

Руководство по профилактике сердечно-сосудистой патологии у женщин (обновленные рекомендации Американской ассоциации сердца 2011 г.)

Изменение образа жизни

Табакокурение. Женщинам необходимо рекомендовать не курить и избегать пассивного курения. Нужно предоставлять доступную консультативную помощь, замещающие никотин-препараты и другие варианты фармакотерапии согласно программам, посвященным прекращению курения (*класс I; уровень доказательности B*).

Физическая активность. Женщинам нужно рекомендовать хотя бы 150 минут в неделю физических упражнений умеренной активности, либо 75 минут в неделю энергичных упражнений, либо эквивалентную комбинацию умеренной и энергичной аэробной нагрузки. Аэробная нагрузка дозируется эпизодами хотя бы по 10 минут, распределенными в течение недели (*класс I; уровень доказательности B*).

Необходимо особо отметить, что дополнительные преимущества в отношении предотвращения сердечно-сосудистой патологии (ССП) можно получить при увеличении умеренной аэробной физической нагрузки до 5 ч (300 мин) в неделю, или до 2 ч 30 мин энергичной нагрузки в неделю, или эквивалентной комбинации умеренной и энергичной аэробной нагрузки (*класс I; уровень доказательности B*).

Женщинам необходимо рекомендовать общеукрепляющие нагрузки, вовлекающие основные группы мышц, продолжительность которых ≥ 2 дней в неделю (*класс I; уровень доказательности B*).

При необходимости снизить или сдерживать повышение массы тела необходимо ориентироваться на суммарную нагрузку 60–90 мин умеренной физической активности (например, быстрая ходьба) ежедневно (*класс I; уровень доказательности B*).

Реабилитация при сердечно-сосудистой патологии. Всеобъемлющие режимы элиминации факторов риска ССП, такие как программы реабилитации после инсультов либо общественные или частные тренировочные программы под наблюдением врача, должны рекомендоваться женщинам после недавнего острого коронарного синдрома (ОКС) или коронарной реваскуляризации, с новым диагнозом либо с хронической стенокардией (*класс I; уровень доказательности A*) или же с имеющимися симптомами сердечной недостаточности и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$, при наличии недавнего осложнения ССП или периферической артериальной болезни (*класс I; уровень доказательности B*).

Диета. Женщинам рекомендуются диеты, богатые фруктами и овощами, пищевыми волокнами и злаками; необходимо употреблять рыбу, особенно жирную, хотя бы дважды в неделю. И наоборот, ограничивать в рационе насыщенные жиры, холестерин, алкоголь, соль, сахар и гидрогенизированные жиры (*класс I; уровень доказательности B*).

Примечание: беременным женщинам необходимо остерегаться в приеме пищи некоторых видов рыбы, в которых отмечается высокое содержание ртути (например, акула, рыба-меч, кавалла [королевская макрель] или гребнеголов).

Снижение массы тела. Необходимо снижать и сдерживать в норме массу тела с помощью сбалансированного сочетания физической активности, учета калорий, поступающих с пищей, участия в соответствующих программах по поддержанию массы тела (например, в США для женщин нормальным индексом массы тела считается показатель $< 25 \text{ кг/м}^2$), окружности талии (например, < 35 дюймов [88,9 см]) и контроля других антропометрических критериев ожирения (*класс I; уровень доказательности B*).

Жирные кислоты омега-3. Снабжение организма жирными кислотами омега-3 в виде капсул (например, 1800 мг в день эйкозапентаеновой кислоты [ЭПК]) или путем ввода в рацион рыбы может назначаться женщинам при гиперхолестеринемии в качестве первичной и вторичной профилактики (*класс II b; уровень доказательности B*).

Примечание: дополнение рациона рыбьим жиром дает организму различные количества ЭПК и докозагексаеновой кислоты [ДГК] (возможно, это единственные активные компоненты).

Влияние на основные факторы риска

Артериальное давление: оптимальный уровень и образ жизни. Необходимо стремиться к оптимальному артериальному давлению (АД) $< 120/80$ мм рт. ст. посредством модификации образа жизни: контроль массы тела, физическая активность, ограничение употребления алкоголя, поваренной соли, жиров, обогащение рациона фруктами и овощами (*класс I; уровень доказательности B*).

Артериальное давление: фармакотерапия. К фармакотерапии прибегают при АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. ($\geq 130/80$ мм рт. ст. на фоне хронической болезни почек и сахарного диабета). В схеме лечения должны присутствовать тиазидные диуретики, кроме тех случаев, когда они противопоказаны или несовместимы с другими назначениями по поводу других сосудистых заболеваний. Начальная терапия у женщин из группы повышенного риска с ОКС или инфарктом миокарда (ИМ) должна включать блокаторы β -адренорецепторов и/или ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/блокаторы ангиотензиновых рецепторов (ИАПФ/БАР), а также прочие средства, необходимые для достижения целевого уровня АД (*класс I; уровень доказательности A*).

Примечание: ИАПФ противопоказаны при беременности и должны использоваться с осторожностью у женщин, планирующих беременность.

Уровень липидов и липопротеидов: оптимальный уровень и образ жизни. Следующие уровни липидов и липопротеидов считаются приемлемыми и поддерживаются путем модифицирования образа жизни: холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) < 100 мг/дл, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) > 50 мг/дл, триглицериды (ТГ) < 150 мг/дл, ХС не-ЛПВП (общий холестерин минус ХС ЛПВП) < 130 мг/дл (*класс I; уровень доказательности B*).

Липиды: снижение ХС ЛПНП, женщины из группы высокого риска. Фармакотерапия для снижения уровня ХС ЛПНП рекомендуется параллельно с модификацией образа жизни у женщин с ИБС, целевой показатель ХС ЛПНП <100 мг/дл (класс I; уровень доказательности A); также эта схема показана женщинам с другими ССП атеросклеротического генеза или сахарным диабетом, или при показателе 10-летнего абсолютного риска >20% (класс I; уровень доказательности B).

Снижение уровня ХС ЛПНП до <70 мг/дл целесообразно для женщин из группы очень высокого риска (например, с недавними случаями ОКС или при наличии множественных плохо контролируемых сердечно-сосудистых факторов риска) с ИБС, может потребоваться комбинированная терапия с целью снижения уровня ЛПНП (класс II a; уровень доказательности B).

Липиды: снижение ХС ЛПНП, женщины из группы повышенного риска. Комбинация снижения уровня ХС ЛПНП и модификации образа жизни полезны при уровне ХС ЛПНП ≥130 мг/дл и показателе 10-летнего абсолютного риска ИБС 10%–20% (класс I; уровень доказательности B).

Снижение ХС ЛПНП полезно при изменении образа жизни, если уровень ЛПНП ≥160 мг/дл, и присутствуют множественные факторы риска, даже если показатель 10-летнего абсолютного риска ИБС <10% (класс I; уровень доказательности B).

Комбинация снижения ХС ЛПНП и модификации образа жизни полезны при уровне ХС ЛПНП ≥190 мг/дл вне зависимости от наличия факторов риска или ССП (класс I; уровень доказательности B).

У женщин в возрасте >60 лет с риском ИБС >10% статины могут быть назначены при hsCRP (высокочувствительный С-реактивный белок) >2 мг/дл следом за модификацией образа жизни и при условии отсутствия воспалительных процессов (класс II b; уровень доказательности B).

Липиды: фармакотерапия при низком уровне ХС ЛПВП или повышенном уровне ХС не-ЛПВП. Лечение ниацином или фибратами может быть полезным при невысоком уровне ХС ЛПНП (<50 мг/дл) или повышенном уровне ХС не-ЛПНП (>130 мг/дл) у женщин из группы высокого риска после достижения целевого показателя ХС ЛПНП (класс II b; уровень доказательности B).

Сахарный диабет. Модификация образа жизни и фармакотерапия могут быть полезными у женщин с сахарным диабетом для достижения уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) <7%, если удается достичь этого без значительной гипогликемии (класс II a; уровень доказательности B).

Профилактическая медикаментозная терапия

Аспирин: женщины из группы высокого риска. Лечение аспирином (75–325 мг в день) назначается женщинам с ИБС кроме случаев, обусловленных противопоказаниями (класс I; уровень доказательности A).

Лечение аспирином (75–325 мг в день) целесообразно при сахарном диабете кроме случаев, обусловленных противопоказаниями (класс I; уровень доказательности B).

При наличии показаний у женщин из группы высокого риска, но при непереносимости аспирина, назначается клопидогрель (класс I; уровень доказательности B).

Аспирин: другие женщины с повышенным риском или здоровье. Лечение аспирином может быть полезным у женщин в возрасте ≥65 лет (81 мг в день или 100 мг через день), если АД находится под контролем, выгода лечения для профилактики ишемического

инсульта или ИМ превышает риск желудочно-кишечного кровотечения и геморрагического инсульта (класс II a; уровень доказательности B). Это лечение может быть целесообразным для женщин в возрасте ≤65 лет с целью профилактики ишемического инсульта (класс II b; уровень доказательности B).

Аспирин: фибрилляция предсердий. Аспирин в дозе 75–325 мг назначается женщинам с хронической или пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП) и противопоказаниями к использованию варфарина либо при незначительном риске инсульта (<1% в год или показатель по шкале CHADS₂ <2)¹⁴⁰ (класс I; уровень доказательности A).

Примечание: CHADS₂ – застойная сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, возраст, сахарный диабет, инсульт в анамнезе (Congestive heart failure, Hypertension, Age, Diabetes, prior Stroke).

Варфарин*: фибрилляция предсердий. Женщинам с хронической или пароксизмальной ФП необходимо назначать варфарин для поддержания международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 2,0–3,0, кроме тех случаев, когда риск развития инсульта расценивается как низкий (<1% в год или при высоком риске развития кровотечений) (класс I; уровень доказательности A).

Дабигатран целесообразно использовать в качестве замены варфарина для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у пациенток с пароксизмальной или постоянной ФП и наличием факторов риска инсульта или системной тромбоэмболии в отсутствие искусственных клапанов сердца либо гемодинамически значимого клапанного порока, тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина – 15 мл/мин) или выраженной патологии печени (нарушение основных показателей коагулограммы) (класс I; уровень доказательности B).

Блокаторы β-адренорецепторов. Блокаторы β-адренорецепторов можно применять сроком до 12 месяцев (класс I; уровень доказательности A), либо до 3 лет (класс I; уровень доказательности B) всем женщинам после ИМ или острого ишемического синдрома с нормальной функцией левого желудочка, кроме случаев наличия противопоказаний.

Определение градаций рекомендаций

Классификация	Значимость рекомендации
Класс I	Вмешательство полезно и эффективно
Класс II a	Значение опыта/экспертного мнения указывает на пользу/эффективность
Класс II b	Польза/эффективность менее обоснована опытом/экспертным мнением
Класс III	Процедура/анализ не являются целесообразными или лечение не имеет подтвержденного позитивного эффекта
Класс III	Процедура/анализ имеют чрезмерную стоимость без особого эффекта либо даже вредны, или лечение вредно для пациента
Уровень доказательности	
A	Достаточный опыт многих рандомизированных исследований
B	Ограниченный опыт единичных рандомизированных исследований или других нерандомизированных исследований
C	Основано на мнении экспертов, отдельных клинических случаях или стандартах лечения

Хроническое применение блокаторов β -адренорецепторов должно назначаться женщинам с недостаточностью левого желудочка, кроме случаев наличия противопоказаний (класс I; уровень доказательности A).

Хроническое применение блокаторов β -адренорецепторов может назначаться в других случаях при коронарной или сосудистой патологии и нормальной функции левого желудочка, кроме случаев наличия противопоказаний (класс I; уровень доказательности C).

ИАПФ/БАР. ИАПФ должны использоваться (кроме случаев наличия противопоказаний) у женщин после ИМ и в случае наличия клинически явной сердечной недостаточности или ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, либо при сахарном диабете (класс I; уровень доказательности A).

Женщинам после ИМ и в случае наличия клинически явной сердечной недостаточности или ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, либо при сахарном диабете и непереносимости ИАПФ назначаются БАР (класс I; уровень доказательности B).

Примечание: ИАПФ противопоказаны при беременности и используется с осторожностью, если женщина планирует беременность.

Блокаторы альдостерона. Использование блокаторов альдостерона (например, спиронолактона) после ИМ показано женщинам без выраженной гипотензии, почечной недостаточности или гиперкалиемии, которые уже получали терапевтические дозы ИАПФ и блокаторы β -адренорецепторов, а их показатель ФВ ЛЖ составляет $\leq 40\%$ при клинически выраженной сердечной недостаточностью (класс I; уровень доказательности B).

Выводы

1. Проблемы гендерной кардиологии имеют значение не только в социальном и эпидемиологическом плане – полученные на сегодня данные мировой науки являются основанием для четких клинических рекомендаций в области кардиологии с учетом гендерных особенностей.
2. Большинство профессиональных мировых кардиологических обществ имеют в своем законодательном арсенале рекомендации по тематике сердечно-сосудистой патологии у женщин.
3. Руководство по профилактике сердечно-сосудистой патологии у женщин – обновленные рекомендации Американской ассоциации сердца 2011 г. – являются одной из наиболее четко и лаконично изложенных материалов гендерной кардиологии и ориентированы не только на медицинскую общественность – они могут быть использованы в ежедневной клинической практике для образования пациентов.
4. Следует проводить более активную работу среди Национальных профессиональных медицинских обществ и МЗ Украины с целью стимуляции разработки соответствующих Национальных рекомендаций по сердечно-сосудистой профилактике у женщин.