

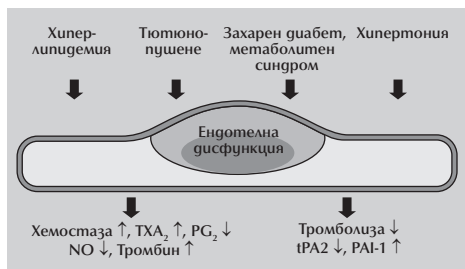
ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ СПОРЕД ЕВРОПЕЙСКИТЕ ПРЕПОРЪКИ

Доц. Жанет Георгиева

Медицински университет, Варна

Целите на превенцията при пациенти с установени сърдечно-съдови заболявания и хора с висок риск са:

- преустановяване на тютюнопушенето;
- избор на здравословни храни;
- физическа активност;
- индекс на телесната маса $<25\text{kg/m}^2$;
- артериално налягане $<140/90\text{mmHg}$ при повечето и $<130/80\text{mmHg}$ при определени групи (фиг. 1, 2).



фиг. 1. Рискови фактори

ОБЩО:	
Тотален холестерол	пог 5.0 mmol/l (190 mg/dl)
LDL-холестерол	пог 3.0 mmol/l (115 mg/dl)
HDL-холестерол	наг 1.0 mmol/l (40 mg/dl) при мъже и 1.2 mmol/l (46 mg/dl) при жени
Триглицериди	пог 1.7 mmol/l (150 mg/dl)

ЗА ПАЦИЕНТИ СЪС ССЗ ИЛИ ЗА	
Тотален холестерол	пог 4.5 mmol/l (175 mg/dl)
LDL-холестерол	пог 2.5 mmol/l (100 mg/dl)

фиг. 2. Прицелни нива на кръвните липиди според новите европейски гайдалини

ЦЕЛИ НА ПРЕПОРЪКИТЕ СА:

- Да се снижи честотата на първото или последващите клинични събития, дължащи се на коронарна болест на сърцето (КБС), исхемичен инсулт (ИИ) и периферна артериална болест (ПАБ).
- Да се предотврати инвалидизацията или ранната смърт.
- Насоките са съсредоточени към ролята на начина на живот, управлението на рисковите фактори за основните сърдечно-съдови заболявания.

Профилактичните лекарствени терапии в превенцията на сърдечно-съдовите заболявания е добре да се съчетават с активна превантивна стратегия в клиничната практика.

Подходът за превенция на сърдечно-съдовите заболявания е съобразен с факта, че те са основна причина за смърт в Европа, източник за инвалидизация и допринасят за ескалиращи разходи в сферата на здравеопазването.

Патологията в основата е обикновено атеросклероза, която се развива скрито години наред и обикновено прогресира до момента, в който се появят симптоми (фиг. 3).

Необходимо е разработване на активна превантивна стратегия в клиничната практика като подход за превенция на сърдечно-съдовите заболявания. Изключо-

чително значение в превенцията има диагнозата на предклиничните стадии на атеросклерозата - безсимптомните стадии.

Внезапната сърдечна смърт (ВСС), миокардният инфаркт (МИ) и исхемичният инсулт (ИИ) често настъпват внезапно и преди да може да се окаже медицинска помощ. Недвусмислено е доказано, че модифицирането на рисковите фактори намалява смъртността и заболяемостта, особено при хора с установени или неустановени сърдечно-съдови заболявания.

Какво е новото в тези насоки в сравнение с предишните версии?

ОТ КОРОНАРНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО КЪМ ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Етиологията на МИ, ИИ и ПАБ е сходна.

Натрупаха се доказателства от представителни проучвания, че различни форми на лечение предотвратяват не само коронарните събития и реваскуларизацията, но и ИИ и ПАБ.

Следователно решенията за това дали да се предприеме специфична превантивна мярка трябва да бъдат водени от преценката на риска за настъпване на всяко съдово събитие, а не само на коронарно събитие.

SCORE дава възможност рискът се дефинира като абсолютна 10-годишна вероятност за развитие на фатално сърдечно-съдово събитие.

Превенцията на нефаталните събития си остава равен приоритет.

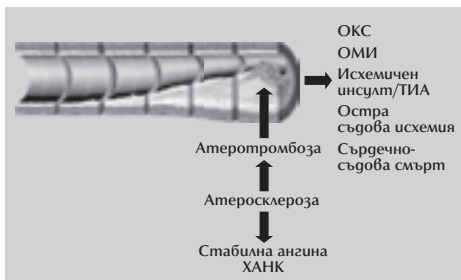
Разработването на метод за установяване на ясен риск за Европа изисква смъртността от сърдечно-съдови заболявания да бъде крайна точка.

Прагът за висок риск, основаващ се на фатални сърдечно-съдови събития, се определя като $\geq 5\%$. Този праг е достатъчен да се идентифицират и онези лица, които са изложени на висок риск от нефатални събития.

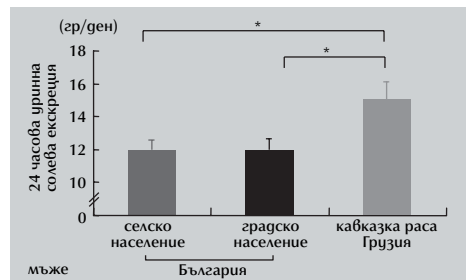
Клинични приоритети са пациентите с установени сърдечно-съдови заболявания и хората с висок риск от развитието на сърдечно-съдови заболявания.

Приоритетите при превенцията на сърдечно-съдовите заболявания в клиничната практика са:

1. Пациенти с установено сърдечно-съдово заболяване, ПАБ и мозъчно-съдова болест (МСБ);
2. Асимптомните пациенти, които са изложени на висок риск от развитие на атеросклеротично сърдечно-съдово заболяване поради следните причини:
 - а) множество рискови фактори, водещи до 10-годишен риск $\geq 5\%$ в момента (или ако е екстраполиран, до 60-годишна възраст) за развитие на фатално сърдечно-съдово събитие;
 - б) ясно изразени повишени нива на един от факторите: холестерол, LDL-хо-



фиг. 3. Атерогенеза - генерализиран процес



фиг. 4. Съпоставки на солева екскреция с урината

- лестерол, артериално налягане;
- в) диабет тип 2 и диабет тип 1 с микроалбуминурия;
- 3. Близки роднини на:
 - а) пациенти с ранно начало на атеросклеротично сърдечно-съдово и мозъчно-съдово заболяване;
 - б) асимптомни лица с особено висок риск.

Общият сърдечно-съдов риск като насока за превантивни стратегии:

При асимптомните лица с повишени нива на един рисков фактор (общ холестерол, LDL, артериална хипертония, диабет тип 2 и 1 с микроалбуминурия) общият риск е висок. Необходимо е да се обърне тахимално внимание на тези лица без по-нататъшна оценка на риска.

При здрави лица превантивните мерки трябва да се водят в съответствие с общото ниво на риска от сърдечно-съдови заболявания.

Лицата с най-висок общ риск трябва да предприемат интензивна промяна на начина си на живот и лекарствена терапия.

ТАБЛИЦИТЕ SCORE (табл. 1)

Таблицата за нисък риск може да се прилага в Белгия, Франция, Гърция, Италия, Люксембург, Испания, Швейцария и Португалия. Таблицата за висок риск трябва да се използва за всички останали страни в Европа. На лицата с нисък риск трябва да се препоръчва да поддържат този статус на нисък риск. На хората с риск 5% или по-висок трябва да бъде отделено максимално внимание. Индивидуалният сравнителен риск сравнява рисковата категория с тази на непушач от същата възраст и пол, с кръвно налягане <140 mmHg и общ холестерол <5 mmol/l. Промените в начина на живот при пациентите със заболяване или с висок риск са задължителни.

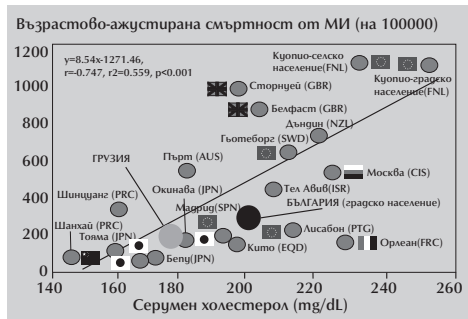
СТРАТЕГИИ ЗА ПО-ЕФЕКТИВНО КОНСУЛТИРАНЕ НА ПОВЕДЕНИЕТО:

- ангажиране на пациента да промени начина си на живот;
- да осъзнае взаимовръзката между начина си на живот и заболяването;
- да се включи в идентифицирането на рисковите фактори;
- набелязване на план за промяна на начина на живот;
- проследяване на напредъка на тези промени чрез следващи контакти;
- включване на целия медицински персонал винаги, когато е възможно.

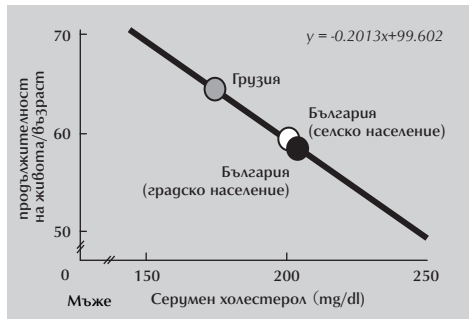
Тютюнопушене

Всички пушачи трябва да бъдат поощрявани да се откажат от тютюнопушене.

ПРЕВАНТИВНА КАРДИОЛОГИЯ



фиг. 5. Холестерол и смъртност от МИ (доклад на UNESCO 2004)



фиг. 6. Преживяемост и ниво на серумния холестерол (доклад на UNESCO 2004)

При всяка възможност да се идентифицират пушачите.
 Да се определя степента на пристрастеност на пациента.
 Стратегия за отказване от цигарите, включително и с терапии за заместване на никотина.

Здравословни храни

Всички лица трябва да получават професионални съвети за храненето и избора на храни, свързани с нисък риск от сърдечно-съдово заболяване.

Трябва да се поощрява консумацията на: плодове и зеленчуци, зърнени храни и пълнозърнест хляб, нискомаслени млечни продукти, риба и месо без мазнини.

Мазните риби и ненаситените омега-3 мазтни киселини имат особени защитни свойства.

Общият прием на мазнини не трябва да надхвърля 30% от енергийния прием.

При изокалорични диети наситените мазнини могат частично да бъдат заместени от сложни въглехидрати, мазнини от зеленчуци и морски животни.

Хранене в България - неблагоприятни тенденции:

Висока употреба на сол, захар, захарни и сладкарски изделия.

Свърхконсумация на мазнини и висок прием на наситени мазтни киселини.

Страната ни е на последно място в Европа по прием на мляко, месо и месни продукти (2 пъти по-нисък прием от Португалия и Ирландия).

Относителният дял на субпродуктите от общото количество консумация на месо и месни продукти е най-висок в Европа.

Средният дневен прием на витамини (тиамин, рибофлавин, вит. С и фолиева киселина) и минерали (желязо, цинк, калций, магнезий) са под стандартите за деца, бременни жени и стари хора.

Извадка от доклад на ЮНЕСКО представя мястото на България по преживяемост и нива на холестерола, високи концентрации на сол в урината и смъртността за страната (фиг. 4, 5, 6).

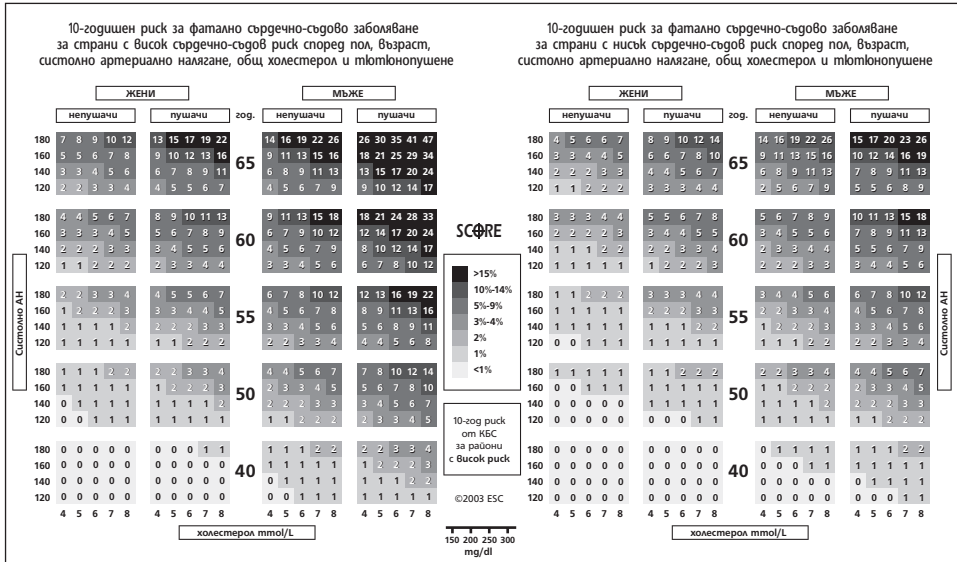


табл. 1

ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ

Всички трябва да бъдат поощрявани да повишават физическата си активност до нивата, свързани с най-нисък риск от сърдечно-съдово заболяване.

Целта е поне половин час физическа активност почти всеки ден от седмицата, дори и по-умерена активност.

Здравите хора да се стимулират да избират дейности, които да се вписват в ежедневието им разписание – 30-минутна продължителност, 4-5 пъти седмично при 60-75% от средния тахикален пулс.

За пациенти с установено сърдечно-съдово заболяване препоръките се основават на клинична оценка, включително и от последния велоергометричен тест.

НА КОГО МОЖЕ ДА СЕ НАЗНАЧАВА ПРЕВАНТИВНА ЛЕКАРСТВЕНА ТЕРАПИЯ?

Освен лекарствата за лечение на артериална хипертония, корекция на липидите и диабета, препоръчва се включване на следните класове лекарства за превенция на сърдечно-съдовите заболявания в клиничната практика:

- o аспирин или клопидогрел и други лекарства, повлияващи тромбоцитите при всички пациенти с клинично установени сърдечно-съдови заболявания;
- o бета-блокери при пациенти след прекаран инфаркт на миокарда или с дисфункция на лявата камера, дължаща се на коронарно заболяване;
- o статини - при всички пациенти с коронарна болест, висок риск за развитие на сърдечно-съдово заболяване, МСБ, метаболитен синдром. Статините редуцират инфламацията и повлияват регресивно дегенеративната аортна стеноза.

ПРЕВАНТИВНАТА МЕДИКАЦИЯ

- o ACE-инхибитори – при пациенти със симптоми или признаци на дисфункция на лявата камера, дължаща се на коронарно заболяване и/или повишено артериално налягане, сърдечна недостатъчност, захарен диабет.
- o Антикоагуланти при пациенти с коронарна болест с повишен риск от тромбоемболия.
- o При асимптомните лица с висок риск съществуват доказателства, че ниската доза аспирин може да намали риска от сърдечно-съдови събития при болни с диабет, лица с добре овладяно високо кръвно налягане и при мъже с висок многофакторен риск от сърдечно-съдови заболявания.

ИЗВОДИ

Основна цел на терапията на пациента с високо артериално налягане е да се постигне максимално намаляване на дългосрочния общ риск за сърдечно-съдова и мозъчно-съдова заболяемост и смъртност. Това изисква контрол върху всички установени рискови фактори.