

# **Профилактика и диспансерное наблюдение пациентов с БСК**

**ЭФРОС ЛИДИЯ АЛЕКСАНДРОВНА**  
д.м.н., доцент, профессор кафедры госпитальной терапии  
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

# Актуальность

По данным ВОЗ от ХНИЗ в мире ежегодно умирает 41 млн человек, что составляет 71% всех случаев смерти, из них >15 млн человек умирают в возрасте от 30 до 69 лет. К основным ХНИЗ, являющимся основными причинами преждевременной смертности населения, относятся

сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего связанные или обусловленные атеросклеротическим заболеванием сердечно-сосудистой системы/атеросклерозом (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, от которых умирает 17,9 млн человек ежегодно

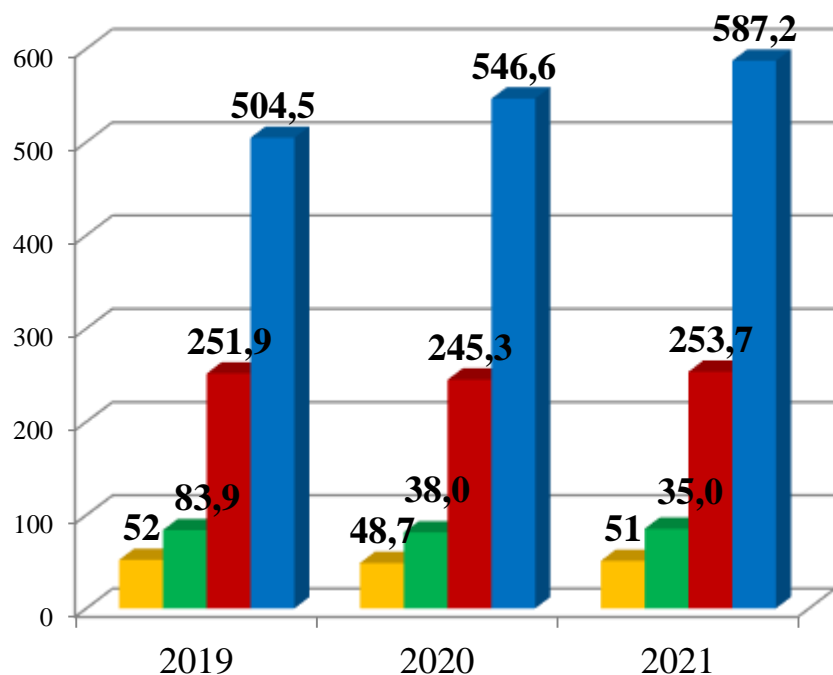
злокачественные новообразования (9,3 млн смертей)

хронические респираторные заболевания, прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма — 4,1 млн смертей

сахарный диабет — 1,5 млн смертей.

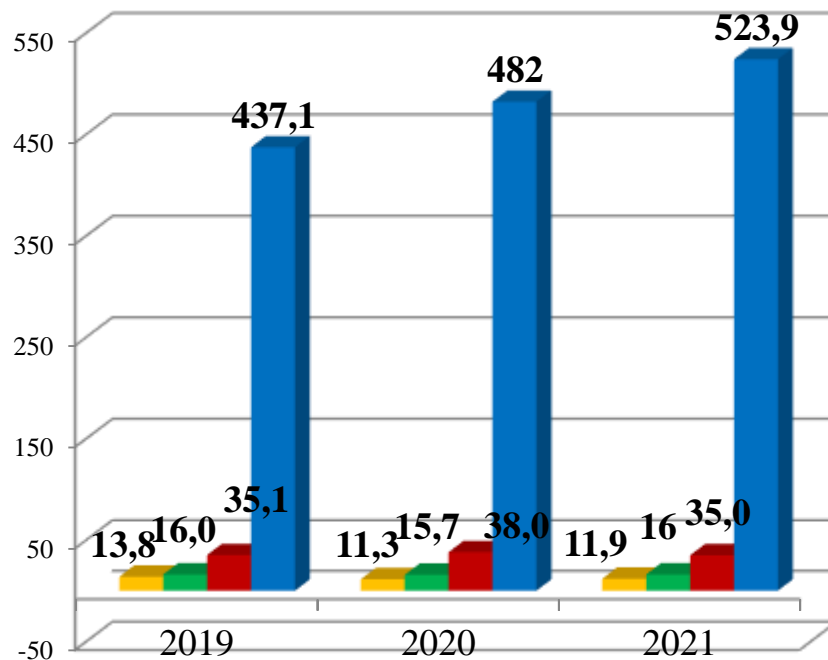
# Заболеваемость по обращаемости (по классам болезней) по Челябинской области за 2019-2021 гг. (на 1000 населения)

## Общая заболеваемость



- Новообразования
- Болезни эндокринной системы
- Болезни системы кровообращения
- Болезни органов дыхания

## Первичная заболеваемость

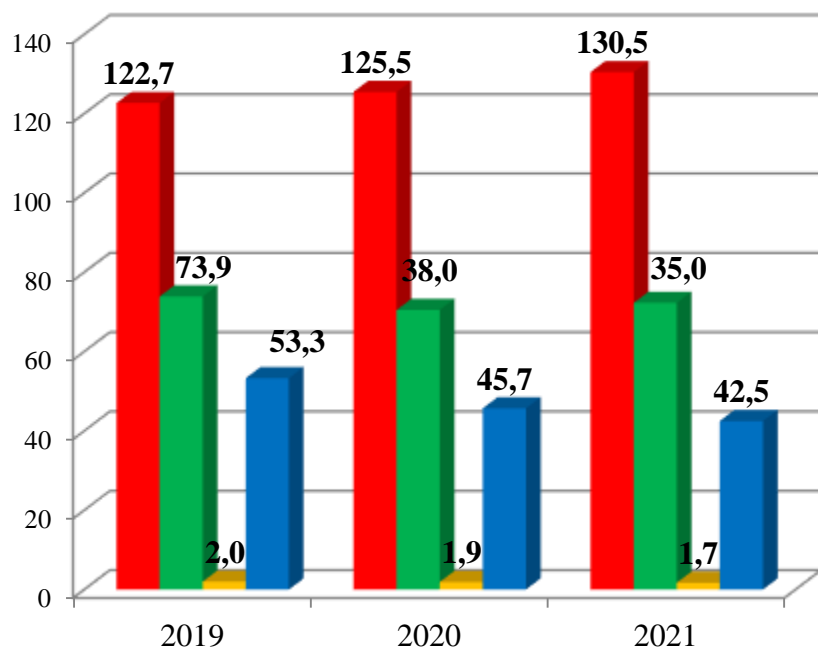


- Новообразования
- Болезни эндокринной системы
- Болезни системы кровообращения
- Болезни органов дыхания

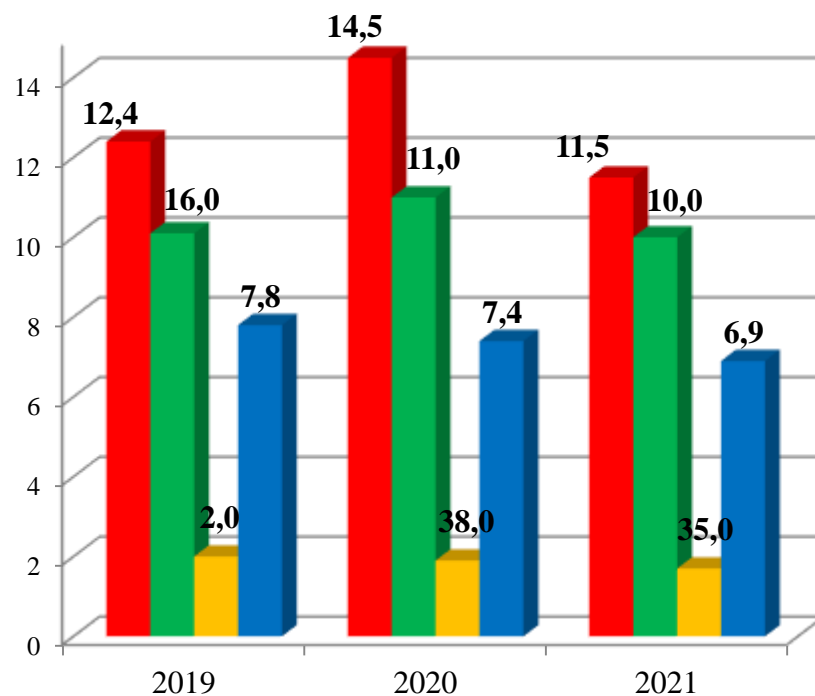
*Оперативные данные МИАЦ*

# Заболеваемость по обращаемости (по отдельным болезням БСК) по Челябинской области за 2019-2021 гг. (на 1000 населения)

## Общая заболеваемость

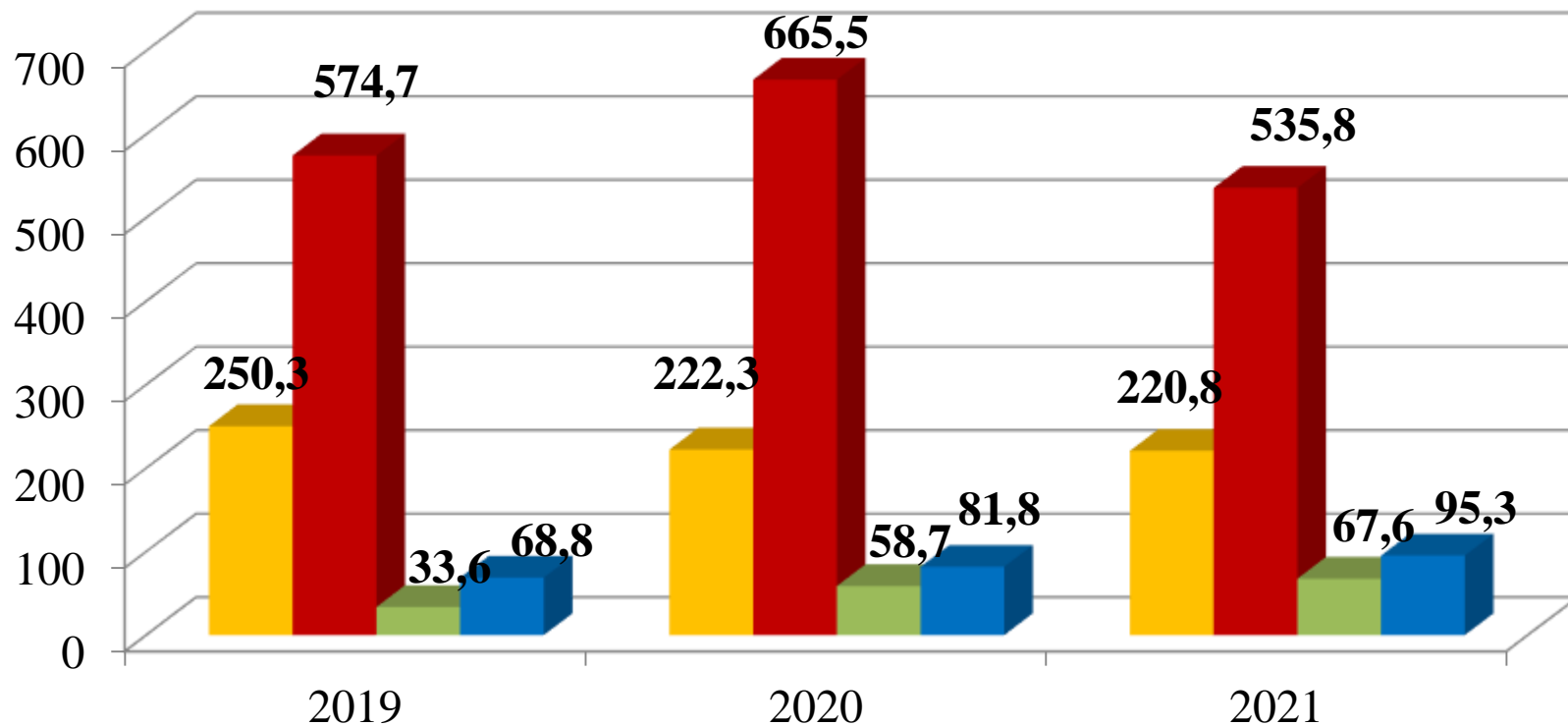


## Первичная заболеваемость



- Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
- Ишемическая болезнь сердца
- Острый и повторный инфаркт миокарда
- Цереброваскулярные болезни

## Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти в Челябинской области за 2019-2021 гг. (на 100 000 человек населения)



■ Новообразования

■ Болезни системы кровообращения

■ Болезни органов дыхания

■ Болезни органов пищеварения

*Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области  
(Челябинскстат)*

## Определение понятия профилактики

**Профилактика**, согласно Федеральному закону (ФЗ) № 323-ФЗ, определяется как

*“комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания”.*

# Стратегии профилактики

## Первичная профилактика

Предотвращение сердечно-сосудистых заболеваний, основанное на концепции риска

Стратегия первичной профилактики основана на достижении баланса между эффективностью, безопасностью и стоимостью диагностических лечебных мероприятий

**Популяционная**

### Стратегия высокого риска

- диспансеризация
- профилактические медицинские осмотры
- центры здоровья

## Вторичная профилактика

Предотвращение повторных сосудистых эпизодов у больных с ССЗ

Вторичная профилактика основана на сочетании реабилитационных и лечебных мероприятий с динамическим диспансерным наблюдением

**Диспансерное наблюдение за больными ССЗ врачами-кардиологами и врачами участковой службы ПМСП**

- Специализированной (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи)
- Медицинская реабилитация
- Санаторно-курортное лечение

## Факторы риска, общие для основных ХНИЗ

**Факторы риска** — это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход

Факторы риска	Сердечно-сосудистые заболевания	Сахарный диабет	Онкологические заболевания	Бронхолегочные заболевания
Курение	+	+	+	+
Потребление алкоголя	+		+	
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаточная физическая активность	+	+	+	+
Избыточная масса тела/ожирение	+	+	+	+
Повышенное артериальное давление	+	+		
Повышенный уровень глюкозы крови	+	+	+	
Повышенный уровень холестерина	+	+	+	
Психосоциальные факторы	+	+	+	

ХНИЗ имеют многофакторную природу возникновения, в связи с чем **концептуальной основой профилактики ХНИЗ** как на популяционном, так и на индивидуальном уровне является **концепция факторов риска**



# Категории пациентов для стратификации рисков и профилактики



# Оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

## Алгоритм обследования

Современный алгоритм обследования состоит из следующих основных этапов:

- выявление основных ФР;
- клинических симптомов атеросклероза (данные опроса и осмотра);
- определение липидного профиля (венозная кровь);
- оценка ССР по шкале SCORE;
- исключение/верификация субклинического и клинически значимого атеросклероза (инструментальные методы обследования)

# Шкала SCORE оценки абсолютного риска.

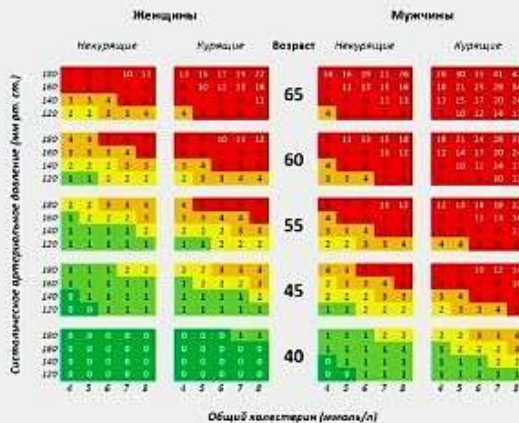
## Риск развития сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет

### Шкала SCORE 2019

10-летний риск фатальных ССЗ  
Страны с высоким сердечно-сосудистым риском



### Шкала SCORE 2016



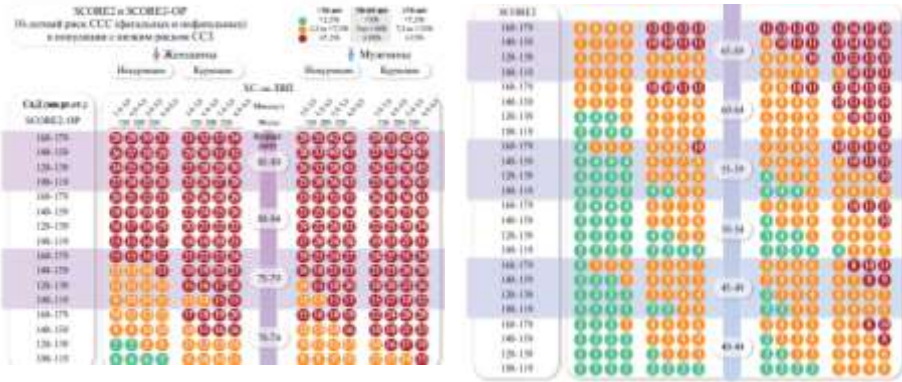
1. Возраст увеличен до 70 лет
2. Исключали переоценку сочетания возраста и других ФР (?)
3. ХС 8 ммоль/л – исключен, т.к. относит сразу к высокому риску

Не используется при  
АССЗ  
СД2т  
выраженных ФР

Скрининг ФР + липиды  
>40 М  
>50 Ж

**SCORE2 (систематическая оценка коронарного риска 2 (Systematic Coronary Risk Estimation 2)) и SCORE2-OP (систематическая оценка коронарного риска 2 для пожилых лиц (Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons) для оценки риска фатальных и нефатальных (ИМ, инсульт) ССЗ)**

**SCORE2 и SCORE2-OP 10-летний риск ССЗ (фатальных и нефатальных) в популяции с низким риском ССЗ**



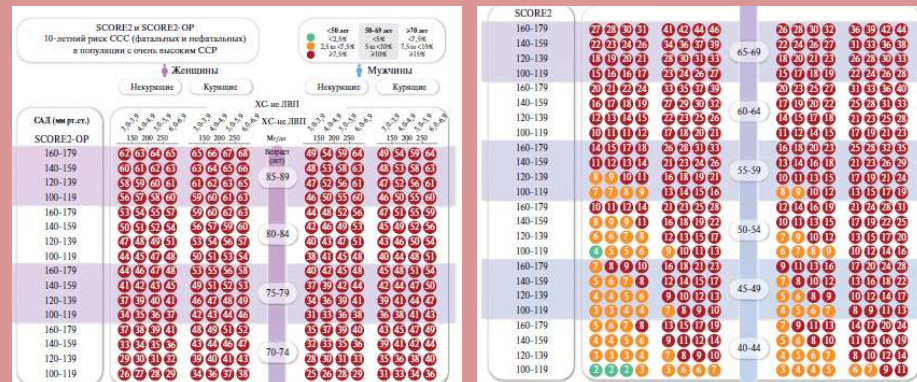
**SCORE2 и SCORE2-OP 10-летний риск ССЗ (фатальных и нефатальных) в популяции с высоким риском ССЗ**



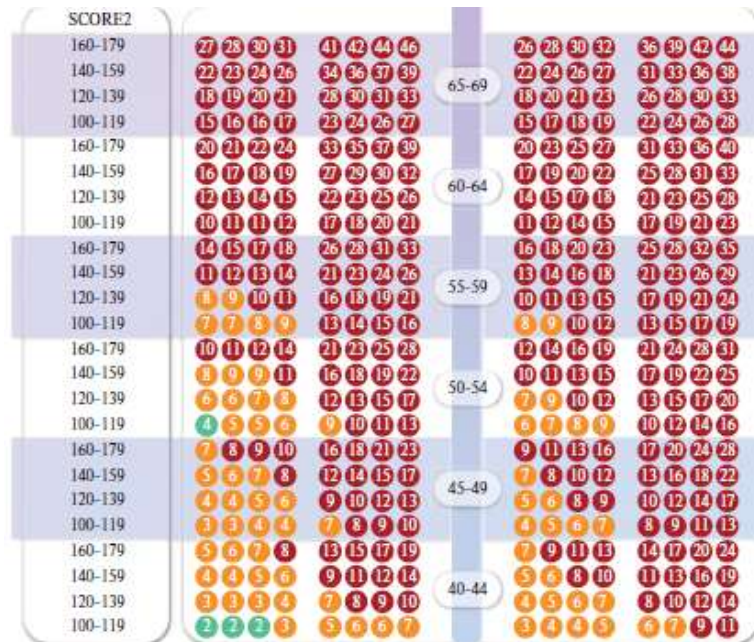
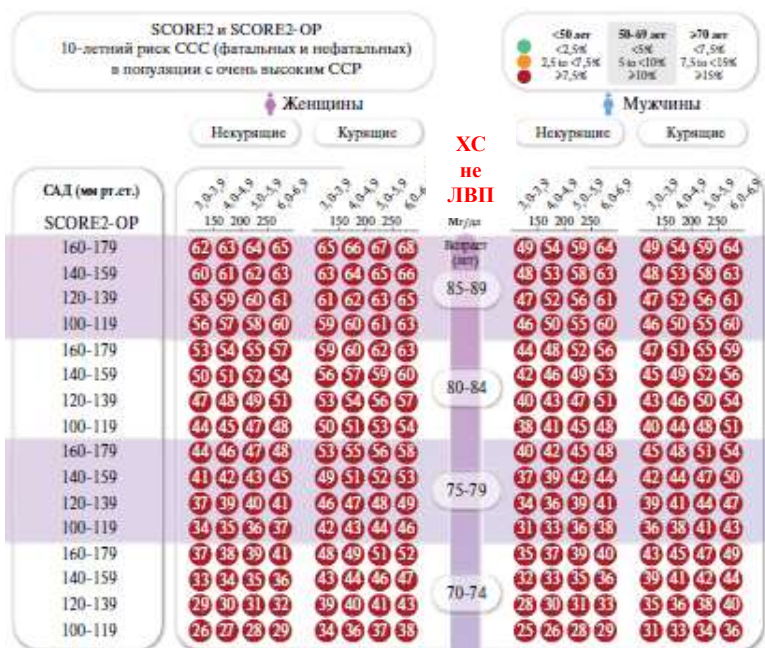
**SCORE2 и SCORE2-OP 10-летний риск ССЗ (фатальных и нефатальных) в популяции с умеренным риском ССЗ**



**SCORE2 и SCORE2-OP 10-летний риск ССЗ (фатальных и нефатальных) в популяции с очень высоким риском ССЗ**



**SCORE2 (систематическая оценка коронарного риска 2 (Systematic Coronary Risk Estimation 2)) и SCORE2-OP (систематическая оценка коронарного риска 2 для пожилых лиц (Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons) для оценки риска фатальных и нефатальных (ИМ, инсульт) ССЗ)**



**Категории ССР на основании SCORE2 и SCORE2-OP у относительно здоровых людей в соответствии с возрастом**

	<50 лет	50-69 лет	≥70 лет
ССР от низкого до умеренного: лечение ФР в целом не рекомендуется	<2,5%	<5%	<7,5%
Высокий ССР: следует рассмотреть лечение ФР	2,5-7,5%	5-10%	7,5-15%
Очень высокий ССР: лечение ФР в целом рекомендовано	≥7,5%	≥10%	≥15%

# Шкала относительного риска

Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	Не курит					Курит					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
		Холестерин, ммоль/л									

Для того, чтобы оценить риск фатальных и нефатальных (инфаркт миокарда, инсульт, острый коронарный синдром, аневризма аорты), необходимо:

**Величину риска конкретного пациента по шкале SCORE умножить на 3 у мужчин и на 4 у женщин**

## Оптимальные значения липидных параметров в зависимости от категории риска

Параметр	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
<b>Общий холестерин</b>	Рекомендовано измерение для расчета риска по SCORE			
<b>ХС ЛНП, ммоль/л</b>	< 3,0	< 2,6	< 1,8	< 1,4
<b>ХС ЛВП, ммоль/л</b>	Мужчины >1,0, женщины >1,2			
<b>Триглицериды, ммоль/л</b>	< 1,7			
<b>ЛП(а), мг/дл</b>	< 50		< 30	

**Уровни ХС неЛВП и апо(В), используемые для оценки липидного профиля в крови, взятой не натощак, соответствующие уровню ХС ЛНП**

<b>ХС ЛНП</b>	<b>ХС неЛВП</b>	<b>Апо(В)</b>
2,6 ммоль/л (100 мг/дл)	3,4 ммоль/л (131 мг/дл)	100 (мг/дл)
1,8 ммоль/л (70 мг/дл)	2,6 ммоль/л 100 (мг/дл)	80 (мг/дл)
1,4 ммоль/л (55 мг/дл)	2,2 ммоль/л 85 (мг/дл)	65 (мг/дл)

**Скрининг дислипидемии**

**В ммоль/л: ХС ЛНП = ОХС - ХС ЛВП - (0,45 x ТГ) – формула Фридвальда**

Расчет действителен только при концентрации ТГ <4,5 ммоль/л (400 мг/дл) и не точен, когда уровень ХС-ЛНП очень низкий (<1,3 ммоль/л (50 мг/дл)].

**ХС неЛВП = ОХС - ХС ЛВП**

Определение содержания ХС ЛВП не ограничено уровнем ТГ <4,5 ммоль/л и преимущество этого показателя в том, что его можно взять в крови, взятой не натощак и у пациентов с сахарным диабетом



**Стратификация риска по стадиям гипертонической болезни в зависимости от  
уровней АД, наличия ФР, ПОМ, обусловленного гипертензией,  
и сопутствующих заболеваний**

Стадия ГБ	ФР, ПОМ, АКС	АД, мм рт.ст			
		Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД $\geq 180$ ДАД $\geq 110$
Стадия I	Нет	Низкий риск (риск 1)	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Высокий риск (риск 3)
	1-2 ФР	Низкий риск (риск 1)	Умеренный риск (риск 2)	Умеренный/ высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
	$\geq 3$ ФР	Низкий/ умеренный риск (риск 2)	Умеренный/ высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)
Стадия II	ПОМ, ХБП стадия 3 или СД без поражения органов	Умеренный/ высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий риск (риск 3)	Высокий/очень высокий риск
Стадия III	Установленное ССЗ, ХБП стадия $\geq 4$ или СД с поражением органов	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)	Очень высокий риск (риск 4)

## Тактика ведения больных АГ в зависимости от риска сердечно-сосудистых осложнений

ФР, ПОМ, АКС	АД, мм рт.ст			
	Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД $\geq 180$ ДАД $\geq 110$
Нет	Снижения АД не требуется	Изменение ОЖ на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать терапию лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90
1-2 ФР	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90
$\geq 3$ ФР	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90
ПОМ, ХБП стадия 3, СД	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90
Клинически манифестные ССЗ, ХБП $\geq 4$ стадии и СД с ПОМ/ФР	Изменение ОЖ	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию с целевым уровнем <140/90

# Пошаговый подход в стратификации риска и выбора терапии

## Категории лиц, подлежащий профилактике

Относительно здоровые люди

### ШАГ 1

Общие цели профилактики

Оценка 10-летнего ССР

Учесть модификаторы риска ССЗ, пользы от лечения и предпочтений пациента

Цели профилактики

### ШАГ 2

Усиленная профилактика и лечение на основании:

- 10-летнего ССР
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующей патологии
- Предпочтений пациента

Окончательные цели профилактики

Пациенты с подтвержденным АССЗ

Общие цели профилактики

Усиленная профилактика и лечение на основании:

- 10-летнего ССР
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующей патологии
- Предпочтений пациента

Окончательные цели профилактики

Пациенты с СД 2 типа

Общие цели профилактики

Цели профилактики исходя из наличия или отсутствия подтвержденного АССЗ и/или ПОМ

Усиленная профилактика и лечение на основании:

- 10-летнего ССР
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующей патологии
- Предпочтений пациента

Окончательные цели профилактики

Пациенты со специфическими ФР, такими как ХБП и СГСХ

Цели профилактики и лечения специфических ФР на основании категории риска

*Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике, 2021*

# Схематическое изображение ССР и лечения ФР у относительно здоровых лиц

## Относительно здоровые лица

### ШАГ 1

Отказ от курения, рекомендации по образу жизни и САД < 160 мм рт.ст (Класс I)

Возраст < 50 лет

Возраст 50-69 лет

Возраст > 70 лет

Рассчитать 10-летний ССР (SCORE 2)

Рассчитать 10-летний ССР (SCORE 2)

Рассчитать 10-летний ССР (SCORE 2)

< 2,5%

2,5 до < 7,5 %

≥ 7,5%

< 5%

5 до < 10 %

≥ 10%

< 7,5%

7,5 до < 15 %

≥ 15%

Рассмотреть модификаторы риска, пожизненный ССР и пользу лечения, предпочтения пациента

Рассмотреть модификаторы риска, пожизненный ССР и пользу лечения, предпочтения пациента

Рассмотреть модификаторы риска, пожизненный ССР и пользу лечения, сопутствующие заболевания, синдром старческой астении, полипрагмазию и предпочтения пациента

Нет дополнительных целей профилактики

Нет дополнительных целей профилактики

Нет дополнительных целей профилактики

САД < 140 со снижением до 130 при переносимости (Класс I)

И

ХС-ЛНП < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл) (Класс IIa)

САД < 140 со снижением до 130 при переносимости (Класс I)

И

ХС-ЛНП < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл) (Класс IIb)

### ШАГ 2

Усиленная профилактика и лечение на основании:

- 10-летнего ССР (SCORE 2)
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующих заболеваний, старческой астении
- Предпочтений пациента

САД < 130 при переносимости (Класс I)

ХС-ЛНП (Класс IIa)

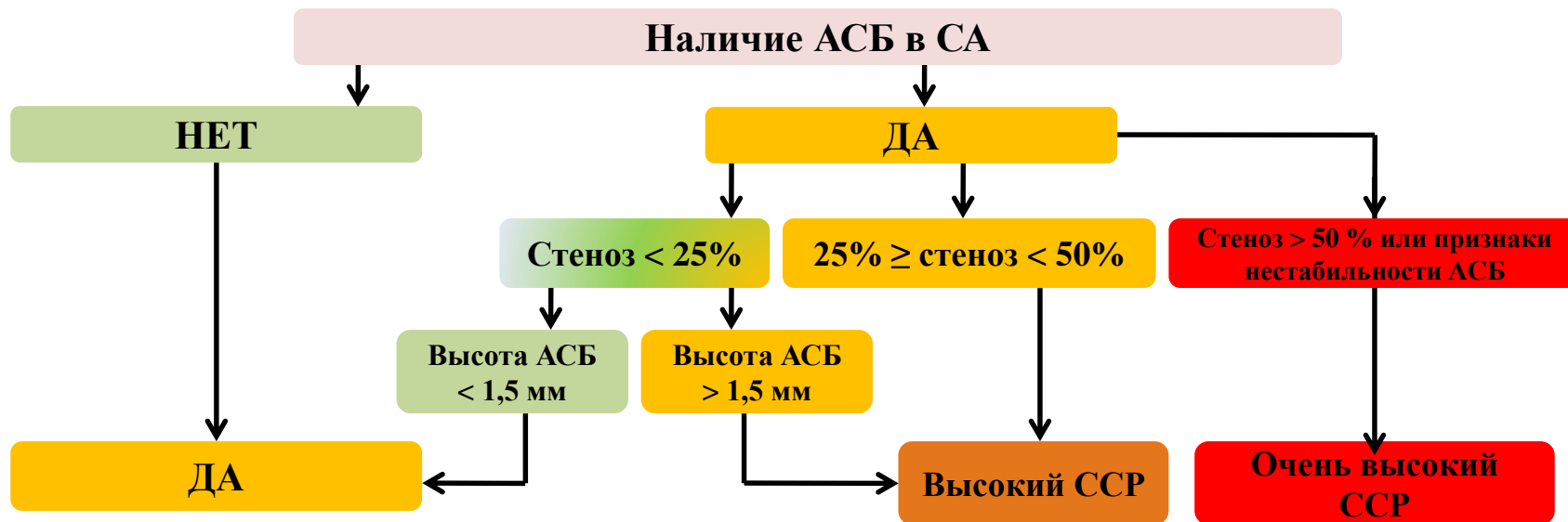
Высокий риск < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл)  
Очень высокий риск < 1,4 ммоль/л (< 55 мг/дл)

Для коррекции отдельных ФР у пациентов ≥ 70 лет

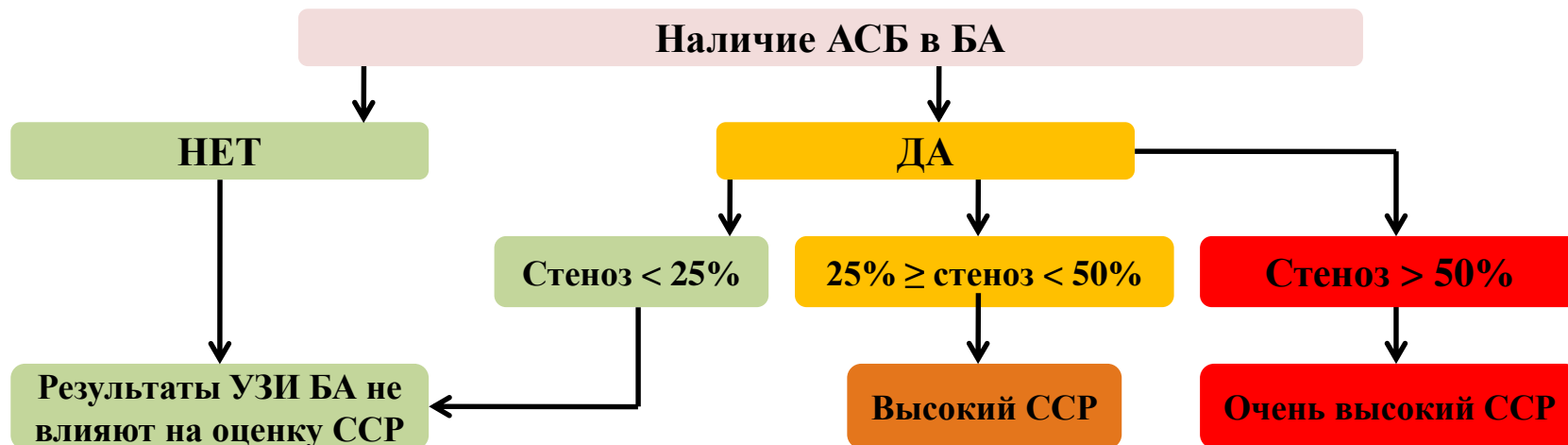
## Потенциальные модификаторы риска

Модификатор	Показатели
Холестерин ЛПВП (ммоль/л)	Мужчины >1,0 Женщины > 1,2
Холестерин ЛП (α)	> 180 мг/дл или > 430 нмоль/л
Определение индекса коронарного кальция	> 100 единиц
Наличие АСБ сонных и бедренных артерий (по данным УЗИ)	Высота АСБ > 1,5 мм или Суживающий просвет 25% и более
Психосоциальный стресс	
Семейный анамнез, генетика, этническая принадлежность	
Старческая астения	
Социально-экономические детерминанты	
Воздействия окружающей среды	Следует ограничить длительное пребывание в регионах с повышенным загрязнением воздуха
Биомаркеры крови и мочи	
Состав тела	Окружность талии > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин

## Оценка ССР с учетом данных УЗИ сонных артерий



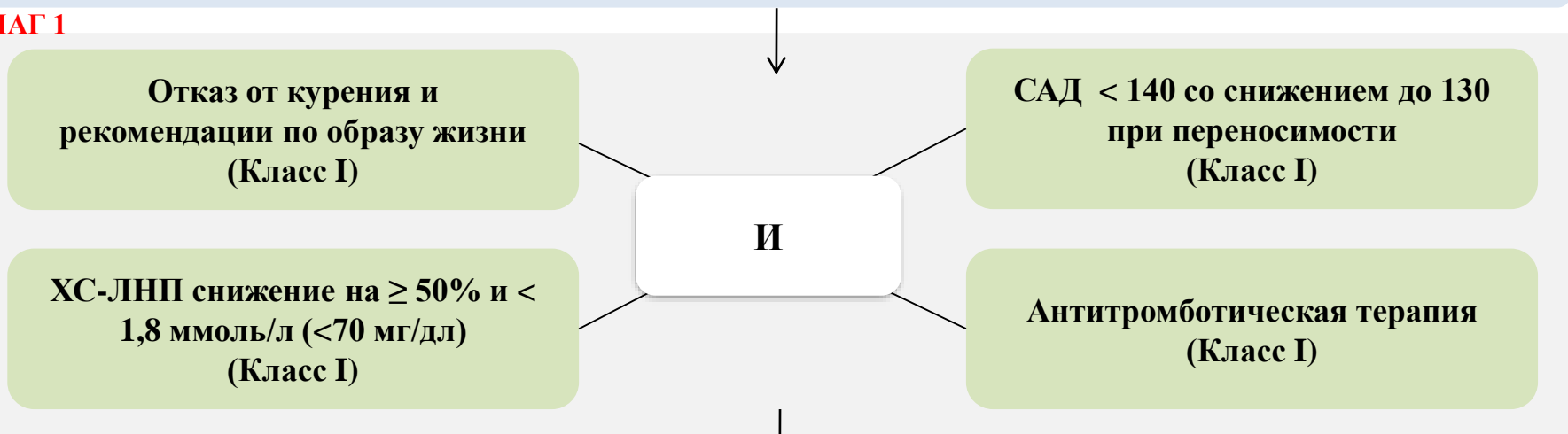
## Оценка ССР с учетом данных УЗИ бедренных артерий



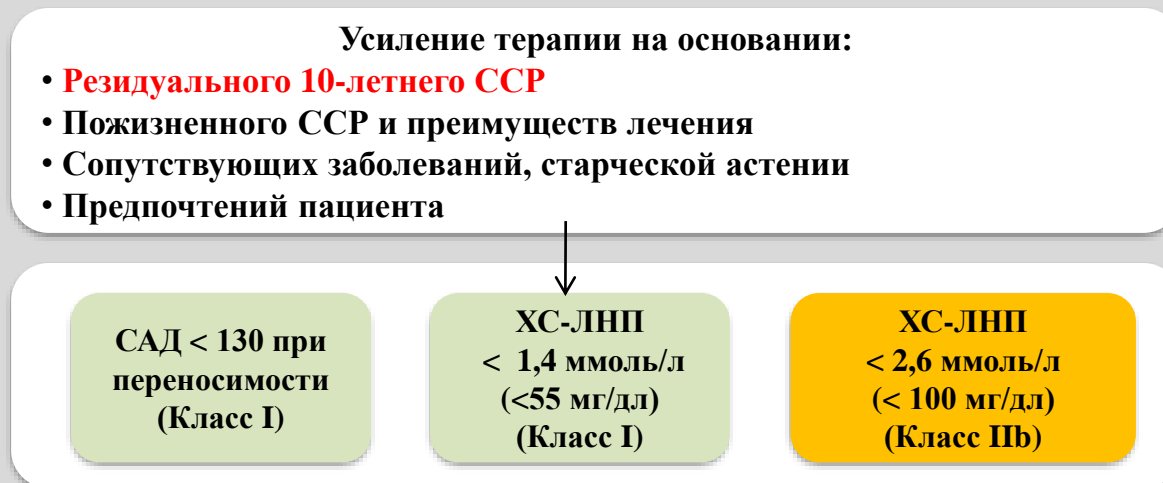
# Схематическое изображение ССР и лечения ФР у пациентов с подтвержденным АССЗ

## Пациенты с подтвержденным АССЗ

### ШАГ 1



### ШАГ 2



# Инструменты стратификации риска для вторичной профилактики (модель риска EUROASPIRE и шкала риска SMART)

Модель риска EUROASPIRE для оценки 2-летнего риска сердечно-сосудистых событий у больных стабильной ИБС

**EUROASPIRE Risk Calculator**  
Risk of a cardiovascular event in CHD patients

Country: Russian Federation

CVD risk at:  
 1 year  2 years

Age: 41 years

Diabetes status: No diabetes

History of stroke  
 History of heart failure  
 Peripheral artery disease  
 Previous PCI  
 Depression  
 Anxiety disorder

Non-HDL cholesterol: 1.5 mmol/L

Glomerular filtration rate (eGFR): 75 mL/min/1.73m²

Risk of a cardiovascular event\*  
**12 %**

Шкала риска SMART для оценки 10-летнего резидуального риска у пациентов с АССЗ, включая ИБС, цереброваскулярные заболевания, периферический атеросклероз

**SMART risk score**

Пол:  Мужчина  Женщина

Возраст: 30-90 лет

Курит в настоящее время:  Да  Нет

Лет с момента первого ССС: 0-30 лет

Вариант АССЗ:  ИБС  ЦВБ  ЗПА  Аневризма аорты

Сахарный диабет:  Да  Нет

Систолическое АД: 70-200 мм рт.ст.

Креатинин: 50-200 мкмоль/л

eGFR: 0,1-15 мл/л

Общий холестерин: 2,5-8 ммоль/л

ХС ЛВП: 0,6-2,5 ммоль/л

ХС ЛНП: 0,1-8 ммоль/л

Антитромботическая терапия:  Да  Нет

**РАССЧИТАТЬ**

Центр ССЗ Утрехта разработал алгоритмы для расчета риска ССЗ для прогнозирования как вероятности ССЗ, так и эффекта действия лекарств для снижения этого риска



# Схематическое изображение ССР и лечения ФР у пациентов с СД 2 типа

## Пациенты с СД 2 типа

### ШАГ 1

Отказ от курения, рекомендации по образу жизни  
(Класс I)

И

HbA<sub>1c</sub>: < 53 ммоль/моль (<7,0%)

Без

Подтвержденная АССЗ или тяжелое ПОМ

С

Риск

Умеренный

Высокий

Дополнительные цели профилактики, как правило не рекомендованы  
(Класс III)

САД < 140 со снижением до 130 при переносимости  
(Класс I)

ХС-ЛНП < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл)  
(Класс I)

САД < 140 со снижением до 130 при переносимости  
(Класс I)

ХС-ЛНП снижение на ≥ 50% и < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл)  
(Класс I)

Антитромботическая терапия  
(Класс I)

иНГЛТ2 и арГПП1

Для ССЗ: Класс I

Для ПОМ: Класс IIb

### ШАГ 2

Интенсификация терапии на основании:

- Резидуального 10-летнего ССР
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующих заболеваний, старческой астении
- Предпочтений пациента

САД < 130 при переносимости  
(Класс I)

ХС-ЛНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл)  
(Класс IIa)

иНГЛТ2 и арГПП1 если еще не назначены (Класс IIb)

Интенсификация терапии на основании:

- Резидуального 10-летнего ССР
- Пожизненного ССР и преимуществ лечения
- Сопутствующих заболеваний, старческой астении
- Предпочтений пациента

САД < 130 при переносимости  
(Класс I)

ХС-ЛНП < 1,4 ммоль/л (< 55 мг/дл)  
(Класс IIa)

иНГЛТ2 и арГПП1 если еще не назначены (Класс I)

ДАТТ, двойное ингибирование антитромб. путей, новые вмешательства  
(Класс IIb)

## Комбинированный риск прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии

Уровень скорости клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> ), стадия хронической болезни почек (С)				Альбуминурия		
				А1	А2	А3
				Норма или незначительно повышена	Умеренно повышена	Значительно повышена
				< 30 мг/г < 3 мг/ммоль	30-300 мг/г 3-30 мг/ммоль	> 300 мг/г > 30 мг/ммоль
Категории СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	С1	Высокая или оптимальная	≥ 90	Низкий	Умеренный	Высокий
	С2	Незначительно снижена	60-89	Низкий	Умеренный	Высокий
	С3а	Умеренно снижена	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий
	С3б	Существенно снижена	30-44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий
	С4	Резко снижена	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
	С5	Почечная недостаточность	< 15	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

## Терапевтические стратегии у больных с АГ и ХБП

Рекомендации	Класс	Уровень
У всех больных с ХБП следует снижать САД до уровня < 140 мм рт.ст.	IIa	B
Целевой уровень ДАД < 90 мм рт.ст. для всех больных АГ, <85 мм рт. ст. при наличии СД	I	A
При наличии протеинурии или альбуминурии АЗ оправдана попытка снижения САД < 130 мм рт.ст. при условии мониторинга изменений СКФ	IIb	B
Блокаторы РААС более эффективны для уменьшения альбуминурии/ протеинурии, чем другие антигипертензивные препараты, и показаны пациентам с АГ при наличии повышенной альбуминурии или явной протеинурии	I	A
Достижение целевого АД обычно требует комбинированной терапии, рекомендуется комбинировать блокаторы РААС с другими антигипертензивными препаратами	I	A

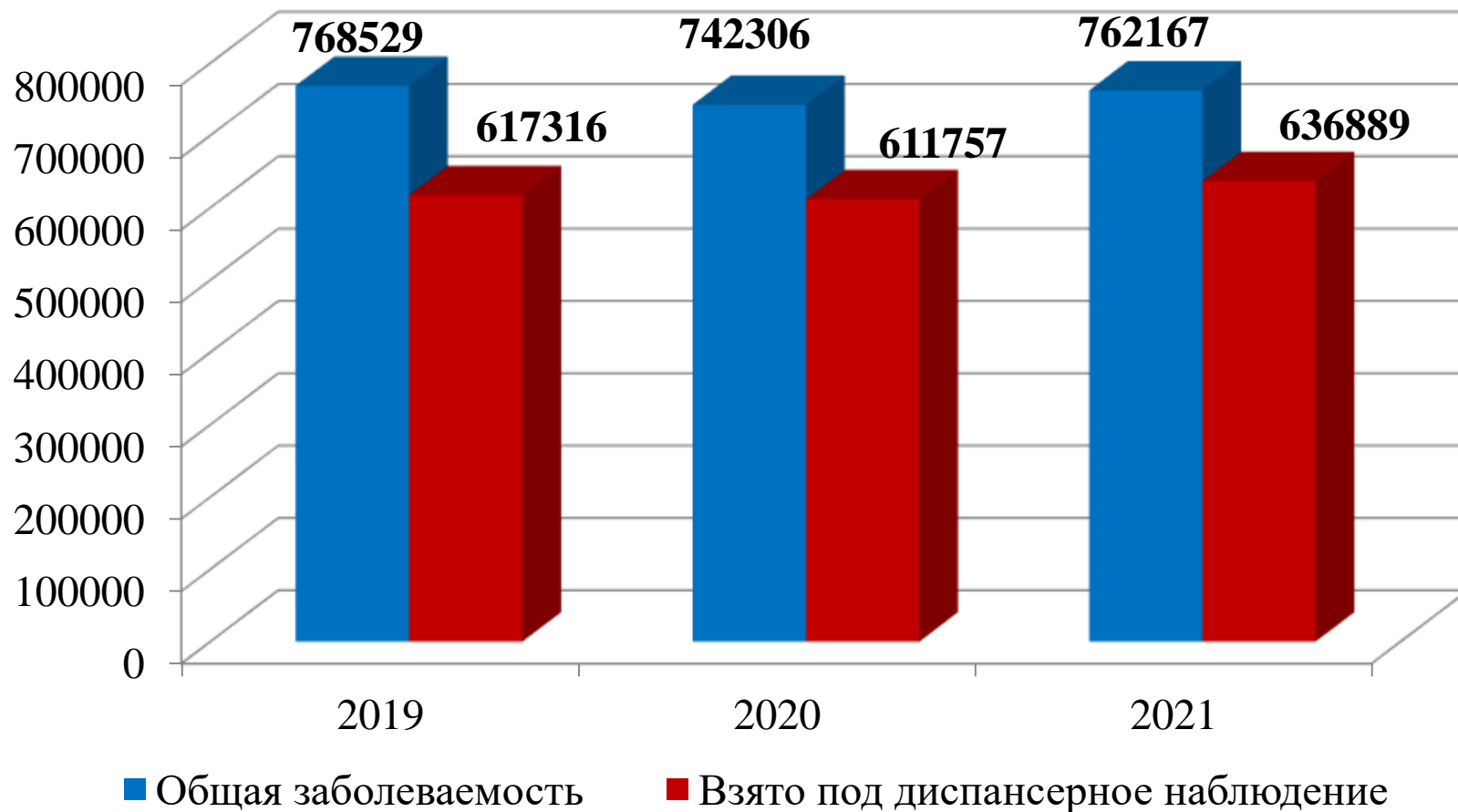
## Рекомендации по лечению нарушений липидного обмена у пациентов с ХБП

Рекомендации	Класс	Уровень
У взрослых пациентов с впервые диагностированной ХБП (включая больных на диализе и после трансплантации почки) рекомендуется исследование липидного профиля (ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ)	I	C
У пациентов с ХБП в возрасте $\geq 50$ лет со рСКФ < 60 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> , <b>не находящихся на диализе и не имеющих почечного трансплантата</b> (категории СКФ С3а-С5), <b>рекомендуется лечение статинами или комбинацией статин/эзетимиб</b>	I	A
У пациентов с ХБП в возрасте $\geq 50$ лет со рСКФ $\geq 60$ мл/мин/1,73м <sup>2</sup> (категории СКФ С1-С2) рекомендуется лечение статинами		B
Пациентам, <b>находящимся на диализе, не рекомендуется начинать лечение статинами или комбинацией статин/эзетимиб</b>		A
<b>Пациентам, уже получающих статины или комбинацию статин/эзетимиб к моменту начала диализа, рекомендуется продолжить их прием на диализе</b>	II	C

## Основные шкалы оценки рисков у пациентов с АССЗ в практике кардиолога

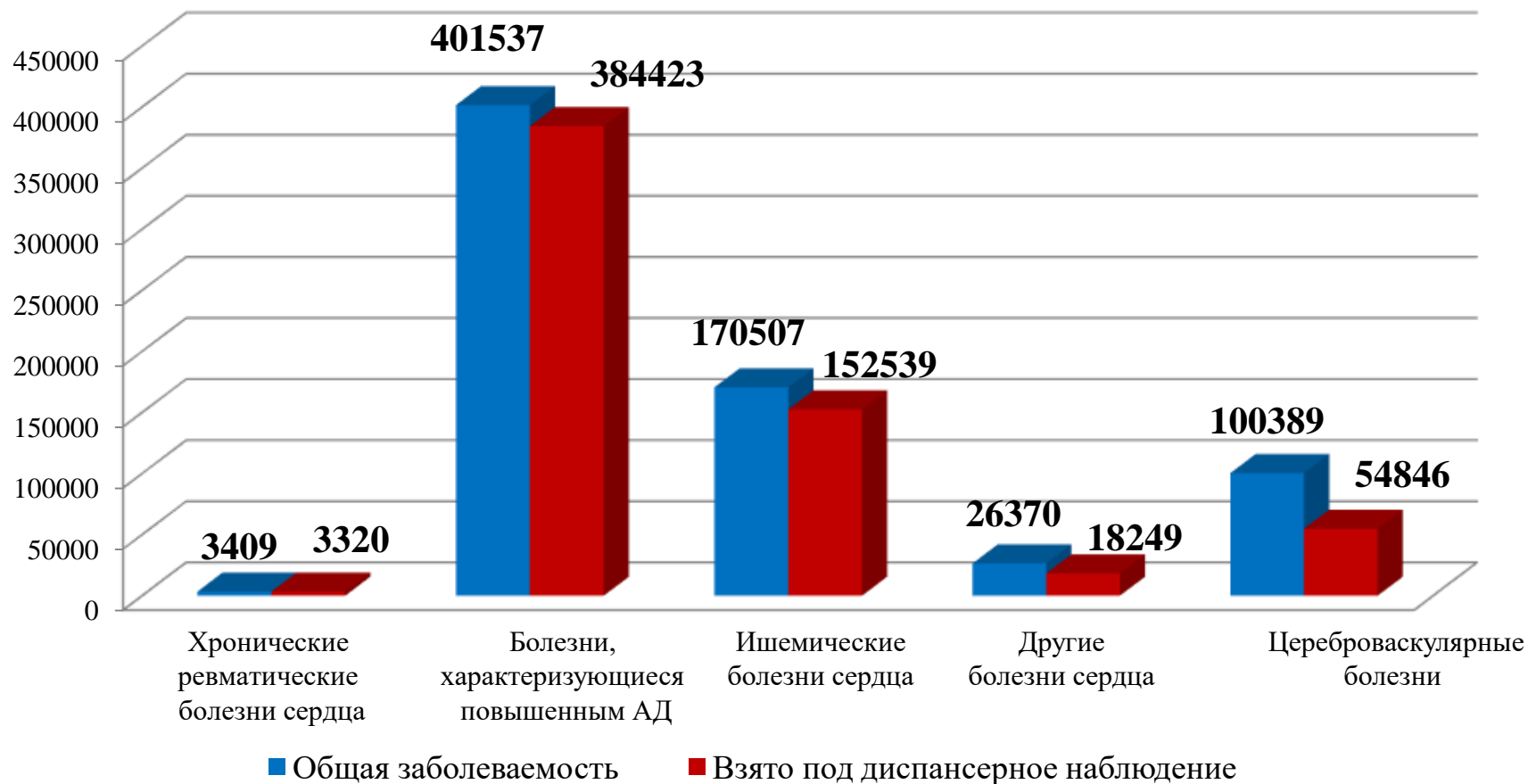
- Оценка тяжести левожелудочковой недостаточности при ИМ (**Killip**);
- Оценка риска смерти при ОКС по данным, полученным при поступлении в стационар (**GRACE**)
- Оценка риска смерти при ИМ в ближайшие 2 недели (**TIMI**)
- Оценка риска большого кровотечения при ИМбпST (**CRUSADE**)
- Оценка тяжести нестабильной стенокардии (**Braunwald**)
- Оценка тяжести стенокардии (**ФК, Канадская классификация**)
- Оценка тяжести симптомов, связанных с ФП (**EHRA**)
- Оценка риска инсульта и системной ТЭЛА при ФП (**CHA2DS2-VASC**)
- Оценка риска кровотечений при антикоагулянтной терапии (**HAS-BLED**)
- Оценка тяжести ХСН (**классификация Стражеско-Василенко, NYHA**)

## Показатели диспансерного наблюдения населения в Челябинской области с БСК за 2019-2021 гг. (абс.ч)

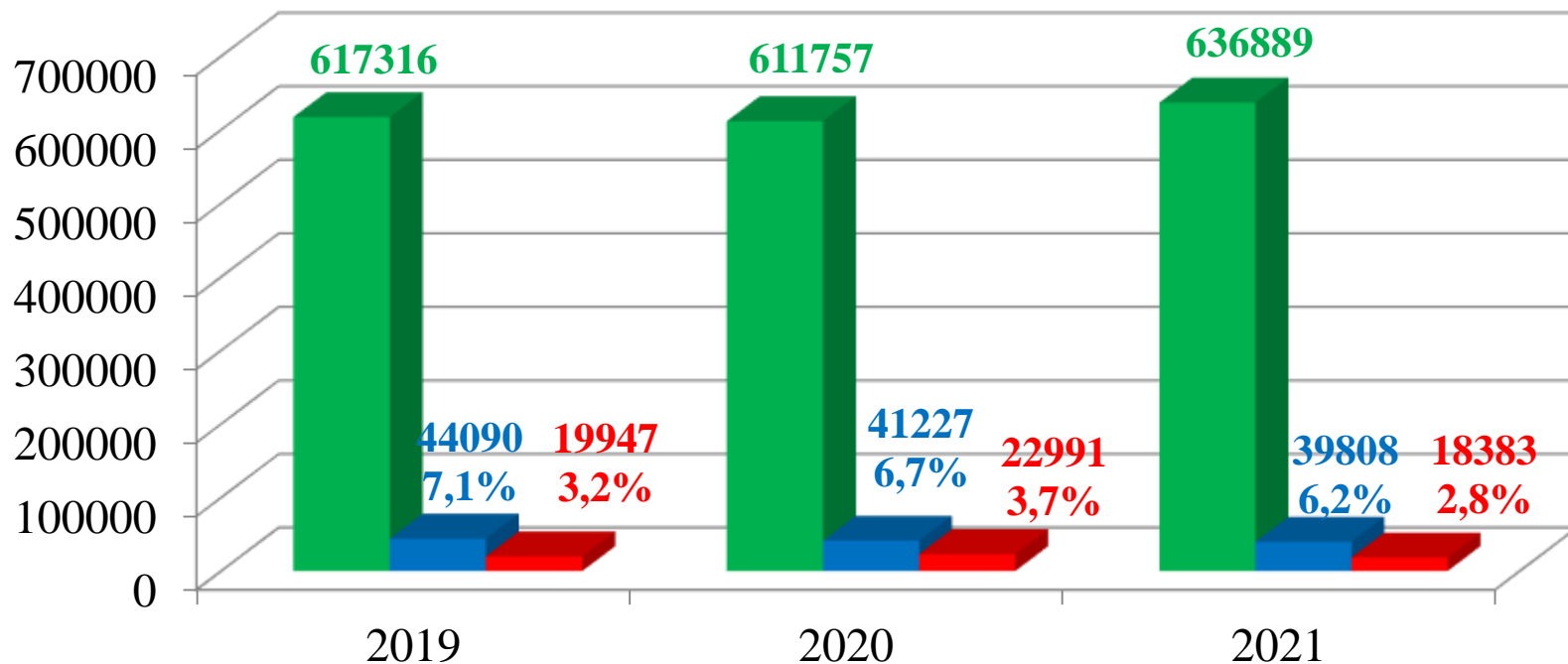


Оперативные данные МИАЦ, г. Челябинск

# Показатели диспансерного наблюдения населения в Челябинской области с БСК по отдельным заболеваниям (абс.ч) в 2021 году



## Показатели диспансерного наблюдения населения в Челябинской области с БСК за 2019-2021 гг. (абс.ч)



- Взято под диспансерное наблюдение
- Снято с диспансерного наблюдения
- Число умерших от БСК

**Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением  
врачом-кардиологом (Приказ Минздрава России 168Н)**

**Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (длительность диспансерного наблюдения - ПОЖИЗНЕННО)**

Код по МКБ-10	Вес	Окружность талии	Статус курения	АД	ЧСС	Клинический анализ крови	Биохимия крови	СКФ	ХС-ЛНП	ТГ	МНО	Альбуминурия моче	Натрийретический пептид	Рентген легких	ЭКГ	ЭхоКГ	УЗДГ БЦА	ВЭМ	Высокотехнологичные методы лечения КА
I10-I15 - Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+		+	+	+			
I20-I25 - Ишемическая болезнь сердца	+	+	+	+	+	+	+	+	++		++				+	+		+	+
I44-I49 – Предсердно-желудочковая блокада и блокада ЛНПГ	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+			+	+	+			
I50 – Сердечная недостаточность	+	+	+	+	+	+	+	+			+		+	+	+	+			
I65.2 – Закупорка и стеноз сонной артерии	+	+	+	+	+	+	+	+	++								+		
I44-I49 – Нарушение обмена липопротеидов и другие липидемии	+	+	+	+	+	+	+		+	+					+		+		



# Приоритетные группы с коморбидной патологией для проактивного приглашения на диспансерный прием

Группа 1 Основной диагноз	Группа 2 Сопутствующий диагноз	Группа 3 Осложнения заболеваний
<ul style="list-style-type: none"><li>• I 20- I 25 – Ишемические болезни сердца</li><li>• I10-I11; I12-I13 Гипертензивные болезни</li><li>• I60-I69 Цереброваскулярные болезни</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• E10-E11 Сахарный диабет</li><li>• J44.0-J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь</li><li>• N18.1-N18.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I50.0-I50.9 Недостаточность сердечная</li><li>• I48-I49 Нарушение ритма</li><li>• I44-I45 Нарушения проводимости</li><li>• I27.9 Сердце легочное хроническое</li><li>• J18.2 Гипостатическая пневмония</li><li>• N18.9 Недостаточность почечная</li><li>• N19 Уремия</li><li>• R02 Гангрена</li><li>• J98.4 Недостаточность легочная</li><li>• J43.9 Эмфизема</li></ul>

**К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом:**

**группа 1 + группа 2 или группа 3  
группа 1 + группа 2 + группа 3  
два и более заболеваний из группы 1**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все клинические специалисты должны в своей практике определять ССР и совокупность ФР, влияющих на прогноз ССЗ, что поможет сформировать комплексную тактику лечебного и профилактического вмешательства в каждом конкретном случае.

Профилактика ССЗ – процесс длительный и непрерывный, нередко пожизненный, который требует организации и проведения в постоянном режиме диспансерного (динамического) контроля в случаях выявленных заболеваний.

Для эффективной индивидуальной профилактики ССЗ необходимо формирование партнерских отношений между врачом и пациентом, так как изменение поведенческих ФР (отказ от курения, чрезмерного потребления алкоголя, повышение ФА, оздоровление пищевых привычек и др.), а также и соблюдение медикаментозных рекомендаций врача находится полностью в руках самого пациента, а задача врача – информировать, мотивировать и поддерживать позитивные изменения в образе жизни пациента и его активные действия по соблюдению рекомендаций.



**Спасибо за внимание**

