

# Минимизация рисков болезней системы кровообращения

## Определения

Под **болезнями системы кровообращения (БСК)** понимают состояния, которые развиваются вследствие атеросклеротического поражения артерий у взрослых пациентов, такие как инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная недостаточность, ишемический инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), транзиторная ишемическая атака (ТИА), аневризма аорты и облитерирующие заболевания периферических артерий.

**Минимизация рисков БСК** включает в себя определение профиля факторов риска и оценку риска с последующим медицинским немедикаментозным или медикаментозным вмешательством.

**Профиль риска** это перечень актуальных для БСК факторов риска: возраст, пол, курение, наследственность, питание, употребление алкоголя, физическая активность, артериальное давление, индекс массы тела, липидный спектр, уровень глюкозы, оценка скорости клубочковой фильтрации и др.

**Оценка риска** – это определение вероятности абсолютного или относительного риска заболеваемости и/или смертности от болезней системы кровообращения в течение определенного периода (как правило, ближайших 10 лет) для конкретного пациента.

## Критерии факторов риска БСК

**Повышенный уровень АД** – САД  $\geq 140$  мм рт. ст., ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. либо проведение гипотензивной терапии.

**Дислипидемия** – отклонение от нормы 1 или более показателей липидного обмена (отклонения в целом для популяции ОХС  $\geq 5$  ммоль/л; ХС ЛПВП у мужчин  $< 1,0$  ммоль/л, у женщин  $< 1,2$  ммоль/л; ХС ЛПНП более 3 ммоль/л; триглицериды  $> 1,7$  ммоль/л).

**Гипергликемия** – уровень глюкозы плазмы натощак  $\geq 6,1$  ммоль/л, HbA1c  $\geq 7\%$  либо наличие СД, в т. ч. в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

**Курение табака** – любое воздействие табака (активное и/или пассивное курение).

**Нерациональное питание** – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли  $> 5$  г/сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей ( $< 400$  г или менее 4–6 порций в сутки). Определяется с помощью опроса.

**Избыточная масса тела** – индекс массы тела 25–29,9 кг/м<sup>2</sup>;

**ожирение** – индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>.

**Низкая физическая активность** – физическая активность менее чем ходьба в умеренном темпе  $< 150$  минут в неделю или интенсивная аэробная физическая активность  $< 75$  минут в неделю.

**Вредное потребление алкоголя** – превышение рекомендаций ВОЗ по потреблению алкоголя с минимальным риском: для мужчин  $\leq 20$  г в пересчете на чистый алкоголь в день (2 стандартные единицы (СЕ) по 10 г), для женщин  $\leq 10$  г в пересчете на чистый алкоголь (1 СЕ). При этом алкоголь не употребляется  $\geq 2$ -х дней в неделю, стандартные дозы не суммируются при более редком потреблении. Наиболее опасно для риска БСК эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах ( $> 6$  СЕ для мужчин и  $> 4$  СЕ для женщин в течение одного эпизода).

**Отягощенная наследственность по БСК** определяется при наличии болезни системы кровообращения (стенокардия, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, транзиторная ишемическая атака, ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

**Отягощенная наследственность по СД** – наличие СД у близких родственников в молодом или среднем возрасте.

## Выявление пациентов с повышенным риском БСК

**Оценка профиля риска** должна проводиться у пациентов со следующими известными факторами:

- САД  $\geq 140$  мм рт. ст.; ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. или применение гипотензивных средств;
- общий холестерин  $> 6,5$  ммоль/л или применение статинов;
- курение;
- сахарный диабет 2-го типа;
- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний у родственников (наличие БСК у отца, матери, братьев, сестер в возрасте до 55 лет у мужчин, до 65 лет у женщин);
- хроническое нарушение функции почек (возраст  $< 65$  лет: СКФ  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, возраст  $\geq 65$  лет: СКФ  $< 45$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, и/или (микро-)альбуминурия).

Пациенты с БСК, сахарным диабетом, хроническими заболеваниями почек изначально имеют очень высокий ССР. Исходные факторы ССР выясняются и документируются, чтобы можно было отслеживать их изменения в течение времени.

**Постановка диагноза артериальной гипертензии (АГ)** производится врачом общей практики по данным не менее чем 2-х измерений клинического (офисного) АД, в ходе не менее 2-х визитов с интервалом в 1–2 недели. Выделяют первичную, или эссенциальную, АГ (более чем 95 % у пациентов с АГ) и вторичные (симптоматические) АГ (встречаемость 1–5 % от всех пациентов с АГ). При подозрении на наличие симптоматической артериальной гипертензии требуется консультация кардиолога для дальнейшего дообследования. По степени выраженности различают АГ I степени (140–159 / 90–99), АГ II степени (160–179 / 100–109) и АГ III степени ( $\geq 180 / \geq 110$ ).

## Составление профиля риска

Профиль риска представляет собой перечень факторов риска, которые определяются в процессе сбора анамнеза, физического обследования и лабораторной диагностики.

- Анамнез:
  - возраст;
  - пол;
  - курение (в пачках/лет);
  - наследственный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний;
  - диета (потребление насыщенных жиров, рыбы, фруктов и овощей, соль);
  - употребление алкоголя (в единицах / сутки);
  - физическая активность.
- Физикальное обследование:
  - систолическое артериальное давление;
  - индекс массы тела (возможно дополненное измерением окружности талии).
- Лабораторная диагностика:
  - липиды (ОХ, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды);
  - глюкоза крови;
  - креатинин сыворотки крови и расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

## Оценка риска

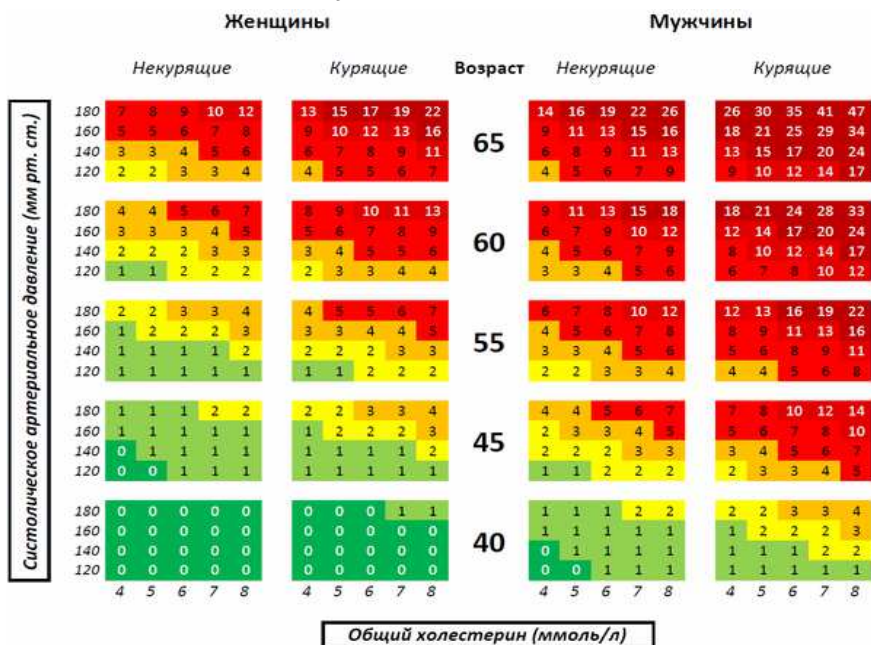
**Шкала SCORE** (Systematic Coronary Risk Evaluation) позволяет оценить абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск).

Шкала SCORE не используется у пациентов:

- с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), СД 1-го и 2-го типов с поражением органов-мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, пациентов в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска), а также

- в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

### Шкала SCORE: 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений в популяциях с высоким риском



#### Категории суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР)

**Очень высокий риск** у пациентов с:

- ССР >10 % по шкале SCORE;
- БСК атеросклеротического генеза, подтвержденными клинически или по данным визуализации артерий (перенесенный ИМ, ОКС, операции реваскуляризации коронарных и др. артерий, инсульт, ТИА, аневризма аорты, заболевания периферических артерий; наличие значимых атеросклеротических бляшек по данным коронароангиографии или дуплексного сканирования сонных артерий);
- СД с поражением органов-мишеней (например, протеинурией) или значимым повышением уровней ФР (например, выраженной гиперхолестеринемией или выраженной гипертонией);
- ХБП тяжелой степени (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

**Высокий риск** у пациентов с:

- ССР 5–9 % по шкале SCORE;
- значительно повышенными уровнями отдельных ФР (например, ОХС > 8 ммоль/л или АД > 180/110 мм рт. ст.);
- СД без ФР БСК и поражения органов-мишеней;
- ХБП умеренной тяжести (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

**Умеренный риск** у пациентов с ССР 1–4 % по шкале SCORE.

**Низкий риск** у пациентов с ССР < 1 % по шкале SCORE.

## Тактика ведения пациентов

### Немедикаментозное лечение

Каждый пациент, у которого имеются модифицируемые факторы риска, должен получить следующие советы по снижению риска БСК:

**Прекратить курить.** Отказ от курения снижает риск БСК во всех возрастных группах. Этот эффект снижения риска БСК начинается в первые два-три года после прекращения курения. Рекомендуется регулярное обсуждение необходимости прекратить курение.

**Ограничить потребление алкоголя:** для мужчин не более 20 г в пересчете на чистый алкоголь в день (2 стандартные единицы (СЕ) по 10 г), для женщин не более 10 г в пересчете на чистый алкоголь (1 СЕ). При этом не менее 2-х дней в неделю без употребления алкоголя, стандартные дозы не суммируются при более редком потреблении. Наиболее опасно для риска БСК эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (более 6 СЕ для мужчин и более 4 СЕ для женщин в течение одного эпизода употребления).

**Достаточно двигаться:** как минимум 30 минут 5 дней в неделю упражнений умеренной интенсивности, таких как езда на велосипеде, быстрая ходьба, работа в огороде и так далее. Пациенты, перенесшие ИМ, аортокоронарное шунтирование, чрескожную коронарную ангиопластику (ЧКА), имеющие стенокардию напряжения, ХСН, должны иметь умеренную/интенсивную нагрузку  $\geq 3$  раз в неделю по 30 минут после соответствующего обследования.

**Придерживаться принципов здорового питания.** С этим фактором связаны алиментарнозависимые факторы риска – избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия, дислипидемия, гипергликемия и другие. Снижение потребления соли на 25–30 % приводит к снижению заболеваемости БСК на 25 %. Подробные рекомендации по здоровому питанию содержатся в соответствующей инструкции.

**Контролировать массу тела**, т. е. стремится к  $ИМТ \leq 25 \text{ кг/м}^2$  для пациентов в возрасте до 70 лет. У пожилых людей, корреляция между ИМТ и здоровьем изменяется, и показатель  $ИМТ \leq 30 \text{ кг/м}^2$  для пациентов старше 70 лет является приемлемым. На каждый килограмм снижения веса происходит увеличение благоприятных ЛПВП в количестве  $\approx 0,01$  ммоль/л. Снижение веса на 3–9 % может понизить артериальное давление на 3 мм рт. ст.

### Медикаментозное лечение

Медикаментозная коррекция факторов риска проводится в зависимости от ССР, результатов поведенческих вмешательств, сопутствующих заболеваний и индивидуальной клинической картины.

#### Артериальная гипертензия

В течение первых 1–6 месяцев от начала лечения рекомендовано снижение САД и ДАД до достижения целевого уровня или на 10 % и более от исходных показателей с одновременным проведением мероприятий по коррекции сопутствующих факторов сердечно-сосудистого риска. Средняя продолжительность периода достижения целевого АД составляет 1,5–3 месяца.

Медикаментозная терапия должна осуществляться всем пациентам с АГ. Пациентам с АГ I-II степени с низким и умеренным риском лекарственная терапия может быть отсрочена на несколько недель, пока корригируются факторы риска. При предполагаемой низкой приверженности пациента к лечению, рекомендуется начинать медикаментозную терапию у этих пациентов сразу. Пациентам с АГ III степени, а также I-II степени с высоким и очень высоким риском рекомендуется сразу начинать лекарственную терапию.

Стартовую и поддерживающую моно- или комбинированную терапию при АГ следует проводить с использованием основных классов антигипертензивных лекарственных средств – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонисты кальция, диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-адреноблокаторы.

## Пошаговое лечение неосложненной АГ у пациентов старше 50 лет

Шаг 1	Тиазидовый диуретик или антагонист кальция.
Шаг 2	Добавить ингибитор АПФ (при кашле – блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА)), по возможности в комбинированной таблетированной форме.
Шаг 3	Комбинировать тиазидовый диуретик, ингибитор АПФ (при кашле – блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА)) и антагонист кальция.
Шаг 4	Возможна резистентная к терапии артериальная гипертензия – пациента необходимо направить на консультацию кардиолога.

### Предпочтительные лекарственные средства при различных специфических клинических состояниях или характеристиках пациента

Признак или состояние	Предпочтительное лечение (отдельно или в комбинации)
Молодой возраст (< 50 лет)	1. Ингибитор АПФ (при кашле – БРА). 2. Добавить бета-блокатор (если переносится). 3. Добавить диуретик или блокатор кальциевых каналов.
Пожилой возраст (> 70 лет)	Диуретик, блокатор кальциевых каналов и/или ингибитор АПФ (при кашле – БРА). Выбор в зависимости от коморбидности и приема сопутствующего лечения.
Хроническая стабильная сердечная недостаточность	1. Ингибитор АПФ (при кашле – БРА). 2. Добавить диуретик. 3. Добавить бета-блокатор.
ХПН (включая микроальбуминурию)	Ингибитор АПФ (при кашле – БРА).
СД (без микроальбуминурии)	1. Тиазидовый диуретик. 2. Добавить ингибитор АПФ (при кашле – БРА). 3. Добавить блокатор кальциевых каналов.
Мерцательная аритмия	Бета-блокатор.
Астма или ХОБЛ	1. БРА либо блокатор кальциевых каналов. 2. Диуретик.

При лечении пациентов с уровнем АД выше 160/100 мм рт. ст. следует начинать с комбинированной антигипертензивной терапии. Наиболее рациональные комбинированные 2-х и 3-компонентные схемы лечения АГ включают:

- иАПФ + диуретики,
- блокаторы рецепторов ангиотензина II + диуретики,
- антагонисты кальция + иАПФ,
- антагонисты кальция + блокаторы рецепторов ангиотензина II,
- антагонисты кальция + диуретики;
- иАПФ + антагонисты кальция + диуретики,
- блокаторы рецепторов ангиотензина II + антагонисты кальция + диуретики.

Одновременное назначение иАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II пациентам с АГ запрещено.

Всем пациентам с гипертензией с установленным сердечно-сосудистым заболеванием, СД 2-го типа, или 10-летним риском  $\geq 5\%$  рекомендуется терапия статинами.

Малые дозы ацетилсалициловой кислоты рекомендованы гипертоникам с наличием БСК. Антиагреганты могут назначаться гипертоникам без анамнеза БСК, но со сниженной почечной функцией или высоким сердечно-сосудистым риском.

Для пациентов старше 60 лет с исходным САД  $\geq 160$  мм рт. ст. рекомендуется: снижение САД до уровня 140–150 мм рт. ст.; принятие мер по ИОЖ, а при их недостаточности – назначение антигипертензивных препаратов. САД рекомендовано снижать от 150 до 140 мм рт. ст. при хорошей переносимости. Продолжение ранее начатого лечения АГ также оправдано в этой возрастной группе, при необходимости можно скорректировать дозировку.

## Основные гипотензивные препараты

(в соответствии с клиническим протоколом лечения АГ, утвержденным постановлением  
Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 6 июня 2017 г.)

Международное название	Механизм действия	Способ применения
<b>Гидрохлортиазид</b> Hydrochlorothiazide 12,5; 25; 100 мг	Тиазидовый диуретик	12,5–25 мг в сутки
<b>Индапамид</b> Indapamide 2,5 мг		2,5 мг в сутки
<b>Амлодипин</b> Amlodipine 5; 10 мг	Антагонист кальция (АК)	2,5–10 мг в сутки
<b>Дилтиазем</b> Diltiazem 60 мг		180–360 мг в сутки
<b>Нифедипин</b> Nifedipine 10; 20 мг		20–40 мг в сутки
<b>Лерканидипин</b> Lercanidipine 10 мг		10 мг в сутки
<b>Эналаприл</b> Enalapril 5; 10; 20 мг		2,5–40 мг в сутки
<b>Периндоприл</b> Perindopril 2,5; 5; 10 мг	Ингибитор АПФ (иАПФ)	2,5–10 мг в сутки
<b>Лизиноприл</b> Lisinopril 5; 10; 20 мг		2,5–20 мг в сутки
<b>Рамиприл</b> Ramipril 2,5; 5; 10 мг		2,5–10 мг в сутки
<b>Квинаприл</b> Quinapril 10; 20 мг		10–40 мг в сутки
<b>Каптоприл</b> Captopril 25; 50 мг		25–100 мг в сутки
<b>Эпросартан</b> Eprosartan 600 мг		600 мг в сутки
<b>Телмисартан</b> Telmisartan 40; 80 мг	Блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА)	40–80 мг в сутки
<b>Валсартан</b> Valsartan 80; 160 мг		80–160 мг в сутки
<b>Кандесартан</b> Candesartan 4; 8; 16; 32 мг		4–32 мг в сутки
<b>Бисопролол</b> Bisoprolol 2,5; 5; 10 мг	Бета-блокатор	5–10 мг в сутки
<b>Метопролол</b> Metoprolol 25; 50; 100 мг		25–200 мг в сутки
<b>Небиволол</b> Nebivolol 5 мг		5–10 мг в сутки
<b>Карведилол</b> Carvedilol 6,25; 12,5; 25 мг		25–100 мг в сутки
<b>Атенолол</b> Atenolol 50; 100 мг		25–100 мг в сутки

### Гиперхолестеринемия, дислипидемия

Полезь от применения гиполипидемической терапии зависит от исходного уровня ССР – чем выше исходный риск, тем большая степень снижения абсолютного риска может быть достигнута. Различия в степени снижения риска между мужчинами и женщинами, молодыми и пожилыми, пациентами с СД и без него отсутствуют.

### Стратегия ведения пациентов с учетом уровня ХС ЛПНП:

Риск SCORE	Уровень ХС ЛПНП, ммоль/л				
	< 1,8	1,8–2,4	2,5–3,9	4,0–4,8	> 4,9
Низкий	Без вмешательств		Изменение образа жизни (ИОЖ)		ИОЖ, препараты при необходимости
Умеренный	ИОЖ		ИОЖ, препараты при необходимости		
Высокий	ИОЖ, препараты		ИОЖ и обязательно препараты		
Очень высокий	ИОЖ, препараты		ИОЖ и обязательно препараты		

При ОКС гиполипидемическая терапия проводится независимо от уровня ХС ЛПНП.

**Статины являются основным классом лекарственных средств, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией.** Статины снижают уровень сердечно-сосудистой и общей смертности независимо от пола и возраста. Аторвастатин, розувастатин в дозах, обеспечивающих снижение уровня ХС ЛНП по крайней мере на 50 % от исходного, приостанавливают прогрессирование атеросклероза и даже вызывают обратное развитие атеросклеротических бляшек в коронарных артериях.

### Относительная эффективность снижения ХС ЛПНП статинами:

Аторвастатин, мг	Правастатин, мг	Розувастатин, мг	Симвастатин, мг	↓ ХС ЛПНП, %
–	20	–	10	30
10	40	–	20	38
20	80	5	40	41
40	–	10	80	47
80	–	20	–	55
	–	40	–	63
<b>Суточные дозы статинов, мг</b>				
10–80	10–40	5–40	10–80	

#### Побочные эффекты статинов:

Повышение печеночных трансаминаз имеет дозозависимый характер; при снижении дозы отмечается обратное развитие гипертрансаминаземии. При 3-кратном превышении верхней границы нормы (ВГН) уровня АЛТ в 2-х последовательных пробах необходимо ограничить применение статинов.

Протеинурия (до 0,3 % случаев). Появление протеинурии не требует отмены статина или коррекции его дозы. Определение креатинина не обязательно. Наличие хронических заболеваний почек не препятствует применению статинов, но может потребовать коррекции дозы;

Миалгия/миопатия/рабдомиолиз. Миалгия характеризуется болезненностью в мышцах, мышечной слабостью и повышением уровня КФК. Миалгия (без повышения КФК) появляется в 5–10 % и не зависит от дозы статина. Если миалгия не прогрессирует, терапия может быть продолжена. Частота миопатии составляет < 1 на 1 000 пролеченных пациентов и увеличивается при комбинированной терапии. Риск рабдомиолиза увеличивается при комбинации статинов с рядом препаратов: циклоспорин; такролимус; макролиды (азитромицин, кларитромицин, эритромицин); противогрибковые (итраконазол, кетоконазол, флуконазол); блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем, верапамил); нефазодон; ингибиторы HIV протеазы; силденафил; дигоксин; ниацин; гемфиброзил. При 5-кратном превышении ВГН уровня КФК в 2-х последовательных пробах крови необходимо ограничить применение статинов. Такие препараты, как аторвастатин и розувастатин, с целью снижения частоты побочных эффектов могут назначаться через день.

Повышение уровня глюкозы, гликированного гемоглобина и риска развития СД 2-го типа. Абсолютный риск развития СД 2-го типа составляет всего 0,2 %, а клиническая польза от терапии статинами существенно превышает этот риск.

#### Пошаговый алгоритм действий врача при установлении дислипидемии:

Шаг 1	Рассчитайте общий сердечно-сосудистый риск пациента по шкале SCORE.
Шаг 2	Объясните пациенту необходимость снижения сердечно-сосудистого риска.
Шаг 3	Определите уровень ХС ЛПНП.
Шаг 4	По таблице «Стратегия ведения пациентов с учетом уровня ХС ЛПНП» определите тактику ведения пациента.
Шаг 5	При необходимости медикаментозной коррекции рассчитайте необходимый процент снижения уровня ХС ЛПНП до целевого.
Шаг 6	По таблице «Относительная эффективность снижения ХС ЛПНП статинами» выберите статин, который необходим для такого снижения.
Шаг 7	В зависимости от выбранного статина начните с симвастатина 40 мг /день или аторвастатина 20 мг/день или розувастатина 5 мг/день (возможна меньшая дозировка, если уровень ЛПНП не очень высокий); титруйте дозу статина до получения целевого уровня (с учетом максимальной суточной дозы и наличия/отсутствия побочных эффектов).
Шаг 8	Если эффект статина недостаточен, используйте лекарственные комбинации и/или консультацию кардиолога.

**Рекомендации по фармакологическому лечению гиперхолестеринемии:** статины в максимальных рекомендуемых или максимальных переносимых дозах, снижающих ХС до целевого уровня. При непереносимости статинов необходима консультация кардиолога.

### Мониторинг липидов и ферментов у пациентов, получающих липидснижающую терапию

Перед началом липидснижающей терапии определить **уровень липидов** как минимум дважды с интервалом 1–12 недель (кроме случаев, когда показана немедленная фармакотерапия).

Во время липидснижающей терапии уровень липидов определяется:  $8 \pm 4$  недели от начала лечения;  $8 \pm 4$  недели после изменения дозы.

При достижении целевого уровня: липиды определяются произвольно 1 раз в год.

**Уровень трансаминаз** определяется перед началом липидснижающей терапии, через 8 недель и после каждого увеличения дозы, в последующем, если АЛТ < 3 ВГН, достаточно ежегодного контроля.

Если трансаминазы повысились: < 3 ВГН – продолжить терапию и повторить анализ через 4–6 недель;  
> 3 ВГН – отменить статин или снизить дозу и через 4–6 недель повторить анализ;

после нормализации АЛТ рассмотреть возможность повторного назначения.

**Уровень КФК** определяется перед началом липидснижающей терапии, при этом если КФК > 5 ВГН терапия не начинается, осуществляется динамический контроль показателя. Во время проведения терапии периодического контроля КФК не требуется. Показанием для внеочередного контроля КФК является появление мышечной слабости, миалгии. При плановом или внеочередном контроле:

если КФК вырос > 5 ВГН – прекратить лечение, каждые 2 недели мониторировать функцию почек и КФК, исключить транзиторное повышение КФК вследствие других причин;  
если КФК вырос < 5 ВГН: при отсутствии мышечных симптомов – продолжить прием статинов;  
при наличии мышечных симптомов – регулярно мониторировать их и КФК.

### Лечение дислипидемии у отдельных категорий пациентов

**При сахарном диабете:** всем пациентам с СД 1-го типа и микроальбуминурией и/или заболеваниями почек рекомендуется терапия статинами для снижения ХС ЛПНП до целевых уровней. Пациентам с СД 2-го типа, БСК, заболеваниями почек или в возрасте старше 40 лет без БСК, но с хотя бы одним фактором риска или поражением органа мишени рекомендуется снижение ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л. Для всех пациентов с СД 2 типа первичная цель – ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л.

**У пожилых пациентов** с установленной ИБС терапия статинами рекомендуется в тех же режимах. Поскольку в пожилом возрасте часто присутствуют коморбидные состояния, начинать липидснижающую терапию рекомендуется с низких доз и последующей титрацией до достижения целевого уровня. Терапия статинами может назначаться пожилым пациентам без ИБС.

**При ОКС:** высокие дозы статинов рекомендованы в первые 1–4 дня госпитализации. Всем пациентам, перенесшим ИМ, при отсутствии противопоказаний независимо от уровня ХС показана длительная терапия статинами.

**У пациентов с периферическим атеросклерозом:** липидснижающая терапия, преимущественно статинами, рекомендована пациентам с периферическими заболеваниями артерий для снижения прогрессирования атеросклероза каротидных артерий, для предотвращения прогрессирования аневризм аорты.

**Для первичной и вторичной профилактики инсульта:** терапия статинами до достижения целевых уровней рекомендована всем пациентам высокого риска, пациентам с другими проявлениями БСК, пациентам с перенесенным некардиоэмболическим инсультом или транзиторной ишемической атакой.

### Основания для направления на консультацию кардиолога или госпитализацию

- Осложненный гипертонический криз с признаками повреждения органов-мишеней (срочная госпитализация).
- Подозрение на наличие симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии (консультация кардиолога).
- Рефрактерные к лечению случаи дислипидемии (консультация кардиолога).
- Резистентная к терапии артериальная гипертензия > 3–6 месяцев (консультация кардиолога).