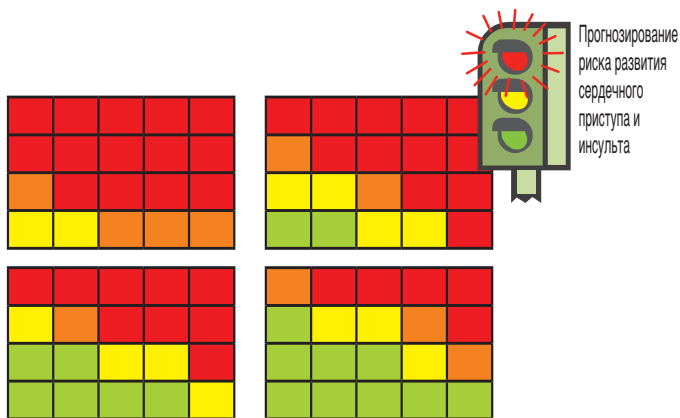




Всемирная
организация здравоохранения

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Карманное пособие по оценке и снижению риска
сердечно-сосудистых заболеваний



Женева, 2007 год



Всемирная
организация здравоохранения

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

**Карманное пособие по оценке и снижению риска
сердечно-сосудистых заболеваний**

(Номограммы риска Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)/
Международного общества по гипертензии (МОГ) для **Европейского региона ВОЗ**)

Женева, 2007 год

WHO library Cataloguing-in-Publication Data

Prevention of cardiovascular disease : pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk : (WHO/ISH cardiovascular risk prediction charts for the South-East Asia Region).

1.Cardiovascular diseases – prevention and control. 2.Cardiovascular diseases – diagnosis.

3.Risk factors. 4.Risk assessment. 5.Guidelines. 6.Charts. 7.South-East Asia Region (WHO).

I.World Health Organization. II.Title: Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk : (WHO/ISH cardiovascular risk prediction charts for the South-East Asia Region).

ISBN 978 92 4 154727 7

(NLM classification: WG 120)

Номаграммы риска, приведенные в настоящем руководстве, могут использоваться лишь в нижеследующих странах: Андорра, Австрия, Бельгия, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан Марино, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Соединенное Королевство, Албания, Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Киргизстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, бывшая Югославская Республика Македония, Турция, Туркменистан, Узбекистан, Белоруссия, Эстония, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина.

Номаграммы ВОЗ/МОГ для всех государств-членов ВОЗ имеются на компакт-диске, который можно приобрести в ВОЗ.

Другие номаграммы риска уже имеются для Австралии, Канады, Новой Зеландии, Соединенных Штатов Америки и многих стран Европы.

© World Health Organization 2007

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Printed in

Содержание

Введение	1
Целевая аудитория	2
Обстановка	2
Ресурсные потребности	2
В чем состоит цель данного руководства?	3
Кого необходимо направлять в специализированное учреждение?	3
Раздел 1	5
Оценка и меры по снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний для лиц, подверженных факторам риска, и у которых еще не возникли клинические проявления сердечно-сосудистого заболевания (первичная профилактика)	5
В каких случаях для принятия решения в отношении лечения нет необходимости классифицировать риск сердечно-сосудистого заболевания?	7
Инструкции по использованию номаграмм риска ВОЗ/МОГ	7
Практические советы	9
Таблица 1 Перечень номаграмм риска ВОЗ/МОГ по эпидемиологическим субрегионам и с указанием государств-членов ВОЗ	11
Рисунок 1 Номаграмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR A и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови	13
Рисунок 2 Номаграмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR B и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови	14
Рисунок 3 Номаграмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR C и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови	15
Рисунок 4 Номаграмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR A, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови	16
Рисунок 5 Номаграмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR B, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови	17
Рисунок 6 Номаграмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR C, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови	18
Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для лиц, подверженных сердечно-сосудистому риску (по общему риску для данного лица)	19

Раздел 2	Ведение больных, у которых установлено наличие коронарной болезни сердца, цереброваскулярной болезни или болезни периферических сосудов (вторичная профилактика)	27
	Рекомендации по предупреждению периодических коронарных болезней сердца (сердечные приступы) и цереброваскулярной болезни (инсульты)	28
	Таблица 2 Причины и клинические признаки вторичной артериальной гипертензии	34
	Таблица 3 Клинические признаки злокачественной гипертензии	34
	Таблица 4 Лекарственные препараты и ежедневные дозы	35

Введение

Сердечно-сосудистые болезни являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности во всем мире. В основе патологии лежит атеросклероз, который развивается на протяжении многих лет, и обычно приобретает серьезные формы к тому времени, как начинают наблюдаться симптомы, обычно в среднем возрасте. Острые коронарные события (сердечные приступы) и сердечно-сосудистые события (инфаркты) часто происходят внезапно и нередко имеют фатальный исход, если не оказывается медицинская помощь. Регулирование факторов риска может снизить клинические проявления и преждевременную смертность у лиц с установленным сердечно-сосудистым заболеванием, а также у тех, кто подвержен значительному риску сердечно-сосудистых заболеваний в силу влияния одного или более факторов риска.

В настоящем карманном пособии содержится научно обоснованное руководство в отношении того, каким образом снизить число случаев первых и повторных клинических проявлений, обусловленных коронарной болезнью сердца (КБС), цереброваскулярной болезнью (ЦВБ) и периферической васкулярной болезнью у двух категорий лиц. К ним относятся:

1. Лица, подверженные риску, у которых еще не наблюдаются клинические проявления сердечно-сосудистой болезни (первичная профилактика)¹.
2. Лица, у которых установлено наличие КБС, ЦВБ или периферической сосудистой болезни (вторичная профилактика)².

Прилагаемые номограммы риска ВОЗ/МОГ позволяют провести оценку общего риска сердечно-сосудистого заболевания у лиц первой категории. Опираясь на научные данные рекомендации, приводимые в Разделе 1 настоящего руководства, указывают на то, какие конкретные профилактические действия необходимо предпринять и с какой степенью интенсивности.

Лица, относящиеся к второй категории подвержены значительному риску сердечно-сосудистого заболевания и нуждаются в серьезных изменениях образа жизни и соответствующей лекарственной терапии, о чем подробно говорится в Разделе 2 на стоящего руководства. Для принятия решения о лечении этих лиц нет необходимости проводить стратификацию риска с использованием номограмм риска.

¹ World Health Organization. *Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.* Geneva, 2007.

² World Health Organization. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals.* Geneva, 2003.

Целевая аудитория

Настоящее карманное пособие могут использовать врачи и работники здравоохранения, не относящиеся к категории врачей, на всех уровнях медико-санитарной помощи, в том числе, и в сфере первичной медико-санитарной помощи. Отправными точками реализации положений данного руководства могут служить случаи гипертензии, диабета или выявленные сердечно-сосудистые болезни.

Условия

Руководство может использоваться в обстановке первичной медико-санитарной помощи, а также на других уровнях медико-санитарной помощи, в том числе, в условиях ограниченных ресурсов.

Необходимые ресурсы

- **Кадры:** Человек с врачебным образованием или работник здравоохранения, прошедший стретинское обучение/обучение для лиц, не имеющих врачебного образования
- **Оборудование:** Стетоскоп, исправный прибор для измерения кровяного давления¹, мерная лента и весы, приборы для проверки содержания сахара и альбумина в моче, и набор для измерения содержания сахара и холестерина в крови
- **Лекарственные препараты:** Тиазидные диуретики, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин конвертирующего фермента, блокаторы кальциевого канала, аспирин, метформин, инсулин, статины
- **Другие требования:** Система поддержания медицинской документации, специализированные лечебные учреждения.

В чем состоит цель действий, рекомендуемых в пособии?

Цель состоит в том, чтобы предупредить проявления КБС и ЦВБ путем снижения риска сердечно-сосудистого заболевания. Рекомендации состоят в том, чтобы:

- отказаться от потребления табака, или потреблять меньше, или вообще не начинать
- придерживаться правильного питания
- вести физически активный образ жизни
- снизить индекс массы тела, соотношение окружности талии к окружности бедер/окружности талии
- понизить кровяное давление
- понизить содержание холестерина в крови и ЛПНП холестерина
- удерживать под контролем гликемию
- обращаться в необходимых случаях к антиагрегантной терапии.

Кого необходимо направлять в специализированное учреждение?

Направлять к специалисту необходимо в тех случаях, когда клинические показания позволяют предположить о наличии:

- острых сердечно-сосудистых проявлений, таких как: сердечный приступ, стенокардия, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт, преходящий ишемический приступ
- вторичная гипертензия (таблица 2), злокачественная гипертензия (таблица 3)
- сахарный диабет (впервые диагностированный или не находящийся под наблюдением)
- установленное сердечно-сосудистое заболевание (впервые диагностированное или не обследованное в специализированном учреждении).

После того как состояние лиц вышеуказанной категории будет изучено и стабилизировано, они могут проходить дальнейшее лечение в учреждении первичной помощи, придерживаясь рекомендаций, приведенных в настоящем пособии. Им нужно будет периодически проходить обследование в специализированном учреждении.

¹ Parati G, Mendis S, Abegunde D, Asmar R, Mieke S, Murray A, Shengelia B, Steenvoorden G, Van Montfrans G, O'Brien E; World Health Organization. Recommendations for blood pressure measuring devices for office/clinic use in low resource settings. *Blood Press Monit.* 2005 Feb;10(1):3-10.

Раздел 1

Оценка и меры по снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний для лиц, подверженных факторам риска, и у которых еще не возникли клинические проявления сердечно-сосудистого заболевания (первичная профилактика)

В каких случаях для принятия решения в отношении лечения нет необходимости классифицировать риск сердечно-сосудистого заболевания?

Некоторые лица в значительной степени подвержены сердечно-сосудистому риску, поскольку они страдают выявленным сердечно-сосудистым заболеванием или в индивидуальном плане испытывают влияние весьма значительных факторов риска. В отношении этих лиц нет необходимости проводить стратификацию риска для того, чтобы принять решение относительно лечения, поскольку они относятся к категории, подвергающейся значительному риску. Все они нуждаются в существенном изменении образа жизни и в надлежащей лекарственной терапии^{1,2}. К ним относятся лица:

- У которых выявлено сердечно-сосудистое заболевание;
- У которых не обнаружено сердечно-сосудистого заболевания, но у которых отмечается содержание холестерина ≥ 8 ммоль/л (320 мг/дл) или содержание липопротеина низкой плотности (ЛПНП) ≥ 6 ммоль/л (240 мг/дл) или отношение содержания общего холестерина к содержанию липопротеинов высокой плотности > 8 ;
- Лица, у которых выявлено сердечно-сосудистое заболевание, и которые страдают повышенным артериальным давлением ($> 160/170/100/105$ мм рт.ст.);
- Лица, страдающие диабетом типа 1 или 2 с выраженной нефропатией или другими почечными заболеваниями в тяжелой форме;
- Лица, страдающие почечной недостаточностью или нарушением функции почек.

Инструкции по использованию номограмм риска ВОЗ/МОГ

В номограммах риска ВОЗ/МОГ указывается на 10-летний период риск летального или не летального значительного сердечно-сосудистого приступа (инфаркт миокарда или инсульт), в зависимости от возраста, пола, кровяного давления, фактора курения, общего содержания холестерина в крови и наличия или отсутствия сахарного диабета для 14 эпидемиологических субрегионов ВОЗ.

Имеется два комплекта номограмм. Один комплект (14 номограмм) может использоваться в тех условиях, когда можно измерить содержание холестерина в крови. Другой комплект (14 номограмм) предназначен для таких условий, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови. Оба комплекта имеются на компакт-диске в цветном и черно-белом вариантах.

¹ World Health Organization. Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals. Geneva, 2003.

² World Health Organization. Avoiding heart attacks and strokes. Don't be a victim protect yourself. Geneva 2005.

Каждая номограмма может использоваться в странах определенного эпидемиологического субрегиона ВОЗ, как указано в таблице 1.

Номограммы дают приблизительную оценку риска сердечно-сосудистого заболевания у лиц, у которых не выявлено коронарной болезни сердца, инсульта или иного атеросклеротического заболевания. Их полезность состоит в том, что они помогают выявить лиц, подверженных значительному риску сердечно-сосудистой болезни, и стимулировать пациентов, прежде всего, изменить свои привычки и, в необходимых случаях, принимать противогипертензивные, понижающие содержание липидов лекарственные препараты и аспирин.

Каким образом используются номограммы для оценки риска сердечно-сосудистого заболевания? (Рисунки 1, 2, 3, 4, 5, 6)

- Прежде всего, соотнесите с таблицей 1, следует убедиться, что вы выбрали необходимые номограммы
- Если содержание холестерина в крови измерить нельзя по причине ограниченных ресурсов, используйте номограммы, не включающие в себя показатель содержания общего холестерина
- Прежде чем на основании номограммы получить оценку 10-летнего риска сердечно-сосудистого заболевания у какого-либо лица, необходимо располагать следующей информацией:
 - Наличие или отсутствие диабета
 - Пол
 - Курящий или некурящий
 - Возраст
 - Систолическое артериальное давление (САД)
 - Содержание общего холестерина в крови (если оно выражено в мг/дл, то для того, чтобы пересчитать его в ммоль/л, разделите на 38)

Как только указанная информация имеется, можно приступить к оценке риска сердечно-сосудистого заболевания на 10-летний период. Делается это следующим образом:

- Первый шаг** Выберите соответствующую номограмму, в зависимости от наличия или отсутствия диабета¹
- Второй шаг** Выберите таблицу, в зависимости от полового признака
- Третий шаг** Выберите графу курящий или некурящий²
- Четвертый шаг** Выберите возрастную графу (если возраст 50-59 лет, выбирайте 50, если 60-69 лет, выбирайте 60 и т.д.)
- Пятый шаг** В пределах этой графы отыщите ближайшую клетку, где пересекаются показатели систолического артериального давления данного лица (в мм рт.ст.)³ и уровень содержания общего холестерина (в ммольях/л)⁴. Цвет этой клетки определяет риск сердечно-сосудистого заболевания на 10-летний период.

Практические советы

Просьба иметь в виду, что риск сердечно-сосудистых заболеваний может оказаться выше, чем указано в номограммах, если имеют место нижеследующие обстоятельства:

- больной уже проходит противогипертензивное лечение;
- ранний климакс;
- приближается к следующей возрастной категории или категории систолического артериального давления;
- ожирение (в т.ч. в поясничной области);
- сидячий образ жизни;
- наличие в семье случаев преждевременной КБС или инсульта среди родственников первой степени родства (мужчины до 55 лет, женщины до 65 лет);
- повышенный уровень триглицерида (> 2,0 ммоль/л или 180 мг/дл);

¹ К числу лиц, страдающих диабетом, относятся получающие инсулин или принимающие пероральные гипогликемические лекарственные средства, или имеющие концентрацию глюкозы в плазме натощак, превышающую 7,0 ммоль/л (126 мг/дл), или постпрандиальную концентрацию глюкозы в плазме (примерно через 2 часа), превышающую 11,0 ммоль/л (200 мг/л), что выявляется путем двух отдельных измерений. В условиях крайних ресурсных ограничений и если анализ крови на сахар затруднителен, диабет может выявляться проверкой на наличие сахара в моче. Если проверка мочи на сахар дает положительный результат, то для диагностики сахарного диабета необходимо провести подтверждающий анализ крови на сахар.

² При оценке риска сердечно-сосудистого заболевания курящими считаются все лица, которые курят в настоящее время, и те, которые бросили курить менее, чем за год до проведения обследования.

³ Систолическое артериальное давление, рассчитываемое как средний показатель результатов двух отдельных измерений, является достаточным для оценки риска, но не для установления исходного состояния, предшествующего лечению.

⁴ Для оценки риска достаточно среднего значения результатов двух постпрандиальных измерений содержания холестерина в сыворотке сухим методом, или результата одного лабораторного постпрандиального анализа.

- низкий уровень липопротеинов высокой плотности (< 1 ммоль/л или 40 мг/дл у мужчин, < 1,3 ммоль/л или 50 мг/дл у женщин);
- повышенные уровни ц-реактивного белка, фибриногена, гомоцистеина, аполипопротеина В или ЛППА, или гликемии натощак, или пониженная толерантность к глюкозе;
- микроальбуминурия (увеличивает 5-летний риск диабета примерно на 5%);
- повышенный пульс;
- трудное социально-экономическое положение.

Таблица 1. Перечень номограмм риска ВОЗ/МОГ по эпидемиологическим субрегионам¹ и с указанием государств-членов ВОЗ

Номограммы риска ВОЗ/МОГ по эпидемиологическим субрегионам		Государства-члены ВОЗ
Африка	AFR D	Алжир, Ангола, Бенин, Буркина Фасо, Камерун, Кабо-Верде, Чад, Коморские Острова, Экваториальная Гвинея, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Либерия, Мадагаскар, Мали, Мавритания, Маврикий, Нигер, Нигерия, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сейшельские Острова, Сьерра-Леоне, Того
	AFR E	Ботсвана, Бурунди, Центральная Африканская Республика, Конго, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Эритрея, Эфиопия, Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Руанда, Южная Африка, Свазиленд, Уганда, Объединенная Республика Танзания, Замбия, Зимбабве
Америка	AMR A	Канада*, Куба, Соединенные Штаты Америки*
	AMR B	Антигуа и Барбуда, Аргентина, Багамские Острова, Барбадос, Белиз, Бразилия, Чили, Колумбия, Коста-Рика, Доминика, Доминиканская Республика, Сальвадор, Гренада, Гайана, Гондурас, Ямайка, Мексика, Панама, Парагвай, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсия, Сент-Винсент и Гренадины, Суринам, Тринидад и Тобаго, Уругвай, Венесуэла
	AMR D	Боливия, Эквадор, Гватемала, Гаити, Никарагуа, Перу
Восточное Средиземноморье	EMR B	Бахрейн, Иран (Исламская Республика), Иордания, Кувейт, Ливан, Ливийская Арабская Джамахирия, Оман, Катар, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Тунис, Объединенные Арабские Эмираты
	EMR D	Афганистан, Джибути, Египет, Ирак, Марокко, Пакистан, Сомали, Судан, Йемен

¹ Группы смертности: А: очень низкая детская смертность и очень низкая смертность взрослого населения; В: низкая детская смертность и низкая смертность взрослого населения; С: низкая детская смертность и высокая смертность взрослого населения; D: высокая детская смертность и высокая смертность взрослого населения; E: высокая детская смертность и очень высокая смертность взрослого населения.

* Другие номограммы риска уже имеются для Австралии, Канады, Новой Зеландии, Соединенных Штатов Америки и многих стран Европы.

Таблица 1. Перечень номограмм риска ВОЗ/МОГ по эпидемиологическим субрегионам¹ и с указанием государств-членов ВОЗ

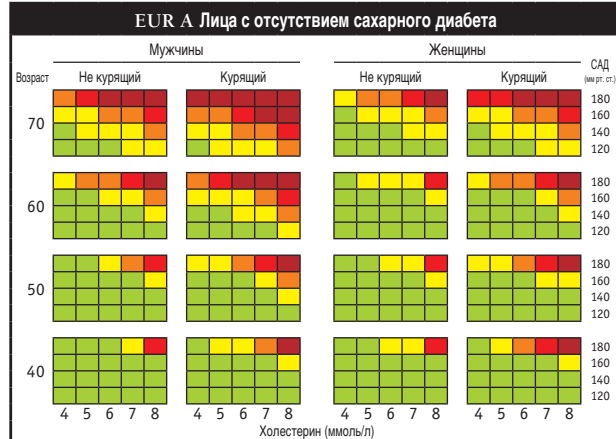
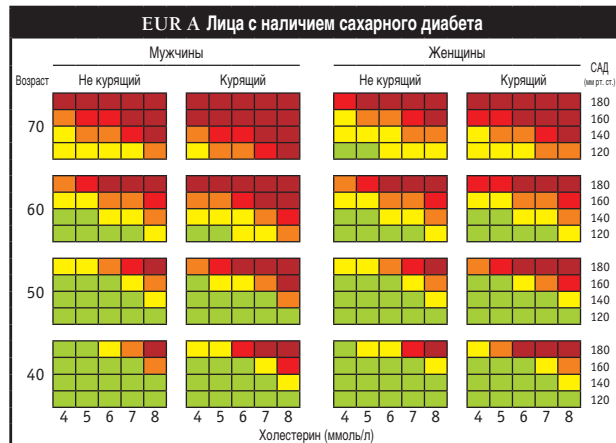
Номограммы риска ВОЗ/МОГ по эпидемиологическим субрегионам		Государства-члены ВОЗ
Европа*	EUR A	Андорра, Австрия, Бельгия, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Соединенное Королевство
	EUR B	Албания, Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Киргистан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Бывшая югославская Республика Македония, Турция, Туркменистан, Узбекистан
	EUR C	Беларусь, Эстония, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина
Юго-Восточная Азия	SEAR B	Индонезия, Шри Ланка, Таиланд
	SEARD	Бангладеш, Бутан, Корейская Народно-Демократическая Республика, Индия, Мальдивские Острова, Мьянма, Непал
Западная часть Тихого океана	WPR A	Австралия*, Бруней-Даруссалам, Япония, Новая Зеландия*, Сингапур
	WPR B	Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Маршалловы Острова, Микронезия (Федеративные Штаты), Монголия, Науру, Ниуэ, Острова Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Республика Корея, Самоа, Соломоновы Острова, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины

¹ Группы смертности: А: очень низкая детская смертность и очень низкая смертность взрослого населения; В: низкая детская смертность и низкая смертность взрослого населения; С: низкая детская смертность и высокая смертность взрослого населения; D: высокая детская смертность и высокая смертность взрослого населения; E: высокая детская смертность и очень высокая смертность взрослого населения.

* Другие номограммы риска уже имеются для Австралии, Канады, Новой Зеландии, Соединенных Штатов Америки и многих стран Европы.

Рисунок 1. Номограмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR A и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

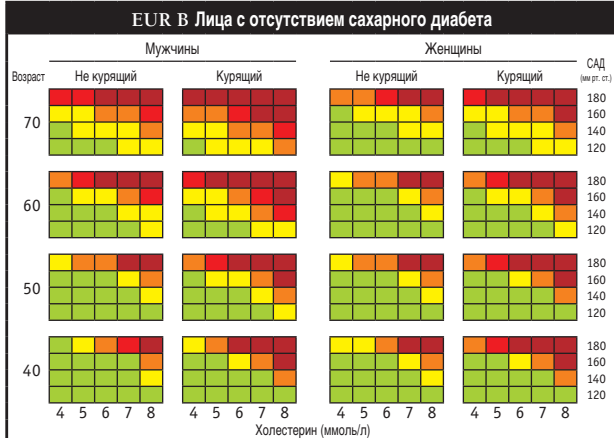
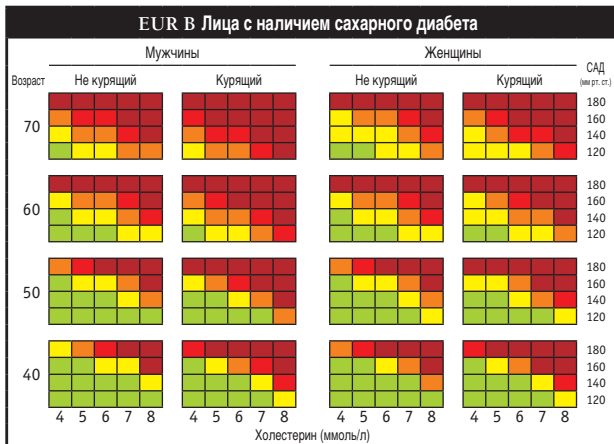
Уровень риска ■ <10% ■ 10% - <20% ■ 20% - <30% ■ 30% - <40% ■ ≥40%



Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион А. (См. Таблицу 1)

Рисунок 2. Номограмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR В и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

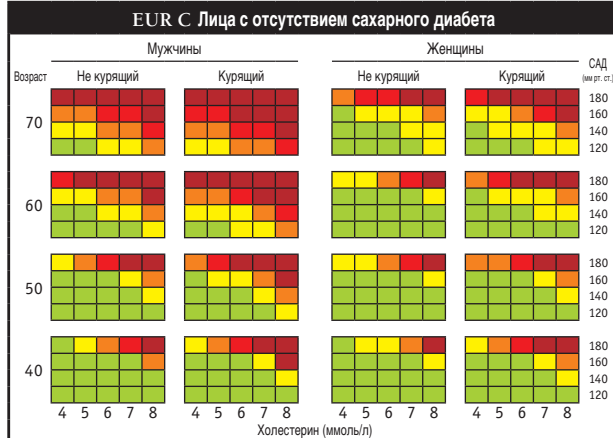
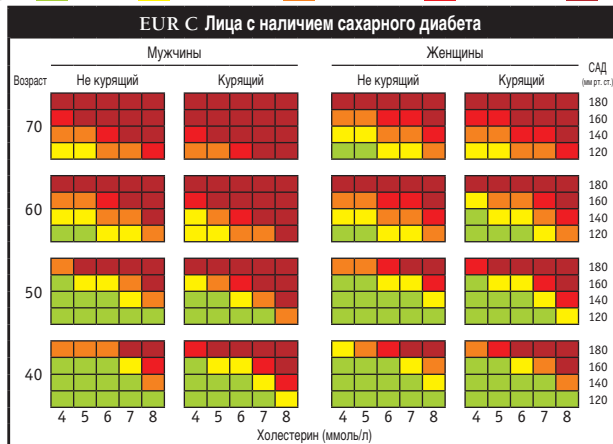
Уровень риска <10% 10% - <20% 20% - <30% 30% - <40% ≥40%



Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион В. (Смолетреть Таблицу 1)

Рисунок 3. Номограмма ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR С и для использования в тех случаях, когда имеется возможность измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

Уровень риска <10% 10% - <20% 20% - <30% 30% - <40% ≥40%



Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион С. (Смолетреть Таблицу 1)

Рисунок 4. Номограмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR A, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

Уровень риска ■ <10% ■ 10% - <20% ■ 20% - <30% ■ 30% - <40% ■ ≥40%

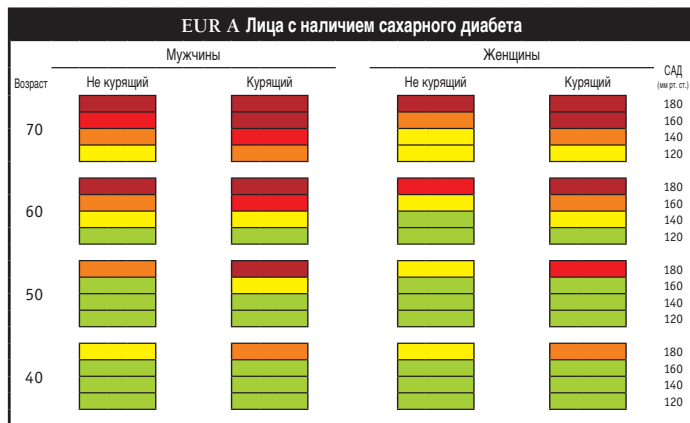
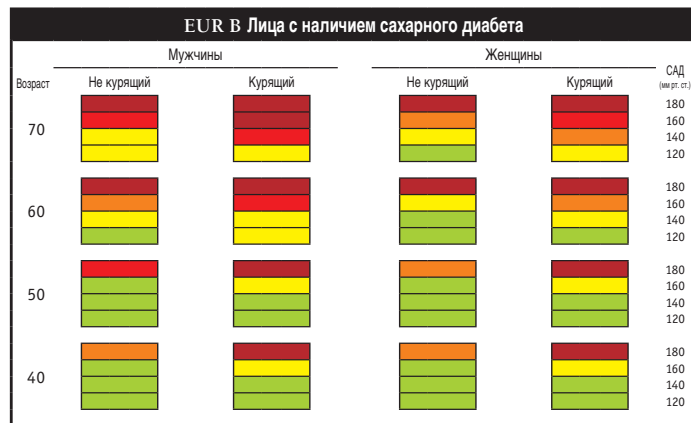
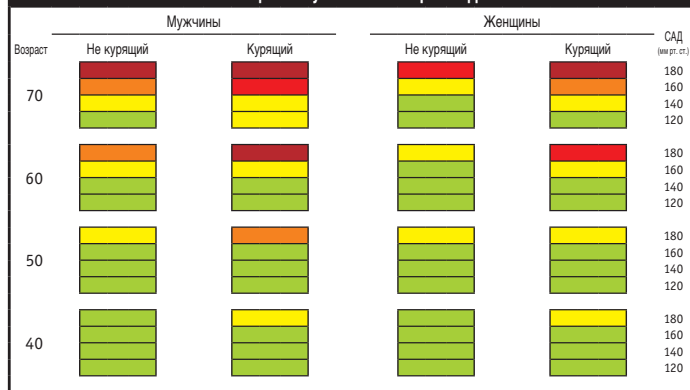


Рисунок 5. Номограмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR B, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

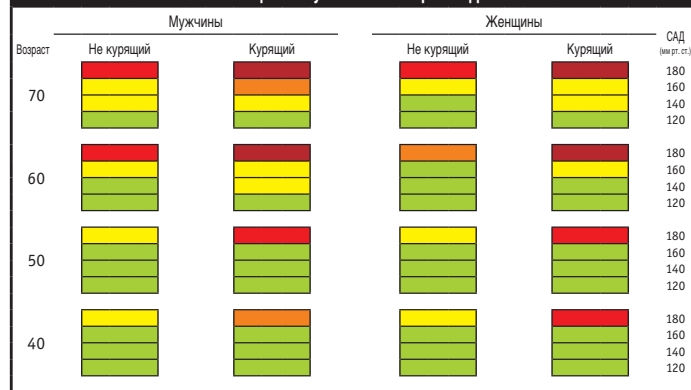
Уровень риска ■ <10% ■ 10% - <20% ■ 20% - <30% ■ 30% - <40% ■ ≥40%



EUR A Лица с отсутствием сахарного диабета



EUR B Лица с отсутствием сахарного диабета

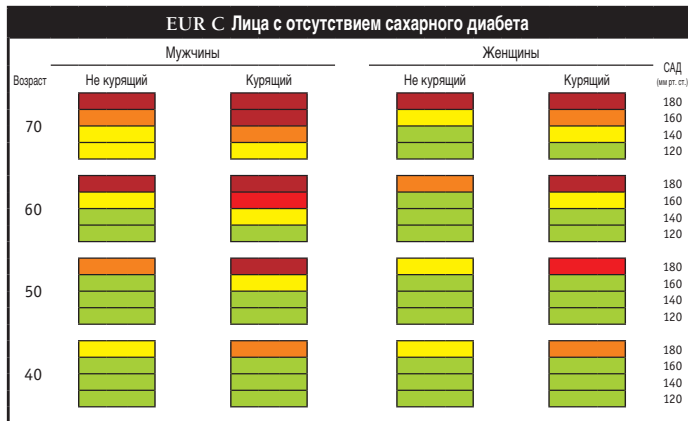
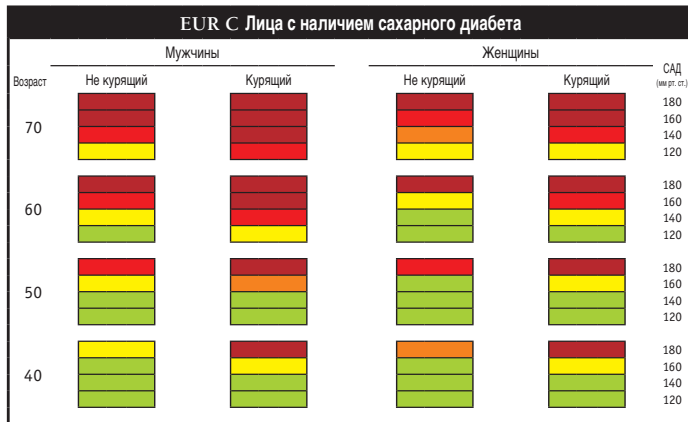


Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион А. (Смотреть Таблицу 1)

Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион В. (Смотреть Таблицу 1)

Рисунок 6. Номограмма риска ВОЗ/МОГ для субрегиона EUR C, для тех случаев, когда нет возможности измерить содержание холестерина в крови. 10-летний риск летального или не летального сердечно-сосудистого приступа по полу, возрасту, систолическому давлению крови, общему содержанию холестерина в крови, по фактору курения и наличия или отсутствия сахарного диабета.

Уровень риска ■ <10% ■ 10% - <20% ■ 20% - <30% ■ 30% - <40% ■ ≥40%



Эта номограмма может использоваться лишь в странах Европейского региона ВОЗ, субрегион С. (Смолетреть Таблицу 1)

Рекомендации* по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для лиц, подверженных сердечно-сосудистому риску (по общему риску для данного лица)^a

10-летний риск сердечно-сосудистого приступа <10%, 10 - <20%, 20 - <30%, ≥30%	
В условиях ограниченных ресурсов можно заниматься, в основном, консультированием больных и оказанием помощи, в зависимости от характера их сердечно-сосудистого риска.	
Риск <10%	Лица в этой категории подвержены незначительному риску. Незначительный риск не означает отсутствие риска ^b . Предлагается консервативное ведение случая при основном внимании образу жизни.
Риск 10% - < 20%	Лица в этой категории подвержены умеренному риску летальных или не летальных сердечно-сосудистых приступов. Контролировать профиль риска каждые 6-12 месяцев.
Риск 20% - <30%	Лица в этой категории подвержены значительному риску летальных или не летальных сердечно-сосудистых приступов. Контролировать профиль риска каждые 3-6 месяцев.
Риск ≥30%	Лица в этой категории подвержены весьма значительному риску летальных или не летальных сосудистых приступов. Контролировать профиль риска каждые 3-6 месяцев.

* Уровень научных данных и степени рекомендаций содержится в ссылке 1.

^a За исключением лиц, у которых установлено наличие КБС, ЦВБ и болезни периферических сосудов.

^b Для изменения привычек поведения необходимы мероприятия, создающие благоприятствующую обстановку для прекращения табакокурения, физической активности и здорового питания. Они принесут пользу населению в целом. Для лиц, относящихся к категориям незначительного риска, они благотворно повлияют на здоровье при меньших расходах, нежели при индивидуальном консультировании и терапии.

ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ

Некурящих следует поощрять не начинать курения.

Наблюдающий врач должен решительно поощрять всех курящих прекратить курение и поддерживать их в этом. (1++, A)

Предлагается, чтобы те, кто использует другие формы потребления табака, отказались от этого. (2+, C)

**Риск
20% - <30%**

Курящим, желающим бросить курить, но которым не удается это сделать после собеседований, следует назначать никотинозамещающую терапию и/или нортриптилин или амфепбутамон (бупропион). (1++, B)

Риск $\geq 30\%$

Курящим, желающим бросить курить, но которым не удается это сделать после собеседований, следует назначать никотинозамещающую терапию и/или нортриптилин или амфепбутамон (бупропион). (1++, B)

**10-летний риск сердечно-сосудистого приступа
<10%, 10-<20%, 20-<30%, $\geq 30\%$**

ИЗМЕНЕНИЯ В ПИТАНИИ

Рекомендация для всех состоит в том, чтобы значительно снизить потребление общих жиров и насыщенных жиров. (1+, A)

Потребление общих жиров следует снизить до 30% калорий, потребление насыщенных жиров до менее чем 10% калорий, потребление трансжирных кислот должно быть сокращено максимально или прекращено совсем, и большая часть потребляемого жира должна быть полиненасыщенной (до 10%) или мононенасыщенной (10-15% калорий). (1+, A)

Необходимо настоятельно призывать снизить ежедневное потребление соли, по крайней мере, на одну треть и, по возможности, до <5 г или <90 ммоль в день. (1+, A)

Следует поощрять съедать ежедневно, по крайней мере, 400 г в день различных фруктов и овощей, а также цельных зерен и бобовых. (2+, A)

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Следует настоятельно поощрять отводить, по крайней мере, 30 минут в день умеренным физическим упражнениям (например, энергичной ходьбе), в свободное время, при выполнении повседневных дел и при физических действиях, связанных с работой. (1+, A)

ОГРАНИЧЕНИЕ ВЕСА ТЕЛА

Всех, кто имеет излишний вес или страдает ожирением, следует поощрять стремиться к снижению веса путем снижения калорийности питания (консультации в области питания) и большей физической активности. (1+, A)

АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ

Лицам, потребляющим более 3 единиц алкогольных^c напитков в день, следует рекомендовать уменьшить потребление алкоголя. (2++, B)

^c Одна единица (алкогольного напитка) = 285 мл пива (5 % алкоголя), 100 мл вина (10 % алкоголя), крепкие напитки 25 мл (40% алкоголя)

ПРОТИВОГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА[✓]

Всем, у кого артериальное давление составляет 160/100 мм рт.ст. или выше, или кто имеет менее выраженную гипертонию при наличии нарушений соответствующих органов, должны проходить медикаментозное лечение и изменить свои жизненные привычки таким образом, чтобы понизить артериальное давление и уменьшить риск сердечно-сосудистого заболевания. (2++, B)

Всем, у кого артериальное давление ниже 160/100 мм рт.ст. при наличии нарушений соответствующих органов, необходимо действовать соответственно сердечно-сосудистому риску (10-летний риск сердечно-сосудистого приступа <10%, 10 - <20%, 20 - <30%, ≥30%).

Риск <10%

Лицам со стабильным кровяным давлением ≥140/90 мм рт.ст.^с следует продолжать изменять свой стиль жизни с тем, чтобы снизить кровяное давление и, в зависимости от клинического состояния и наличия ресурсов, проходить обследование один раз в 2-5 лет на предмет проверки кровяного давления и общего риска сердечно-сосудистого заболевания.

Риск 10% - < 20%

Лицам со стабильным кровяным давлением ≥140/90 мм рт.ст.^с следует продолжать изменять свой образ жизни с тем, чтобы снизить кровяное давление и, в зависимости от клинического состояния и наличия ресурсов, проходить ежегодное обследование на предмет проверки кровяного давления и общего риска сердечно-сосудистого заболевания.

ПРОТИВОГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА[✓]**Риск 20% - <30%**

Лицам со стабильным кровяным давлением ≥140/90 мм рт.ст.^с которым не удается понизить кровяное давление путем изменения образа жизни и при наличии профессиональной помощи в течение 4-6 месяцев, следует назначать одно из нижеследующих медикаментозных средств[✓] для снижения кровяного давления и риска сердечно-сосудистого заболевания: тиазидный диуретик, ингибитор АПФ, блокатор кальциевого канала бета-блокатор.^d

В качестве первоочередной терапии рекомендуется тиазидный диуретик в малых дозах, ингибитор АПФ или блокатор кальциевого канала. (1++, A)

Риск ≥30%

Лица со стабильным кровяным давлением ≥130/80 мм рт.ст. должны принимать один из нижезванных медикаментов для снижения кровяного давления и уменьшения риска сердечно-сосудистого заболевания: тиазидный диуретик, ингибитор АПФ, блокатор кальциевого канала, бета-блокатор.^d

В качестве первоочередной терапии рекомендуется тиазидный диуретик в малых дозах, ингибитор АПФ или блокатор кальциевого канала. (1++, A)

^d Данные двух недавно проведенных мета-анализов указывают на то, что при лечении гипертензии бета-блокаторы уступают по эффективности блокаторам кальциевого канала и ингибиторам АПФ с точки зрения сокращения частоты тяжелого исхода. Кроме того, бета-блокаторы хуже переносятся, чем диуретики. Большая часть этих данных получена по результатам исследований, в ходе которых в качестве бета-блокатора использовался атенолол.
^e Уменьшение кровяного давления на 10-15/5-8 мм рт.ст. на основе лекарственного лечения уменьшает совокупную заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний примерно на одну треть, каким бы ни был абсолютный риск перед началом лечения. Однако выполнение этой рекомендации приведет к тому, что образуется значительная доля взрослого населения, принимающего противогипертензивные лекарственные средства. Даже в условиях определенного материального благополучия лекарственное лечение для этой группы рекомендуется лишь в тех случаях, когда кровяное давление составляет 160/100 мм рт.ст. или выше.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПОНИЖАЮЩИЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ (СТАТИНЫ)[✓]

Всем лицам, содержание общего холестерина у которых находится на уровне 8 ммоль/л (320 мг/дл) или выше, для снижения риска сердечно-сосудистого заболевания следует рекомендовать придерживаться питания, способствующего понижению содержания липидов, и назначить какой-либо из статинов. (2+, B)

Всем остальным лицам необходимо действовать соответственно сердечно-сосудистому риску (10-летний риск сердечно-сосудистого приступа <10%, 10 - <20%, 20 - <30%, ≥30%).

Риск <10%	Рекомендовать придерживаться питания, способствующего понижению содержания липидов. ^g
Риск 10% - < 20%	Рекомендовать придерживаться питания, способствующего понижению содержания липидов. ^g
Риск 20% - <30%	Взрослым лицам в возрасте 40 лет, у которых устойчиво наблюдается высокое содержание холестерина в сыворотке (>5,0 ммоль/л), и или ЛНП-холестерина > 3,0 ммоль/л, несмотря на питание, способствующее снижению содержания липидов, следует принимать какой-либо из статинов. (1+, A)

Риск ≥30%	Лицам в этой категории риска следует рекомендовать придерживаться питания, способствующего понижению содержания липидов, и назначать какой-либо из статинов. (1+, A) Содержание холестерина в сыворотке должно понизиться до уровня менее, чем 5,0 ммоль/л (ЛНП-холестерин до уровня 3,0 ммоль/л), или на 25% (30% для ЛНП-холестерола) в зависимости от того, какая величина больше. ^f
------------------	---

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ[✓]

Лицам со стабильным уровнем глюкозы в крови натощак > 6 ммоль/л, несмотря на режим питания, следует назначать метформин. (1+, A)

АНТИАГРЕГАНТНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА[✓]

Риск <10%	Для лиц, относящихся к этой категории риска, вред, наносимый аспирином, перевешивает преимущества. Аспирин не следует назначать лицам, относящимся к этой категории риска. (1++, A)
Риск 10% - < 20%	Для лиц, относящихся к этой категории риска, преимущества аспирина уравновешиваются теми неблагоприятными явлениями, которые он вызывает. Аспирин не следует назначать для. (1++, A)
Риск 20% - <30%	Для лиц, относящихся к этой категории сердечно-сосудистого риска, соотношение преимуществ и недостатков лечения аспирином остается неясным. ^h Лицам, относящимся к этой категории риска, возможно, не следует назначать аспирин. (1++, A)
Риск ≥30%	Лицам, относящимся к этой категории риска, следует назначать аспирин в малых дозах. (1++, A)

^f Снижение уровня холестерина на 20% (примерно на 1 ммоль/л) при помощи лечения статином будет способствовать снижению смертности от коронарной болезни сердца на 30%, каков бы ни был абсолютный риск до начала лечения. Однако применение этого способа по отношению к населению в целом может обернуться большими затратами. Это приведет к тому, что значительная часть взрослого населения будет принимать статины. Даже в условиях наличия определенных ресурсов эти лекарственные препараты рекомендуются назначать этой группе населения лишь в тех случаях, когда уровень холестерина выше 8 ммоль/л (320 мг/дл).

^g Клинических испытаний, в ходе которых были бы изучены абсолютные и относительные преимущества понижения содержания холестерина до различных показателей по отношению к клиническим явлениям, не проводилось.

^h Рассмотрите возможность применения аспирина, когда число случаев коронарной болезни сердца превышает число инсультов.

[✓] Наилучший практический совет: При отсутствии принципиальных показаний к использованию строго определенных лекарственных средств следует использовать наименее дорогостоящий из вышеуказанных видов препаратов. Рекомендуется применять доброкачественные непатентованные разновидности лекарственных средств, перечисленных в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ	
	Для целей снижения сердечно-сосудистого риска не рекомендуется применять гормонозаместительные средства, витаминные добавки В, С, Е и фолиевую кислоту.

Самой эффективной по стоимости профилактической терапией является терапия аспирином и начальная гипотензивная терапия (тиазидами в малых дозах).

Интенсивная гипотензивная терапия и терапия статинами менее эффективны с точки зрения стоимости. В условиях ограниченных ресурсов, до предложения интенсивной гипотензивной терапии и статинов, эффективная по стоимости профилактическая стратегия может быть направлена на предложение всем лицам из групп высокого риска аспирина и начальной гипотензивной терапии.

Раздел 2

Ведение больных, у которых выявлена коронарная болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь или болезнь периферических сосудов (вторичная профилактика)

Лица, у которых установлено наличие сердечно-сосудистого заболевания (стенокардия, коронарная болезнь сердца, инфаркт миокарда, преходящие ишемические приступы, инсульт или болезнь периферических сосудов, или проведена посткоронарная реваскуляризация, или каротидная эндартеректомия) подвержены весьма значительному риску периодических сердечно-сосудистых приступов. Для принятия решений в отношении лечения этих лиц в номограммах риска нет необходимости.

Цель нижеприводимых рекомендаций состоит в том, чтобы предупредить периодические кардиоваскулярные приступы путем уменьшения их сердечно-сосудистого риска.

Рекомендации* по предупреждению периодических коронарных болезней сердца (сердечные приступы) и цереброваскулярной болезни (инсульты)

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Медикаментозное лечение должно сопровождаться активной пропагандой правильного образа жизни.

ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ

Всем лицам, у которых установлено наличие коронарной болезни сердца и/или цереброваскулярной болезни, лечащий врач должен активно внушать бросить курение и поддерживать их в этом. (IIa B)

Рекомендуется прекращение потребления других форм использования табака лицами, у которых установлено наличие коронарной болезни сердца и/или цереброваскулярной болезни. (IIa C)

Никотинозаместительную терапию следует назначать лицам, которые продолжают курить, по меньшей мере 10 сигарет в день или более, и которые могут быть в значительной степени никотинозависимыми. Для пациентов с коронарной болезнью сердца и/или цереброваскулярной болезнью использование антидепрессантов в целях прекращения курения обычно не рекомендуется. (Ia B)

Некурящим лицам с коронарной болезнью сердца и/или цереброваскулярной болезнью рекомендуется как можно более избегать пассивного курения. (IIa C)

ИЗМЕНЕНИЯ В ПИТАНИИ

Всем лицам, у которых обнаружена коронарная болезнь сердца и/или цереброваскулярная болезнь, необходимо советовать придерживаться такого режима питания, который может способствовать снижению риска периодических васкулярных приступов.

Общее потребление жиров должно быть снижено до < 30% калорий, насыщенных жиров до < 10% калорий, и потребление трансжирных кислот должно быть сокращено максимально или исключено; большая часть потребляемых с продуктами питания жиров должна состоять из полиненасыщенных (до 10% калорий) или мононенасыщенных (10-15% калорий) жиров. (IIa B)

Всем нужно настоятельно советовать снизить ежедневное потребление соли, по крайней мере, на одну треть и, по мере возможности, довести до <5 г или <90 ммоль в день. (IIa B)

Всех следует поощрять потреблять, по крайней мере, 400 г в день различных фруктов и овощей, а также цельных зерен и бобовых. (Ia A)

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Для всех лиц, выздоравливающих после серьезных приступов коронарной болезни сердца (в т.ч. после коронарной реваскуляризации), рекомендуются регулярные и умеренные физические упражнения. (Ia A)

Для всех лиц, выздоравливающих после серьезных приступов коронарной болезни сердца и цереброваскулярной болезни, следует организовать в тех случаях, когда это осуществимо, программы физических упражнений под наблюдением. (Ia A)

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЕСОМ ТЕЛА

Пациентам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями и имеющим избыточный вес или страдающим от ожирения, следует рекомендовать снизить вес путем снижения калорийности питания и усиления физической активности. (IIa B)

АЛКОГОЛЬ

Лицам, принимающим более 3 единиц алкоголя^c в день, следует рекомендовать уменьшить потребление алкоголя. (2++, B)

^c Одна единица (алкогольного напитка) = 285 мл пива (5 % алкоголя), 100 мл вина (10 % алкоголя), крепкие напитки 25 мл (40% алкоголя)

ПРОТИВОГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Для всех пациентов, у которых выявлена коронарная болезнь сердца и артериальное давление у которых 140/90 мм рт.ст., необходимо предусмотреть меры по снижению артериального давления. Прежде всего, следует обратить внимание на образ жизни (в особенности значительное потребление алкоголя); в тех случаях, когда кровяное давление остается на уровне более 140/90 мм рт.ст., показано медикаментозное лечение. Если бета-блокаторы и ингибиторы АПФ не могут быть назначены, или в тех случаях, когда кровяное давление остается на высоком уровне, лечение тиазидными диуретиками может понизить риск периодических сосудистых приступов. Нормой кровяного давления можно считать 130/80-85 мм рт.ст.

Для всех пациентов, переживших преходящий ишемический приступ или инсульт, следует стремиться к установлению кровяного давления на уровне <130/<80-85 мм рт.ст. (Ia A)

ГИПОЛИПИДИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА[✓]

Для всех пациентов, у которых обнаружена коронарная болезнь сердца, рекомендуется лечение статинами. Лечение необходимо продолжать длительное время и, возможно, в течение всей жизни. Особенно полезным такое лечение может оказаться для пациентов, которые находятся на высоком исходном уровне риска. (Ia A)

Для всех пациентов, у которых обнаружена цереброваскулярная болезнь, в особенности если у них также обнаружена коронарная болезнь сердца, целесообразно предусмотреть лечение статином. (Ia A)

Контроль уровня холестерина в крови не является обязательным. Желательными целями могут быть такие показатели, как показатель общего холестерина менее 4,0 ммоль/л (152 мг/дл) и показатель ЛНП-холестерина менее 2,0 ммоль/л (77 мг/дл), или снижение содержания общего холестерина на 25% и ЛНП-холестерина на 30%, смотря по тому, при каком из них обеспечивается меньший уровень абсолютного риска.

Другие гиполипидические агенты не рекомендуются ни как альтернатива статинам, ни как дополнение к ним. (Ia A)

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ[✓]

У пациентов с диабетом типа 1 или типа 2 важное значение имеет вторичная профилактика коронарной болезни сердца, цереброваскулярной болезни и болезни периферических сосудов. Лица с устойчивым содержанием сахара натощак >6 ммоль/л, сохраняющимся, несмотря на диетарные меры, следует назначать метформин и/или инсулин, в зависимости от случая. (1+, A)

АНТИАГРЕГАНТНЫЕ СРЕДСТВА[✓]

Для всех пациентов, у которых выявлена коронарная болезнь сердца, необходимо назначать лечение обычным аспирином, если нет явных противопоказаний. Лечение следует начинать в ранней стадии и продолжать на протяжении всей жизни. (Ia A)

Все пациенты, у которых ранее наблюдался преходящий ишемический приступ или инсульт, предполагаемой причиной которых были церебральная ишемия или инфаркт, должны проходить длительное (и, скорей всего, пожизненное) лечение аспирином, если нет явных противопоказаний в отношении этого препарата. (Ia A)

АПФИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА[✓]

Всем пациентам после инфаркта миокарда рекомендуются ингибиторы АПФ, которые следует назначать как можно раньше и продолжать в течение длительного времени, возможно, пожизненно. Наибольшую пользу лечение приносит пациентам с нарушением функции левого желудочка. (Ia A)

БЕТА-БЛОКАТОР ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА[✓]

Всем пациентам, у которых был инфаркт миокарда, а также всем страдающим коронарной болезнью сердца, у которых развилась серьезная дисфункция левого желудочка, ведущая к сердечной недостаточности, рекомендуется лечение бета-блокаторами. (Ia A) Лечение следует продолжать, как минимум, 1-2 года после инфаркта миокарда и, возможно, пожизненно, если не возникает серьезных побочных последствий. Бета-блокаторы, вероятно, показаны пациентам со стенокардией, хотя полностью достоверных данных недостаточно.

ПОНИЖЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ[✓]

Пациентам, у которых наблюдался инсульт или преходящий ишемический приступ, и у которых синусовый ритм, рекомендуется длительное лечение для понижения свертываемости крови. (Ia A)

Длительное лечение по понижению свертываемости крови рекомендуется пациентам, у которых был инсульт или преходящий ишемический приступ, и у которых отмечается фибрилляция предсердий, имеется незначительный риск кровотечения и в отношении которых лечение антикоагулянтами можно легко контролировать. В тех случаях, когда контроль за лечением антикоагулянтами не представляется возможным или когда пациент не может принимать антикоагулянты, следует предложить лечение аспирином. (Ia A)

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ КРОНАРНЫХ СОСУДОВ

В качестве дополнения к оптимальному режиму лекарственными средствами, включая аспирин, гиполипидические средства, АПФ ингибиторы и бета-блокаторы, для тех пациентов, которые подвержены умеренному или значительному риску и в отношении которых считается вероятным наличие поражения левого главного участка или трех сосудов, следует рассмотреть возможность проведения аортокоронарного шунтирования. (Ia A)

Для облегчения стенокардитических симптомов у пациентов с рефрактерной стенокардией, уже проходящих оптимальное медикаментозное лечение, необходимо рассмотреть возможность проведения чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики. (Ia A)

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЕКТОМИЯ

Каротидная эндартеректомия уменьшает риск повторения инсульта и летального исхода у пациентов, перенесших ранее преходящий ишемический приступ или не приведший к инвалидности инсульт, у пациентов с тяжелой ипсилатеральной стенозом сонной артерии (70-99%) и, возможно, у пациентов с умеренным стенозом (50-69%), но не при более мягкой степени стеноза. (Ia A)

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ

Исходя из современных научных данных, для пациентов с коронарной болезнью сердца или цереброваскулярной болезнью не рекомендуются антиаритмические препараты типа 1, блокаторы кальциевого канала, антиоксидантные витамины, фолат и гормонозаместительная терапия.

* Уровень научных данных и степени рекомендаций содержится в ссылке 2.

✓ Наилучший практический совет: При отсутствии принципиальных показаний к использованию строго определенных лекарственных средств следует использовать наименее дорогостоящий из вышеперечисленных видов препаратов. Рекомендуется применять доброкачественные непатентованные разновидности лекарственных средств, перечисленных в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств.

Таблица 2. Причины и клинические признаки вторичной артериальной гипертензии

Причина	Клинические признаки
Болезнь почек: Нефропатия Стеноз почечных артерий	Ранее отмечавшиеся эпизоды наличия крови или белка в моче, инфекция мочеполовых путей, отеки тела Болезни почек, отмечаемые в семье (кистозные почки) Физическое обследование: шумы в области живота или поясницы, пальпируются почки
Феохромоцитома Синдром Кушинга Синдром Конна Акромегалия	Эпизодические симптомы: головная боль, приливы жара, потливость Колебания артериального давления и внезапные приступы Типичный внешний вид: ожирение туловища, растяжки Слабость, колики, полиурия Высокий рост, характерное выражение лица с выпяченной нижней челюстью, лопатообразно увеличенные кисти рук
Сужение аорты	Высокое кровяное давление в верхних конечностях, в отличие от нижних. Отставание или слабость пульса в бедренной артерии
Лекарственные средства	Противозачаточные таблетки, противовоспалительные лекарственные средства, стероиды, симпатомимитические средства, назальные противозастойные средства, средства для подавления аппетита, циклоспорин, эритропоетин, лакричник, антидепрессанты

Таблица 3. Клинические признаки злокачественной гипертензии

Симптомы	Головная боль, затуманенное зрение, тошнота, рвота, летаргия, боли в груди, одышка, судороги, изменения ментального статуса, олигурия
Физические признаки	Внезапное повышение артериального давления (диастолическое давление часто > 120 мм рт.ст.) Обследование сетчатки: отек зрительного нерва, кровоизлияние в форме язычков пламени, жидкие экссудаты Признаки застойной сердечной недостаточности и отека легких Неврологические расстройства

Таблица 4. Лекарственные препараты и ежедневные дозы

Класс препарата	Препарат	Ежедневная доза
АПФИ (Ингибиторы ангиотензин преобразующего фермента)	Каптоприл Эналаприл	<i>Начальная доза 6,25-12,5 мг три раза в день, увеличивать до 25-50 мг три раза в день</i> <i>Начальная доза 2,5-5,0 мг два раза в день, увеличивать до 10-20 мг два раза в день</i>
Блокаторы кальциевого канала	Нифедипин (рецептура замедленного высвобождения)	<i>Начинать от 30 мг, увеличивать до 120 мг один раз в день</i>
Тиазидные диуретики	Гидрохлоротиазид Бендрофлюазид	<i>Начинать от 12,5 мг, увеличивать до 25 мг один раз в день</i> <i>2,5 мг в качестве разовой ежедневной дозы</i>
Бета-блокаторы	Пропранолол Атенолол Метопролол	<i>80 мг два раза в день</i> <i>Начинать от 50 мг до 100 мг один раз в день</i> <i>50-100 мг два раза в день</i>
Противолипидические препараты	Симвастатин	<i>Начальная доза 10 мг один раз перед сном, увеличивать до 40 мг один раз перед сном</i>
Антиагрегантные препараты	Аспирин	<i>Начинать от 75-100 мг ежедневно</i>
Гипогликемические препараты	Глибенкламид Метформин	<i>Начинать от 2,5, увеличивать до 5 мг два раза в день перед едой</i> <i>Начинать от 0,5 г до 1,0 г три раза в день</i>



Номограммы риска ВОЗ/МОГ для всех других эпидемиологических субрегионов доступны на компакт-дисках и на сайте ВОЗ:

http://www.who.int/cardiovascular_diseases

Материал для данного карманного руководства был адаптирован на основе рекомендаций ВОЗ по первичной и вторичной профилактике, имеющихся на сайте ВОЗ:

World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007.

World Health Organization. Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low- and middle-income populations. Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals. Geneva, 2003.

ISBN 978 92 4 154727 7



По поводу учебных модулей обращаться:

Tel: +41 22 791 3441

Электронная почта: mendiss@who.int

9 789241 547277