ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 4
Участники издания 5
Список сокращений и условных обозначений 7
Клинические рекомендации и доказательная медицина 10

Глава 1. Тактика врача-кардиолога участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания 12
1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний 12
1.2. Артериальная гипертензия 22
1.3. Стабильная ишемическая болезнь сердца 43
1.4. Наджелудочковые тахикардии 63
1.5. Фибрилляция предсердий 79
1.6. Желудочковые тахиаритмии и профилактика внезапной сердечной смерти 93
1.7. Брадиаритмии и атриовентрикулярные блокады 104
1.8. Клапанные пороки сердца 119
1.9. Инфекционный эндокардит 132
1.10. Врожденные пороки сердца у взрослых 148
1.11. Дилатационная кардиомиопатия 166
1.12. Гипертрофическая кардиомиопатия 178
1.13. Миокардит 190
1.14. Рестриктивная кардиомиопатия 204
1.15. Заболевания перикарда 218
1.16. Сердечная недостаточность 229
1.17. Легочная гипертензия 247
1.18. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий 260
1.19. Синкопальные состояния 279
1.20. Сердечно-сосудистые заболевания при беременности 287
1.21. Спортивная кардиология 293

Глава 2. Тактика врача-кардиолога участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях 294
2.1. Острый коронарный синдром 294
2.2. Тромбоэмболия легочной артерии 308
Список литературы 317

— материал представлен в электронном виде, ссылка для доступа указана в тексте.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Подготовленное нами практическое руководство «Тактика врача-кардиолога» предназначено для использования специалистами, работающими в амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях, в своей повседневной деятельности. Второе издание переработано и дополнено на основе актуальных клинических рекомендаций и продолжает серию книг, созданных для оптимизации работы врачей первичного звена здравоохранения и позволяющих применить современные лечебно-диагностические подходы как в рутинных, так и в более сложных клинических ситуациях.

В книгу вошли сведения о часто встречающихся нозологиях: ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, различных нарушениях сердечного ритма, сердечной недостаточности. Представлена также информация о наиболее распространенных пороках сердца и кардиомиопатиях, заболеваниях перикарда и легочной гипертензии. Приведены методы диагностики заболеваний, выявление которых на амбулаторном этапе предполагает дальнейшее стационарное лечение (например, инфекционный эндокардит или тромбоэмболия легочной артерии). Отдельного внимания заслуживают разделы, посвященные диагностике синкопе и тактике ведения беременных пациенток с сердечно-сосудистой патологией.

В руководстве использована единая структура изложения материала (определение, классификация, примеры формулировок диагноза, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение и профилактика). Чтобы сделать книгу более наглядной, текст дополнен большим количеством таблиц и схем, позволяющих ориентироваться в диагностических и терапевтических алгоритмах в условиях дефицита времени. Во всех главах руководства имеются быстрые ссылки в виде QR-кодов, обеспечивающих доступ к более подробной информации по некоторым частным вопросам кардиологии. Содержание издания полностью отражает положения действующих отечественных и международных клинических рекомендаций и позволяет применять их в реальной практике.

Насколько нам известно, книги серии «Тактика врача» являются первой в России попыткой представить полноценную клиническую информацию в карманном или портативном формате. Надеемся, что такой стиль изложения материала сделает руководство популярным и полезным в каждодневной работе врачей-кардиологов. Коллектив авторов открыт для обратной связи по вопросам замечаний и предложений об улучшении книги.

Ж.Д. Кобалава,
доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН,
заведующая кафедрой внутренних болезней
с курсом кардиологии и функциональной диагностики
имени академика В.С. Моисеева Медицинского института
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов
имени Патриса Лумумбы», заслуженный деятель науки РФ

гностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Назаров Иван Сергеевич — ассистент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Писарюк Александра Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Ставцева Юлия Вадимовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Тетерина Марина Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Толкачева Вероника Владимировна —доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Троицкая Елена Алексеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Шаваров Андрей Анатольевич — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики имени академика В.С. Моисеева Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Шаварова Елена Курбановна — кандидат медицинских наук, доцент, руководитель Городского кардиоонкологического центра ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина» Департамента здравоохранения г. Москвы

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Для обозначения степени уверенности в достоверности научных доказательств и обоснованности клинических рекомендаций были созданы соответствующие системы оценок и уровней, получившие названия «уровни достоверности доказательств» (levels of evidence) и «уровни убедительности рекомендаций» (grades of recommendation). Применение систематизированного подхода к оценке достоверности доказательств эффективности медицинских технологий и убедительности рекомендаций способствует предотвращению ошибок в суждениях, их критическому восприятию и распространению среди специалистов в области здравоохранения. В настоящее время для оценки достоверности доказательств и убедительности рекомендаций отсутствует единая система и все большее число соответствующих международных организаций признает необходимость введения единого подхода к их оценке.

В представленном практическом руководстве приведены классы рекомендаций и уровни их доказательности в соответствии с критериями, принятыми Европейским обществом кардиологов.

Класс рекомендаций	Определение	Предлагаемая формулировка
I	Доказано, что данный вид лечения или диагностики полезен и эффективен	Рекомендуется/показан
II	Существуют противоречивые доказательства и/или мнения о пользе/эффективности данного вида лечения или диагностики	
IIa	Преобладают доказательства/мнения, свидетельствующие о пользе/эффективности	Целесообразно применять
IIb	Существующие доказательства/мнения в меньшей степени подтверждают пользу/эффективность данного вида лечения	Можно применять
III	Доказано или достигнуто соглашение, что данный вид лечения или диагностики не полезен/не эффективен, а в некоторых случаях может быть вреден	Не рекомендуется

Уровень доказательности	Определение
A	Данные многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов
B	Данные одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований

Уровень доказательности	Определение
C	Согласованное мнение экспертов и/или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры

В России для оценки достоверности доказательств для методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации и уровней убедительности рекомендаций используются соответствующие оценочные шкалы, приведенные в приказах Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» и от 23 июня 2020 г. № 617н «О внесении изменений в приложения № 1, 2 и 3 к приказу Минздрава России № 103н...».

ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ ДОСТОВЕРНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ДЛЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
2. Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.
3. Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.
4. Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль».
5. Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ УБЕДИТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными].
2. Условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].
3. Слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)]. Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клинического мышления и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

ГЛАВА 1. ТАКТИКА ВРАЧА-КАРДИОЛОГА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) определяется как скоординированная система мер на популяционном или индивидуальном уровне, направленная на устранение или минимизацию последствий ССЗ и связанной с ними инвалидности.

ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Оценка факторов риска (ФР) ССЗ, суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) и его снижение за счет модификации всех имеющихся факторов риска (ФР).
- Ранняя диагностика ССЗ.
- Использование эффективных методов лечения, в том числе в рамках диспансерного наблюдения.
- Пропаганда здорового образа жизни у населения.
- Создание условий для ведения здорового образа жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

- У здоровых лиц величина ССР чаще всего является результатом взаимодействия многих факторов. Это лежит в основе общей оценки риска и назначений.
- Использование оценочных шкал [таких как Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE2 и SCORE2-OP)] может помочь в принятии решений по ведению условно здоровых лиц и позволит избежать недостаточных и избыточных назначений.
- У лиц с высоким или очень высоким риском необходимо немедленное начало соответствующего лечения и воздействие на все ФР.
- Все оценочные шкалы несовершенны и требуют внимательной и вдумчивой трактовки.
- Дополнительные факторы, влияющие на риск, можно оценить с использованием электронных оценочных шкал, например HeartScore.
- Общий подход к оценке ФР подразумевает гибкость: при невозможности оптимального контроля одного фактора нужно усилить воздействие на другие — это тоже приведет к снижению риска.

Этапы оценки сердечно-сосудистого риска

Глобальная шкала категорий сердечно-сосудистого риска

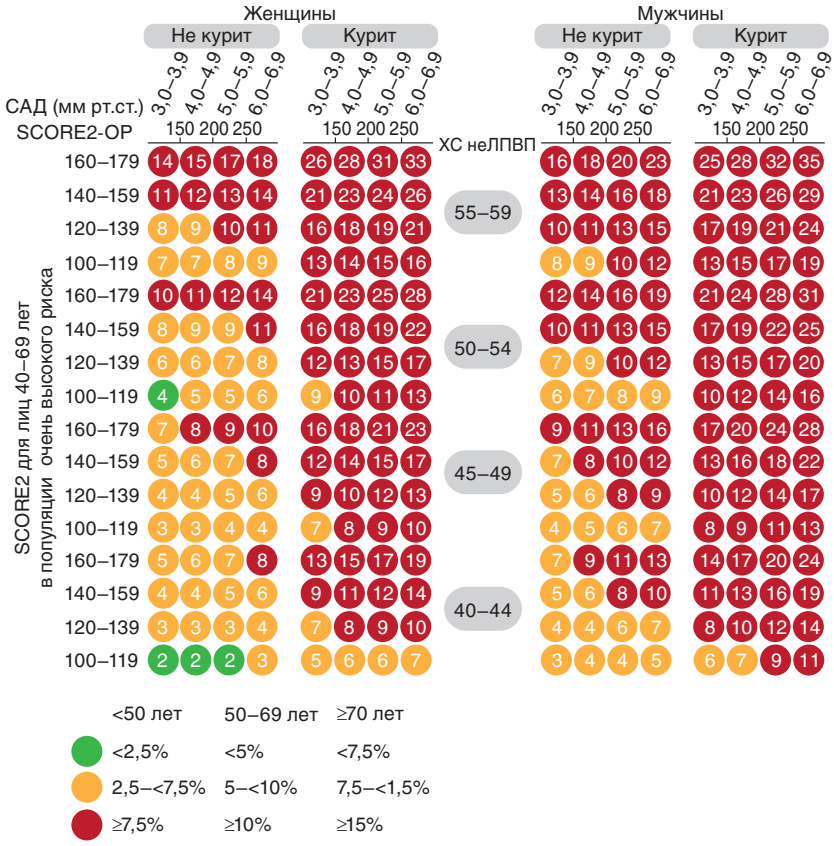
ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В ЕВРОПЕ И РФ

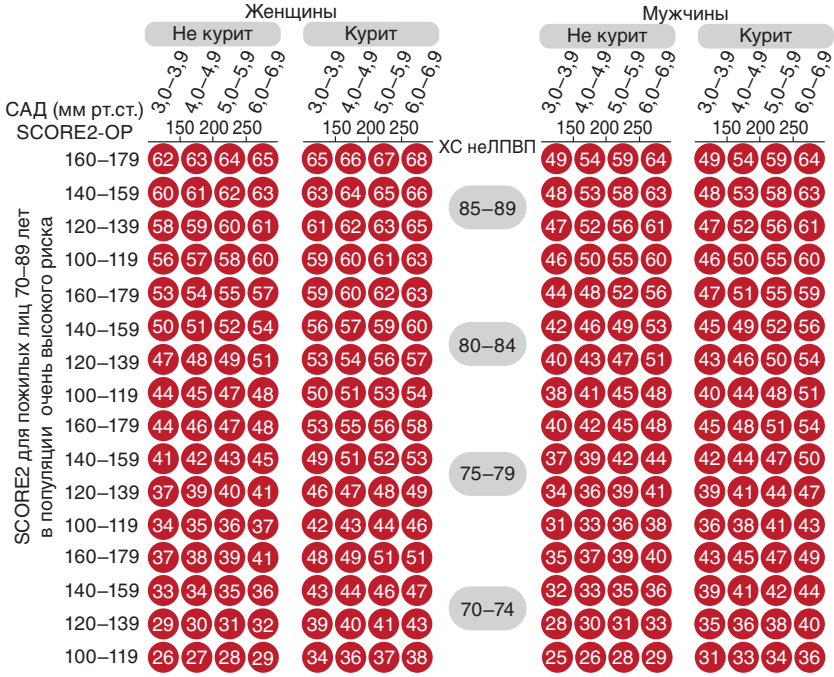
С 2021 г. европейские рекомендации по профилактике ССЗ предлагают использовать шкалу **SCORE2** (для лиц 40–69 лет) и **SCORE2-OP** (для лиц ⩾70 лет), основанную на данных, полученных в больших репрезентативных когортах европейского населения (доступна на сайте https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts). Шкала позволяет оценить 10-летний риск развития фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий, в зависимости от возраста, пола, статуса курения, уровня ХС липопротеинов невысокой плотности и систолического артериального давления (САД). Шкала SCORE2 адаптирована для различного уровня ССР в различных европейских странах (Россия относится к странам очень высокого риска). Внедрена в рекомендации Российского кардиологического общества с 2021 г.

Шкалы SCORE2 и SCORE2-OP следует применять у всех бессимптомных пациентов старше 40 лет без установленных ССЗ, СД, ХБП, без значимого повышения каких-либо ФР [например, тяжелая артериальная гипертензия (АГ)], генетических нарушений липидного обмена. Шкалы не применяются у беременных.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ РИСКА

- Для оценки 10-летнего риска смерти от ССЗ выберите подходящую таблицу с учетом пола, возраста и статуса курения. Найдите клеточку, наиболее соответствующую уровню САД и ХС липопротеинов невысокой плотности пациента. Категория риска должна быть переоценена после перехода пациента в следующую возрастную категорию.
- Риск обычно оценивают, основываясь на уровне АД и общего ХС до лечения (если они известны). Чем дольше продолжительность лечения и чем больше его эффективность, тем значительнее снижение риска. В целом общее снижение величины риска не превышает 1/3 исходной, что позволяет косвенно оценить риск до лечения.
- Пациентам низкого риска следует рекомендовать поддерживать его на этом уровне. Интенсивность вмешательств повышается по мере увеличения риска.
- Для повышения приверженности к проводимым мероприятиям можно использовать диаграммы, демонстрирующие пользу коррекции ФР. Например, у быстро прекратившего курение пациента риск снижается наполовину.





Шкалы Systematic COronary Risk Evaluation 2 и Systematic COronary Risk Evaluation 2-OP для оценки 10-летнего риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий в популяции очень высокого риска развития ишемической болезни сердца

Категории риска сердечно-сосудистых заболеваний на основе оценки Systematic COronary Risk Evaluation 2 и Systematic COronary Risk Evaluation 2-OP у практически здоровых людей в соответствии с возрастом и общие принципы ведения

Ограничения оценочных шкал риска

Возможности оценки сердечно-сосудистого риска дополнительно к учету абсолютных значений

Факторы — модификаторы сердечно-сосудистого риска

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛИПИДНЫХ ФРАКЦИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Измерение сывороточных концентраций липидов и липопротеидов проводится для оценки риска атеросклеротических ССЗ и выбора терапевтического подхода. Традиционно взятие крови на липиды проводится натощак. Однако недавние исследования показали, что отличия в уровне липидов при анализе натощак и не натощак минимальны, и при скрининговой оценке общего риска результаты, полученные не натощак, имеют аналогичное прогностическое значение.

Рекомендации по анализу на липиды при оценке риска сердечно-сосудистых заболеваний

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Коды по МКБ-10

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Выбор вмешательства определяется уровнем ССР и исходным уровнем ХС-ЛПНП. В целом общий подход к снижению ССР должен быть индивидуализирован. Постановка конкретных целей, вероятно, может повысить приверженность пациента к лечению.

Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска

Стратегии коррекции сердечно-сосудистого риска в зависимости от его категории и уровня холестерина

ХС-ЛПНП у пациента, не получавшего гиполипидемической терапии, ммоль/л						
Риск	**<1,4**	**1,4–<1,8**	**1,8–<2,6**	**2,6–<3,0**	**3,0–<4,9**	**≥4,9**
Первичная профилактика						
Низкий	ОЖ				ОЖ±МТ	ОЖ+МТ
Умеренный	ОЖ			ОЖ±МТ		ОЖ+МТ
Высокий	ОЖ		ОЖ±МТ	ОЖ+МТ		
Очень высокий	ОЖ	ОЖ±МТ	ОЖ+МТ			
Вторичная профилактика						
Очень высокий	ОЖ±МТ	ОЖ+МТ				

Алгоритм снижения сердечно-сосудистого риска для категории в целом здоровых лиц

Алгоритм снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с установленным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием

Основные цели лечения для предотвращения атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний

Курение	Отказ от контакта с табаком в любой форме
Диета	Здоровая диета с низким содержанием насыщенных жиров, акцентом на цельнозерновые продукты, фрукты, овощи и рыбу
Физическая активность	3,5–7,0 ч умеренной физической активности в неделю или 30–60 мин в большинство дней

Масса тела	ИМТ 20–25 кг/м^2 и окружность талии <94 см у мужчин и <80 см у женщин
АД	Первичная цель — <140/90 мм рт.ст., далее <130/80 мм рт.ст. у большинства при переносимости
ХС-ЛПНП	**Очень высокий риск (первичная/вторичная профилактика)** Снижение более чем на 50% исходного уровня и цель <1,4 ммоль/л (<55 мг/дл). При инициации липидснижающей терапии начать с терапии статинами высокой эффективности. При недостижении цели — интенсификация лечения. **Высокий риск** Снижение более чем на 50% исходного уровня и цель <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл). **Умеренный риск** Цель — <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл). **Низкий риск** Цель — <3 ммоль/л (<116 мг/дл)
Не-ХС-ЛПВП (вторичная цель)	Очень высокий риск — <2,2 ммоль/л (<85 мг/дл). Высокий риск — <2,6 ммоль/л (<100 мг/дл).
Аполипопротеин B100 (вторичная цель)	Очень высокий риск — <65 мг/дл. Высокий риск — <80 мг/дл. Умеренный риск — <100 мг/дл
ТГ	Нет определенных целей. Уровень <1,7 ммоль/л (<150 мг/дл) соответствует низкому риску. При более высоких значениях необходимо обследовать на наличие других ФР
СД	Гликированный гемоглобин <7% (<53 ммоль/моль)

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Характеристики здорового питания

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

ХС-ЛПНП — важнейшая мишень терапии для предотвращения атеросклеротических ССЗ. Интенсивность медикаментозной терапии определяется общим ССР. Рекомендации по достижению минимально возможных значений ХС-ЛПНП основываются на крупнейших исследованиях с ингибиторами пропротеинконвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 — PCSK9).

Доступные в настоящее время липиднижающие препараты:

- ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы (статины);

- селективные ингибиторы абсорбции ХС в кишечнике (эзетимиб);
- секвестранты желчных кислот (ионообменные смолы);
- ингибиторы PCSK9;
- инклисиран [малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (РНК) к матричной РНК PCSK9];
- фибраты;
- омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты.

Характеристика липидснижающих препаратов

Липидснижающие препараты и особенности их применения

Ожидаемая клиническая польза от терапии, снижающей уровень липопротеидов низкой плотности

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И ТРИГЛИЦЕРИДОВ

- Рекомендовано назначать статины высокой интенсивности в максимально переносимых дозах для достижения цели, установленной в соответствии с величиной риска.
- При невозможности достичь цели на фоне максимально переносимых доз статинов к терапии следует добавить эзетимиб.
- При невозможности достичь цели на фоне комбинированной терапии у пациентов очень высокого риска с анамнезом атеросклеротического ССЗ и/или семейной гиперхолестеринемии рекомендовано добавить алирокумаб, эволокумаб или инклисиран. В первичной профилактике у пациентов очень высокого риска при отсутствии семейной гиперхолестеринемии можно рассмотреть добавление ингибитора PCSK9 к комбинации статина и эзетимиба.
- При непереносимости статинов в любых дозах даже после повторных попыток назначения в качестве липидснижающего препарата необходимо назначить эзетимиб и при недостижении целевого ХС-ЛПНП рекомендовано добавить к терапии алирокумаб, эволокумаб или инклисиран.
- У ряда пациентов при недостижении цели можно рассмотреть комбинацию статина с секвестрантом желчных кислот.
- Статины — препараты первого выбора при лечении пациентов высокого риска с гипертриглицеридемией (ТГ >2,3 ммоль/л) (IB).
- Если уровень ТГ остается выше 1,5–1,6 ммоль/л, несмотря на терапию статинами, можно рассмотреть назначение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (икозапент℗).

- При достижении целевого ХС-ЛПНП и сохранении уровня ТГ >2,3 ммоль/л у пациентов высокого риска при первичной профилактике можно рассмотреть добавление фибратов к статину.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пациенты с дислипидемией должны лечиться в домашних условиях, то есть амбулаторно.

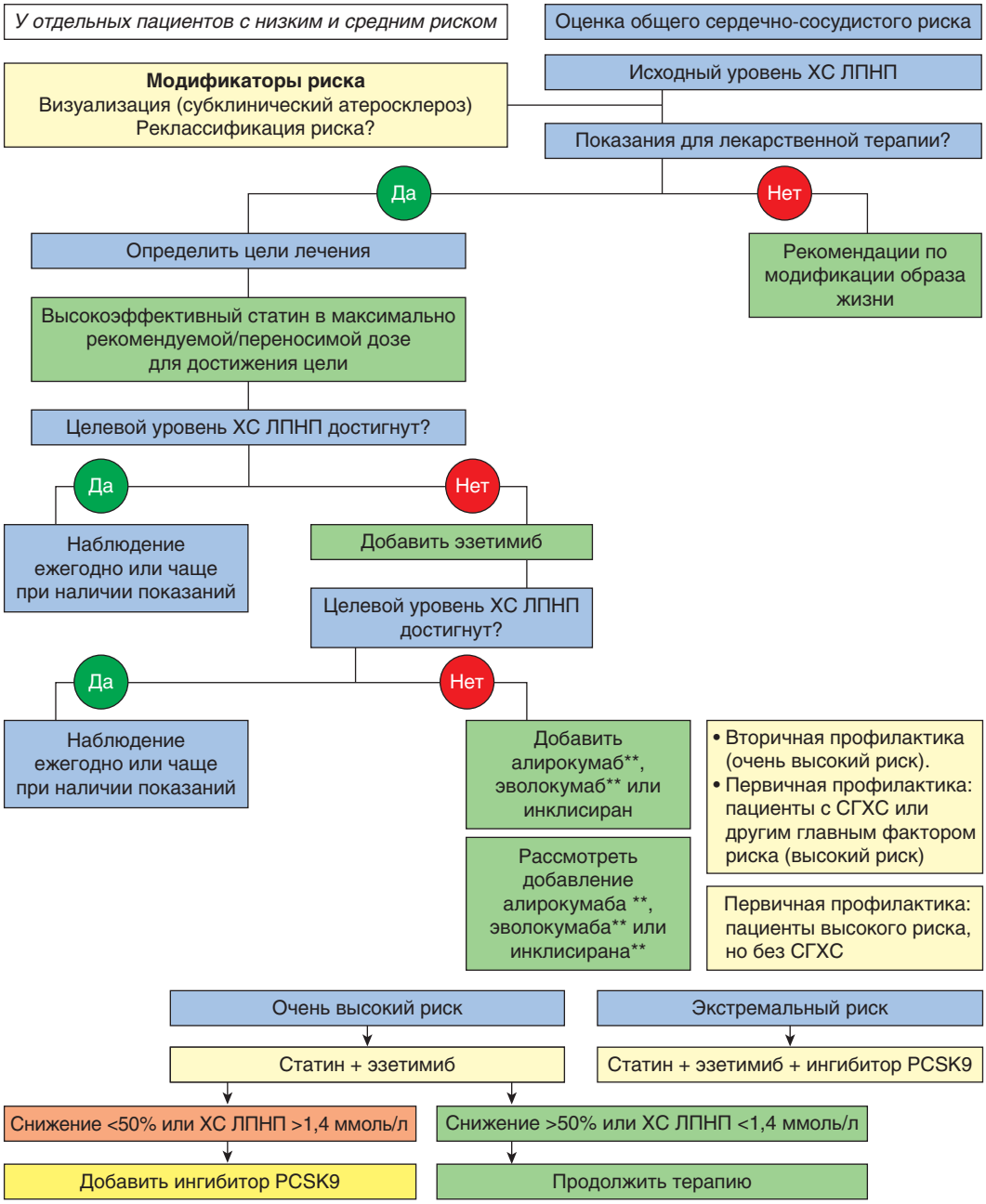
Порядок амбулаторного наблюдения при дислипидемии

КРИТЕРИИ УЛУЧШЕНИЯ

Снижение уровня ХС-ЛПНП, достижение и удержание целевых значений является первичной мишенью при коррекции нарушений липидного обмена. Вторичными целями можно считать уровень не-ЛПВП и аполипопротеина В100. Другими важными целями являются:

- коррекция всех остальных модифицируемых ФР (курение, АГ, гипергликемия, ожирение);
- снижение уровня ТГ;
- предупреждение, замедление темпа прогрессирования атеросклеротических ССЗ.

Алгоритм медикаментозной терапии по достижению целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности



Алгоритм диспансерного наблюдения больных с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском без анамнеза артериальной гипертензии и атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии – соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ	• При своевременном выявлении и коррекции всех ФР, соблюдении всех правил лечения и рекомендаций лечащего врача прогноз при дислипидемии благоприятный
КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ	• Терапия соответствует рекомендациям по лечению больных с дислипидемией Европейского общества кардиологов (ЕОК)/Европейского общества атеросклероза (2019), Российского кардиологического общества (2023), рекомендациям по сердечно-сосудистой профилактике ЕОК (2021) и Российского кардиологического общества (2022). • Несоблюдение врачебных требований, например отказ от лечения или его прерывание в силу разных причин, повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни ССЗ и сердечно-сосудистых осложнений (ССО)
ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ПРОФИЛАКТИКА ССЗ	• Для снижения риска ССЗ необходимо комплексное воздействие на все ФР. • Следование советам по изменению образа жизни позволяет снизить ССР как в первичной профилактике, так и при имеющемся анамнезе ССЗ. • Основа медикаментозной терапии для снижения ССР — липидснижающие препараты
ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО ЛПНП	• Достижение целевых значений ЛПНП — основная стратегия снижения ССР в первичной и вторичной профилактике. • Статины — краеугольный камень липидснижающей терапии, доказано снижающие сердечно-сосудистую смертность и риск нефатальных ССЗ. • Польза от применения статинов по показаниям превышает риски возможных побочных эффектов. • Липидснижающая терапия применяется строго по назначению врача
ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	• Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации. • При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты. • Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов
	• Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии.