



# **Алгоритмы диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения**

Дроздова Л.Ю., к.м.н.

**ФГБУ "Государственный научно-исследовательский центр  
профилактической медицины" Минздрава России**

# План лекции



1. Диспансерное наблюдение пациентов с ИБС
2. Диспансерное наблюдение пациентов с ХСН

# ХИБС с ХСН не выше II ФК, без жизнеугрожающих нарушений ритма, стенокардия I-II ФК



- уровень ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ определяется дважды при взятии под ДН и начале гиполипидемической терапии, далее 1 раз в 6 месяцев в первые 1,5 года, затем 1 раз в 1-2 года и по показаниям
- уровень АЛТ, АСТ, КФК через 1 месяц после начала приема статинов, затем 1 раз в год
- уровень глюкозы крови натощак
- уровень креатинина плазмы для расчета СКФ при взятии под ДН и по показаниям
- у лиц, предъявляющих жалобы на симптомы миопатии на фоне приема статинов, определение активности креатинфосфокиназы крови

# ХИБС с ХСН не выше II ФК, без жизнеугрожающих нарушений ритма, стенокардия I-II ФК



● ЭКГ не реже 1 раза в год

- Эхо-КГ при взятии под ДН и по показаниям

- лодыжечно-плечевой индекс при подозрении на периферический атеросклероз по данным опроса и исследования пульсации на периферических артериях;

- нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил-тест, стресс-ЭхоКГ) при промежуточном уровне (15-85%) претестовой вероятности ИБС, при взятии под ДН или при увеличении ФК давностью более 1 месяца в целях стратификации риска;

- амбулаторное мониторирование ЭКГ при подозрении на сопутствующую пароксизмальную аритмию или вазоспастическую стенокардию

- ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления внекардиального атеросклероза (утолщение стенок, атеросклеротические бляшки) при взятии под ДН и по показаниям

- оценка данных первично обследования, расчет априорной вероятности ИБС и итоговая стратификация риска осложнений при каждом посещении

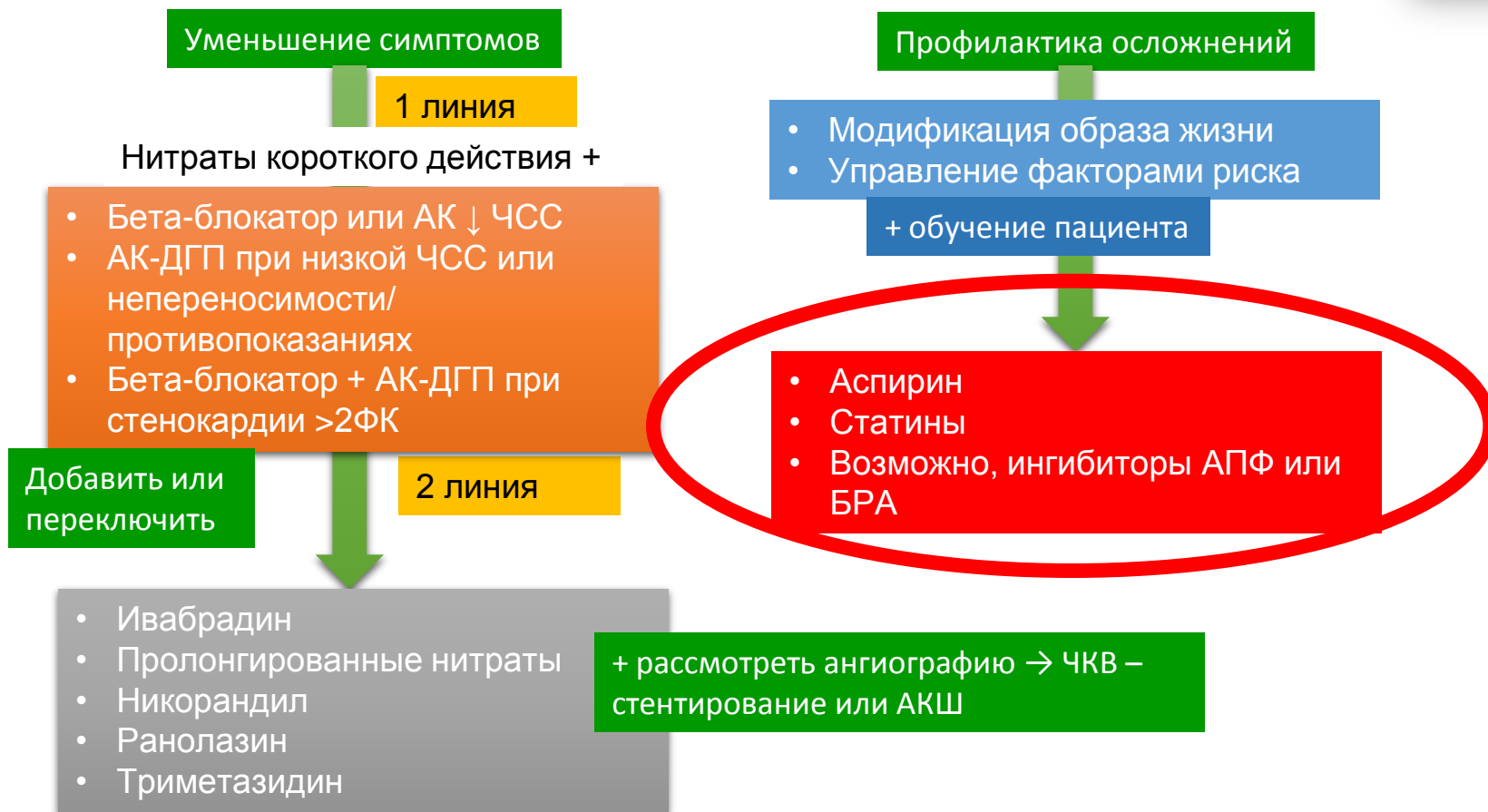
- ежегодная вакцинация против гриппа

# Алгоритм лечения больных стабильной стенокардией (ESC, 2013)



АК-ДГП = антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

# Алгоритм лечения больных стабильной стенокардией (ESC, 2013)



АК-ДГП = антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

# Начало лечения дислипидемии

Стратегия профилактических мероприятий в зависимости от уровня суммарного кардиоваскулярного риска и ХС-ЛНП [24]

Риск SCORE (%)	Уровень ХС-ЛНП				
	< 1,8 ммоль/л	1,8 до < 2,5 ммоль/л	2,5 до < 4,0 ммоль/л	4,0 до < 5,0 ммоль/л	≥ 5,0 ммоль/л
< 1 % или низкий риск	Снижение уровня липидов не требуется	Снижение уровня липидов не требуется	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
≥ 1 % до < 5 % или умеренный риск	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень	Оздоровление образа жизни возможно назначение лекарств, если не достигнут целевой уровень
≥ 5 % до < 10 % или <b>ВЫСОКИЙ</b> риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>
≥ 10 % или <b>ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ</b> риск	Оздоровление образа жизни, возможно назначение лекарств	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>	<b>Оздоровление образа жизни и немедленное назначение лекарств</b>



# ALLIANCE: применение агрессивного снижения липидов предупреждает новые коронарные события

## Дизайн исследования

- 2442 пациентов в 16 мед.центрах США
- ИБС
- ХС ЛНП:
  - 130-250 мг/дл (3.4-6.5 ммоль/л) липидснижающей терапии
  - 110-200 мг/дл (2.8-5.2 ммоль/л) на фоне липидснижающей терапии

Рандомизация,  
нет периода  
отмыва

Открытый период

Аторвастатин 10-80 мг/сут

титрование ХС ЛНП  
до 80 мг/дл (2.1 ммоль/л)

Обычное лечение\*

## Первичная конечная точка:

- Время до:
  - Смерть от ИБС
  - Нефатальный ИМ
  - Реваскуляризация
  - Реанимация из-за остановки сердца
  - НС, требующее госпитализации

\*Обычное лечение – диета, липидснижающие препараты, включая аторвастатин (с момента его разрешения в 1997 г.)



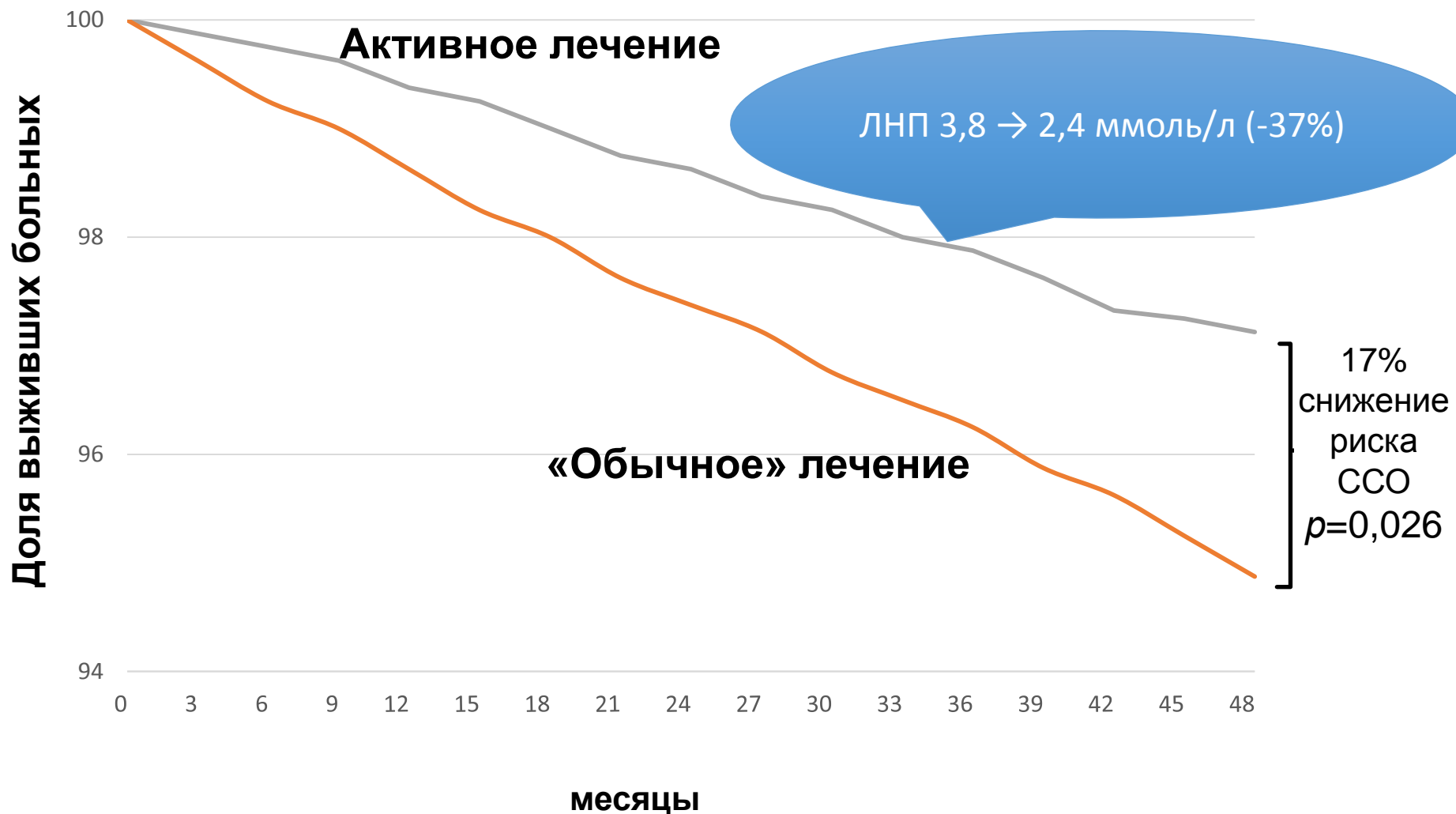
# ALLIANCE: исходные значения липидных параметров

Characteristic	Atorvastatin (n = 1,217)	Usual care (n = 1,225)
CHD risk factors		
Family history of CHD, n (%)	230 (18.9)	256 (20.9)
Current smoker, n (%)	238 (19.6)	237 (19.3)
Diabetes mellitus, n (%)	282 (23.2)	258 (21.1)
Systolic blood pressure (mm Hg), mean $\pm$ SD	134.2 $\pm$ 18.3	134.7 $\pm$ 18.5
Diastolic blood pressure (mm Hg), mean $\pm$ SD	78.9 $\pm$ 10.6	78.7 $\pm$ 10.2
LDL cholesterol, mg/dL (mmol/L), mean $\pm$ SD	147.0 $\pm$ 26.0 (3.8 $\pm$ 0.70)	146.2 $\pm$ 26.4 (3.8 $\pm$ 0.70)
Medical history, n (%)		
MI	732 (60.1)	680 (55.5)
PTCA	475 (39.0)	477 (38.9)
CABG	602 (49.5)	608 (49.6)
Unstable angina	288 (23.7)	252 (20.6)
Congestive heart failure	91 (7.4)	91 (7.4)
Stroke	79 (6.4)	79 (6.4)
Peripheral revascularization	42 (3.4)	42 (3.4)
		175 (14.3)

**Исходный уровень хс-ЛНП  
в обеих группах перед  
началом лечения –  
3,8 ммоль/л**

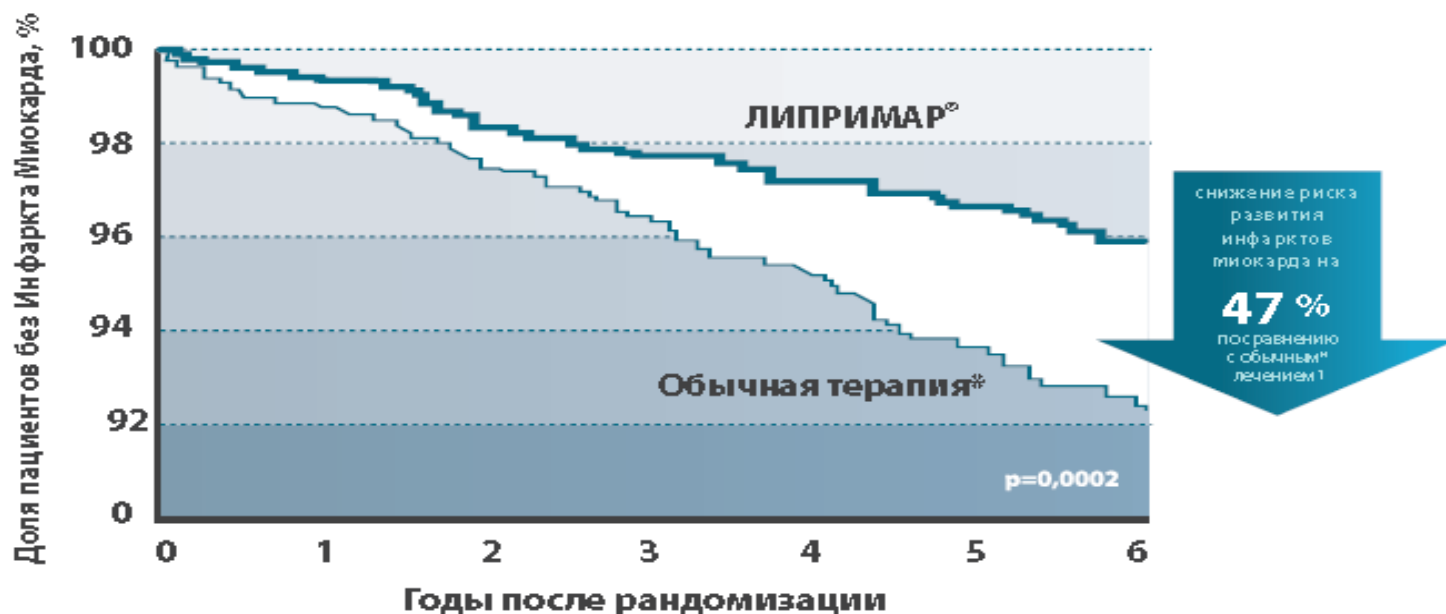
LDL = low-density lipoprotein; MI = myocardial infarction; PTCA =

# ALLIANCE – влияние на прогноз



# ALLIANCE: аторвастатин 40 мг вдвое снижает риск развития инфарктов миокарда по сравнению с обычным лечением

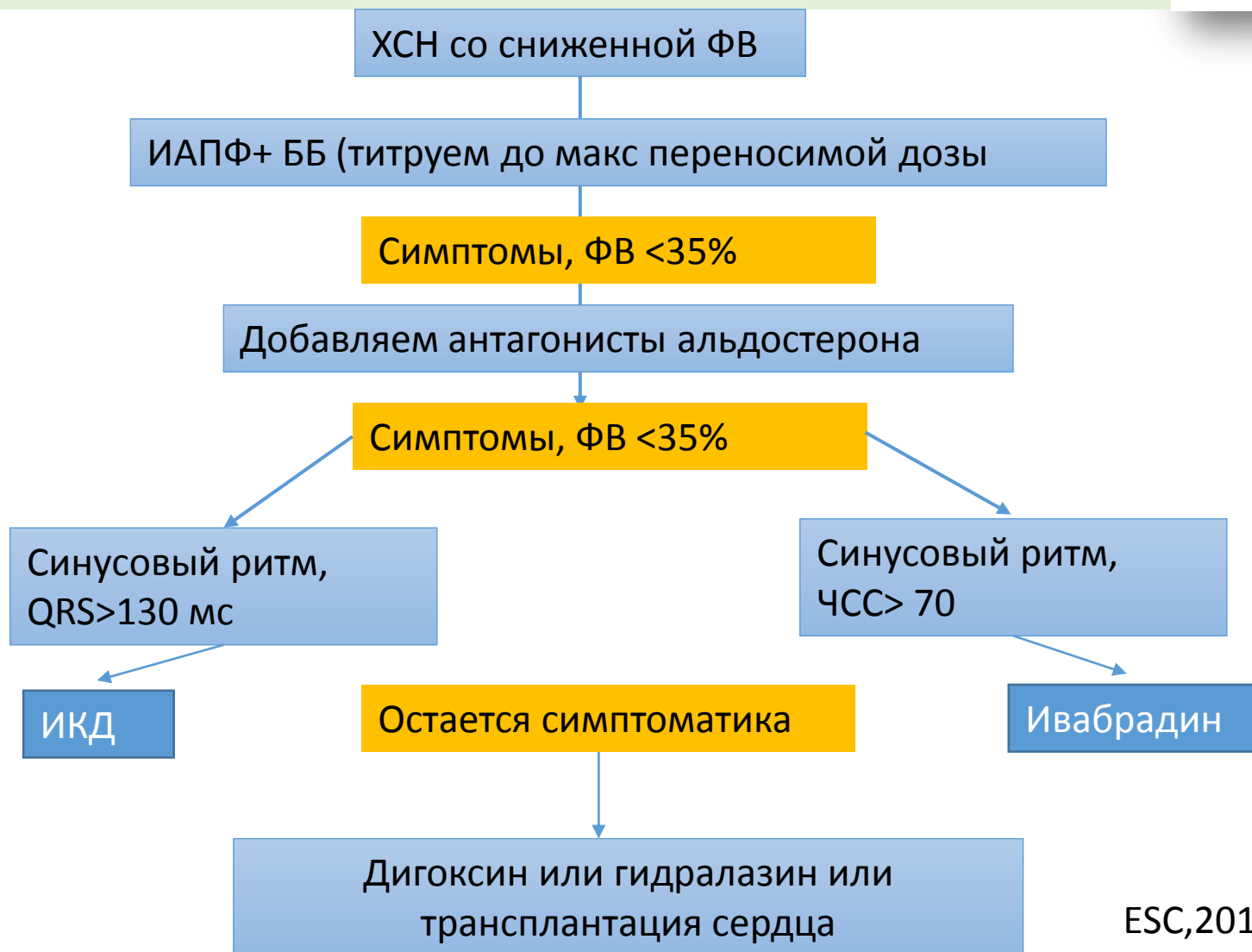
**Исследование Alliance:**  
2 242 пациентов с ИБС, длительность 6 лет



# ХСН I-IIA стадии, стабильное состояние

- измерение АД при каждом посещении
- измерение массы тела при каждом посещении
- оценка по шкале ШОКС не менее 1 раза в год
- тест с 6-минутной ходьбой не менее 1 раза в год
- общий (клинический) анализ крови развернутый при взятии под ДН, далее по показаниям -
- анализ крови биохимический с определением содержания натрия, калия, креатинина при взятии под ДН, далее по показаниям
- расчет скорости клубочковой фильтрации при взятии под ДН, далее по показаниям -
- лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами до 12 раз в год
- ЭКГ не менее 1 раза в год
- Эхо-КГ ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям
- рентгенография органов грудной клетки при взятии под ДН, далее по показаниям -
- суточный мониторинг ЭКГ при взятии под ДН, далее по показаниям
  
- Консультация врача-кардиолога при дестабилизации течения и рефрактерной к терапии ХСН II стадии
- ежегодная вакцинация против гриппа

ДИУРЕТИКИ



ESC,2016

# Бета-адреноблокаторы

- Рекомендуется назначать пациентам с ХСН с ФВ менее 40%
- Сочетание БАБ и иАПФ особенно рекомендуется у пациентов с пост-ИМ
- Лечение должно начинаться с маленьких доз с последующим титрованием (увеличение дозы не быстрее чем 1 раз в 2 недели)

	Пациенты (n)	Период наблюдения	класс NYHA	ФВЛЖ (%)	Влияние на смертность от всех причин
<b>XCH</b>					
CIBIS	641	1.9 лет	III-IV	<40	Смертность от всех причин : ↓ 20% (p=0.22)
CIBIS-II	2,647	1.3 лет	III-IV	≤35	Смертность от всех причин : ↓ 34% (p<0.0001)
MERIT-HF	3,991	1 год	II-IV	≤40	Смертность от всех причин : ↓ 34% (p=0.0062)
US Carvedilol HF Study	1,094	6.5 мес	II-IV	≤35	Смертность от всех причин : ↓ 65% (p<0.001)
COMET	3,029	4.9 лет	II-IV	<35	Смертность от всех причин : ↓ 17%(p=0.0017)
<b>XCH после ИМ</b>					
CAPRICORN	1,959	1.3 лет	N/A	<40	Смертность от всех причин : ↓23%(p=0.03)



# Основные исследования применения иАПФ при ХСН

	Пациенты (n)	Период наблюдения	класс NYHA	ФВЛЖ (%)	Влияние на смертность от всех причин
<b>ХСН</b>					
CONSENSUS	253	188 дней	IV	N/A	Смертность от всех причин: ↓ 40% за 6 мес. (p=0.002)
SOLVD-лечение	2,569	3.4 лет	II–III	≤35	Смертность от всех причин: ↓ 16% (p<0.0036)
SOLVD-профилактика	4,228	3.1 лет	N/A	≤35	Смертность от всех причин: ↓ 8% (p=0.30)
<b>ХСН после ИМ</b>					
SAVE	2,231	3.5 лет	N/A	≤40	Смертность от всех причин: ↓ 19%(p=0.019)
AIRE	2,006	1.25 лет	I–III	N/A	Смертность от всех причин: ↓ 27%(p=0.002)
TRACE	1,749	2-4.2 лет	N/A	≤35	Смертность от всех причин: ↓ 22%(p=0.001)

The CONSENSUS Trial Study Group. N Eng J Med 1987; 316: 1429-1435., The SOLVD Investigators. N Eng J Med 1991; 325: 293-302., The SOLVD Investigators. N Eng J Med 1992; 327: 685-691., Pfeffer MA, Braunwald E, Moye LA et al. The SAVE Investigators. N Eng J Med 1992; 327: 669-677., The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators. Lancet 1993; 342: 821-828., Køber L, Torp-Pedersen C, Carlsen JE et al. Trandolapril Cardiac Evaluation (TRACE) Study Group. N Eng J Med 1995; 333: 1670-1676.



# Заключение

Диспансерное наблюдение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями предусматривает необходимость достижения целевых показателей факторов риска, снижение числа госпитализаций, связанных с обострением течения заболеваний и улучшение прогноза таких пациентов

## www.gnicpm.ru

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Государственный научно-исследовательский  
центр профилактической медицины»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Петро-  
Юит

О ЦЕНТРЕ | ПАЦИЕНТАМ | СПЕЦИАЛИСТАМ | КОНТАКТЫ

**Открытие  
Клиники  
артериальной  
гипертензии**

**29 сентября**

Дарим подарки в честь  
открытия!

Открытие Клиники артериальной  
гипертензии!  
29 сентября консультация бесплатно  
Подробнее >

Открытие Клиники  
артериальной гипертензии

Клиника коррекции веса и сна

Комплексные программы по  
антиаритмическим ценам

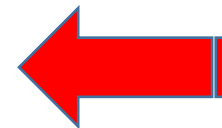
Вызов врача на дом

Платные услуги

Наши специалисты

Стационарная помощь

НОВОСТИ И СОБЫТИЯ



- ❖ Справочная информация
- ❖ Листовки, брошюры по профилактике
- ❖ Информация об образовательных циклах

Дроздова Любовь Юрьевна-  
[ldrozдова@gnicpm.ru](mailto:ldrozдова@gnicpm.ru)  
Егоров Вадим Анатольевич-  
[vegorov@gnicpm.ru](mailto:vegorov@gnicpm.ru)