

## Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин 2007 года

### Guidelines for cardiovascular disease prevention in women 2007

Сердечно-сосудистая патология является основной причиной смертности среди женщин. Первые рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин, основанные на принципе доказательной медицины, были опубликованы в 2004 году [1]. Они были созданы экспертами Американской ассоциации сердца и другими многочисленными специализированными научными обществами. Их очередная редакция вышла в 2007 году, в которой акцент профилактики был в большей степени смещен от ближайшего прогноза к отдаленному [2]. В зависимости от специальных критериев женщины могут быть отнесены к высокому риску, группе риска, а также иметь «оптимальный» риск. Далее мы публикуем основные положения рекомендаций 2007 года по изменению образа жизни, коррекции факторов риска, а также профилактическому использованию лекарственных средств.

Таблица 1

#### КЛАССИФИКАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖЕНЩИН

Риск	Критерии
Высокий риск	Установленный диагноз ИБС
	Церебро-вазкулярные заболевания
	Заболевания периферических артерий
	Аневризма брюшной аорты
	Хроническая болезнь почек
	Сахарный диабет
	Уровень общего риска по Фрамингемской шкале более 20%
Имеющийся риск	≥1 из основных следующих факторов риска ССЗ:
	Курение сигарет
	Неправильное питание
	Низкая физическая активность
	Ожирение, особенно абдоминальное
	Семейный анамнез ССЗ (ССЗ ранее 55 у родственника мужского пола и моложе 65 лет у женского пола)
	Артериальная гипертензия
	Дислипидемия
	Субклинические поражения сосудов (например, признаки кальциноза коронарных артерий)
	Метаболический синдром
Плохая переносимость физической нагрузки по тредмилтесту и/или замедленное восстановление ЧСС после прекращения нагрузки	
Оптимальный риск	Уровень общего риска по Фрамингемской шкале менее 10%, правильный образ жизни, отсутствие факторов риска

Таблица 2

#### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Отказ от курения	Женщины не должны курить и должны избегать пассивного курения. Рекомендуется консультирование, никотин-замещающая терапия и другие методы лечения, касающиеся программ по изменению образа жизни и специализированных программ по отказу от курения
Физическая активность	Женщинам следует преимущественно ежедневно иметь как минимум 30 минут физической активности средней интенсивности (например, быстрая ходьба).
	У женщин, которым необходимо снижение массы тела или ее удержание, длительность ежедневной физической активности должна составлять 60–90 минут

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Реабилитация	Женщинам, которые недавно перенесли острый коронарный синдром или вмешательство на коронарных артериях, с впервые возникшей или стабильной стенокардией, с недавним нарушением мозгового кровообращения и с заболеваниями периферических артерий, а также при хронической сердечной недостаточности или фракции выброса менее 40% рекомендуется прохождение комплекса мероприятия, например, реабилитации после инфаркта миокарда или инсульта, программ домашних или специально организованных физических упражнений.
Диета	Женщины должны придерживаться диеты, богатой овощами и фруктами, отдавать предпочтение цельным зерновым продуктам и продуктам, богатым клетчаткой, употреблять в пищу рыбу (особенно жирную) не менее двух раз в неделю, снизить потребление насыщенных жиров менее 10%, а при возможности менее 7%, холестерина менее 300 мг/день. Потребление алкоголя рекомендуется не более 1 порции в день (стакан вина, 0,3 л пива, 50 г крепких спиртных напитков), поваренной соли менее 2,3 г/день (примерно одна чайная ложка); потребление высоконасыщенных жирных кислот должно быть минимальным насколько возможно (менее 1% от суточного калоража).
Снижение /поддержание массы тела	Женщины должны стараться поддерживать нормальную массу тела или снижать ее за счет баланса физической активности, потребления калорий и формальных программ по изменению образа жизни, которые преследуют цель поддержания индекса массы тела в пределах 18,5–24,9 кг/м <sup>2</sup> и окружности талии менее 35 дюймов (88 см).
Депрессия	Женщин с ИБС следует обследовать на предмет наличия депрессии и при наличии показаний лечить.
Омега-3-жирные кислоты	Женщинам с ИБС в качестве пищевой добавки могут назначаться капсульные препараты омега-3-жирных кислот (примерно 850–1000 мг эйкозапентеновой и докозагексаеновой кислоты). Более высокие дозы (2–4 г) показаны при значительном повышении уровня триглицеридов.
Во время беременности и лактации следует избегать употребления рыбы с высоким содержанием метилированной ртути (такой, как акула, рыба-меч, королевская макрель), употреблять рыбу и морепродукты с низким содержанием ртути.	

Таблица 3

## КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

АД: оптимальный уровень и мероприятия по изменению образа жизни	Достижение оптимального уровня АД <120/80 мм рт.ст. за счет мероприятий по изменению образа жизни, таких, как снижение массы тела, повышение физической активности, уменьшение употребления алкоголя, ограничение потребления поваренной соли, и увеличение потребления свежих фруктов, овощей и диетических продуктов с низким содержанием жира
АД: Фармакологическая терапия	Фармакологическую терапию необходимо начинать при уровне АД 140/90 мм рт.ст. или 130/80 мм рт.ст. у пациенток с хроническими заболеваниями почек или диабетом. Тиазидовые диуретики должны быть одним из компонентов терапии у большинства пациенток, если их назначение не противопоказано или отсутствуют показания к назначению других препаратов при специфических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В качестве первоначальной терапии пациенток, относящихся к группе высокого риска, следует использовать β-блокаторы и/или ингибиторы АПФ или БРА, с последующим добавлением других антигипертензивных препаратов, таких как тиазиды, для достижения целевого уровня АД.
Уровень липидов и липопротеидов: оптимальные уровни и мероприятия по изменению образа жизни	Необходимо достижение следующих уровней липидов и липопротеидов у женщин путем модификации образа жизни: ЛПНП <100 мг/дл, ЛПВП >50 мг/дл, триглицериды <150 мг/дл, и не-ЛПВП (общий холестерин минус ЛПВП) <130 мг/дл. Если пациентка относится к группе высокого риска, или у нее диагностирована гиперхолестеринемия, то потребление насыщенных жиров необходимо сократить до 7% и потребление холестерина <200 мг/день.
Липиды: фармакотерапия для снижения уровня холестерина ЛПНП, пациентки группы высокого риска	У пациенток с ИБС необходимо использование ЛПНП-снижающей терапии одновременно с мероприятиями по модификации образа жизни для достижения уровня холестерина ЛПНП <100 мг/дл (2,6 ммоль/л), так же как и у пациенток с другими атеросклеротическими ССЗ, или сахарным диабетом, или 10-летним абсолютным риском >20%.
	Снижение ЛПНП до <70 мг/дл (1,8 ммоль/л) обосновано у пациенток с ИБС, относящихся к группе очень высокого риска, что может потребовать использование комбинации ЛПНП-снижающих препаратов.

*Таблица 3 (продолжение)*
**КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА**

Липиды: фармакотерапия для снижения уровня холестерина ЛПНП, пациентки, относящиеся к другим группам риска ССЗ	Необходимо использовать ЛПНП-снижающую терапию в комбинации с мероприятиями по модификации образа жизни при уровне холестерина ЛПНП 130 мг/дл, наличии множественных факторов риска и 10-летнем абсолютном риске 10–20%.
	Необходимо использовать ЛПНП-снижающую терапию в комбинации с мероприятиями по модификации образа жизни при уровне холестерина ЛПНП 160 мг/дл и наличии множественных факторов риска, даже если 10-летний абсолютный риск <10%.
	Необходимо использовать ЛПНП-снижающую терапию на фоне мероприятий по изменению образа жизни при уровне холестерина ЛПНП 190 мг/дл, вне зависимости от наличия или отсутствия других факторов риска или сердечно-сосудистых заболеваний.
Липиды: фармакотерапия при низком уровне холестерина ЛПВП или повышении холестерина не-ЛПВП, пациентки высокого риска	Необходимо использовать ниацин <sup>c</sup> или фибраты при низком уровне холестерина ЛПВП или повышении уровня холестерина не-ЛПВП у пациенток высокого риска <sup>c</sup> после того, как достигнут целевой уровень холестерина ЛПНП.
Липиды: фармакотерапия при низком уровне холестерина ЛПВП или повышении холестерина не-ЛПВП, пациентки, относящиеся к другим группам риска	Рассмотреть назначение ниацина <sup>c</sup> или фибратов при низком уровне холестерина ЛПВП или повышении уровня холестерина не-ЛПВП у пациенток с множественными факторами риска и с 10-летним абсолютным риском 10%–20% после достижения целевого уровня холестерина ЛПНП.
Сахарный диабет	У больных с сахарным диабетом для достижения уровня гликированного гемоглобина (HbA1C)<7% должны использоваться мероприятия по модификации образа жизни и фармакотерапия по показаниям при условии, что достижение данного уровня не сопровождается значимой гипогликемией.
Сокращения: АПФ, ангиотензин-превращающий фермент; БРА, блокаторы рецепторов к ангиотензину II; АД, артериальное давление; ИБС, ишемическая болезнь сердца; ССЗ, сердечно-сосудистые заболевания; ЛПВП, холестерин липопротеидов высокой плотности; ЛПНП, холестерин липопротеидов низкой плотности.	

*Таблица 4*
**ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ССЗ У ЖЕНЩИН**

Аспирин: высокий риск	Аспирин (75–325 мг/д) <sup>a</sup> должен назначаться больным, относящимся к группе высокого риска, если нет противопоказаний. Если пациентка, относящаяся к группе высокого риска, не переносит терапию аспирином, то его необходимо заменить на клопидогрель).
Аспирин: другие группы риска или здоровые женщины	Необходимо рассматривать возможность терапии аспирином (81 мг/д или 100 мг через день) у женщин 65 лет и старше при хорошем контроле артериального давления и при условии, что выгода от профилактики ишемического инсульта и инфаркта миокарда превосходит риск развития желудочно-кишечных кровотечений и геморрагического инсульта, а также у женщин моложе 65 лет, когда выгода от профилактики развития ишемического инсульта превосходит побочные эффекты от терапии.
β-блокаторы	β-блокаторы должны без ограничений использоваться у всех женщин после инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома или при левожелудочковой дисфункции с наличием или отсутствием симптомов сердечной недостаточности, если только нет противопоказаний к их назначению.
Ингибиторы АПФ/БРА	Ингибиторы АПФ должны использоваться (если только нет противопоказаний) у пациенток после инфаркта миокарда и у пациенток с клиническими проявлениями сердечной недостаточности или фракцией выброса левого желудочка 40%, или при наличии сахарного диабета. У пациенток после инфаркта миокарда и у пациенток с клиническими проявлениями сердечной недостаточности или фракцией выброса левого желудочка 40% или с сахарным диабетом, которые не переносят ингибиторы АПФ, необходимо использовать БРА.
Ингибиторы альдостерона	Антагонисты альдостерона необходимо использовать после инфаркта миокарда у женщин без значимых нарушений функции почек или гиперкалиемии, которые уже получают терапевтические дозы ингибиторов АПФ и β-блокаторов и у которых фракция выброса левого желудочка <40% и присутствуют симптомы сердечной недостаточности.
Сокращения: АПФ, ангиотензин-превращающий фермент; БРА, блокаторы рецепторов к ангиотензину II; <sup>a</sup> После чрескожного коронарного вмешательства с установкой стента или операции аорто-коронарного шунтирования в течение последующего года и у пациенток с некоронарными формами ИБС клопидогрель и аспирин используются согласно стандартным показаниям в этих подгруппах.	

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КЛАССУ РЕКОМЕНДАЦИЙ III, (НЕ ПРИНОСЯЩИЕ ПОЛЬЗУ/НЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ И КОТОРЫЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО МОГУТ НАНЕСТИ ВРЕД) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ССЗ И ИМ У ЖЕНЩИН**

Гормональная заместительная терапия в менопаузе	Гормональная терапия и селективные модуляторы рецепторов эстрогена не должны использоваться для первичной или вторичной профилактики ССЗ у женщин
Антиоксиданты	Антиоксиданты (то есть витамины Е, С, и β каротин) не должны использоваться для первичной или вторичной профилактики ССЗ.
Фолиевая кислота	Фолиевая кислота, отдельно или в комбинации с витаминами В <sub>6</sub> и В <sub>12</sub> , не должна использоваться для первичной или вторичной профилактики ССЗ.
Аспирин для профилактики ИМ у женщин моложе 65 лет	Рутинное использование аспирина для профилактики ИМ у здоровых женщин моложе 65 лет не рекомендовано.
Сокращения: ССЗ, сердечно-сосудистые заболевания; ИМ, инфаркт миокарда. Фолиевая кислота должна использоваться у пациенток репродуктивного возраста для профилактики пороков развития нервной трубки у плода. Смотрите таблицу 4 для рекомендаций по использованию аспирина для профилактики ССЗ у женщин 65 лет и старше или инсульта у женщин младше 65 лет.	

## Литература

1. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, et al, for the American Heart Association. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation*. 2004;109(5):672–693
2. Mosca L, Banka DL, Benjamin EJ, et al, for the American Heart Association. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. 2007;115(11):1481–1501.

Перевод Звартау Н.Э. согласно кратких выдержек текста *Circulation*. 2007;115(11):1481–1501.