

Европейские кардиологи предложили новую шкалу оценки «сердечно-сосудистого риска»



Европейское общество кардиологов при участии Европейской ассоциации превентивной кардиологии представили новую версию клинических рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевым моментом представленной версии рекомендаций является новая система оценки риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у практически здоровых лиц, не имеющих документированных сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронической болезни почек или семейной гиперхолестеринемии. Для оценки «сердечно-сосудистого риска» европейские кардиологи предлагают использовать шкалу SCORE2 и отдельный ее вариант для пожилых лиц SCORE2-OP.

Вместо прежних четырех градаций сердечно-сосудистых рисков введены три: низкий-промежуточный, высокий и очень высокий. Новая система оценки риска включает более широкие диапазоны возраста (40-89 лет) и артериального давления (100-179 мм рт. ст.), а также учитывает уровень холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности, а не общего холестерина, как это было в прежней версии SCORE.

В качестве клинических состояний, требующих оценки сердечно-сосудистого риска, специально упомянуты эректильная дисфункция у мужчин и мигрень. Установлено, что у мужчин с эректильной дисфункцией на 44-59% выше суммарный риск сердечно-сосудистых событий, на 62% выше риск острого инфаркта миокарда, на 39% - инсульта и на 24-33% выше риск смерти от всех причин, причем при тяжелой эректильной дисфункции этот риск дополнительно увеличивается. Мигрень увеличивает риск ишемического инсульта вдвое, а риск ишемической болезни сердца в 1,5 раза.

Основными факторами «сердечно-сосудистого риска» атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний в клинических рекомендациях названы апоВ-содержащие липопротеины крови, артериальная гипертензия, курение и сахарный диабет. Все перечисленные факторы риска относятся к модифицируемым, а значит, могут и должны быть скорректированы путем изменения образа жизни и/или медикаментозных вмешательств, отмечается в клинических рекомендациях.

При расчете сердечно-сосудистого риска по системе SCORE2 важно учитывать, что сердечно-сосудистый риск после коррекции факторов риска на фоне медицинских вмешательств не снижается сразу же до уровня, соответствующего новым значениям факторов риска. Он снижается постепенно и достаточно медленно. Так, у прекративших курение лиц, связанный с курением риск снижается через год примерно вдвое, но остается выше, чем у тех, кто никогда не курил.

Особый акцент сделан на необходимости индивидуального отказа от курения и подходах к достижению этой цели, а в качестве популяционной стратегии задекларирована цель добиться повсеместного запрета курения в Европе к 2030 году. Для всего мира, после высокого систолического артериального давления, курение является ведущим фактором риска потери лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности. Курение сигарет ответственно за 50% всех потенциально предотвратимых смертей у курильщиков, причем половина из них связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В среднем, курение связано с потерей 10 лет жизни, а риск сердечно-сосудистых заболеваний у курильщиков в возрасте до 50 лет в пять раз выше, чем у некурящих.

Подчеркивается, что прекращение курения является наиболее эффективной из всех профилактических мер, приводя к значительному снижению случаев инфаркта миокарда и смерти. Приводится шкала, позволяющая оценить прирост времени жизни без сердечно-сосудистых заболеваний в годах в зависимости от возраста прекращения курения. С возраста 45 лет прирост в 3-5 лет сохраняется у мужчин до 65 лет, а у женщин – до 75 лет. Увеличение количества лет жизни без сердечно-сосудистых заболеваний существенно для всех возрастных групп, но особенно выражено при прекращении курения в более молодом возрасте.

У лиц, прекративших курение, возможна прибавка в весе в среднем на 5 кг, однако польза для здоровья, связанная с отказом от табака, перевешивает риски, связанная с увеличением веса, и это новая позиция в рекомендациях по сердечно-сосудистой профилактике.

В отношении физической активности по-прежнему рекомендуется по крайней мере 150-300 мин. в неделю аэробных физических нагрузок умеренной интенсивности или 75-150 мин. в неделю интенсивных аэробных физических нагрузок, или их эквивалентное сочетание для снижения смертности от всех причин, сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости. В то же время, в последней версии специально оговаривается, что лица, которые не могут выполнять физические нагрузки умеренной интенсивности 150 мин. в неделю, должны оставаться настолько физически активными, насколько позволяют их возможности и состояние здоровья. Рекомендуется сократить длительность сидячего образа жизни в пользу хотя бы легкой физической активности в течение дня для снижения общей смертности, сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости. Для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется Средиземноморская или подобная ей диета. Потребление алкоголя не должно превышать 100 г в неделю