

Доктор на приеме

Заболевания органов кровообращения

Практическое руководство

Под редакцией
члена-корреспондента РАН Ж.Д. Кобалава



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

протоколы ⊕ кейсы ⊕ сторис

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Список сокращений и условных обозначений	6
РАЗДЕЛ 1. Заболевания органов кровообращения: шаблоны протоколов и клинические наблюдения	9
Глава 1. Заболевания	11
1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Дислипидемии. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий	11
1.2. Артериальная гипертензия	28
1.3. Стабильная ишемическая болезнь сердца	55
1.4. Фибрилляция предсердий	69
1.5. Сердечная недостаточность	90
1.6. Легочная гипертензия	107
1.7. Нарушения ритма сердца	121
Глава 2. Неотложные состояния	133
2.1. Острый коронарный синдром	133
2.2. Тромбоэмболия легочной артерии	150
РАЗДЕЛ 2. Правоотношения врача и пациента	171
РАЗДЕЛ 3. Психосоматические аспекты реабилитации при сердечно-сосудистых заболеваниях	185

Заболевания

1.1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Дислипидемии. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий



Протокол для медицинской информационной системы (МИС) «Дислипидемии. Заболевания (атеросклероз) периферических артерий. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10): I70»

Пациент: фамилия, имя, отчество (ФИО), дата рождения, возраст, пол, адрес, единый номер полиса (ЕНП), паспорт гражданина Российской Федерации (РФ).

Вид случая

1. Посещение с профилактической целью.
2. Обращение по поводу заболевания:
 - первичный прием врача-терапевта;
 - повторный прием врача-терапевта.

ПРОТОКОЛ ОСМОТРА

Врач вносит результаты осмотра в МИС двумя способами:

- 1) выбор из выпадающего списка;
- 2) внесение данных вручную, если оно предусмотрено в некоторых полях.

Жалобы	Анамнез настоящего заболевания
<ul style="list-style-type: none"> • Зябкость в нижних конечностях. • Легкое головокружение при физической нагрузке. • Боль при нагрузке на руку. • Боль в животе при приеме пищи, потеря массы тела, диарея или запор. • Ощущение усталости, боли, спазма, дискомфорта в нижних конечностях с указанием локализации — ягодица, бедро, икроножная часть голени, стопа; с указанием нагрузки, провоцирующей ощущения, — в покое, ночью, при ходьбе до ___ метров, при подъеме на ___ лестничный пролет. • Язвы на нижних конечностях. • Нарушения эректильной функции 	<ul style="list-style-type: none"> • Анамнез заболевания: указать длительность жалоб, особенности их появления. • Семейный анамнез: Семейный анамнез ССЗ (ИБС, цереброваскулярная болезнь, аневризма аорты, атеросклероз АНК) и семейный анамнез ранних ССЗ (фатальное или нефатальное сердечно-сосудистое событие и/или поставленный диагноз ССЗ у родственников первой линии для мужчин <55 лет, женщин <65 лет). • Анамнез жизни: указать наличие сопутствующих заболеваний, их статус, длительность, терапию, ее эффективность. Особое внимание уделить таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь, СД. • Наличие факторов риска: дислипидемия, курение (настоящий курильщик и/или курильщик в прошлом), пассивное курение, ССЗ в анамнезе, ХБП, гиподинамия, особенности питания, анамнез лучевой терапии, психосоциальные факторы. Эпидемиологический анамнез: <ul style="list-style-type: none"> • в контакте с инфекционными больными не был. Сырую воду не пьет, в открытых водоемах не купался, клещи не кусали.

Продолжение таблицы

Положение больного	Сознание	Телосложение	Антропометрия, термометрия, пульсоксиметрия, тонометрия, ЧДД
<ul style="list-style-type: none"> • Активное. • Пассивное. • Вынужденное 	<ul style="list-style-type: none"> • Ясное. • Ступор. • Сопор. • Кома 	<ul style="list-style-type: none"> • Нормостеническое. • Астеническое. • Гиперстеническое 	<p>Рост _____. Вес _____. Индекс массы тела (ИМТ) _____. Окружность талии _____. Температура тела (Т) _____. Сатурация (SpO₂) _____. Частота сердечных сокращений (ЧСС) _____. Артериальное давление (АД) _____. Частота дыхательных движений (ЧДД) _____</p>
Кожные покровы и видимые слизистые		Периферические лимфатические узлы	Костно-мышечная система
<ul style="list-style-type: none"> • Чистые, нормальной влажности, обычной окраски. • Желтушные. • Цианотичные. • Землистого цвета. • Гиперемированы, отмечается сухость кожных покровов и слизистых. • Инъекция сосудов склер. • Липидная дуга роговицы. • Иктеричность склер. 		<ul style="list-style-type: none"> • Пальпируются/не пальпируются. • Размеры, локализация, болезненность, спаянность с окружающими тканями 	<ul style="list-style-type: none"> • Осанка правильная, деформаций скелета нет, подвижность позвоночника в полном объеме. • Деформация скелета _____. • Отсутствие конечностей _____

Продолжение таблицы

Кожные покровы и видимые слизистые	Периферические лимфатические узлы	Костно-мышечная система
<ul style="list-style-type: none"> • Ксантомы. • Ксантеллазмы. • Цвет кожных покровов верхних конечностей (бледные/розовые, наличие язв, наличие/отсутствие волосяного покрова). • Цвет кожных покровов нижних конечностей (бледные/розовые, наличие язв, наличие/отсутствие волосяного покрова). • Пальпация пульса на периферических артериях: верхние конечности, бедренная, подколенная, задняя дорсальная и задняя большеберцовая артерии. • Оценка градиента температуры на конечностях (холодные, прохладные, теплые) 		
Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
<p>Форма грудной клетки</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правильная. • Бочкообразная. • Рахитическая. • Воронкообразная. <p>Одышка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инспираторная. • Экспираторная. • Смешанная 	<ul style="list-style-type: none"> • Дыхание поверхностное. • Глубокое. • Ритмичное. • Чейна–Стокса. • Биота. • Куссмауля. <p>Аускультация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Везикулярное дыхание. • Сухие хрипы. • Влажные хрипы. 	<p>Перкуторно границы относительной сердечной тупости</p> <ul style="list-style-type: none"> • В норме. • Расширены влево на _____ см. • Шумы в сердце: нет/есть. Систолический шум на верхушке, аорте, легочной артерии, трикуспидальном клапане, в точке Боткина–Эрба. • Диастолический шум на верхушке, аорте, легочной артерии, трикуспидальном клапане, в точке Боткина–Эрба.

Продолжение таблицы

Дыхательная система		Сердечно-сосудистая система
<p>Пальпация грудной клетки: ригидность грудной клетки</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Крепитация. • Шум трения плевры 	<p>ЧСС</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тоны ритмичные. • Тоны аритмичные. • Тоны громкие. • Тоны приглушены. • Тоны глухие. <p>Пульс</p> <ul style="list-style-type: none"> • Частота _____ в мин. • Симметричный, несимметричный. • Удовлетворительного наполнения. • Слабый. • Напряженный. • Дефицит пульса. <p>Аускультация крупных сосудов боковые поверхности живота, область пупка, паховая область, артерии в области шеи и надключичных областях</p>
Органы пищеварения		Мочевая система
<p>Осмотр ротовой полости: язык</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чистый. • Обложен налетом. <p>Осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> • Живот правильной формы. • Живот неправильной формы. • Равномерно участвует в акте дыхания. • Неравномерно участвует в акте дыхания. <p>Перкуссия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Размеры печени по Курлову не увеличены. • Размеры печени по Курлову увеличены. 		<p>Перкуссия почек: симптом поколачивания справа и слева.</p> <p>Мочеиспускание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушено/не нарушено; • болезненное/безболезненное

Продолжение таблицы

Органы пищеварения	Мочевая система
<ul style="list-style-type: none"> • Размеры селезенки не увеличены. • Размеры селезенки увеличены. <p>Пальпация</p> <ul style="list-style-type: none"> • При поверхностной пальпации болезненности нет. • При поверхностной пальпации определяется болезненность в _____ области. • При глубокой пальпации болезненности нет. • При глубокой пальпации определяется болезненность в _____ области 	
Эндокринная система	Нервная система
<p>Осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выражение лица не изменено. • Передняя поверхность шеи не изменена. • Передняя поверхность шеи увеличена. <p>Пальпация</p> <ul style="list-style-type: none"> • Щитовидная железа не пальпируется. • Пальпируется увеличенная щитовидная железа 	<ul style="list-style-type: none"> • Сознание не изменено. • Произвольные движения, рефлексы и чувствительность верхних и нижних конечностей с двух сторон не изменены. • Координация движений и вестибулярной функции не нарушена
Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови (ОАК). • Общий анализ мочи (ОАМ). • Определение белка в моче, альбуминурии. • Уровень гликированного гемоглобина. 	<ul style="list-style-type: none"> • По показаниям — суточное мониторирование АД и электрокардиография (ЭКГ) по Холтеру. • Определение лодыжечно-плечевого индекса. • Дуплексное сканирование артерий.

Окончание таблицы

Лабораторные и инструментальные исследования	Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования
<ul style="list-style-type: none"> • Биохимический анализ крови: глюкоза, липидный профиль (общий холестерин; триглицериды; ЛПВП; ЛПНП). • Креатинин, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ), АЛТ, АСТ, мочева я кислота. • ЭКГ. • ЭхоКГ 	<ul style="list-style-type: none"> • Рентгенконтрастная ангиография. • Мультиспиральная КТ-ангиография. • Магнитно-резонансная ангиография. • Экстракраниальное дуплексное сканирование. • Консультация кардиолога
Диагноз по МКБ-10:	
I65. Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга.	

Диагноз устанавливается на основании комплекса клинико-лабораторных и инструментальных данных.

Скрининг на дислипидемии показан следующим категориям пациентов:

- пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), при неблагоприятном семейном анамнезе;
- пациентам при некоторых клинических состояниях, ассоциированных с повышенным сердечно-сосудистым риском;
- пациентам, страдающим хронической болезнью почек (ХБП);
- пациентам с заболеваниями периферических артерий;
- мужчинам, достигшим 40 лет;
- женщинам, достигшим 50 лет или после наступления менопаузы;
- при СД, отягощенной наследственности — мужчинам и женщинам с 20 лет.

Алгоритм обследования пациента для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений включает выявление факторов

риска (ФР) развития и прогрессирования атеросклероза, лабораторное (дислипидемия) и инструментальное обследование (проявления атеросклероза) и глобальной шкале оценки ССР.

Для оценки риска развития фатального сердечно-сосудистого риска у лиц старше 40 лет без симптомов, пациентов без анамнеза ССЗ, без СД, без ХБП, без семейной гиперхолестеринемии или повышения холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) $>4,9$ ммоль/л (>190 мг/дл) рекомендуется использование глобальной шкалы оценки ССР в клинической практике.

Факторы риска развития и прогрессирования атеросклероза:

- возраст мужчины >40 лет, женщины >50 лет или с ранней менопаузой;
- курение (и статуса на момент осмотра);
- артериальная гипертония (АГ) (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. или постоянный прием гипотензивных препаратов);
- СД 2-го типа [глюкоза натощак $>6,1$ и $7,0$ ммоль/л (капиллярная и венозная кровь соответственно)];
- раннее начало ишемической болезни сердца (ИБС) у ближайших родственников (отягощенная наследственность);
- инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <60 лет;
- семейная гиперлипидемия по данным анамнеза;
- абдоминальное ожирение (окружность талии: у мужчин ≥ 94 см, у женщин ≥ 80 см);
- хроническое заболевание почек [снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин];
- ожирение (повышение ИМТ >25 кг/м²).

Категории сердечно-сосудистого риска

Очень высокий	Документированное атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание клинически или по результатам обследования, включая перенесенный острый коронарный синдром (ОКС), стабильную стенокардию, чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), коронарное шунтирование или другие операции на артериях, инсульт/тран-
---------------	---

Окончание таблицы

	<p>зиторную ишемическую атаку, поражения периферических артерий. Атеросклеротическое ССЗ по данным инструментальных обследований — значимая атеросклеротическая бляшка (стеноз >50%). СД + поражение органов-мишеней (ПОМ), ≥ 3 ФР, а также раннее начало СД 1-го типа с длительностью >20 лет. Выраженная ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м². Оценка по шкале SCORE $\geq 10\%$. Семейная гиперхолестеринемия в сочетании с атеросклеротическим ССЗ или с другими ФР</p>
Высокий	<p>Один значимо выраженный ФР: холестерин >8 ммоль/л, и/или ХС-ЛНП >4,9 ммоль/л, и/или АД $\geq 180/110$ мм рт.ст. Семейная гиперхолестеринемия без других ФР. СД без ПОМ, СД ≥ 10 лет или с ФР. Умеренная ХБП с СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м². Гемодинамически незначимый атеросклероз артерий [стеноз(ы) 25–49%]. Оценка по шкале SCORE 5–10%</p>
Умеренный	<p>Молодые пациенты (СД 1-го типа — моложе 35 лет, СД 2-го типа — моложе 50 лет) с длительностью СД <10 лет без ПОМ и ФР. Оценка по шкале SCORE 1–5%</p>
Низкий	<p>Оценка по шкале SCORE <1%</p>



Фармакотерапия

Рецептурный бланк 107-1/у, с автоматизацией процесса выписки рецептов

Базовые немедикаментозные принципы первичной и вторичной профилактики атеросклероза

Информирование/образование пациента

Модификация образа жизни

Продолжение таблицы

Медикаментозная терапия
Препараты выбора
<p>Статины замедляют прогрессирование атеросклероза, значительно снижают заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии при назначении в рамках первичной и вторичной профилактики во всех группах пациентов</p>
<p>Rp. Atorvastatini 0,020. D.t.d. № 30 in tab. S. Принимать внутрь по 1–2 таблетке 1 раз в сутки длительно</p>
<p>Rp. Rosuvastatini 0,010. D.t.d. № 30 in tab. S. Принимать внутрь по 1–2 таблетке 1 раз в сутки длительно</p>
<p>Эзетимиб ингибирует всасывание экзогенного и эндогенного холестерина в кишечнике</p>
<p>Rp. Ezetimibi 0,01. D.t.d. № 28 in tab. S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки длительно</p>
<p>Ингибиторы PCSK9 — моноклональные антитела, ингибирующие белок, ответственный за экспрессию рецепторов к ХС-ЛНП на гепатоцитах; снижают сердечно-сосудистые осложнения у пациентов с атеросклерозом</p>
<p>Rp. Alirocumabi 0,075. D.t.d. № 2. S. Вводить подкожно 1 раз в 2 недели</p>
<p>Rp. Evolocumabi 0,140. D.t.d. № 2. S. Вводить подкожно 1 раз в 2 недели</p>
<p>Фибраты, препараты, содержащие ω_3-полиненасыщенные жирные кислоты</p>
Немедикаментозная терапия
<ul style="list-style-type: none"> • Рациональная диета, повышение уровня физической активности, коррекция массы тела, отказ от курения, контроль АД и гликемии. • Лечебная физкультура. • Образовательные программы для пациентов для улучшения осведомленности о заболевании, снижения статистики сердечно-сосудистой госпитализации и сердечно-сосудистой смерти

Хирургическое лечение
Эндоваскулярная или хирургическая коррекция гемодинамически значимых стенозов, шунтирование
Реабилитация
• Не разработана

Преимущества выбора препаратов

1. Тактика ведения пациентов зависит от сердечно-сосудистого риска и уровня ХС-ЛНП.

2. Алгоритм гиполипидемической терапии:

- а) оцените общий риск развития ССЗ у данного пациента;
- б) обсудите с пациентом особенности профилактики ССЗ;
- в) определите целевой уровень ХС-ЛНП в соответствии с категорией риска;
- г) подсчитайте в процентах степень снижения ХС-ЛНП, необходимого для достижения целевого значения;
- д) выберите из группы статинов препарат, который может обеспечить такой уровень снижения ХС-ЛНП;
- е) если монотерапия статинами в максимально переносимых дозах не позволяет достичь целевого ЛПНП, добавьте эзетимиб;
- ж) для вторичной профилактики у пациентов с очень высоким риском, если целевой уровень ХС-ЛНП не достигнут на фоне максимально переносимых доз статинов и эзетимиба, добавить ингибитор PCSK9;
- з) при непереносимости статинов в любой дозе следует рассмотреть назначение эзетимиба;
- и) при непереносимости статинов в любой дозе можно рассмотреть добавление ингибитора PCSK9 к эзетимибу;
- к) у ряда пациентов при недостижении цели можно рассмотреть комбинацию статина с секвестрантом желчных кислот;
- л) статины — препараты первого выбора при лечении пациентов высокого риска с гипертриглицеридемией (триглицериды >2,3 ммоль/л);

- м) если уровень триглицеридов остается выше 1,5–1,6 ммоль/л, несмотря на терапию статинами, можно рассмотреть назначение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (икозапент[®]);
- н) при достижении целевого ЛПНП и сохранении уровня триглицеридов >2,3 ммоль/л у пациентов высокого риска при первичной профилактике можно рассмотреть добавление фибратов к статину.

Интенсивность терапии статинами

Суточная доза статинов высокой интенсивности для ↓ ХС-ЛНП ≥50%	Суточная доза статинов умеренной интенсивности для ↓ ХС-ЛНП от 30 до 50%
Аторвастатин, 40–80 мг Розувастатин, 20–40 мг	Аторвастатин, 10–20 мг Флувастатин XL, 80 мг Питавастатин, 2–4 мг Розувастатин, 5–10 мг Симвастатин, 20–40 мг

Расчет степени снижения ХС-ЛНП при различных вариантах гиполипидемической терапии

Терапия	Снижение ХС-ЛНП, %
Терапия статинами умеренной интенсивности	≈30
Терапия статинами высокой интенсивности	≈50
Терапия статинами высокой интенсивности + эзетимиб	≈65
Ингибиторы PCSK9	≈60
Ингибиторы PCSK9 + терапия статинами высокой интенсивности	≈75
Ингибиторы PCSK9 + терапия статинами высокой интенсивности + эзетимиб	≈85
Аферез липопротеидов	≈75

3. Эффективность липидснижающей терапии рекомендуется оценивать через 6–8 нед после начала приема статинов или при изменении дозы препарата; стандартная практика

последующего мониторинга предполагает проведение повторного анализа через 6–12 мес. Минимальный объем исследований включает определение общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности, триглицеридов (ТГ), расчет ХС-ЛНП, АЛТ, АСТ, КФК.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Принципы первичной и вторичной профилактики атеросклероза включают модификацию образа жизни и, по показаниям, медикаментозную коррекцию нарушений липидного обмена.

Сроки и структура диспансерного наблюдения зависят от клинических проявлений атеросклероза (ИБС, атеросклероз артерий нижних конечностей, цереброваскулярная болезнь).

Контроль липидного профиля:

- после начала липидснижающей терапии — через 8 (\pm 4) нед;
- после коррекции лечения [изменение дозы и/или комбинированной терапии — каждые 8 (\pm 4) нед до достижения целевого уровня];
- после достижения целевого или оптимального уровня липидов — ежегодно (в случае регулярного приема препаратов);
- по показаниям.

Мониторинг печеночных трансаминаз и мышечных ферментов:

- до лечения;
- через 8–12 нед после начала медикаментозной терапии или после увеличения дозы препарата.

Сроки временной нетрудоспособности зависят от клинических проявлений атеросклероза (ИБС, цереброваскулярной болезни, атеросклероза артерий нижних конечностей).



Клинический разбор

Ситуация. Мужчина, 59 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы на зябкость в нижних конечностях, легкое головокружение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 1 года, за медицинской помощью не обращался, не обследован. Боли в груди, одышка не беспокоят, потери сознания не было.

Анамнез жизни. В течение нескольких лет страдает СД 2-го типа, регулярно принимает метформин 500 мг 2 раза в сутки. Привычное АД 130/70 мм рт.ст. Гепатит, туберкулез отрицает. Переливаний крови не было. Аллергических реакций не было. Курил более 30 лет, до двух пачек сигарет в день. В течение 10 лет не курит. Алкоголь употребляет редко. Наркотические средства не употребляет. Семейный анамнез отягощен по гипертонической болезни и СД (мать). Работает учителем в школе.

Объективный статус. Температура тела — 36,6 °С. Состояние удовлетворительное. Пациент нормостенического телосложения. Рост — 168 см, вес — 84 кг, ИМТ — 29,76 кг/м², ОТ-102 см. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, высыпаний нет. Выявлена липидная дуга роговицы. Ксантом, ксантелазм нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: деформаций не выявлено. Грудная клетка гиперстенической формы. В легких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД — 128/66 мм рт.ст., ЧСС — 68 в минуту, пульс — 68 уд/мин. Язык влажный, зев спокоен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги безболезненна. Периферических отеков нет. Стул и диурез не нарушены. Пульсация периферических сосудов сохранена.

На ЭКГ: синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 68 в минуту. Электрическая ось сердца расположена нормально.

Диагноз: I70. Атеросклероз периферических артерий. СД 2-го типа, целевой HbA1C <7%. Избыточная масса тела (ИМТ — 29,76 кг/м²).

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании клинической картины (жалобы на зябкость нижних конечностей), данных анамнеза (СД, курение в анамнезе, избыточная масса тела), результатов объективного осмотра (липидная дуга роговицы). Окончательный диагноз возможно будет поставить только после проведения лабораторного (липидный профиль) и инструментального (ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей) обследований. Для подтверждения диагноза необходимы результаты инструментального обследования и консультация кардиолога.

Дифференциальная диагностика. Проводится со вторичными формами нарушений липидного обмена (при которых также выявляются отклонения в липидограмме). Вторичные формы дислипидемий развиваются вследствие декомпенсации СД, гипотиреоза, при нефротическом синдроме и т.д., на фоне приема ряда лекарственных препаратов. Для уточнения диагноза необходимо провести углубленное лабораторное обследование пациента.

План лабораторного обследования

- ОАК.
- ОАМ.
- БАК (АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза, липидный профиль).

План инструментального обследования

- ЭКГ.
- Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей.
- ЭхоКГ.
- Консультация кардиолога.

При обследовании обнаружены атеросклеротическое уплотнение аортального клапана, атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием от 20 до 55% (общая сонная артерия и внутренняя сонная артерия с обеих сторон), до 25–30% (артерии нижних конечностей), дислипидемия (ЛПНП — 4,3 ммоль/л, триглицериды — 2,3 ммоль/л), HbA1C — 7,8%, креатинин — 86 мкмоль/л, СКФ по формуле СКD-EPI — 92 мл/мин. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий, целевой ЛПНП <1,4 ммоль/л.

Диагноз: I70. Мультифокальный атеросклероз . Атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием от 20 до 55% (общая сонная артерия и внутренняя сонная артерия с обеих сторон). Атеросклероз артерии нижних конечностей до 25–30%. Дислипидемия. СД 2-го типа, целевой HbA1C <7%. Избыточная масса тела (ИМТ — 29,76 кг/м²).

Терапия:

- диета № 9;
- коррекция массы тела;
- дозированная физическая активность.

Медикаментозная терапия:

- аторвастатин 40 мг 1 раз в сутки с контролем эффективности и безопасности через 4 нед, при необходимости — коррекция дозы или комбинированная липидснижающая терапия (+ эзетимиб 10 мг, при необходимости добавить алирокумаб 150 мг или эволокумаб 140 мг);
- усиление сахароснижающей терапии (ингибиторы SGLT2 или агонисты ДПП-4).

Диспансерное наблюдение. Посещение лечащего врача через 8 нед для оценки эффективности и безопасности липидснижающей терапии и каждые 8 нед после новой коррекции лечения. В дальнейшем — как минимум 1 раз в 12 мес. При посещениях рекомендовано отмечать приверженность к лечению, достижение целевых значений ЛПНП и другую динамику лабораторных и инструментальных показателей; появление побочных эффектов лекарственных средств (ЛС); при необходимости изменяют режим приема ЛС, отменяют или заменяют их; выясняют, следует ли больной рекомендациям, соблюдает ли диету и режим нагрузок.

Раздел 1. Заболевания органов системы кровообращения...

Алгоритм формирования страхового случая в МИС

