

**ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ
ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ
ТА ІНШИХ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ:
РЕКОМЕНДАЦІЇ АМЕРИКАНСЬКОЇ
КАРДІОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ
(короткий виклад)**

Preventing Heart Attack and Death in Patients With Coronary Disease.
AHA Consensus Panel Statement. *Circulation*, 1995; 92: 2–4

Результати досліджень, проведених у хворих з ІХС, дали переконливі наукові докази того, що сучасні заходи з вторинної профілактики дають можливість:

- збільшити загальну тривалість життя;
- поліпшити якість життя;
- зменшити необхідність у таких втручаннях, як аорто-коронарне шунтування і ангіопластика;
- зменшити в подальшому частоту виникнення інфаркту міокарда;

Здійснення у США заходів із зменшення ризику в приблизно 11 мільйонів хворих з ІХС, більшість з яких уже отримують медичну допомогу, поліпшить результати і зменшить економічний тягар серцевого захворювання. В окремих пацієнтів з ІХС комплексне втручання може забезпечити задовільний перебіг захворювання від самого його початку, даючи можливість виконати пізніше процедури реваскуляризації або навіть зменшити необхідність їх проведення.

Дані клінічних досліджень, на яких базуються ці рекомендації, проведено у хворих, що перенесли інфаркт міокарда, та інших пацієнтів з діагностованою ІХС. Але необхідність такого підходу поширюється і на інших хворих з документованим атеросклеротичним ураженням судин — наприклад, з минулими порушеннями мозкового кровообігу, інсультами, захворюванням аорти або периферичних судин, оскільки ІХС є провідною причиною смерті та інвалідизації у цих групах пацієнтів.

Втім, незважаючи на безперечну клінічну користь цих втручань, їх впровадження залишається недостатнім. Наведені рекомендації подано як орієнтир для більш активного зменшення ризику у відповідно дібраних пацієнтів і від моменту першого встановлення діагнозу, що дозволить поліпшити якість життя і загальний прогноз, вірогідно дозволяючи зменшити витрати системи охорони здоров'я.

Дослідження довели, що лише близько третини пацієнтів продовжують тривалий час виконувати рекомендації із зменшення ризику. Ця кількість може суттєво збільшитись при впровадженні комплексного підходу, при якому "команда" лікарів, медсестер і дієтологів працює над зменшенням ризику шляхом відвідування пацієнта або телефонного контакту з ним. Забезпечення податливості до лікування — інтегральна частина будь-якої програми із зменшення ризику.

Таблиця 1

Корекція факторів ризику		Рекомендації		
<p>Куріння: мета — повне припинення</p>	<p>Наполегливо рекомендувати хворому і членам сім'ї, щоб він припинив курити. Пояснити шкоду куріння, спробувати препарати — замінники нікотину, програми повного припинення куріння</p>			
<p>Дисліпідемія: перша мета — ЛПНГ < 100 мг%; друга мета — ЛПНГ > 35 мг%, ТГ < 200 мг%</p>	<p>≤ 30% жирів, < 7% насичених жирів, < 200 мг/добу холестерину. Оцінити ліпідний профіль. У хворих, які перенесли інфаркт міокарда, для стабілізації рівня ліпідів потрібно 4—6 тижнів. Додати медикаментозну терапію згідно з таким алгоритмом:</p>		<p>ЛПНГ < 35 мг% — звернути увагу на необхідність зниження маси тіла і збільшення фізичної активності. Порадити припинити курити. За необхідності для зниження вмісту ЛПНГ додати ніацин, статини, фіbrates</p>	
	<p>ЛПНГ < 100 мг% — без медикаментозної терапії</p>	<p>ЛПНГ 100—130 мг% — обміркувати необхідність, а при ЛПНГ > 130 мг% — призначити, крім дієти, такі медикаменти:</p> <table border="1"> <tr> <td>ТГ < 200 мг% — статини, ніацин, резини</td> <td>ТГ 200—400 мг% — статини, ніацин</td> <td>ТГ > 400 мг% — комбінована терапія (ніацин, фіbrates, статини)</td> </tr> </table>		ТГ < 200 мг% — статини, ніацин, резини
ТГ < 200 мг% — статини, ніацин, резини	ТГ 200—400 мг% — статини, ніацин	ТГ > 400 мг% — комбінована терапія (ніацин, фіbrates, статини)		
<p>Фізична активність: мінімальна мета — 30 хвилин 3—4 рази на тиждень</p>	<p>Розпочати у всіх хворих дієту, що містить: Оцінити ліпідний профіль. Додати медикаментозну терапію згідно з таким алгоритмом:</p> <p>Якщо цільового рівня ЛПНГ не досягнуто, обміркувати комбіновану терапію</p> <p>Оцінити ризик, бажано за допомогою тесту з фізичним навантаженням. Заохочувати пацієнтів до вправ помірної інтенсивності тривалістю 30—60 хвилин 3—4 рази на тиждень (ходьба, оздоровчий біг, велосипед, інша аеробна активність). Крім того, збільшують щоденну звичайну активність (наприклад, перерви для ходьби під час роботи, ходьба сходами, городня і домашня робота); найбільшу користь ці заходи дають при виконанні 5—6 разів на тиждень. Радити спеціальні програми вправ під медичним наглядом хворим з груп середнього і високого ризику.</p>			

Зменшення маси тіла:	Почати інтенсивну дієту з одночасним зростанням фізичної активності у хворих з масою > 120% від норми для їх зросту. Особливо наголосити на необхідності зменшення маси при гіпертонії, гіпертригліцеридемії, гіперглікемії
Антиагреганти/ антикоагулянти:	Призначити аспірин 80—325 мг на добу, якщо немає протипоказань. Хворим, які не можуть приймати аспірин, призначити варфарин, причому міжнародний нормалізований індекс повинен складати від 2 до 3.5
Інгібітори АПФ після ІМ:	Призначити в гострій фазі ІМ хворим з груп високого ризику (передній ІМ, перенесений раніше ІМ, клас Кіллапа 2 (ритм галопу S ₃ , вологі хрипи в легенях, рентгенологічні ознаки серцевої недостатності)
Бета-блокатори:	Призначити хворим на ІМ з груп високого ризику (аритмія, дисфункція лівого шлуночка, ішемія, яку можна індукувати фізичним навантаженням) від 5—28 доби захворювання і продовжувати протягом щонайменше 6 місяців. Враховувати звичайні протипокази. Застосовувати при необхідності для усунення стенокардії, аритмії або гіпертонії у всіх інших пацієнтів
Естрогени:	Оцінити доцільність замісної терапії естрогенами у всіх жінок у менопаузі. Індивідуалізувати рекомендації відповідно до всіх інших факторів ризику
Контроль артеріального тиску: мета — ≤ 140/90 мм рт.ст.	Почати модифікацію способу життя — зменшення маси тіла, фізична активність, обмеження вживання алкоголю і солі — у всіх хворих з артеріальним тиском понад 140/90 мм рт.ст. Додати антигіпертензивні медикаменти з урахуванням особливостей і вимог пацієнта (вік, раса, потреба в препаратах з певними властивостями), якщо артеріальний тиск через 3 місяці не став меншим за 140/90 мм рт.ст. або якщо його вихідний рівень перевищує 160/100 мм рт.ст.

Примітки: ЛПНГ — ліпопротеїди низької густини, ЛПВГ — ліпопротеїди високої густини, ТГ — тригліцериди, АПФ — ангіотензин-перетворюючий фермент, ІМ — інфаркт міокарда.

35 мг%=0,91 ммоль/л, 100 мг%=2,6 ммоль /л, 130 мг%=3,38 ммоль /л, 200 мг%=5,2 ммоль /л, 400 мг%=10,4 ммоль /л.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: РЕКОМЕНДАЦІЇ АМЕРИКАНСЬКОЇ КАРДІОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ (короткий виклад)

Guide to Primary Prevention of Cardiovascular Diseases. A Statement for Healthcare Professionals From the AHA Task Force on Risk Reduction
Circulation, 1997; 95: 2329—2331

Клінічні і суспільні аспекти первинної профілактики серцево-судинних захворювань доповнюють один одного. Первинна профілактика — це тактика ведення особи без ознак захворювання серця і судин. Лікар сприяє збереженню здоров'я пацієнта, інформуючи його. Перша мета — запобігти розвитку факторів ризику. Потрібно переконати пацієнта у важливості звички дотримуватися здорового способу життя, що дозволить запобігти посиленню факторів ризику. Інформування пацієнтів повинно мати сімейну спрямованість і починатися з дитинства. Першочергова мета — не допустити куріння в дітей і підлітків. Інша важлива мета — запобігання надмірній масі тіла і ожирінню в дітей і підлітків; надмірна маса тіла лежить в основі кількох факторів ризику. Заохочення до життєвих звичок, які передбачають регулярну фізичну активність, особливо ходьби, а також до занять активними рекреаційними видами спорту, що дає змогу зменшити вираженість факторів ризику. Пацієнтів та членів їх сімей потрібно переконувати у необхідності зменшити вживання продуктів з високим вмістом холестерину і насичених жирів, замінити тваринні жири ненасиченими рослинними жирами, звикати харчуватися меншими порціями. При оцінці сімейного анамнезу може виявитися, що і з іншими членами сім'ї треба вести відповідну роботу, щоб запобігти розвитку серцево-судинного захворювання. Корекція життєвих звичок та раннє втручання дають можливість у майбутньому послабити вираженість факторів ризику, які є наслідком старіння і генетичних особливостей.

Крім спроб впровадження здорового способу життя, необхідний клінічний підхід для виявлення факторів ризику та їх ефективної модифікації. Лікар повинен регулярно, починаючи з дитинства, перевіряти наявність в обстежуваного таких факторів ризику, як куріння, низька фізична активність, підвищені рівні ліпідів і високий артеріальний тиск. У випадку останніх двох потрібно шукати причину, таку, як певний спосіб харчування або недостатня фізична активність. Холестерин ЛПНГ є первинною метою для модифікації рівня холестерину, тоді як низький рівень холестерину ЛПВГ і гіпертригліцеридемія — вторинною метою для модифікації ліпідного обміну.

Успішне впровадження цих рекомендацій складається з кількох етапів, включаючи оцінку, втручання, планування змін, тривале виконання і спостереження. Ці етапи можуть здійснюватися безпосередньо лікарями загальної практики або вузькими спеціалістами чи через спеціалізовані програми. Як звичайно, для виконання рекомендацій потрібна "команда", у яку входять не лише лікарі, а й інші професіонали-медики, в тому числі дієтологи. Лікар повинен знайти час для правильної оцінки стану здоров'я пацієнта і здійснення відповідних заходів, а пацієнт — бути залученим до складання ефективного плану змін і розробки подальшої стратегії поведінки. Для успішної профілактики і модифікації факторів ризику, як звичайно, потрібен тривалий контакт лікаря з пацієнтом.

Прищеплення звичок здорового способу життя повинно бути універсальним. Воно передбачає уникнення або припинення куріння, надмірного харчування, кон-

Таблиця 2

Рекомендації	
Корекція факторів ризику	
Куріння: мета — повне припинення	При звичайному обстеженні хворого запитати, чи він курить. Підтримувати відмову пацента від куріння. Неповігливо рекомендувати хворому і членам сім'ї, щоб він припинив куріння. Пояснити шкоду куріння, спробувати препарати — замінники нікотину, програми повного припинення куріння.
Контроль артеріального тиску: мета — $\leq 140/90$ мм рт. ст.	Вимірювати артеріальний тиск у всіх дорослих принаймні кожні 2-5 року. Пропагувати заходи з модифікації способу життя: контроль маси, фізична активність, обмеження вживання алкоголю, помірне вживання натрію. Якщо артеріальний тиск $> 140/90$ мм рт. ст. після трьох місяців модифікації способу життя або початковий артеріальний тиск $> 160/100$ мм рт. ст., додати антигіпертензивні ліки; здійснювати лікування індивідуально, відповідно до потреб і особливостей пацієнта.
Корекція рівня холестерину: перша мета — ЛПНГ < 160 мг% при наявності 0—1 факторів ризику або ЛПНГ < 130 мг% при наявності ≥ 2 факторів ризику	Під час звичайного обстеження запитати про схильність до певних дієт. Визначити загальний холестерин і холестерин ЛПНГ у всіх дорослих віком ≥ 20 років та оцінювати позитивні і негативні фактори ризику принаймні кожні 5 років. Для всіх осіб рекомендувати дієту першого етапу ($\leq 30\%$ жирів, $< 10\%$ насичених жирів, < 300 мг на день холестерину), контроль маси тіла і фізичні вправи. Визначити ЛПНГ, якщо загальний холестерин ≥ 240 мг%, або ≥ 200 мг% при наявності двох або більше факторів ризику, або якщо ЛПНГ < 35 мг%
друга мета — ЛПНГ > 35 мг%, ТГ < 200 мг%	Якщо ЛПНГ: ≥ 160 мг% з 0—1 фактором ризику або ≥ 130 мг% при двох обстеженнях з ≥ 2 факторами ризику, почати гіполіпідемічну дієту другого етапу ($\leq 30\%$ жирів, $< 7\%$ насичених жирів, < 200 мг на день холестерину) і контроль маси тіла. Виключити вторинні причини підвищення ЛПНГ (оценка функції печінки і щитовидної залози, рівня сечової кислоти). Якщо ЛПНГ: ≥ 160 мг% з 2 факторами ризику або ≥ 190 мг% чи ≥ 220 мг% у чоловіків віком менше 35 років або жінок перед менопаузою, тоді розглянути необхідність додаткової медикаментозної терапії для зниження рівнів холестерину ЛПНГ при недостатній ефективності дієти другого етапу.
	Фактори ризику: вік (чоловіки ≥ 45 років, жінки ≥ 55 років або після менопаузи), гіпертонія, діабет, куріння, ЛПНГ < 35 мг%, анамнез: ІХС у родичів першого порядку (у чоловіків віком < 55 років або жінок віком < 65 років), ЛПНГ ≥ 160 мг%. Виключити один фактор ризику з усієї кількості факторів ризику.
	Медикаментозну терапію при високих рівнях ЛПНГ (≥ 160 мг%) призначати залежно від рівня ТГ

<p>Корекція рівня холестерину: перша мета — ЛПНГ < 160 мг% при наявності 0—1 факторів ризику або ЛПНГ < 130 мг% при наявності ≥ 2 факторів ризику; друга мета — ЛПНГ > 35 мг%, ТГ < 200 мг%</p>	<p>ТГ < 200 мг% — статини, ніацин резини, ніацин</p>	<p>ТГ 200—400 мг% — статин, ніацин</p>	<p>ТГ > 400 мг% — розглянути необхідність комбінованої терапії (ніацин, фіbrates, статини)</p>	<p>ЛПНГ < 35 мг% — звернути увагу на важливість зниження маси тіла і збільшення фізичної активності. Порадити припинити курити. Ніацин збільшує вміст ЛПНГ. Розглянути необхідність ніацину при наявності ≥ 2 факторів ризику і підвищення ЛПНГ (за винятком хворих на діабет)</p>
<p>Фізична активність: мета — регулярне навантаження 3—4 рази на тиждень протягом 30 хвилин</p>	<p>Якщо цільового рівня ЛПНГ не досягнуто, обмірковують комбіновану терапію</p>			<p>Запитати про зазначену фізичну активність і навантаження при рутинному обстеженні. Заохочувати до динамічних вправ помірної інтенсивності тривалістю 30 хвилин 3—4 рази на тиждень, а також збільшення фізичної активності в тих осіб, які недостатньо активні. Заохочувати до виконання регулярних навантажень для поліпшення витривалості і досягнення оптимального стану. Радити спеціальні програми вправ під медичним наглядом для осіб з низькою функціональною здатністю і/або супутніми захворюваннями. Впроваджувати заходи, які сприяють збереженню здоров'я (заняття відпочинковими іграми або видами спорту, елементом яких є ходьба).</p>
<p>Зменшення маси: мета — досягнення і збереження бажаної маси (ІМТ 21—25 кг/м²)</p>	<p>Вимірювати масу тіла і зріст пацієнта, індекс маси тіла, співвідношення ширини талії і стегон при кожному огляді (частина рутинного обстеження). При необхідності почати корекцію маси тіла і збільшити фізичну активність. Бажаний діапазон ІМТ 21—25 кг/м². ІМТ 25 кг/м² відповідає 110% бажаної маси тіла; бажане співвідношення ширини талії і стегон у чоловіків < 0.9, у жінок середнього і старшого віку < 0.8.</p>			<p>Вимірювати масу тіла і зріст пацієнта, індекс маси тіла, співвідношення ширини талії і стегон при кожному огляді (частина рутинного обстеження). При необхідності почати корекцію маси тіла і збільшити фізичну активність. Бажаний діапазон ІМТ 21—25 кг/м². ІМТ 25 кг/м² відповідає 110% бажаної маси тіла; бажане співвідношення ширини талії і стегон у чоловіків < 0.9, у жінок середнього і старшого віку < 0.8.</p>
<p>Естрогени</p>	<p>Оцінити необхідність замісної терапії естрогенами у жінок після менопаузи, особливо, якщо вони мають кілька факторів ризику ІХС, такі як підвищення ЛПНГ. Індивідуалізувати рекомендації відповідно до інших факторів ризику для здоров'я.</p>			<p>Оцінити необхідність замісної терапії естрогенами у жінок після менопаузи, особливо, якщо вони мають кілька факторів ризику ІХС, такі як підвищення ЛПНГ. Індивідуалізувати рекомендації відповідно до інших факторів ризику для здоров'я.</p>

троль маси тіла, збільшення фізичної активності. Рішення про медикаментозну терапію для контролю факторів ризику залежить від збалансованої оцінки абсолютного ризику, ефективності, безпеки і економічної доцільності втручання. Препарати для контролю артеріального тиску використовуються для запобігання інсульту та ішемічній хворобі серця. Використання гіполіпідемічних засобів для запобігання ІХС визначається передусім оцінкою абсолютного ризику; медикаментозну терапію для первинної профілактики потрібно здійснювати обережно в молодих осіб без інших факторів ризику.

Підготував *Олег Жарінов*

Примітки до таблиці 2:

35 мг%=0,91 ммоль/л, 100 мг%=2,6 ммоль/л, 130 мг%=3,38 ммоль/л, 160 мг%=4,2 ммоль/л,
190 мг%=4,9 ммоль/л, 200 мг%=5,2 ммоль/л, 220 мг%=5,7 ммоль/л, 240 мг%=6,2 ммоль/л,
400 мг%=10,4 ммоль/л.