

New version of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Bekbolat Zholdin¹, Nurlan Yeshniyazov¹, Vadim Medovchshikov¹, Iliada Talipova¹

¹West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Department of the Therapeutic Profile of Internship and Postgraduate Education, Aktobe, Kazakhstan



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Received: 22-03-2017

Accepted: 13-05-2017

UDC: 616.1

J CLIN MED KAZ 2017;2(44):6-9

Автор для корреспонденции: Медовщиков В.В., Западно-Казакстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова. Адрес: 030019, Актобе, ул. Маресьева 68. Тел.: +77013036516. E-mail: vadimedov@gmail.com.

Abstract

In 2016 a new edition of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice was published. Guidelines based on evidence-based medicine are a guide to primary and secondary prevention of cardiovascular diseases for health workers. The official translation of the Russian version is expected in July 2017. This article is devoted to a review of the main provisions of these guidelines. In the updated version, compared with the version of 2012, more attention is paid to the population approach, specific interventions, special groups of patients, the classes of evidence have been changed for a number of recommendations, and emphasis is placed on a multidisciplinary approach to the prevention of cardiovascular diseases. For the first time, experts point out the inexpediency of assessing cardiovascular risk in men under 40 and women under 50 without known risk factors due to possible false positive results. Patients with erectile dysfunction are not recommended to conduct routine screening of cardiovascular diseases. In addition, much attention is paid to the definition of quality of life, diagnosis and treatment of anxiety and depression of the patient, as these conditions increase cardiovascular risk and affect patient adherence to therapy.

Keywords: cardiovascular diseases – prevention – guidelines - evidence-based medicine.

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЕУРОПАЛЫҚ ҰСЫНЫМДАРЫНЫҢ ЖАҢА НҮСҚАСЫ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ

Жолдин Б.К.¹, Ешниязов Н.Б.¹, Медовщиков В.В.¹, Талипова И.Ж.¹

¹Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, интернатураның терапевтік бейіні және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру кафедрасы, Актобе, Қазақстан

ТҰЖЫРЫМДАМА

2016 жылы клиникалық тәжірибеде жүрек-қантамыр ауруларының алдын-алу бойынша еуропалық ұсынымдардың жаңа басылымы жарыққа шықты. Дәлелді медицинаға негізделген ұсынымдар – бұл денсаулық сақтау саласындағы қызметкерлер үшін жүрек-қантамыр ауруларының біріншілік және екіншілік алдын-алу бойынша нұсқаулық. Орыс тіліндегі аудармасының ресми нұсқасының 2017 жылдың шілде айында жарыққа шығуы күтілуде. Бұл мақала осы ұсыныстардың негізгі мазмұнына шолу жасауға арналған. 2012 жылғы нұсқамен салыстырғанда, жаңартылған нұсқасында популяциялық тәсілге, арнайы әсер етуге, науқастардың арнайы тобына көп көңіл бөлінген, кейбір ұсыныстар бойынша дәлелдік класстар өзгертілген, сонымен қатар жүрек-тамыр ауруларының алдын-алуға мультидисциплинарлық көзқарасқа ерекше көңіл аударылған. Бірінші рет сарапшылар белгілі қауіп факторлары жоқ 40 жастан жас ер адамдар және 50 жастан төмен әйелдерде қауіп факторларын бағалаудың тиімсіздігін көрсетті, себебі бұл жалған оң мәнді нәтижелерге әкелуі мүмкін. Эректильді бұзылысы бар науқастарға жүрек-қантамыр аурулары бойынша күнделікті скрининг жүргізу ұсынылмайды. Сонымен қатар өмір сүру сапасын бағалауға, үрей мен депрессияны анықтауға және емдеуге көп көңіл бөлінеді, себебі бұл жағдайлар жүрек-қантамыр ауруларының даму қаупін жоғарлатады және науқастардың емделуге ықыласына әсер етеді.

Маңызды сөздер: жүрек-қантамырлар аурулары - алдын алу – ұсынымдар - дәлелді медицина.

НОВАЯ ВЕРСИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жолдин Б.К.¹, Ешниязов Н.Б.¹, Медовщиков В.В.¹, Талипова И.Ж.¹

¹Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, кафедра терапевтического профиля интернатуры и послевузовского образования, Актобе, Казахстан

РЕЗЮМЕ

В 2016 году опубликована новая редакция европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. Рекомендации, основанные на доказательной медицине – это руководство по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для работников системы здравоохранения. Официальный перевод русскоязычной версии ожидается в июле 2017 года. Данная статья посвящена обзору основных положений этих рекомендаций. В обновленной версии, по сравнению с версией 2012 года, больше внимания уделено популяционному подходу, специфическим вмешательствам, особым группам пациентов, изменены классы доказательств по ряду рекомендаций, а также сделан акцент на мультидисциплинарном подходе к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Впервые эксперты указывают о нецелесообразности оценки сердечно-сосудистого риска у мужчин младше 40 и женщин младше 50 лет без известных факторов риска в связи с возможными ложноположительными результатами. Пациентам с эректильной дисфункцией не рекомендуется проведение рутинного скрининга сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, большое внимание уделяется определению качества жизни, диагностике и лечению тревоги и депрессии пациента, т.к. эти состояния увеличивают сердечно-сосудистый риск и влияют на приверженность пациента к терапии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания – профилактика – рекомендации – доказательная медицина.

Введение

В мае 2016 года опубликован обновленный вариант рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК) по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в клинической практике (1). Напомним, что предыдущая версия увидела свет в 2012 г., и на протяжении четырех лет оставалась одним из важнейших руководств, на основе которого организовывали работу кардиологи всей Европы.

В этой статье мы постараемся осветить актуальную для практикующих врачей информацию и изменения в новых рекомендациях.

Рекомендации 2016 года состоят из семи глав.

В первой главе рекомендаций «Что такое профилактика ССЗ?» приводится определение профилактики ССЗ, как скоординированного набора действий на популяционном или индивидуальном уровнях, с целью устранения или минимизации влияния ССЗ и связанной с ними потери трудоспособности. Также в данной главе приведены данные об экономической выгоде профилактики ССЗ в рамках страны. К примеру, по сообщению National Institute for Health and Care Excellence Великобритании благодаря национальному проекту по профилактике ССЗ, уменьшение риска ССЗ на 1%, позволило предотвратить 25 тысяч смертей от ССЗ и сэкономить 40 миллионов евро/год.

Во второй главе Европейских рекомендаций «Кто получит пользу от профилактики? Когда и как оценить риск и определить приоритеты» как и ранее, предлагается оценивать сердечно-сосудистый риск (ССР) по шкале SCORE. Напомним, что согласно ЕОК, Казахстан относится к странам с очень высоким риском ССЗ и для оценки ССР в нашей стране должна использоваться соответствующая таблица SCORE. Однако впервые эксперты ЕОК указывают о нецелесообразности оценки ССР у мужчин младше 40 и женщин младше 50 лет без известных ФР, в связи с возможными ложноположительными результатами (класс/уровень доказательности III/C). В рекомендациях, не смотря на определение ССР по шкале SCORE, акцентируется внимание на уточнение семейного анамнеза (наличие ССЗ или эпизодов ранних смертей у родственников первой линии у мужчин до 55 лет и у женщин до 65 лет), это должно стать частью оценки ССР (I/C). Также большое внимание уделяется определению качества жизни, наличию тревоги и депрессии пациента, т.к. эти состояния увеличивают ССР и влияют на приверженность пациента к терапии (IIa/B).

Рутинное определение биомаркеров (СРБ, фибриноген и т.д.) для оценки ССР не рекомендуется (III/C). Определение биомаркеров может быть полезно в определенных клинических состояниях, например, определение альбуминурии при гипертонии или сахарном диабете.

Также не рекомендуется в рутинном скрининге использовать методы визуализации для прогнозирования будущих сердечно-сосудистых событий. Методы визуализации могут быть рассмотрены у лиц с рассчитанным ССР на основе имеющихся ФР для принятия решений. Вышеуказанные рекомендации в документе 2016 года существенно отличаются от версии 2012 года.

В свою очередь во второй главе рассматриваются заболевания, влияющие на риск ССЗ. К примеру ХБП связана с повышенным риском ССЗ, независимо от наличия основных ФР ССЗ. Оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является важным признаком риска развития ССЗ, т.е. чем ниже СКФ, тем выше риск ССЗ. Кроме этого, независимо от СКФ, увеличение экскреции альбумина также является предиктором сердечно-сосудистой смертности.

Класс доказательности в новой версии получили и рекомендации по гриппу. Эксперты рекомендуют ежегодную вакцинацию от гриппа у пациентов с ССЗ (IIb/C) в связи с тем, что риск инфаркта миокарда или инсульта по данным исследований в четыре раза выше после респираторной инфекции.

В сравнении с версией 2012 года, в 2016 году значительное внимание уделено профилактике и оценке ФР ССЗ у пациентов, перенесших онкологию и получавших лечение с помощью химиотерапии или лучевой терапии. Наличие ФР ССЗ у онкологических больных дополнительно увеличивает риск сердечно-сосудистых событий. В связи с этим у пациентов, получающих 1 тип химиотерапии, должна рассматриваться профилактика дисфункции левого желудочка (IIa/B). Первичная медико-санитарная, кардиологическая и онкологическая служба должны работать вместе, чтобы увеличить продолжительность и качество жизни у этих пациентов. Здоровое питание, отказ от курения, регулярные физические упражнения, контроль веса должны рекомендоваться в обязательном порядке. Так, аэробные упражнения могут рассматриваться как перспективный нефармакологический метод предупреждения и/или лечения кардиотоксичности, вызванной химиотерапией.

Аутоиммунные заболевания, такие как ревматоидный

артрит, анкилозирующий спондилит или тяжелый псориаз также увеличивают ССЗ независимо от наличия остальных ФР, как у мужчин, так и у женщин. У пациентов с ревматоидным артритом рассчитанный риск по SCORE рекомендуется умножить на 1,5, в особенности при высокой активности заболевания (IIa/B). При других аутоиммунных заболеваниях такое увеличение риска ССЗ также применимо, но менее доказано (IIb/C).

В обновленной версии рекомендаций приводятся данные о взаимосвязи между синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и артериальной гипертензии, ИБС, фибрилляции предсердий, инсульта и сердечной недостаточности. Однако эксперты отмечают о недостаточности данных для целесообразности проведения рутинного скрининга у этой категории пациентов. Это является кардинальным отличием от версии 2012 года, где обследование и стратификация риска рекомендовалось у всех пациентов с СОАС.

Также пересмотрены доказательства о целесообразности рутинного скрининга ССЗ у пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД). У мужчин с ЭД достаточно проведение оценки ФР, признаков и симптомов ССЗ (IIa/C).

Ещё одним существенным дополнением в новой версии рекомендаций явился раздел «Особые группы». Одна из таких групп люди младше 50 лет, имеющие один или несколько ФР, которые необходимо корректировать. Приведены также данные по лечению основных ФР у пациентов пожилого возраста. Существенных отличий от других групп пациентов нет, однако в каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход. К примеру, эксперты рекомендуют руководствоваться здравым смыслом и быть осторожными

при назначении статинов в категории пожилых пациентов. В категории женщин, имеющих в анамнезе преэклампсию и/или гипертензию, вызванную беременностью, рекомендуется проведение периодического скрининга на гипертензию и СД (IIa/B). У женщин с наличием в анамнезе синдрома поликистозных яичников или гестационного СД должен проводиться скрининг на наличие СД (IIa/B). Кроме того, женщины с преждевременными родами в анамнезе должны проходить скрининг на наличие АГ и СД (IIb/B). Вторая глава рекомендаций завершается этническими особенностями. Эксперты рекомендуют учитывать их при оценке ССР (IIa/A).

Третья глава Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ называется «Как вмешиваться на индивидуальном уровне: воздействие на факторы риска». В разделе «Изменение поведения» эксперты по-прежнему уделяют большое внимание как обучению пациентов модификации образа жизни, так и мультидисциплинарному подходу к этому процессу с привлечением медсестер, диетологов, психологов (I/A).

Значимая роль в рекомендациях отводится психосоциальным факторам, чем часто пренебрегают врачи в своей практике. Эксперты указывают на необходимость установления эффективного взаимодействия с пациентом, профилактике и ранней диагностики тревоги и депрессии. Пациентам с ССЗ рекомендуется обучение основам здорового образа жизни, физические тренировки и психологическое воздействие для коррекции психосоциальных ФР и преодоления болезни (I/A).

Далее даны рекомендации по физической активности (ФА). Целевые уровни ФА приведены в Таблице 1 (I/A).

Таблица 1

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и их целевые уровни

Курение	исключение воздействия табака в любой форме.
Диета	с низким содержанием насыщенных жиров, предпочтительно цельнозерновые продукты, овощи, фрукты и рыба.
Физическая активность (ФА)	как минимум 150 минут в неделю умеренной аэробной ФА (30 минут в течение 5 дней/в неделю) или 75 минут в неделю энергичной аэробной ФА (15 мин 5 дней/неделю) или их сочетание.
Масса тела	ИМТ 20-25 кг/м ² . Окружность талии <94 см (мужчины) или <80 см (женщины).
АД	<140/90 мм.рт.ст.
Липиды ЛПНП – являются основной целью	Очень высокий риск: <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл), или снижение по меньшей мере на 50%, если базовый уровень находится между 1,8 и 3,5 ммоль/л (70 и 135 мг/дл) Высокий риск: <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл), или снижение по меньшей мере на 50%, если базовый уровень находится между 2,6 и 5,1 ммоль/л (100 и 200 мг/дл) Низкий и умеренный риск: <3,0 ммоль/л (<115 мг/дл).
ЛПВП	Нет целевых уровней, но >1,0 ммоль/л (>40 мг/дл) у мужчин и >1,2 ммоль/л (>45 мг/дл) у женщин указывают на более низкий риск.
Триглицериды	Нет целевых уровней, но <1,7 ммоль / л (<150 мг / дл) указывает на более низкий риск и более высокие уровни указывают на необходимость поиска других факторов риска.
Диабет	HbA1c <7%. (<53 ммоль/моль)

АД – артериальное давление;

ИМТ – индекс массы тела;

ЛПВП – липопротеины высокой плотности;

ЛПНП – липопротеины низкой плотности;

ФА – физическая активность;

HbA1c – гликированный гемоглобин.

Резюмируя раздел «Курение», где приводятся убедительные данные о вреде курения, в т.ч. пассивного, механизмах увеличения ССР. Эксперты рекомендуют распознавать курильщиков, обеспечить им консультативную помощь в избавлении от никотиновой зависимости, а также, при неуспешности психологической помощи, назначить никотинзамещающую терапию варениклином или

бупропионом, или их в комбинации (I/A).

Немаловажную роль в кардиоваскулярной профилактике занимает питание, что и рассмотрено в соответствующем разделе Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ. Здоровая диета рекомендуется в качестве краеугольного камня профилактики ССЗ у всех людей (I/B). Основные тезисы по здоровому питанию приведены в таблицах 1 и 2.

- Насыщенные жирные кислоты должны составлять <10% от суточной калорийности и должны замещаться на полиненасыщенные жирные кислоты.
- Транс-ненасыщенные жирные кислоты: употреблять их как можно меньше, ограничить употребление переработанных продуктов питания, они должны составлять <1% от суточной калорийности из продуктов природного происхождения.
- <5 г соли в день.
- 30-45 г волокон в день, предпочтительно из цельнозерновых продуктов.
- ≥200 г фруктов в день (2-3 порции).
- ≥200 г овощей в день (2-3 порции).
- Рыба 1-2 раза в неделю, одна из которых должна быть жирной.
- 30 грамм несоленых орехов в день.
- Потребление алкогольных напитков должно быть ограничено до 2 стаканов в день (20 г/сут алкоголя) для мужчин и 1 стакан в день (10 г/сут алкоголя) для женщин.
- Употребление подслащенных безалкогольных и алкогольных напитков должно быть ограничено.

Не последнюю роль в профилактике ССЗ играет масса тела. Пациентам рекомендуется поддерживать свой здоровый вес. Людям с избыточным весом и ожирением рекомендуется достигать здоровый вес (или стремиться к снижению веса) с целью снижения АД, дислипидемии и риска развития СД 2 типа, и, таким образом, улучшать профиль ССР (I/A). Целевые уровни ИМТ приведены в таблице 1.

В обновленной версии рекомендаций эксперты уделяют большое внимание контролю над дислипидемией и липидснижающей терапией. Общеизвестные на сегодняшний день целевые уровни липидов остались неизменными (Таблица 1). По-прежнему ЛПНП считаются наиболее атерогенными, и контроль над ЛПНП является основной целью для снижения ССР. Примечательно, что эксперты указывают на то, что если низкий уровень ЛПВП связан с повышенным ССР, то увеличение ЛПВП не связано с уменьшением ССР. Гипертриглицеридемия является важным ФР ССЗ, но эта связь с ССЗ гораздо слабее, чем гиперхолестеринемии. ССР сильнее связан с умеренной, чем с очень тяжелой гипертриглицеридемией (>10 ммоль/л ФР развития панкреатита). Эксперты указывают, что необходимо выявлять и дифференцировать семейную гиперхолестеринемии и вторичную дислипидемию (например, гипотиреоз, злоупотребление алкоголем, синдром Кушинга и т.д.). Что касается медикаментозной терапии гиперлипидемии,

то общие стратегии медикаментозного вмешательства в данном документе не претерпели кардинальных изменений. Более подробно они раскрыты в Европейских рекомендациях по лечению дислипидемий 2016 года.

В данных рекомендациях отдельно выделены диабет 1-го и 2-го типов, гипертензия, фибрилляция предсердий, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, заболевания периферических артерий, антитромбоцитарная терапия. Однако при диагностике, лечении и профилактике данных состояний следует руководствоваться соответствующими Европейскими рекомендациями.

Завершают рекомендации по профилактике главы о популяционном подходе к профилактике ССЗ. В этой новой главе эксперты ЕОК делают акцент, что профилактика ССЗ должна проводиться на всех уровнях и этапах, включая всю страну и все группы населения, в т.ч. используя СМИ, неправительственные организации и т.д.

Резюмируя обзор Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ, эксперты акцентируют внимание на том, что, как и первичная, так и вторичная профилактика являются социально и экономически эффективными мероприятиями. Так, слова «Будущее принадлежит медицине профилактической» остаются актуальными и на сегодняшний день.

Литература

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2016; 37(29): 2315-2381.

How to cite this article: Bekbolat Zholdin, Nurlan Yeshniyazov, Vadim Medovchshikov, Iliada Talipova. New version of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [in Russian]. *J Clin Med Kaz.* 2017;2(44):6-9.