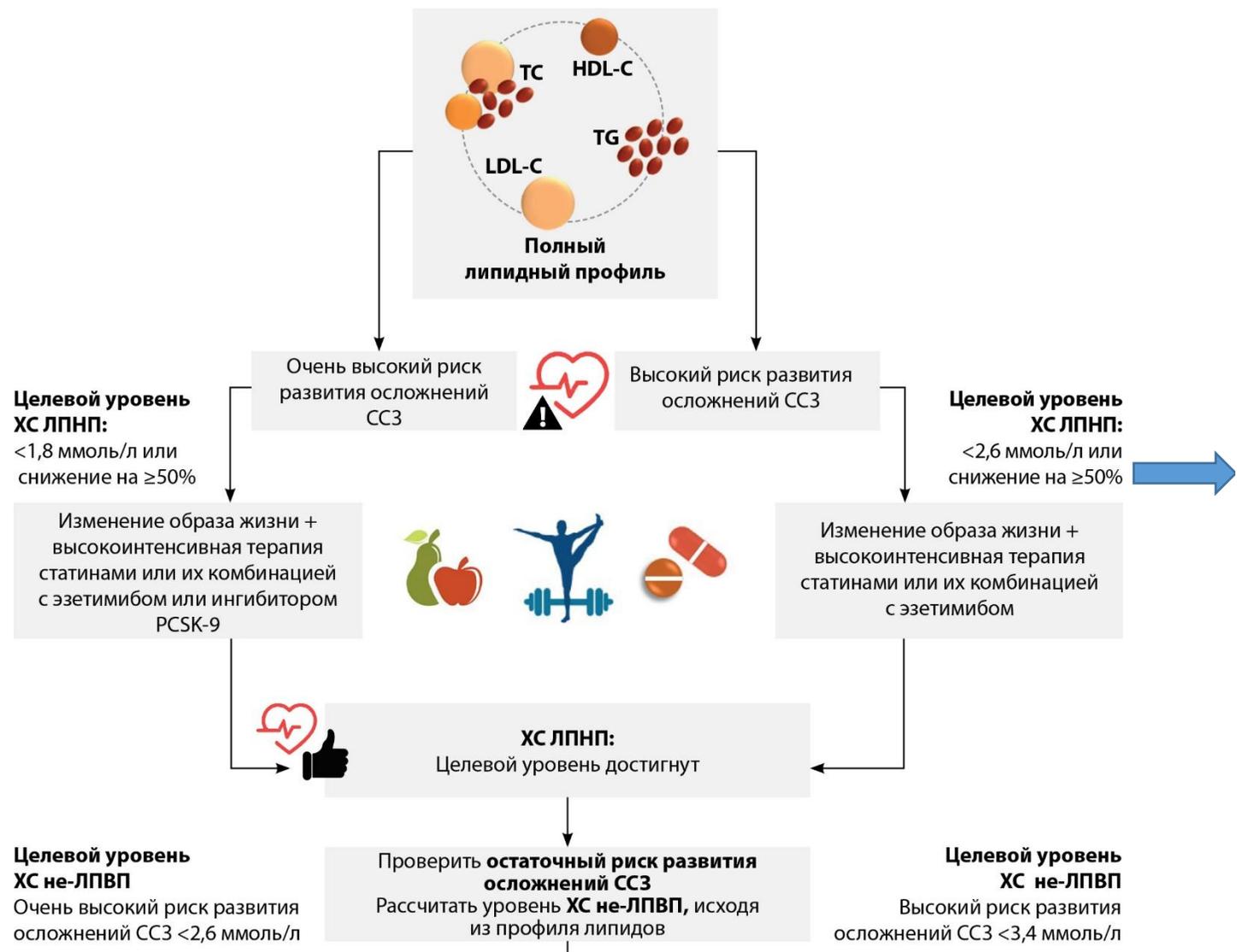
Холестерин и атеросклероз



Традиционная концепция

- Атеросклероз – процесс, ответственный за возникновение большинства ССЗ
- Развитие атеросклероза связано с повышением уровня холестерина (особенно Х-ЛПНП) в плазме крови
- Снижение холестерина при гиперхолестеринемии снижает смертность от ССЗ





Фармакологическая коррекция уровня холестерина

- статины,
- фибраты,
- секвестранты желчных кислот,
- селективные ингибиторы абсорбции холестерина (эзетимиб),
- ингибиторы PCSK9

В перспективе:

- бемпедоевая кислота
- инклисиран

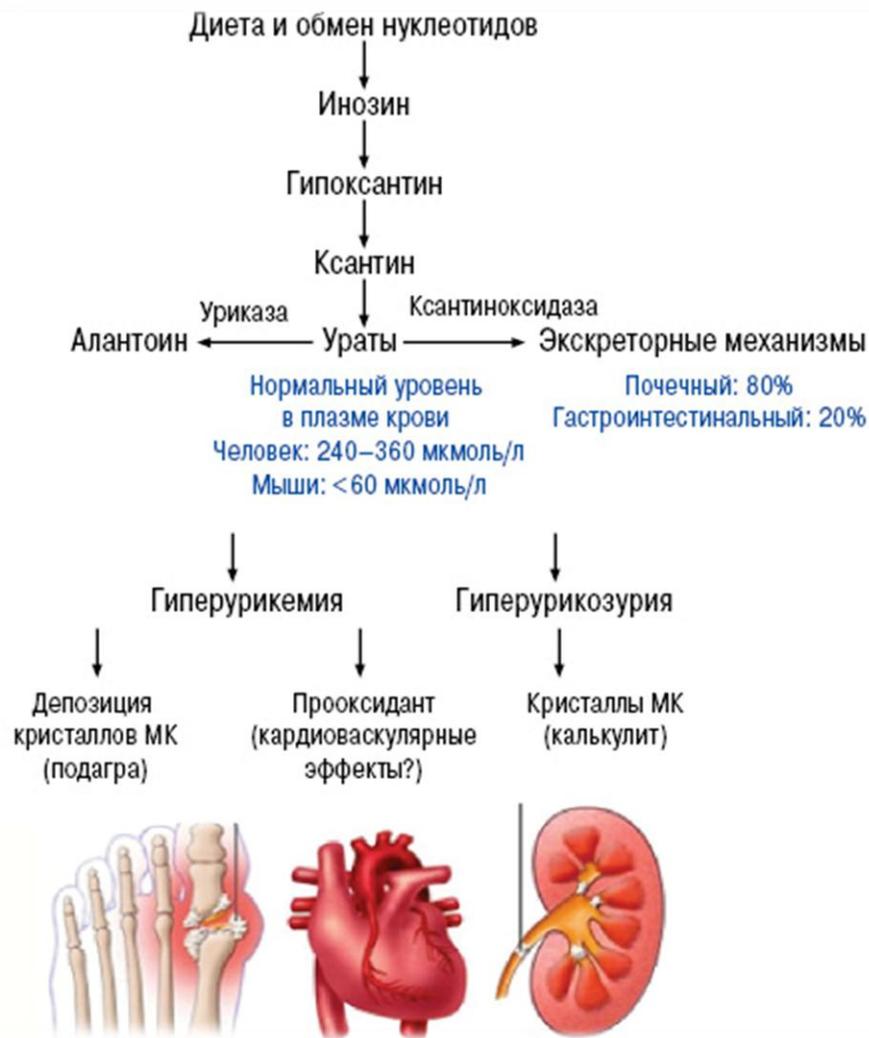


Рекомендации по фармакологическому снижению холестерина липопротеидов низкой плотности для лиц моложе 70 лет

У практически здоровых людей моложе 70 лет с очень высоким риском следует рассматривать конечную цель холестерина ЛПНП <1,4 ммоль/л или более чем на 50% от исходного уровня.	IIa	C
У практически здоровых людей моложе 70 лет с высоким риском следует рассматривать конечную цель холестерина ЛПНП <1,8 ммоль/л или более чем на 50% от исходного уровня.	IIa	C
У пациентов с установленным АССЗ рекомендуется гиполипидемическая терапия с конечным целевым уровнем ХС-ЛПНП <1,4 ммоль/л или более чем на 50% от исходного уровня.	I	A
Если целевые значения ЛПНП не достигаются с помощью максимально переносимой дозы статина, рекомендуется комбинация с эзетимибом.	I	B
Для первичной профилактики у пациентов с очень высоким риском , но без СГ, если цель ХС-ЛПНП не достигается при максимальной переносимой дозе статина и эзетимиба, можно рассмотреть комбинированную терапию, включающую ингибитор PCSK9 .	IIb	C

Гиперурикемия

- Является одним из существенных механизмов патогенеза значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы
- Величина гиперурикемии имеет тесную корреляцию с распространенностью и степенью выраженности АГ, ИБС и некоторых других заболеваний
- Гиперурикемия часто встречается в популяции и имеет тенденцию к увеличению распространения.



Гиперурикемия и заболевания сердечно-сосудистой системы

- Частота возникновения АГ у лиц с гиперурикемией значительно выше, чем у лиц без таковой . У пациентов с значимой гиперурикемией АГ диагностирована у 74% (NHANES, 2008)
- У больных АГ при гиперурикемии потенцируется поражение всех органов-мишеней. Сочетание АГ и гиперурикемии в пять раз повышает риск сердечно-сосудистых осложнений.
- Высокий уровень МК ассоциирован с увеличением риска инфаркта и инсульта приблизительно в 1,7 раз (Bos MJ, Koudstaal PJ, 2006)
- У пациентов с повышенным уровнем МК в сыворотке крови повышении риска смерти по причине сердечно-сосудистой патологии, а также смерти от всех причин и (NHANES III, 2013)
- По данным исследования PAMELA пороговый уровень МК в сыворотке крови для прогнозирования риска составил 320 мкмоль/л в отношении сердечно-сосудистой смертности и 290 мкмоль/л в отношении смертности от всех причин (Bombelli M, 2014)



ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ССЗ: КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ



Антитромбоцитарные препараты



Непрямые антикоагулянты



β -блокаторы



Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II



Активаторы АТФ-зависимых калиевых каналов



Препараты метаболического действия



Берегите себя!

A conceptual image for a health-related message. It features a bright red, glossy heart in the center, resting on a white ECG (heart rate) strip. A silver stethoscope is draped around the heart and the ECG strip. The background is a light blue gradient with faint, out-of-focus text and lines, suggesting a medical or clinical setting.

Спасибо за внимание!