

Нововведения в руководствах 6-й объединенной рабочей группы

Президент EAS профессор Альберико Катапано (Миланский Университет, Италия) представил руководство Шестой объединенной рабочей группы Европейского кардиологического общества и других обществ, посвященные



профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике¹ на специальном заседании Конгресса. Он заострил внимание на основных направлениях, в том числе оценке рисков, целях и мишенях важных факторов риска сердечно-сосудистой патологии, рекомендациях по визуализационным обследованиям и контролю липидов, а также стратегиях вмешательства.

Оценка рисков: Проводить оценку рисков рекомендуется больным, входящим в группы повышенного риска, т.е. с наличием в семейном анамнезе сведений о ранних сердечно-сосудистых заболеваниях или серьезных факторах риска, и такую оценку необходимо проводить минимум раз в 5 лет или чаще, если эти факторы риска находятся на уровнях, близких к целевым значениям, предполагающим лечение. Систематическая оценка рисков показана мужчинам > 40 лет или женщинам > 50 лет либо у женщин в периоде после менопаузы при отсутствии известных факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Глобальный расчет рисков основан на методике SCORE с применением таблиц с данными по 10-летнему риску летальных сердечно-сосудистых заболеваний, исходя из возраста, пола, курения, систолического артериального давления и уровня общего холестерина. Кроме того, в таблицах относительных рисков,

построенных на основе SCORE, представлены дополнительные значения для более молодых больных с факторами риска.

Факторы риска: Основное внимание в обсуждении занимали липиды. Хотя во всем спектре риска сердечно-сосудистой патологии целевые значения Х-ЛПНП оставались неизменными, была установлена альтернативная цель в виде минимум 50% снижения уровней Х-ЛПНП в сравнении с исходными значениями для пациентов в группах высокого и очень высокого риска. Это может быть показано для пациентов в группе очень высокого риска с исходными величинами Х-ЛПНП от 1,8 до 3,5 ммоль/л (70 и 135 мг/дл) и для пациентов в группе высокого риска с исходными величинами Х-ЛПНП от 2,6 до 5,1 ммоль/л (100 и 200 мг/дл). При том что обществами признано увеличение числа подтверждений повышенного содержания триглицеридов натощак ($>1,7$ ммоль/л, или $>\sim 150$ мг/дл) в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, данные для обоснования целевых значений отсутствуют. Аналогично, помимо того, что низкий уровень холестерина в составе липопротеидов высокой плотности (Х-ЛПВП; $<1,0$ ммоль/л, или 40 мг/дл у мужчин и $<1,2$ ммоль/л, или <45 мг/дл у женщин) признан фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, достоверного обоснования целевых значений Х-ЛПВП не получено.

Визуализационные обследования: В руководствах представлен расчет содержания кальция в коронарных артериях, поиск атеросклеротических бляшек с помощью сканирования сонной артерии и лодыжечно-плечевой индекс в качестве модификаторов риска при обследованиях на предмет риска сердечно-сосудистой патологии. Скрининг толщины внутренней-средней стенки сонной артерии в качестве средства оценки риска сердечно-сосудистой патологии не рекомендован.

Как и в случае других руководств, в руководствах Шестой объединенной рабочей группы диета представлена в виде центральной процедуры в комплексе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Контроль образа жизни рекомендован даже людям в группах низкого риска (SCORE <1%), при уровнях Х-ЛПНП <2,6 ммоль/л, или 100 мг/дл.

Что касается контроля уровня липидов, статины остаются первым вариантом выбора при лечении повышенных уровней Х-ЛПНП. У пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистой патологии, которым необходимо дополнительное снижение Х-ЛПНП для достижения целей, эзетимиб является основным вариантом для назначения совместно со статинами. Что касается новых методов лечения, руководства признают, что в клинических исследованиях получены достоверные результаты о снижении уровня Х-ЛПНП максимум на 60% за счет применения современных ингибиторов пропротеин-конвертазы субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9). Однако перед тем, как можно будет составить однозначные рекомендации по их применению, необходимо дождаться получения результатов текущих клинических исследований. В целом, эти руководства Шестой объединенной рабочей группы содержат данные, согласованные с руководствами Объединенного европейского кардиологического общества / Европейского общества по вопросам атеросклероза 2011 года;² поправки к этим руководствам были представлены на Конгрессе Европейского кардиологического общества. В этих руководствах подчеркивается актуальность соблюдения режима лечения и приведены особые рекомендации по его установлению и улучшению. Они включают упрощение режима лечения, оценку соблюдения требований к приему

препаратов, а также причины несоблюдения врачами и рассматривают стратегии комбинированной терапии — политаблетки — для улучшения соблюдения режима.

Рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий были разработаны совместно с Ассоциацией кардиоторакальной хирургии и одобрены Европейской организацией инсульта. На сегодняшний день антикоагулянтной терапией первой линии являются новые пероральные антикоагулянты. Однако антагонисты витамина К, конкретно варфарин, остается обоснованным препаратом для профилактики инсульта при ФП и является препаратом выбора у пациентов, которым не показаны новые пероральные антикоагулянты – в частности, при наличии механических клапанов сердца.

Одно из ключевых изменений в новых рекомендациях коснулось решения вопроса об инициации антикоагулянтной терапии. Так, антикоагулянтную терапию следует назначать при наличии 1 балла по шкале CHA₂DS₂-VASc у мужчин и 2 баллов – у женщин.

Описана тактика действий при возникновении осложнений на фоне антикоагуляции, включая вопросы возобновления терапии после кровотечения, терапия пациентов с возникшим кровотечением, а также действия при возникновении на фоне антикоагулянтной терапии ишемического инсульта. Большое внимание уделяется ранней диагностике ФП, до возникновения инсульта, включая прицельный электрокардиографический скрининг у лиц старше 65 лет и пациентов высокого риска, таких как лица с установленными водителями ритма.

У определенной группы пациентов терапией первой линии рекомендовано проведение катетерной абляции. При этом, предпочтительным является изоляция устья легочных вен, а более расширенные вмешательства рекомендованы как терапия резерва у пациентов с рецидивирующей ФП.

В новом документе по кардио-онкологии рассматриваются сердечно-сосудистые осложнения химиотерапии у онкологических больных .

Внимание сфокусировано на 9 категориях: дисфункция миокарда и сердечная недостаточность (СН); ишемическая болезнь сердца; клапанная болезнь; аритмии; артериальная гипертензия; тромбоэмболические состояния; заболевания периферических артерий и инсульт; легочная гипертензия; осложнения со стороны перикарда.

Для каждого вида осложнений описано, какие пациенты находятся в группе риска, как определить и предотвратить возможные побочные эффекты терапии, каковы принципы лечения и наблюдения за пациентами.

Например, совместное применение антрациклинов и трастузумаба у пациенток с раком молочной железы значительно повышает риск развития СН. Однако кардиотоксичность можно значимо уменьшить путем проведения терапии с интервалами без комбинированного назначения препаратов. В документе уделяется внимание важности создания мультидисциплинарных команд, включающих кардиологов, онкологов, медсестер, специалистов по СН и методам визуализации.



правильное питание



своевременная
диагностика



4 шага к
здоровому
серцу



физическая активность



контроль веса и
отказ от вредных привычек