



ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	7
Глава 1. Оценка сердечно-сосудистого риска	8
Глава 2. Модификация образа жизни	18
Глава 3. Артериальная гипертензия	21
Глава 4. Дислипидемия	39
Глава 5. Сахарный диабет	45
Глава 6. Ишемическая болезнь сердца	58
Глава 7. Хроническая сердечная недостаточность	72
Глава 8. Цереброваскулярная болезнь (инсульт/транзиторная ишемическая атака)	86
Глава 9. Хроническая болезнь почек	94
Глава 10. Периоперационное ведение пациентов при внесердечных операциях	101
Список литературы	110



ГЛАВА 1

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Ранее в течение многих лет во всех рекомендациях использовалась шкала стратификации сердечно-сосудистого риска (ССР) SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), к которой очень привыкли практикующие врачи. Она действительно была очень удобной: включала пять ключевых показателей (возраст, пол, статус курения, уровень систолического АД и общего холестерина) и позволяла легко рассчитать вероятность летального исхода в течение ближайших 10 лет. Практическое значение шкалы SCORE и ее модифицированной версии заключалось в том, что она указывала на высокий риск и необходимость назначения пациентам с факторами риска статинов, если они входили в «красную зону» (риск 5% и выше). Хотя, вне всяких сомнений, решение о назначении данного класса препаратов не основывается только на расчете какой-то цифры.

На рис. 1.1 приведена шкала SCORE для населения европейских стран с высоким уровнем ССР. Оценка 10-летнего риска фатальных ССЗ при высоком уровне ССР основана на следующих факторах: возраст, пол, курение, систолическое артериальное давление (САД) и уровень общего холестерина (ОХС). Для того чтобы конвертировать риск фатальных ССЗ в риск общих ССЗ (фатальные + нефатальные), следует умножить полученное значение на 3 — для мужчин и на 4 — для женщин, для пожилых пациентов риск будет несколько меньше. **Внимание:** шкала SCORE предназначена для использования у лиц без значимых ССЗ, СД (типов 1 и 2), ХБП, семейной гиперхолестеринемии (СГХС) и очень выраженных отдельных факторов риска (ФР), поскольку такие пациенты уже относятся к категории высокого риска и нуждаются в интенсивной коррекции ФР. Холестерин (ХС): 1 ммоль/л = 38,67 мг/дл. Приведенная шкала SCORE немного отличается от шкал, представленных в Рекомендациях ЕОК/ЕОА по лечению дислипидемий 2016 г. и в Рекомендациях ЕОК по предупреждению ССЗ 2016 г., в отношении следующего: 1) увеличен возрастной интервал с 65 до 70 лет; 2) в шкале учтено взаимодействие возраста с каждым из других ФР, что уменьшает возможность переоценки риска у пожилых людей в оригинальной шкале SCORE; 3) удалены показатели ХС 8 ммоль/л, поскольку такие пациенты при развитии любого события нуждаются в дальнейшем обследовании.

В 2021 г. в рекомендациях Европейского кардиологического общества (англ. European Society of Cardiology) по профилактике ССЗ было предложено использовать обновленную шкалу SCORE2 и специально разработан-

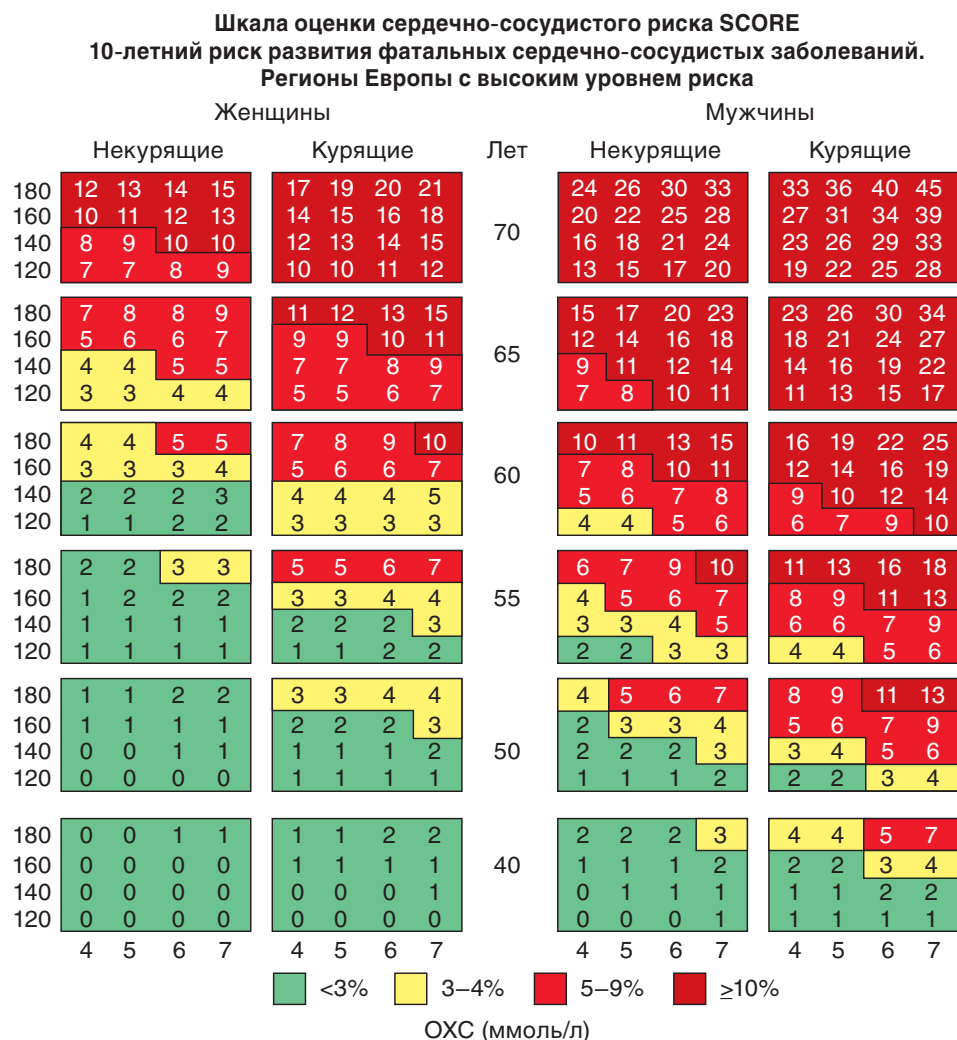


Рис. 1.1. Шкала SCORE (рекомендации Европейского кардиологического общества по ведению пациентов с дислипидемией, 2019)

ную для очень пожилых пациентов (75+) SCORE2-OP, которой в ближайшее время предлагается пользоваться. Отличие данного подхода в том, что данные шкалы предписывают оценивать не вероятность летального исхода в течение ближайших 10 лет, а 10-летний шанс на фатальное или нефатальное сердечно-сосудистое событие.

Авторы этой книги считают, что некоторые аспекты использования данной шкалы неудобны и непрактичны, а именно:

- дополнительные градации групп риска в зависимости от возрастной группы за пределами основной таблицы (врезка в верхнем правом углу);

- использование данных по холестерину не-ЛВП-фракций (в большинстве лабораторий этот показатель автоматически не рассчитывается);
- огромное количество пациентов, исходя из данной шкалы, попадут в группу очень высокого риска, однако это совершенно не означает, что всем необходимо назначать терапию статинами.

SCORE2 и SCORE2-OP

10-летний риск (фатальных и нефатальных) сердечно-сосудистых событий в популяции **очень высокого** развития ИБС

● <2,5%	● от 2,5 до <7,5%	● ≥7,5%
<50 лет	50–69 лет	≥70 лет
<2,5%	<5%	<7,5%
от 2,5 до <7,5%	от 5 до <10%	от 7,5 до <15%
≥7,5%	≥10%	≥15%

САД (мм рт.ст.) SCORE2-OP	Женщина				Не-ХС ЛВП ммоль/л мг/дл	Мужчина											
	Не курит		Курит			Не курит		Курит									
	3,0–3,9	4,0–4,9	5,0–5,9	6,0–6,9		3,0–3,9	4,0–4,9	5,0–5,9	6,0–6,9								
160–179	62	63	64	65	65	66	67	68	85–89	49	54	59	64	49	54	59	64
140–159	60	61	62	63	63	64	65	66	85–89	48	53	58	63	48	53	58	63
120–139	58	59	60	61	61	62	63	65	85–89	47	52	56	61	47	52	56	61
100–119	56	57	58	60	59	60	61	63	85–89	46	50	55	60	46	50	55	60
160–179	53	54	55	57	59	60	62	63	80–84	44	48	52	56	47	51	55	59
140–159	50	51	52	54	56	57	59	60	80–84	42	46	49	53	45	49	52	56
120–139	47	48	49	51	53	54	56	57	80–84	40	43	47	51	43	46	50	54
100–119	44	45	47	48	50	51	53	54	80–84	38	41	45	48	40	44	48	51
160–179	44	46	47	48	53	55	56	58	75–79	40	42	45	48	45	48	51	54
140–159	41	42	43	45	49	51	52	53	75–79	37	39	42	44	42	44	47	50
120–139	37	39	40	41	46	47	48	49	75–79	34	36	39	41	39	41	44	47
100–119	34	35	36	37	42	43	44	46	75–79	31	33	36	38	36	38	41	43
160–179	37	38	39	41	48	49	51	52	70–74	35	37	39	40	43	45	47	49
140–159	33	34	35	36	43	44	46	47	70–74	32	33	35	36	39	41	42	44
120–139	29	30	31	32	39	40	41	43	70–74	28	30	31	33	35	36	38	40
100–119	26	27	28	29	34	36	37	38	70–74	25	26	28	29	31	33	34	36

Примечание. ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛВП — липопротеиды высокой плотности. Не-ХС ЛВП — разница между общим холестерином и липопротеидами высокой плотности.

Рис. 1.2. Шкала SCORE2 и SCORE2-OP (рекомендации Европейского кардиологического общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, 2021)

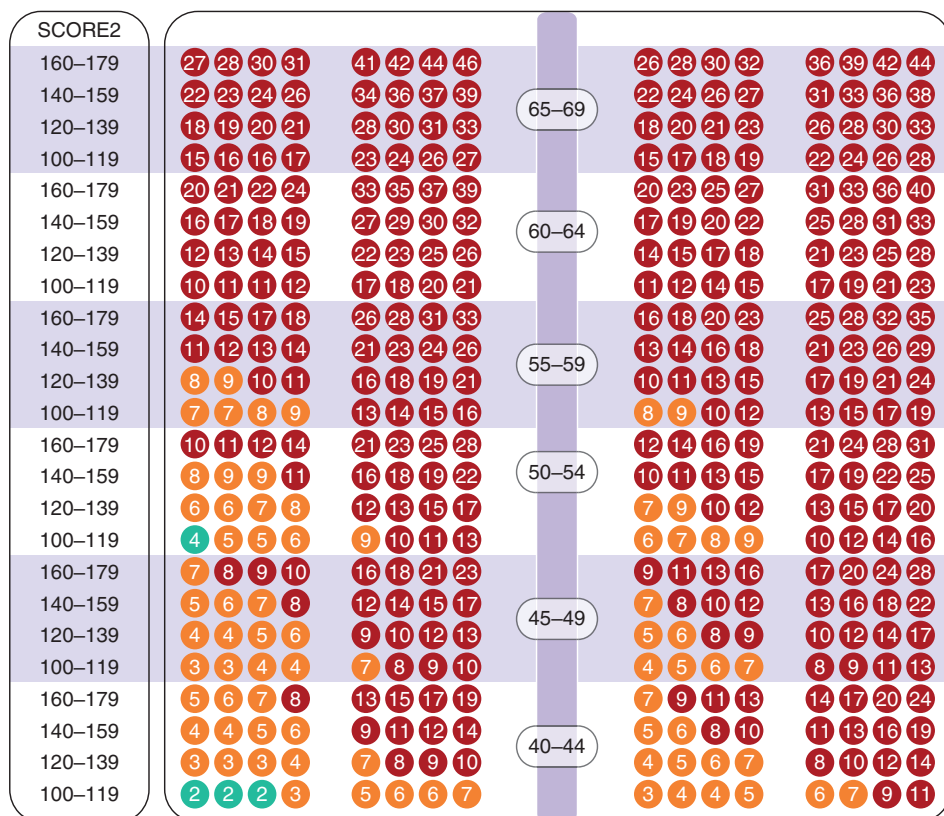


Рис. 1.2. Окончание

Общие положения рекомендаций Европейского кардиологического общества (2021) по стратификации сердечно-сосудистого риска: что необходимо делать (I класс рекомендаций) и что нежелательно (III класс рекомендаций)

- Системную оценку риска ССЗ рекомендуется проводить у индивидуумов, имеющих любой из больших факторов риска (например, ранние сердечно-сосудистые события у родственников, семейная гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия (АГ), СД, повышенный уровень липидов, ожирение и любые заболевания, повышающие ССР) [I]*.
- У пациентов моложе 70 лет без ССЗ атеросклеротического генеза, СД 2 типа, ХБП, семейной дислипидемии и АГ рекомендуется проводить оценку ССР по шкале SCORE2 1 раз в 10 лет [I].

* — в квадратных скобках здесь и далее указывается класс рекомендаций.

- У пациентов 70 лет и старше без ССЗ атеросклеротического генеза, СД 2 типа, ХБП, семейной дислипидемии и АГ рекомендуется проводить оценку ССР по шкале SCORE2-OP 1 раз в 10 лет [I].
- Пациентов с верифицированными ССЗ и/или СД и/или умеренной или тяжелой ХБП и/или нарушениями липидного обмена или АГ следует считать пациентами высокого или очень высокого ССР [I].
- Медикаментозная коррекция факторов ССР рекомендуется у пациентов без СД, ХБП, семейной дислипидемии и АГ, которые имеют очень высокий ССР (SCORE2 >7,5% для возраста <50 лет; SCORE2 >10% для возраста 50–69 лет; SCORE2-OP >15% для возраста >70 лет) [I].
- Рутинный анализ потенциальных факторов риска, таких как составляющие шкал генетических рисков, уровень биомаркеров крови и мочи, исследование сосудов [за исключением расчета кальциевого индекса и выявления атеросклеротических бляшек по данным ультразвукового исследования (УЗИ) сонных артерий], не рекомендуется [III].
- Оценка ССР на регулярной основе у мужчин моложе 40 лет и у женщин моложе 50 лет, не имеющих факторов ССР, не рекомендуется [III].

Таблица 1.1. Категории сердечно-сосудистого риска (Европейское кардиологическое общество, 2021)

Категория пациентов	Подгруппа	Категория риска
Практически здоровые люди		
Мужчины и женщины без верифицированных диагнозов [ССЗ атеросклеротического генеза, СД, ХБП, семейная гиперхолестеринемия (СГХС)]	<50 лет	Низкий → высокий
	50–69 лет	Низкий → очень высокий
	≥70 лет	Риски от низкого до очень высокого
Пациенты с ХБП		
Пациенты с ХБП без СД или ССЗ атеросклеротического генеза	Умеренно выраженная ХБП [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 30–44 мл/мин/1,73 м ² и альбумин-креатининовый индекс (АКИ) <30 ИЛИ СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м ² и АКИ 30–300 ИЛИ СКФ ≥60 мл/мин/1,73 м ² и АКИ >300]	Высокий риск

Продолжение табл. 1.1

Категория пациентов	Подгруппа	Категория риска
Пациенты с ХБП		
	Выраженная ХБП (СКФ <30 мл/мин/1,73 м ² ИЛИ СКФ 30–44 мл/мин/1,73 м ² и АКИ >30)	Очень высокий риск
Пациенты с СГХС		
При значительном повышении уровня холестерина	–	Высокий риск
Пациенты с СД 2 типа		
Пациенты с диагнозом СД 1 типа старше 40 лет также могут быть классифицированы по этим критериям	Пациенты с хорошо контролируемым диабетом небольшой продолжительности (до 10 лет) без признаков поражения органов-мишеней и дополнительных факторов риска, связанных с ССЗ атеросклеротического генеза	Умеренный риск
	Пациенты с СД без ССЗ атеросклеротического генеза и/или без тяжелого поражения органов-мишеней и не подходящие под критерии умеренного риска	Высокий риск
	Пациенты с СД и верифицированными ССЗ атеросклеротического генеза и/или тяжелым поражением органов-мишеней. <ul style="list-style-type: none"> ■ СКФ <45 мл/мин/1,73 м² независимо от альбуминурии. ■ СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м² и микроальбуминурия (альбумин/креатинин 30–300 мг/г). ■ Протеинурия (альбумин/креатинин-соотношение выше 300 мг/г). ■ Микрососудистые осложнения не менее чем в трех системах органов (например, микроальбуминурия + ретинопатия + нейропатия) 	Очень высокий риск

Категория пациентов	Подгруппа	Категория риска
Пациенты с ССЗ атеросклеротического генеза		
<p>Верифицированные ССЗ атеросклеротического генеза по клинической картине или при помощи визуализации. Верифицированные ССЗ атеросклеротического генеза включают: острый коронарный синдром (ОКС), инфаркт миокарда (ИМ), проведенную реваскуляризацию, другие реваскуляризационные вмешательства на артериях, инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА), аневризму аорты или заболевания периферических артерий. Бессимптомными состояниями аналогичного риска считаются атеросклеротические бляшки, выявленные при коронароангиографии (КАГ), УЗИ или КТ-ангиографии. Увеличение толщины интима-медиа сонной артерии на УЗИ/КТ не относится к данной категории</p>	–	Очень высокий риск

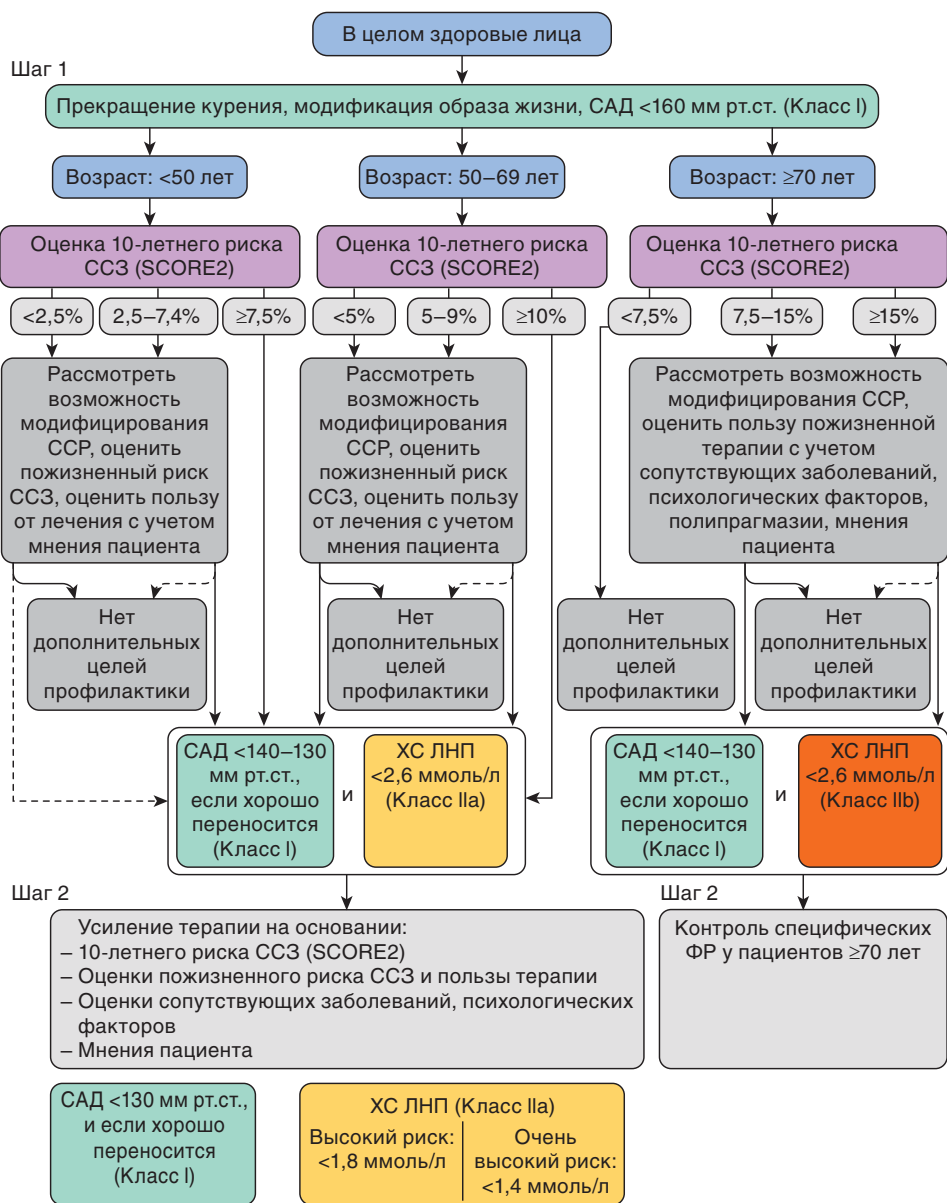


Рис. 1.3. Алгоритм действий у пациентов с факторами риска (без сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза)

Тактика ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

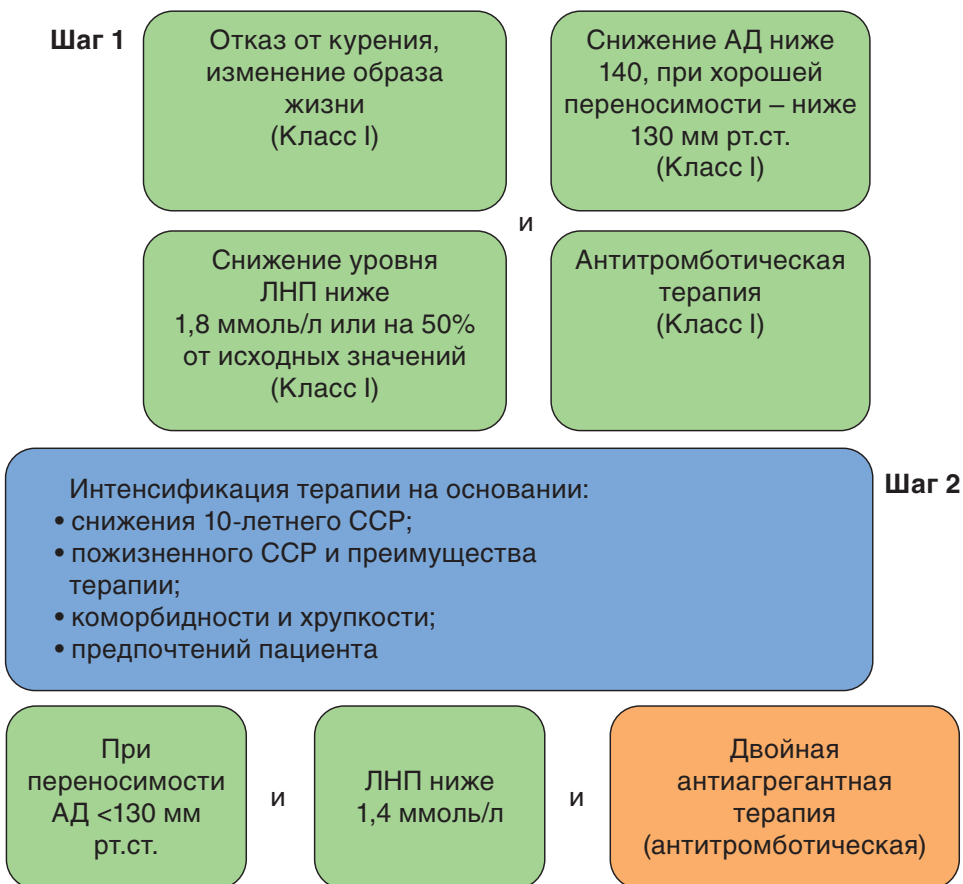


Рис. 1.4. Алгоритм действий у пациентов с факторами риска (при наличии сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза)

Таблица 1.2. Ключевые положения рекомендаций Европейского кардиологического общества (2021) по оценке сердечно-сосудистого риска в особых группах пациентов (I класс рекомендаций)

Заболевания и состояния	Рекомендации
ХБП	<p>Всем пациентам с ХБП, с наличием СД и без него, рекомендуется скрининг на выявление ССЗ атеросклеротического генеза и оценку прогрессирования нарушения функции почек, включая мониторинг динамики альбуминурии</p>
Онкологические заболевания	<ul style="list-style-type: none"> ■ Рекомендуется контролировать функцию сердца с помощью инструментальных методов и уровня биомаркеров до начала лечения, периодически во время и по окончании специфического лечения от рака. ■ Скрининг на факторы риска развития ССЗ атеросклеротического генеза и оптимизация рисков ССЗ рекомендуются всем пациентам, проходящим лечение от рака
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	<p>Рекомендуется обследовать всех пациентов с ХОБЛ на наличие ССЗ атеросклеротического генеза и ФР их развития</p>
Бессонница и обструктивное апноэ сна	<ul style="list-style-type: none"> ■ У пациентов с ССЗ атеросклеротического генеза, ожирением и АГ показано регулярное обследование с целью выявления нарушений сна (например, с помощью вопроса: «Как часто Вас беспокоят проблемы с засыпанием или недосыпанием?», или «Как часто Вы спите слишком много?»). ■ При наличии серьезных проблем со сном, которые не устраняются в течение 4 нед немедикаментозными методами, рекомендуется обратиться к специалисту-сомнологу
Психические нарушения	<p>Рекомендуется рассматривать психические нарушения, либо сопровождающиеся значительными функциональными нарушениями, либо затрудняющие обращение за плановой медицинской помощью, как потенциально влияющие на риск развития ССЗ</p>