

Слайд
1

Профилактика и лечение сердечно-сосудистых патологий у пациентов с ревматическими заболеваниями

Д.С. Новикова, Т.В. Попкова, Е.П. Насонов

ГУ Институт ревматологии РАМН

Москва, 2008

Слайд
2

Кардиоваскулярные аспекты ревматологии

Слайд
3

Причины увеличения риска кардиоваскулярной патологии при воспалительных ревматических заболеваниях

Увеличение кардиоваскулярной летальности при РА

Nurses' Health Study

- ОР=2.0 (в целом по группе)

- ОР=3,1 (при длительности РА более 10 лет)

Особенности ИБС при РА

- множественное поражение коронарных сосудов
- раннее рецидивирование острого коронарного синдрома

- увеличение летальности после первого ИМ

- увеличение частоты «бессимптомного» ИМ

Частота ИБС при СКВ (~10%, 1,5% в год)

- риск ИБС в 6 раз выше, чем в популяции

- в возрасте 35-55 года – в 52 раза, чем в популяции

«Ранний» быстро прогрессирующий атеросклероз при РЗ:

- Общие факторы генетической предрасположенности

- «Накопление» традиционных кардиоваскулярных факторов риска

- Системное воспаление/ аутоиммунные нарушения

- Недостаточное лечение сопутствующих заболеваний

- Побочные эффекты лекарственной терапии

Слайд 4

Основная стратегия профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – снижение степени суммарного кардиоваскулярного риска, т.е. риска развития первого ИМ/мозгового инсульта или повторных осложнений у пациентов, ранее перенесших такие осложнения.

Категории 10-летнего риска смерти от ССЗ.

Очень высокий риск

Больные с острым коронарным синдромом, перенесшие реконструктивные операции на сосудах сердца, церебральных и периферических сосудов; с суммарным риском смерти от ССЗ > 10% (по таблице SCORE)

Высокий риск

Больные с любой (не острой) клинической формой ИБС/клинически выявленным атеросклерозом коронарных или периферических артерий, аневризмой брюшного отдела аорты, сахарным диабетом, липид без ИБС и не атеросклероза, но с суммарным риском смерти от ССЗ > 5% (по таблице SCORE)

Умеренный риск

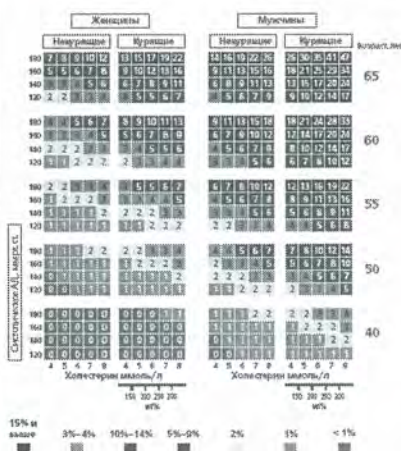
Лица, у которых отсутствуют клинические проявления ССЗ, но существует риск развития атеросклероза вследствие наличия нескольких факторов риска (суммарный риск смерти от ССЗ 1-4% (по таблице SCORE); лица без клинических проявлений ССЗ, но с отягощенным семейным анамнезом (начало ИБС или другого сосудистого заболевания у ближайших родственников больного по мужской линии < 55 лет, по женской < 65); выраженное повышение одного из факторов риска, например – ОХС ? 8 ммоль/л, или ХС ЛПНП ? 6 ммоль/л, или АД ? 180/110 мм рт.ст.

Низкий риск

Лица без клинических проявлений ССЗ с одним фактором риска и с 10-летним риском смерти по таблице SCORE < 1%

Слайд 5

Таблица оценки 10-летнего фатального риска ССЗ в Европейских регионах с высоким риском ССЗ на основании пола, возраста, САД, ОХС, и статуса курения ("SCORE" – Systemic coronary risk evaluation).



Слайд 7

Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД.



Рациональные сочетания гипотензивных лекарственных средств:

Ингибитор АПФ + диуретик:

Периндоприл 2 - 4 мг + индапамид-ретард 0,625 - 1,25 мг – 1 раз/сут

Эналаприл 5 - 20 мг + гидрохлортиазид 12,5-25 мг – 1 раз/сут

Ингибитор АПФ + антагонист кальция:

Эналаприл 5 - 20 мг + амлодипин 5 - 10 мг/сут

Эналаприл 5 - 20 мг + дилтиазем 180 мг/сут

Бета-блокатор + антагонист кальция из группы дигидроперидинов:

Метопролол 50 - 100 мг + феллодипин 5 - 10 мг/сут

Блокатор рецепторов ангиотензина II + диуретик:

Лозартан 50 - 100 мг + гидрохлортиазид 12,5 - 50 мг 1 раз в сутки.

Национальное руководство по кардиологии, 2007

Слайд 8

Алгоритм коррекции нарушений липидного обмена у больных без клинических проявлений ИБС.

Оцените абсолютный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE

Общий риск < 5%

ОХС > 5 ммоль/л (190 мг/дл)

Дать рекомендации по изменению образа жизни и немедикаментозной терапии; цель – снизить ОХС < 5 ммоль/л, (190 мг/дл) и ХС ЛНП < 3 ммоль/л (115 мг/дл). Повторное наблюдение 1 раз в 5 лет.

Общий риск ≥ 5%

ОХС ≥ 5 ммоль/л (190 мг/дл)

Дать рекомендации по изменению образа жизни и немедикаментозной терапии; Через 3 месяца повторить определение липидов и ЛП.

ОХС < 5 ммоль/л (190 мг/дл)

ХС ЛНП < 3 ммоль/л (115 мг/дл)

Продолжать следовать данным рекомендациям, но если фатальный риск < 5%, начать медикаментозную терапию;

цель – снизить

ОХС < 4,5 ммоль/л, (175 мг/дл)

ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л, (100 мг/дл)

ХС ЛВП > 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин

и 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) у женщин

ОХС > 5 ммоль/л (190 мг/дл) или

ХС ЛНП ≥ 3 ммоль/л (115 мг/дл).

Продолжать следовать ранее данным рекомендациям и начать медикаментозную терапию.

Если фатальный риск ≥ 5% снизить

ОХС < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл)

ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л (100 мг/дл), повысить

ХС ЛВП до 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин

и 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) у женщин.

Скрининг для выявления дислипидемии: все лица старше 20 лет

Национальное руководство по кардиологии, 2007

Слайд 9

Значения ХС ЛНП (ммоль/л) для начала терапии у больных с различными категориями риска ССЗ.

	Уровень ХС ЛНП для начала немедикаментозной терапии	Уровень ХС ЛНП для начала применения лекарств	Целевой ХС ЛНП
Очень высокий риск	>2,0	>2,0	?2,0
Высокий риск	>2,5	>2,5	?2,5
Умеренный риск	>3,0	>3,5	?3,0
Низкий риск	>3,5	>4,0	?3,0

* ХС ЛНП ммоль/л = общий ХС - ХС ЛПВП - ТГ/2,2 (формула Фридлянда)

Медикаментозная терапия дислипидемии (статины)

Симвастатин 20 – 40 мг/сут

Аторвастатин 10 – 80 мг/сут

Розувастатин 5 – 40 мг/сут

При затруднениях в достижении целевого уровня ХС ЛПНП, при появлении побочных эффектов на высоких дозах к терапии статинами рекомендуется добавить эзетимиб 10 мг/сут (доза статина при этом не более 20 мг/сут)

Национальное руководство по кардиологии, 2007

Слайд
10

Другие препараты, используемые для профилактики ССЗ.

Аспирин	все больные с ССЗ; при отсутствии клинических проявлений атеросклероза – низкие дозы аспирина у больных сахарным диабетом, контролируемой гипертензией и мужчин с множественными факторами риска
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 гипертензией
Антикоагулянты	у больных ИБС с высоким риском тромбозомболических осложнений

Слайд
11

Кардиоваскулярные эффекты противовоспалительных препаратов

Препарат	Положительные	Отрицательные
НПВП	Увеличение риска ИМ после отмены НПВП	Увеличение АД, задержка жидкости
Глюкокорти- коиды	Подавляют синтез провоспалительных медиаторов Улучшают эндотелий-зависимую вазодилатацию Снижают резистентность к инсулину	Увеличение АД Задержка жидкости Гипергликемия
Метотрексат	Снижает риск кардиоваскулярных катастроф	Гипергомоцистеине мия
Статины	Снижают риск кардиоваскулярных катастроф Снижают уровень проатерогенных липидов и маркеров окислительного стресса Подавляют синтез провоспалительных цитокинов	Нежелательные лекарственные взаимодействия

Слайд
12

Мероприятия по снижению риска кардиоваскулярной патологии при ревматических заболеваниях

Курение	(беседа о вреде курения, антитабачная терапия)
Артериальная гипертензия	диета, снижение веса, физ. упражнения, гипотензивная терапия до целевых уровней; минимизировать прием НПВП и ГК, избегать приема лефлюномида и циклоспорина
Дислипидемия	диета, снижение веса, физ. упражнения, липид-снижающая терапия по показаниям; минимизация доз ГК, избегать приема циклоспорина А, назначать антималярийные препараты
Индекс массы тела (высокий или низкий)	диета, снижение или увеличение веса, физ. упражнения профилактика кахексии, связанной с РА
Сахарный диабет	диета, снижение веса, физ. упражнения, гипогликемическая терапия, профилактика осложнений диабета, избегать приема или миним. дозу и длит. приема ГК, мониторировать уровень глюкозы в крови
Факторы риска тромбоза	Низкие дозы аспирина, клопидогрел
Коррекция РЗ – специфических факторов риска	
Воспаление	раннее назначение болезни – модифицирующих препаратов, применение статинов