

ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ*



Третья объединенная рабочая группа Европейского общества кардиологов и других Европейских обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике**

Председатель рабочей группы G. De Backer (ESC)

Члены рабочей группы: E. Ambrosioni (ESC), K. Borch-Johnsen (EASD, IDF-Europe), C. Brotons (ESGP/FM), R. Cifkova (ESC), J. Dallongeville (ESC), S. Ebrahim (ESC), O. Faergeman (EAS), I. Graham (ESC), G. Mancina (ESC), V. Manger Cats (EHN), K. Orth-Gomer (ISBM), J. Perk (ESC), K. Pyorala (ESC), J. Rodicio (ESH), S. Sans (ESC), V. Sansoy (ESC), U. Sechtem (ESC), S. Silber (ESC), T. Thomsen (ESC), D. Wood (ESC)

* Адаптированное резюме для применения в клинической практике на основе публикаций "European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice" в European Heart Journal, 2003; 24 (17): 1601-1610 и European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2003; 10 (4): S1-S11

** Европейские общества, эксперты которых приняли участие в подготовке рекомендаций:

European Association for the Study of Diabetes (EASD) – Европейская ассоциация по изучению диабета

International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe) – Международная европейская федерация диабета

European Atherosclerosis Society (EAS) – Европейское общество по атеросклерозу

European Heart Network (EHN) – Европейская кардиальная сеть

European Society of Cardiology (ESC) – Европейское общество кардиологов

European Society of Hypertension (ESH) – Европейское общество по артериальной гипертензии

International Society of Behavioral Medicine (ISBM) – Европейское общество поведенческой медицины

International Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM) – Европейское общество по общей врачебной практике и семейной медицине

© 2003 Европейское общество кардиологов. Адаптированный перевод с английского языка и тиражирование произведены с согласия Европейского общества кардиологов.

Основные цели профилактики у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентов высокого риска

- Не курить
- Соблюдать здоровую диету
- Повысить физическую активность
- Индекс массы тела $< 25 \text{ кг/м}^2$
- АД $< 140/90 \text{ мм рт.ст.}$ (или $< 130/80 \text{ мм рт.ст.}$ в определенных группах)
- Общий холестерин $< 5 \text{ ммоль/л}$ (190 мг%) или $< 4,5 \text{ ммоль/л}$ (175 мг%) в определенных группах
- Холестерин ЛПНП $< 3 \text{ ммоль/л}$ (115 мг%) или $< 2,5 \text{ ммоль/л}$ (100 мг%) в определенных группах
- Адекватный контроль гликемии у больных сахарным диабетом
- Профилактические средства в определенных группах пациентов.

Каковы цели рекомендаций?

Цель данных рекомендаций – снижение частоты первичных и повторных коронарных осложнений, ишемического инсульта и поражения периферичес-

ких артерий. Основное внимание уделяется профилактике нетрудоспособности и ранней смерти. В рекомендациях обсуждается роль изменения образа жизни, борьбы с основными сердечно-сосудистыми факторами риска и применения других средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Зачем нужна стратегия активной профилактики в клинической практике?

Целесообразность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

В большинстве стран Европы сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной преждевременной смерти. Кроме того, они служат важными причинами нетрудоспособности и роста затрат на охрану здоровья.

• Причиной сердечно-сосудистых заболеваний обычно является атеросклероз, который постепенно развивается на протяжении многих лет и к моменту появления симптомов обычно находится в далеко зашедшей стадии.

- Смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто возникают внезапно, поэтому многие лечебные вмешательства невыполнимы или дают только паллиативный эффект.
- Сердечно-сосудистая заболеваемость зависит от образа жизни и изменяемых физиологических факторов риска.
- Изменения факторов риска приводит к снижению заболеваемости и смертности, особенно у пациентов с распознанными или нераспознанными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Что нового содержится в рекомендациях по сравнению с двумя предыдущими версиями?

Новые рекомендации имеют следующие важные отличия от предыдущих

- 1. От профилактики коронарной болезни сердца к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.** Этиология инфаркта миокарда, ишемического инсульта и поражения периферических артерий сходна. Результаты последних исследований показали, что некоторые лекарственные средства предупреждают не только коронарные осложнения и реваскуляризацию коронарных артерий, но и ишемический инсульт и поражение периферических артерий. Соответственно, решение об определенных профилактических мероприятиях следует принимать с учетом риска любых сосудистых осложнений, а не только осложнений коронарной болезни сердца.
- 2. Для оценки риска использованы модель SCORE и таблицы,** которые легко адаптируются с учетом национальных условий, имеющихся средств и приоритетов и учитывают неоднородность сердечно-сосудистой смертности в разных странах Европы.
- 3. Риск предложено оценивать на основании абсолютной вероятности смерти от сердечно-сосудистых причин в течение 10 лет.** Хотя профилактика нефатальных осложнений является не менее важной задачей, тем не менее при оценке риска в качестве конечной точки в Европе было предложено использовать сердечно-сосудистую смертность.
- 4. Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$.** Этот порог достаточен для идентификации пациентов высокого риска развития нефатальных осложнений.
- 5. Клинические приоритеты.** В первую очередь профилактика показана больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентам высокого риска их развития.

Кому в первую очередь показана профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях ограниченных ресурсов?

Приоритетные группы для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике

1. Больные с атеросклерозом коронарных, периферических и церебральных сосудов.
2. Пациенты группы высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом:
 - а. множественные факторы риска, определяющие вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$ в течение 10 лет (или при экстраполяции на 60-летний возраст);
 - б. резко повышенный уровень одного фактора риска: холестерин ≥ 8 ммоль/л (320 мг%), холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг%), АД $\geq 180/110$ мм рт. ст;
 - в. сахарный диабет 1 и 2 типа с микроальбуминурией.
3. Близкие родственники:
 - а. больных, у которых атеросклеротические заболевания проявились в молодом возрасте;
 - б. пациентов, относящихся к группе очень высокого риска.

Как оценить общий сердечно-сосудистый риск при отсутствии симптомов?

Выбор стратегий профилактики на основании общего сердечно-сосудистого риска

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеется высокий риск развития сосудистых осложнений. Соответственно, они нуждаются в интенсивной модификации образа жизни и по мере необходимости в медикаментозной терапии.

При отсутствии симптомов у пациентов с резко повышенными уровнями отдельных факторов риска (общий холестерин ≥ 8 ммоль/л, или 320 мг%, холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л, или 240 мг%, АД $\geq 180/110$ мм рт. ст., сахарный диабет 2 или 1 типа с микроальбуминурией) также отмечается высокий общий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Они нуждаются в максимальном внимании, а дополнительная оценка риска им не требуется. Однако у большинства практически здоровых людей меры профилактики следует выбирать с учетом общего сердечно-сосудистого риска, а не умеренно повышенных уровней отдельных факторов риска. Следует идентифицировать пациентов очень высокого риска и проводить интенсивную модификацию образа жизни и при необходимости назна-

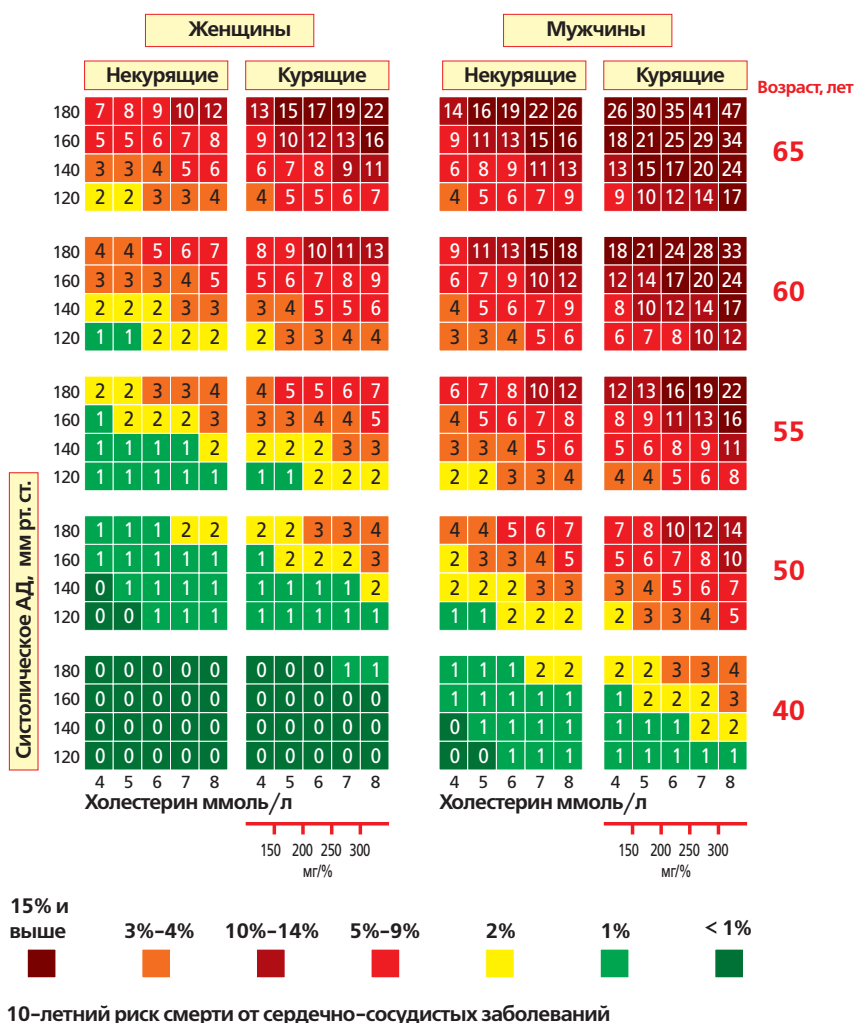


Рис. 1. 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в европейских регионах **высокого риска** в зависимости от пола, возраста, систолического АД, уровня общего холестерина и курения

ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТАБЛИЦ (рис. 1-2)

- Таблицы для стран с низким риском следует использовать в Бельгии, Франции, Греции, Италии, Люксембурге, Испании, Швейцарии и Португалии; во всех других странах Европы целесообразно пользоваться таблицами высокого риска.
- Чтобы оценить суммарный 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо выбрать соответствующую таблицу с учетом пола, курения и возраста. В этой таблице следует найти клетку, которая соответствует уровням систолического АД (мм рт.ст.) и общего холестерина (ммоль/л или мг%).
- Таблицы позволяют оценить результаты более длительного воздействия имеющихся факторов риска (для этого следует переместиться в вышележащие графы). Это может быть полезным для молодых людей.
- Пациентам низкого риска следует рекомендовать поддерживать его на этом уровне. Максимальное внимание необходимо уделять людям, у которых вероятность смерти в течение 10 лет составляет $\geq 5\%$ или достигнет этого уровня в среднем возрасте.
- Чтобы оценить относительный риск, сопоставьте категорию риска с таковой у некурящего пациента того же возраста и пола с уровнем АД $< 140/90$ мм рт. ст. и общего холестерина < 5 ммоль/л (190 мг%).
- Таблица помогает оценить результаты перехода из одной категории в другую, например, если пациент бросит курить или уменьшит уровень других факторов риска.

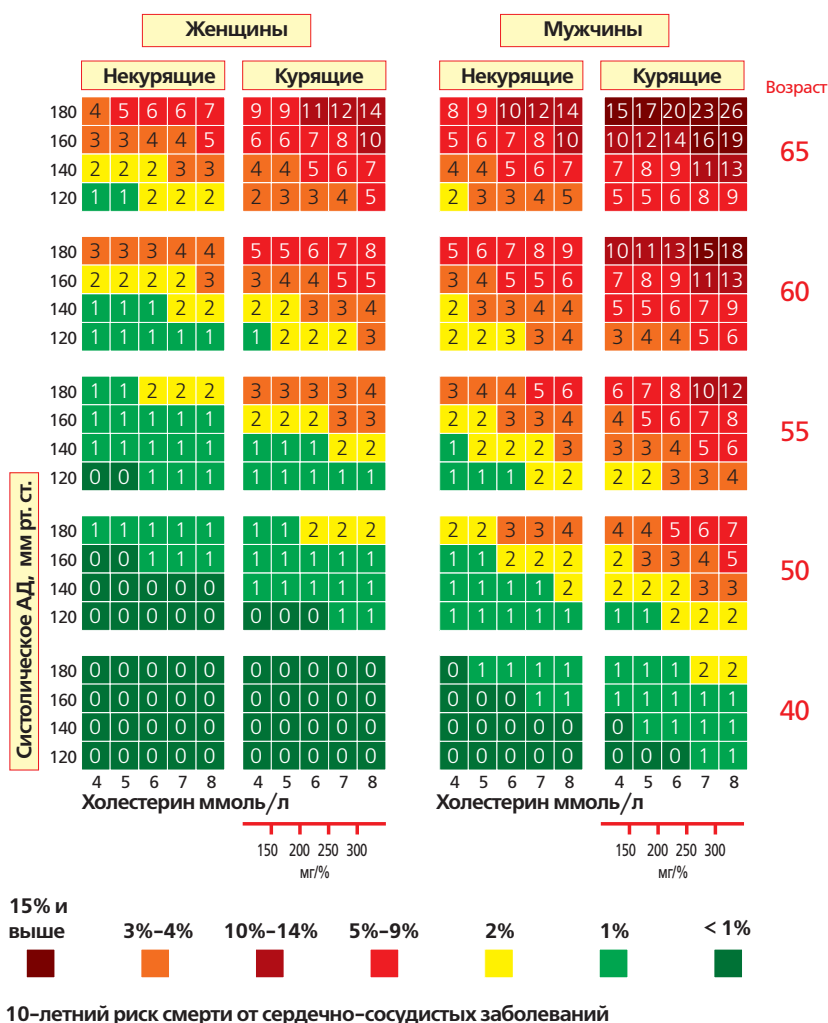


Рис. 2. 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в европейских регионах низкого риска в зависимости от пола, возраста, систолического АД, уровня общего холестерина и курения

ПРИМЕЧАНИЕ

Суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений может быть выше указанного в таблице в следующих случаях:

- пациент приближается к следующей возрастной категории;
- наличие признаков бессимптомного атеросклероза (компьютерная томография, ультразвуковое исследование);
- случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний у родственников;
- снижение уровня холестерина ЛПВП, повышение уровня триглицеридов, нарушение толерантности к глюкозе, высокие уровни С-реактивного белка, фибриногена, гомоцистеина, аполипопротеина В или липопротеина (а);
- ожирение и малоподвижный образ жизни.

чать лекарственные средства.

Для оценки общего риска рекомендуется использовать систему SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – систематическая оценка коронарного риска). Новая таблица, основанная на результатах исследования SCORE, имеет несколько преимуществ. Она была подготовлена на основании результатов крупных проспективных европейских исследований и позволяют предсказать риск смерти от атеросклероза в течение 10 лет. Оценка риска предполагает изучение следующих факторов риска: пол, возраст, курение, систолическое АД и общий холестерин или отношение холестерин/холестерин ЛПВП. Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечно-сосудистых осложнений $\geq 5\%$ (а не $\geq 20\%$ для суммарного риска коронарных осложнений, как ранее). С помощью системы SCORE можно разработать таблицу риска для всех стран Европы с учетом соответствующих показателей смертности. На рис. 1 приведена таблица, предназначенная для России, для которой характерна высокая смертность.

На основании таблиц можно легко рассчитать общий сердечно-сосудистый риск (см. рис. 1 и инструкцию). SCORECARD – это электронный вариант таблиц SCORE. Цель новой интерактивной системы контроля факторов риска – предоставить врачам и больным информацию о том, как рассчитать общий риск и снизить его путем изменения образа жизни и медикаментозной терапии (см. www.escardio.org/prevention).

С помощью SCORE (или SCORECARD) легко экстраполировать общий сердечно-сосудистый риск на возраст 60 лет, что может иметь особое значение для молодых 20-30-летних людей, у которых абсолютная вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний низкая, однако имеется неблагоприятный профиль факторов риска, который будет усугубляться с возрастом. С помощью таблиц SCORE можно также определить относительный риск.

Врачи должны использовать показатель общего сердечно-сосудистого риска при определении интенсивности профилактических мероприятий, например, решении вопроса о диетотерапии, программе физических тренировок, назначении лекарственных препаратов и определении их доз и комбинаций. Подобные решения не следует принимать на основании уровня какого-либо одного фактора риска или "привязывать" к определенному значению, выбранному из континуума общего сердечно-сосудистого риска.

Новые методы идентификации пациентов высокого риска

Более сложные методы оценки сердечно-сосудистого риска предполагают использование магнит-

но-резонансной томографии стенки артерий, определение степени кальциноза коронарных артерий с помощью электроннолучевой или спиральной компьютерной томографии, измерение толщины интимы-медии сонной артерии, выявление гипертрофии левого желудочка с помощью ЭКГ или эхокардиографии.

Как добиться изменения образа жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пациентов высокого риска?

Подходы к повышению эффективности модификации образа жизни:

- наладить тесный контакт с больным;
- добиваться выполнения ваших рекомендаций по улучшению образа жизни;
- пациент должен осознавать наличие связи между образом жизни, здоровьем и заболеваниями;
- помогать больным выявлять барьеры, препятствующие улучшению образа жизни;
- пациенты должны принимать участие в идентификации и выборе факторов риска, которые могут быть устранены;
- необходимо сочетать различные стратегии контроля факторов риска;
- целесообразно разработать план улучшения образа жизни;
- постоянный контроль путем регулярных контактов с пациентом;
- по возможности следует привлекать других специалистов.

С помощью SCORE и SCORECARD можно активно вовлекать пациентов в процесс борьбы с факторами риска.

Как бросить курить?

Всем курильщикам необходимо рекомендовать отказаться от курения всех форм табака. Борьба с курением должна включать в себя 5 компонентов:

- при каждой возможности выясняйте, курит ли пациент;
- оцените степень зависимости и желание пациента бросить курить;
- настоятельно рекомендуйте всем курильщикам бросить курить;
- рекомендуйте пациенту методы борьбы с курением, включая поведенческую терапию, средства, содержащие никотин, и/или другие лекарственные препараты;
- согласуйте с пациентом схему следующих визитов.

Как улучшить диету?

Всем пациентам необходимо давать профессиональные советы по здоровому питанию, которое обеспечивает минимальный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Общие рекомендации (их необходимо адаптировать к местным условиям):

- пища должна быть разнообразной, а потребление энергии необходимо скорректировать таким образом, чтобы оно поддерживало идеальную массу тела;
- следует рекомендовать увеличение потребления следующих продуктов: овощи и фрукты, хлеб грубого помола, обезжиренные молочные продукты, рыба и постное мясо;
- наиболее выраженными защитными свойствами обладают жирная рыба и омега-3 жирные кислоты;
- общее потребление жиров должно составлять не более 30% калорийности пищи, а потребление насыщенных жиров не должно превышать 1/3 от общего количества жиров. Потребление холестерина должно быть менее 300 мг/сут;
- при соблюдении низкокалорийной диеты насыщенные жиры могут быть частично заменены сложными углеводами, мононенасыщенными и полиненасыщенными жирами растительного и животного (рыба) происхождения.

Больные артериальной гипертонией, сахарным диабетом и гиперхолестеринемией или другими дислипидемиями должны получать специальные рекомендации по диетотерапии.

Как повысить физическую активность?

Всем больным и пациентам высокого риска необходимо увеличить физическую активность до безопасного уровня, обеспечивающего минимальный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Цель - выполнять физические нагрузки по крайней мере по 30 минут 4-5 раз в неделю, хотя более умеренная активность также приносит пользу для здоровья.

Здоровым людям следует рекомендовать нагрузки, которые приносят им наслаждение и могут быть интегрированы в обычный образ жизни (по 30-45 минут 4-5 раз в неделю при частоте сердечных сокращений, составляющей 60-75% от максимальной). Больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями подбирать уровень физической активности следует с учетом результатов клинического обследования, включая пробу с физической нагрузкой.

Почему людям трудно модифицировать свой образ жизни?

Пациентам часто не удается улучшить свой образ жизни, однако им не следует отказываться от новых попыток. Известны обстоятельства, которые еще в большей степени затрудняют борьбу с факторами риска. Некоторые из них касаются самого пациента, другие – врача, третьи – системы здравоохранения. К этим факторам относят следующие:

- низкое социально-экономическое положение: программы борьбы с факторами риска часто менее эффективны у пациентов, занимающих низкое социальное положение;
- социальная изоляция: одинокие люди чаще ведут нездоровый образ жизни;
- стресс: проблемы, возникающие на работе и в быту, мешают людям заниматься своим здоровьем;
- негативные эмоции: депрессия, тревога и враждебность имеют отрицательное значение, хотя соответствующее лечение облегчает модификацию образа жизни.

Пациентам, занимающим низкое социальное положение, одиноким людям и больным, подвергающимся воздействию стресса, необходимо уделять максимальное внимание. Если пациент будет чувствовать понимание и симпатию со стороны врача, то это поможет преодолеть барьеры и добиться изменения образа жизни.

Каковы цели борьбы с факторами риска?

Избыточная масса тела и ожирение

Профилактика ожирения или снижение избыточной массы тела имеют важное значение. Больным с ожирением ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$) или избыточной массой тела ($\text{ИМТ} 25\text{-}30 \text{ кг/м}^2$), а также пациентам с абдоминальным ожирением (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин) необходимо добиться ее снижения.

Таким пациентам рекомендуют ограничение калорийности пищи и физические нагрузки.

Артериальное давление

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями целевое АД составляет $< 140/90 \text{ мм рт. ст.}$, выбор антигипертензивных средств зависит от характера сердечно-сосудистой патологии, а также других сердечно-сосудистых факторов риска.

При отсутствии симптомов решение о необходимости антигипертензивной терапии зависит не только от уровня АД, но и общего сердечно-сосудистого риска и наличия поражения органов-мишеней. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии

приведены на рис. 3.

Фармакотерапию следует начинать немедленно, если систолическое АД стойко ≥ 180 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 110 мм рт. ст. независимо от общего сердечно-сосудистого риска.

Если у пациента с систолическим АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическим АД ≥ 90 мм рт. ст. имеется высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, то ему также необходима антигипертензивная терапия. В таких случаях следует добиваться снижения АД $< 140/90$ мм рт. ст. Если АД повышается у пациента низкого риска, у которого отсутствует поражение органов-мишеней, то он должен находиться под наблюдением и получать рекомендации по изменению образа жизни. Решение о фармакотерапии принимают с учетом предпочтений больного.

За редкими исключениями пациенты с систолическим АД < 140 мм рт. ст. и/или диастолическим АД < 90 мм рт. ст. не нуждаются в антигипертензивной терапии. Антигипертензивные препараты должны не только эффективно снижать АД, но и обладать высокой безопасностью и благоприятно влиять на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность.

У большинства пациентов целевое АД составляет

140/90 мм рт. ст., однако у больных сахарным диабетом и пациентов высокого риска целесообразно добиваться более низких значений. Во всех случаях АД следует снижать постепенно.

Липиды плазмы

В целом уровень общего холестерина плазмы должен быть менее 5 ммоль/л (190 мг%), а холестерина ЛПНП – менее 3 ммоль/л (115 мг%). У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом целевые уровни липидов должны быть ниже: общий холестерин $< 4,5$ ммоль/л (175 мг%), холестерин ЛПНП $< 2,5$ ммоль/л (100 мг%).

Целевые уровни холестерина ЛПВП и триглицеридов не определены, однако уровень холестерина ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л (40 мг%) у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л (46 мг%) у женщин, а уровень триглицеридов натощак $> 1,7$ ммоль/л (150 мг%) считают маркерами повышенного риска.

При отсутствии симптомов решение о назначении терапии зависит не только от уровней липидов, но и общего сердечно-сосудистого риска. Рекомендации по лечению дислипидемии у таких пациентов приведены на рис. 4. Пациентам с множественными факто-

Оцените абсолютный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по таблицам SCORE* Для оценки риска используйте исходные значения офисного АД

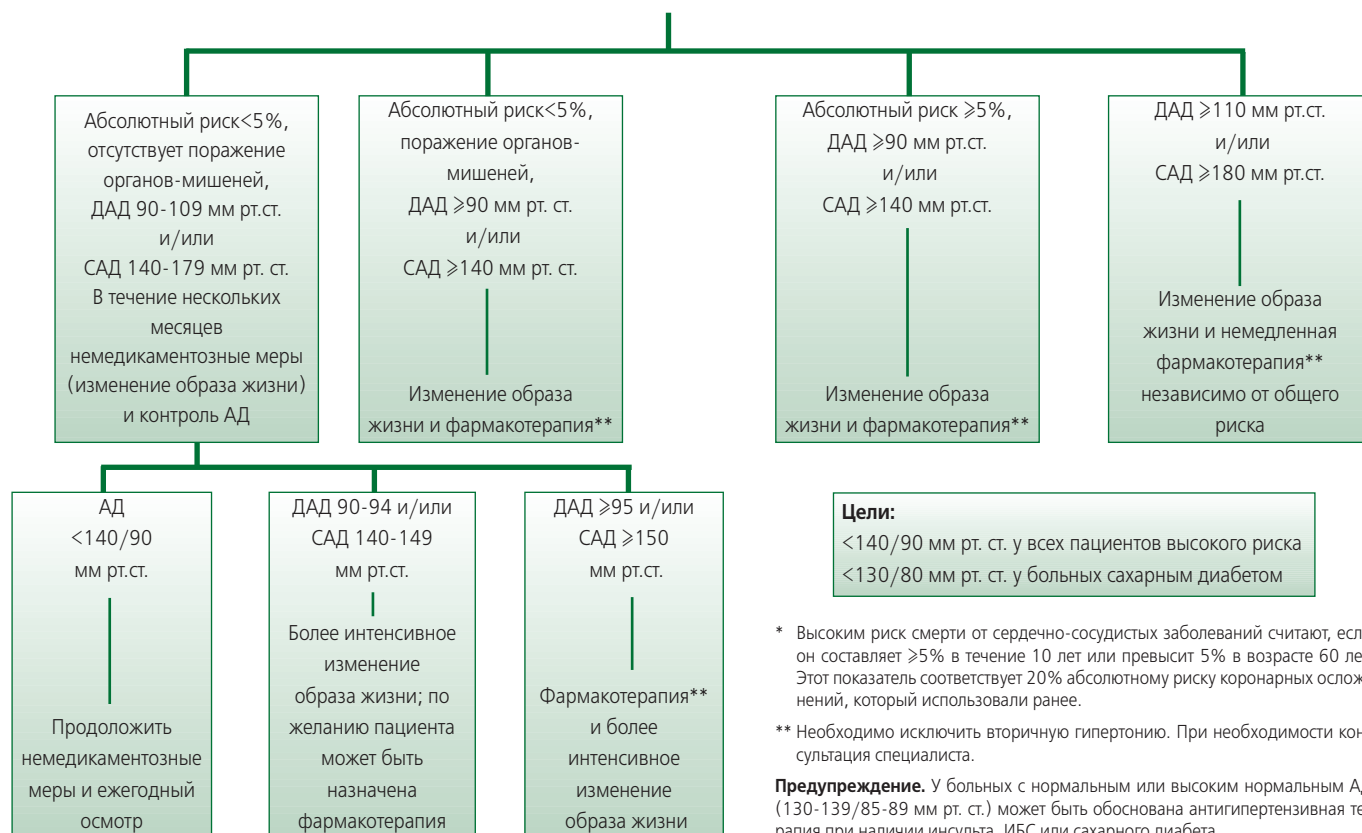


Рис. 3. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии

рами риска сердечно-сосудистых заболеваний, у которых уровни общего холестерина и холестерина ЛПНП приближаются к 5 и 3 ммоль/л соответственно, показана терапия гиполипидемическими средствами в средних дозах с целью снижения их содержания до <4,5 ммоль/л (175 мг%) и <2,5 ммоль/л (100 мг%) соответственно. Однако у пациентов с более высоким содержанием липидов указанные пониженные их уровни не являются целью лечения, так как для их достижения потребуются применение гиполипидемических средств в высоких дозах, польза которых пока не доказана.

Сахарный диабет

У пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе модификация образа жизни позволяет предотвратить или задержать развитие сахарного диабета.

Адекватный метаболический контроль у больных сахарным диабетом типа 1 и 2 предупреждает развитие микрососудистых осложнений и может способствовать профилактике сердечно-сосудистых осложнений. Больные сахарным диабетом типа 1 нуждаются в инсулинотерапии и диете. У больных сахарным диабетом типа 2 лечение начинают с немедика-

ментозных методов (диета, снижение избыточной массы тела и увеличение физической активности).

Если эти меры не приводят к необходимому снижению гипергликемии, добавляют сахароснижающие средства. Рекомендуемые цели лечения сахарного диабета типа 2 приведены в таблице.

Цели лечения больных сахарным диабетом

		Цель
HbA _{1c} (DCCT)	HbA _{1c} (%)	≤6.1
Глюкоза плазмы	Натощак/преприандиальная ммоль/л мг%	≤6.0 <110
Гликемия при самостоятельном мониторинговании	Натощак/преприандиальная ммоль/л	4.0–5.0
	мг%	70–90
	Постприандиальная ммоль/л	4.0–7.5
	мг%	70–135
АД	мм рт. ст.	<130/80
Общий холестерин	ммоль/л (мг%)	<4.5 (175)
Холестерин ЛПНП	ммоль/л (мг%)	<2.5 (100)

Метаболический синдром

У больных с метаболическим синдромом наблюдается высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Диагноз его может быть установлен, если имеются по крайней мере три из следующих критериев.

1. Окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин.
2. Сывороточные триглицериды ≥1,7 ммоль/л (≥150 мг%).
3. Уровень холестерина ЛПВП <1 ммоль/л (40 мг%) у мужчин и <1,3 ммоль/л (50 мг%) у женщин.
4. АД ≥130/85 мм рт. ст.
5. Глюкоза плазмы ≥6,1 ммоль/л (≥110 мг%).

Основой лечения метаболического синдрома является изменение образа жизни под контролем врача, включая снижение массы тела и повышение физической активности.

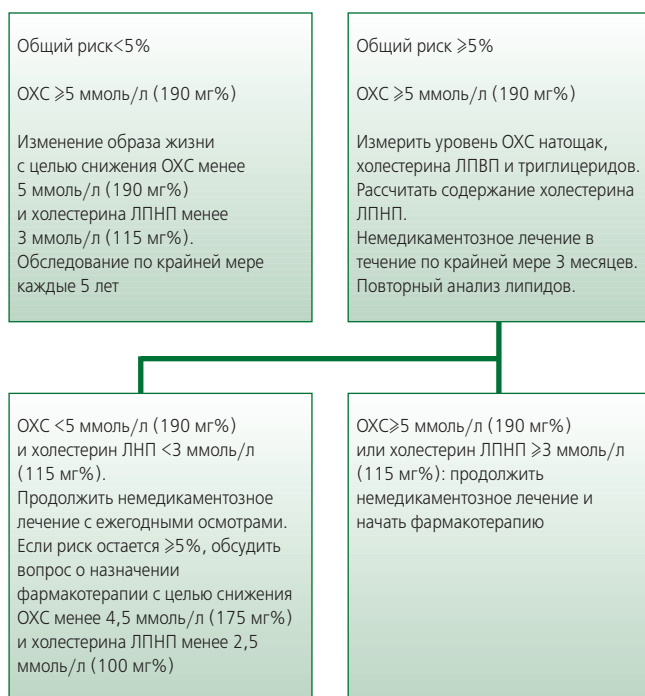
Артериальная гипертензия, дислипидемия и гипергликемия могут быть основанием для медикаментозного лечения.

Кому следует назначать другие профилактические средства?

Помимо антигипертензивных, гиполипидемических и сахароснижающих средств для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике могут быть использованы следующие препараты:

Рис. 4. Рекомендации по гиполипидемической терапии у пациентов без признаков сердечно-сосудистых заболеваний

Оцените абсолютный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по таблицам SCORE. Для оценки риска используйте исходный уровень общего холестерина (или отношение общего холестерина и холестерина ЛПВП)



- аспирин или другие антитромбоцитарные средства фактически у всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- бета-блокаторы после инфаркта миокарда или при наличии дисфункции левого желудочка, связанной с ИБС;
- ингибиторы АПФ у больных с дисфункцией левого желудочка, связанной с ИБС и/или артериальной гипертонией;
- антикоагулянты у больных ИБС и высоким риском тромбоэмболических осложнений.

При отсутствии проявлений атеросклероза лечение аспирином в низкой дозе может привести к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом, контролируемой гипертонией и мужчин с множественными факторами риска.

Зачем нужен скрининг близких родственников?

Пациентов с отягощенным наследственным анамнезом (наличие случаев раннего развития коронарной болезни сердца у близких родственников в возрасте до 55 лет у мужчин и до 65 лет у женщин,

а также семейной гиперхолестеринемии или других наследственных дислипидемий) необходимо обследовать с целью выявления других факторов риска, так как эти пациенты относятся к группе повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Кто подготовил эти рекомендации?

Эти рекомендации были подготовлены третьей рабочей группой, созданной различными европейскими обществами. В нее входили представители 8 обществ и приглашенные эксперты.

Настоящие рекомендации отражают точку зрения членов рабочей группы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний Европейского общества кардиологов. Они были подготовлены на основании тщательного анализа результатов клинических исследований. Врачи могут пользоваться ими в клинической практике. Однако рекомендации не заменяют профессиональное решение врача, которое он должен принимать в конкретных обстоятельствах.